

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Stockholm

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

Rapport 2018

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

**Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapport, maj 2018

Rapporten kan laddas ner från Avdelningen för försäkringsmedicins hemsida:

www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

Där den finns under: > Publikationer > Rapporter > Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning av patienter > Läkares arbete med sjukskrivning

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

ISBN 978-91-7676-054-3

Förord

I denna rapport presenteras resultat från svar i en omfattande enkät som i maj 2017 skickades till de yrkesverksamma läkarna i Stockholms läns landsting med frågor om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Resultaten jämförs även med resultat från tre motsvarande, tidigare enkäter; en från 2012, en 2008 samt en från år 2004. Många interventioner har vidtagits under dessa år för att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning, såväl på nationell nivå som i Stockholm. Enkäten 2004 skickades även till läkare i Östergötland och de tre senare enkäterna även till läkare i hela landet.

Dessa enkätstudier, även den som enbart omfattade läkarna i Stockholm och Östergötland, är de fyra hittills största i sitt slag, även internationellt. Resultat avseende samtliga frågor har publicerats i rapporter för var och en av enkäterna för alla deltagare (1-5) samt för dem i Stockholm (6-9). Enkäterna innebär goda möjligheter att få fördjupad kunskap om läkares erfarenheter av arbetet med sjukskrivning av patienter och om förändringar som skett i detta de senaste 15 åren. Möjligheten att på detta sätt kartlägga olika aspekter av arbetet med sjukskrivning är av stor betydelse, dels för utvärdering av resultat av vidtagna åtgärder och dels som en kunskapsbas för framtida interventioner.

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

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

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

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

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

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

Innehållsförteckning

Förord	1
Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	6
Förkortningar och begrepp	8
Bakgrund	10
Sjukförsäkringar	10
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning	12
Läkares olika professionella roller	13
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	13
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	14
Situationen för 15 år sedan	16
Åtgärder 2003-2017	17
Sjukskrivningsmiljarden	19
Aktiviteter för förbättrad sjukskrivningsprocessen i Stockholms län 2004-2017	20
Kompetensutveckling	21
Kvalitet i och elektronisk överföring av medicinska underlag	22
Ledning och styrning	22
Samverkan/samarbete	22
Kvinnors ohälsa och jämställd sjukskrivning	22
Rehabkoordinatorer	23
Läkarenkätprojektet	23
Syfte	23
Material och metod	24
2017 års enkätstudie	25
Enkäten	25
Frågeområden	25
Datainsamling	26
Svarsfrekvens	26
Svarsfrekvens Stockholm	26
Datainsamling för de tre tidigare enkäterna; 2004, 2008 och 2012	26
2004 års enkätstudie	27
2008 års enkätstudie	27
2012 års enkätstudie	27
Dataanalys	27
Resultat från 2017 års enkät	28
Jämförelser över tid	28
Skillnader i utformning av frågor mellan enkäterna	29
Jämförelsen 2017-2012-2008	29
Jämförelsen 2017-2012-2008-2004	32
Öppna svar 2004-2017	34
Resultat	35
Upplägg av resultatpresentationen 2017-2004	37
1. Svar från samtliga svarande läkare 2017	41
Yrkesverksamma	42
Andel som hade sjukskrivningsärenden	43
2. Svar från sjukskrivande läkare år 2017	49
Frekvens av sjukskrivningsärenden	53
Sammanfattning	56
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	56
Frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska	60

Hur problematiska är olika situationer?.....	60
Frekvens av specifika situationer.....	65
Oro och hot.....	65
Sammanfattning.....	67
Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt	67
Sammanfattning.....	71
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	71
Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer	71
De diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden.....	72
Problem med att använda de diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden	74
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra	76
Sammanfattning.....	79
Samarbete och samverkan	80
Sammanfattning.....	84
Kontakter med Försäkringskassan.....	85
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	88
Elektronisk överföring av läkarintyg.....	90
Sammanfattning.....	91
Försäkringsmedicinsk kompetens	92
Sammanfattning.....	94
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	95
Gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	95
Stöd från ledningen	96
Tid till arbete med sjukskrivning.....	97
Tillräckliga resurser.....	98
Rehabkoordinator	99
Sammanfattning.....	104
Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning	104
”Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”	105
Vikten av fokus på arbetsåtergång	106
Syn på deltidssjukskrivning	107
Sammanfattning.....	108
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	108
Sammanfattning.....	109
3. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008	112
Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	116
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	118
Hur problematiska är olika situationer?.....	119
Frekvens av specifika situationer.....	125
Oro och hot.....	126
Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt	127
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	130
Samarbete och samverkan	137
Kontakter med Försäkringskassan.....	139
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	141
Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet	143
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	147
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	147
Stöd från ledningen	149
Tid till arbete med sjukskrivning.....	151
Arbetsmiljöproblem.....	155
Sammanfattning jämförelsen 2017-2012-2008	157
4. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008-2004	161

Frekvens av sjukskrivningsärenden.....	163
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	165
Hur problematiska är olika situationer?.....	167
Frekvens av specifika situationer.....	174
Oro och hot.....	176
Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt	177
Samarbete och samverkan	180
Kontakter med Försäkringskassan.....	181
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	183
Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet	186
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning	190
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	191
Stöd från ledningen	192
Sammanfattning jämförelsen 2017-2012-2008-2004	194
Avslutande kommentarer	197
Figur- och tabellförteckning	201
Lista över figurer	201
Lista över tabeller	208
Referenser.....	212

Sammanfattning

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

I denna rapport presenteras enkätsvar från läkare i Stockholms län om deras erfarenheter av och syn på sitt arbete med sjukskrivningar. Enkäter har skickats ut år 2017, 2012, 2008 respektive 2004. Resultaten presenteras för samtliga enkätfrågor år 2017 och jämförs därefter med svar på motsvarande enkätfrågor från de tre tidigare enkätåren. I nedanstående tabell visas studiepopulationens storlek och svarsfrekvens för respektive enkätår, vad avser Stockholm. Enkäten skickades även till läkare i övriga Sverige (1).

Enkätår	Studiepopulation i Stockholm	Svarsfrekvens	Antal frågor i frågeformuläret
2004	6794 (läkare <65 år)	71 %	96
2008	10 206 (samtliga yrkesverksamma läkare)	59 %	163
2012	10 192 (samtliga yrkesverksamma läkare <68 år)	58 %	163
2017	10 771 (samtliga yrkesverksamma läkare ≤68 år)	53 %	133

År 2017 svarade majoriteten av läkarna (67 %) att de minst några gånger om året möter patienter som är aktuella för sjukskrivning. Dessa 3411 läkare definieras i rapporten som ”sjukskrivande läkare” och nedan sammanfattas deras svar. Majoriteten av läkarna ansåg att hur de arbetar med sjukskrivningar är betydelsefullt för patienterna (90 %) och att fokus på arbetsåtergång är viktigt (84 %).

Fyrtioen procent hade *sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka*. Andelen var störst inom ortopedi (78 %) och rehabilitering (80 %). För vårdcentralsläkare var andelen mindre (47 %). Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka har minskat sedan enkätår 2004 och var lägst 2012 och något större 2017 (50 % 2004, 41 % 2008, 35 % 2012, 41 % 2017). Läkare inom ortopedi är ett undantag från detta; bland dem har andelen varit densamma över enkätåren (cirka 80 %). Bland vårdcentralsläkare har variationen varit störst (60 % 2004, 38 % 2008, 28 % 2012, 47 % 2017).

Knappt hälften (43 %) upplevde minst en gång/vecka att *sjukskrivningsärenden är problematiska* och detta var vanligast bland vårdcentralsläkare (75 %). Andelen vårdcentralsläkare som upplevde detta 2017 var dessutom större än tidigare enkätår (59 % 2004; 50 % 2008; 45 % 2012). Framförallt ansågs det problematiskt att bedöma patientens arbetsförmåga (59 % - och särskilt om patienten var arbetslös: 65 %), göra en prognos av framtida arbetsförmåga (57 %), att hantera de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig (50 %), samt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning när en annan läkare skrivit tidigare intyg (58 %). Det som störst andel läkare (67 %) ansåg vara problematiskt år 2017 var att hantera begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg.

För flera av frågorna om problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning minskade andelen läkare som upplevde problemen från enkätåren 2004 till 2012 men var åter större år 2017.

Den absoluta majoriteten av läkarna uppgav sig aldrig sjukskriva längre än vad de ansåg nödvändigt. Av de läkare som uppgav att de ibland sjukskrev längre än vad som ansågs nödvändigt av medicinska skäl angav orsaker som väntetid till utredning eller behandling samt brist på återbesökstider.

De yrkesgrupper som flest läkare år 2017 *samarbetade* med/remitterade till minst en gång/vecka var kuratorer/psykologer (16 %) och fysioterapeuter/arbetsterapeuter (16 %). Sex procent hänvisade patienter till företagshälsovård lika ofta. En majoritet av läkarna svarade att de inte har kontakt med patientens arbetsgivare, socialtjänsten eller Arbetsförmedlingen när det gäller patientens sjukskrivning. År 2017 svarade 16 procent av läkarna att de har tillgång till de nyligen införda *rehabkoordinatorerna*, störst andel inom ortopedi (53 %) och vårdcentraler (30 %). Av de med tillgång till rehabkoordinator, svarade en femtedel (21 %) att de samarbetar med/remitterar till dessa minst en gång per vecka. Majoriteten (66 %) av dem som hade tillgång till rehabkoordinatorer ansåg att de har stort värde för hög kvalitet för arbetet med sjukskrivningsärenden.

Jämfört med tidigare enkätår (40 % 2008; 47 % 2012), svarade fler läkare år 2017 (53 %) att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Hälften uttryckte behov av ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning samt av bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten – år 2017 liksom tidigare enkätår.

Tre fjärdedelar av läkarna svarade år 2017 att de hade *kontakt med Försäkringskassan* och av dem var drygt hälften (52 %) ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter. En stor andel (77 %) upplevde dock olika typer av svårigheter i den kontakten. De svårigheter störst andel läkare angav var att ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg” (56 %) samt att ”Försäkringskassan efterfrågar ’objektiva medicinska fynd’ där sådana inte kan observeras vid undersökning” (47 %). För nästan alla av de listade möjliga svårigheterna var andelen läkare som svarade att de upplevt dem betydligt större år 2017 än tidigare år.

En tredjedel upplevde minst en gång per månad att deras *försäkringsmedicinska kompetens* inte räcker till; vanligast var detta inom psykiatri (43 %) och vid vårdcentraler (57 %). En stor andel svarade att handledning (39 %) eller kurser i försäkringsmedicin (34 %) skulle ha stort värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivningar.

Flertalet ansåg att *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd* samt den *elektroniska överföringen* av läkarintyg både underlättar och höjer kvaliteten på arbetet med sjukskrivningar. Det var dock endast hälften av läkarna som svarade att de använde den elektroniska överföringen 2017 jämfört med 90 procent i övriga landet.

En tredjedel av läkarna upplevde arbetet med sjukskrivning som ett *arbetsmiljöproblem* minst en gång/vecka. Andelen som *aldrig* upplevde det som ett arbetsmiljöproblem var mindre jämfört med tidigare enkätår (54 % 2008, 46 % 2012; 30 % 2017).

Angående *organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning*, svarade 18 procent att det finns väl förankrade rutiner/gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik. Denna andel har inte förändrats mycket över enkätåren. De som hade sådana rutiner/policy hade stor nytta av detta i det kliniska arbetet. En femtedel uppgav stort stöd från sin närmaste ledning i handläggning av sjukskrivningsärenden, inte heller här var det några stora förändringar över de fyra enkätåren. En tredjedel upplevde tidsbrist dagligen i sjukskrivningsarbetet, större andel 2017 än 2008 och 2012. År 2017 svarade hälften att de i stort sett har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden.

I korthet: Majoriteten läkare ansåg att arbetet med sjukskrivningar är viktigt och önskar ökad försäkringsmedicinsk kompetens. Andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka år 2017 var mindre än 2004 och 2008 och något större än 2012; det år då denna andel var lägst. Andelen som upplever att sjukskrivningsärenden är problematiska har ökat betydligt sedan 2012. Behovet av verktyg/mallar för bedömning av arbetsförmåga är fortsatt stort. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används, underlättar och bedöms bidra till hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Detsamma gäller systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, för dem som har infört det. Många var nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men majoriteten upplevde även olika svårigheter i den kontakten, framförallt att handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg eller efterfrågar ’objektiva medicinska fynd’ där sådana inte kan observeras. Andelen som upplevde olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan har ökat betydligt. Andelen som upplever att arbetet med sjukskrivningar innebär ett arbetsmiljöproblem har också ökat.

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

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive användning av termer:

Administration	I tabeller, figurer och text använder vi oftast termen ' <i>Administration</i> ' som sammanfattande beteckning för 'att huvudsakligen arbeta inom <i>Administration, forskning och/eller undervisning</i> '
AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation
FK	Försäkringskassan
FMB	Det försäkringsmedicinska beslutsstödet, framtaget av Socialstyrelsen. Det finns dels ett övergripande beslutsstöd som gäller för alla sjukskrivningsärenden (10), dels diagnosspecifika beslutsstöd för specifika diagnoser, med fokus på rekommenderad sjukskrivningslängd och -grad
FÖRKOM	Försäkringsmedicinska kommittén
Gynekologi	I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrahälsovård
HSAR	Hälsa- och sjukvårdens adressregister
ICF	International Classification of Functioning; Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (11-15)
Klinik	För att inte tynga texten med den något otympliga ordkombinationen typ av <i>klinik/mottagning/verksamhet</i> som läkare huvudsakligen arbetar vid, använder vi ibland bara ordet ' <i>klinik</i> ' för att beteckna alla dessa tre
Landsting	Termen ' <i>landsting</i> ' används i rapporten som en samlingsterm för sjukvårdshuvudmannen, och inkluderar landsting, regioner och Gotlands kommun. I texten nämns endast länets namn för att underlätta läsningen, till exempel 'Östergötland' i stället för 'Östergötlands läns landsting'
Läkarintyg	Termen ' <i>läkarintyg</i> ' används i rapporten för de vanligaste intygen (ofta kallade sjukintyg) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263)
Psykatri	Här ingår även beroendevård
Rehabkoordinator	Detta begrepp används som ett samlingsnamn för rehabiliteringskoordinatorer/sjukskrivningskoordinatorer – en yrkesgrupp som enligt sjukskrivningsmiljardöverenskommelserna ska införas i landstingen (16-19).
SCB	Statistiska centralbyrån

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

Bakgrund

I denna rapport redovisas resultat från fyra enkäter till läkare i Stockholmsområdet om deras erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Delar av nedanstående bakgrund har även publicerats i den rapport där enkätsvar från läkare i hela landet redovisas (1).

I Sverige har läkare en central roll i en patients sjukfrånvaroprocess, både i rollen som patientens behandlande läkare och i rollen som medicinskt sakkunnig (20). Läkares möjligheter att utveckla, vidmakthålla och tillämpa en god försäkringsmedicinsk kompetens är därför av vikt för en optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Trots detta är kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning mycket begränsad (20-26). Detta projekt, där enkäter har skickats till läkare om deras arbete med sjukskrivning av patienter, är ett sätt att generera sådan kunskap.

Försäkringsmedicin är som kunskapsområde ett relativt nytt område, vilket innebär att flera olika definitioner av det förekommer i litteraturen(21). Nationellt försäkringsmedicinskt forum enades år 2008 om följande definition av försäkringsmedicin:

”Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner” (27).

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen (28-30).

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

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

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

Sjukförsäkringar

Varje samhälle har att hantera att vuxna personer under kortare eller längre perioder inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada (31). Hur detta har hanterats har varierat såväl över tid som mellan länder och politiska system. I industrisamhällen har olika typer av försäkringar blivit ett vanligt sätt att hantera ekonomisk risk vid sjukdom eller skada såväl som vid andra risker, såsom brand (28, 32-38). Möjligheten att vid sjukdom och skada dels ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro, samt dels att kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är centrala delar i de flesta välfärdssamhällen och för individers ekonomiska trygghet (3, 21, 35, 39-43).

Det finns i princip två olika typer av försäkringar kring detta, dels de som fokuserar på ekonomisk invaliditet, dels de som fokuserar på medicinsk invaliditet (44). För utfall för båda dessa typer av försäkringar krävs en medicinsk utredning, vanligen genomförd av en läkare. I denna rapport är fokus på ekonomisk invaliditet, i form av att inte kunna försörja sig helt eller delvis på grund av sjukdom eller skada - och på läkares arbete med sådana ärenden.

Sjukfrånvaro, både kortvarig sjukfrånvaro och mer varaktig sådan i form av sjukersättning respektive aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension respektive sjukbidrag) har betydelse inte bara för den sjukskrivne och dennes familj, utan även för kollegor och arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och för samhället i stort, på lokal såväl som på nationell nivå (21, 39, 40, 45, 46). Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer kan innebära olika typer av problem, på olika strukturella nivåer (47-49), samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en 'lagom' nivå. I Sverige har, till skillnad från i de flesta länder, sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna (21, 43). Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat (20, 21, 45, 50-59).

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

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

När det gäller den allmänna sjukförsäkringen i Sverige (60), det vill säga, den som gäller ersättning för inkomstbortfall vid sjukfrånvaro, är de första tre av de ovanstående aspekterna generösa; de flesta personer med inkomst från arbete, arbetslöshetsersättning, föräldrapenning, etcetera, omfattas av sjukförsäkringen, liksom de flesta sjukdomar och skador och självriskan är, internationellt sett, låg. Ur ett försäkringsperspektiv brukar man då säga att det är extra viktigt att skadekontrollen fungerar bra, för att försäkringen ska anses ha legitimitet respektive inte överutnyttjas.

I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för sjukfrånvaro respektive sjuk- och aktivitetsersättning. Försäkringskassan baserar i stor utsträckning sina bedömningar av en persons rätt till ersättning eller åtgärder på den information som ges i läkarintyg. I Sverige är läkare och tandläkare de två yrkesgrupper som har rätt att skriva medicinska underlag till Försäkringskassan för bedömning av rätt till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken (60). Sådana intyg används även som underlag av arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och försäkringsbolag när de fattar beslut om en persons rätt till ersättning och till åtgärder. För de flesta anställda är det till exempel alltid arbetsgivaren som ska genomföra denna skadekontroll under ett sjukskrivningsfalls första 14 dagar.

En person som omfattas av den svenska sjukförsäkringen, som har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som drabbas av skada eller sjukdom som nedsätter arbetsförmågan med minst 25 procent, kan ha rätt att vara sjukskriven och att få sjukpenning. Det innebär att, för att ha rätt till sjukpenning ska två förutsättningar, så kallade rekvisit, vara uppfyllda; dels ska sjukdom eller skada föreligga, dels ska denna sjukdom eller skada ha lett till nedsatt funktion som i sin tur lett till nedsatt arbetsförmåga (60). Den allmänna sjukförsäkringen är alltså egentligen en inkomstbortfallsförsäkring.

De första sju dagarna räcker det vanligen med att personen själv intygar att han eller hon är arbetsoförmögen på grund av sjukdom eller skada. När ett sjukskrivningsfall blir längre än sju dagar ska det även finnas ett medicinskt underlag, ett så kallat läkarintyg eller sjukintyg, utfärdat av en läkare eller tandläkare, som underlag för Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning – liksom för arbetsgivarens beslut om rätt till sjuklön. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar (20, 21, 61).

Bakgrund

När en person behöver vara sjukfrånvarande är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten, företagshälsovård och/eller Arbetsförmedlingen vara involverade (21). Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal (3).

Sjukskrivning av en patient är en förhållandevis vanlig åtgärd inom vissa delar av hälso- och sjukvården i Sverige (3-5, 62, 63). Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient (64-69). 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 (52, 69-72).

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt nedanstående sju (3, 10, 20, 21, 52, 72-75):

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbart tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt - i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra "normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden" (49, 60).
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder. (När det gäller bland annat grad och längd av sjukskrivning ska läkare i Sverige använda Socialstyrelsens övergripande och när sådant förekommer, diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd som stöd vid ställningstaganden (10, 76, 77))
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och för andra aktörer, för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av att eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Alla dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens (25, 26, 32, 61, 63, 74, 78-80). *Läkarens kompetens i handläggandet av sjukskrivningsärenden kan beskrivas i termer av de kunskaper, de färdigheter och de förhållningssätt som krävs för att utföra dessa uppgifter på ett optimalt sätt* (81, 82). De kunskaper som då krävs, utöver de rent medicinska, är till exempel att känna till hur samhället är organiserat, vilka krav som ställs i arbetslivet, socialförsäkringssystemets lagar och regler, andra aktörers roll, kompetens, möjligheter och befogenheter, liksom de egna skyldigheterna och befogenheterna. Färdigheter som krävs, utöver de rent medicinska, är bland annat relaterade till kommunikation, konflikthantering, samverkan, intygsskrivande och beslutsfattande. Det krävs även ett vetenskapligt, etiskt och professionellt förhållningssätt.

Även om läkare har god kompetens när det gäller att utreda och ställa diagnos, kan sjukskrivningsärenden ibland bli problematiska. Detta kan till exempel vara fallet om patienten har vissa besvär från rörelseorganen och/eller psykiska besvär (21, 83-87), besvär för vilka den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering i många fall är mindre utvecklad än för andra diagnoser, såsom cancer eller hjärtsjukdom (3, 80, 86-93), och objektiva undersökningsfynd dessutom är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå ifrån. Här är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare

att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel ländryggssmärta.

Inom ramen för läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, cirka 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, cirka 5 år), ingår viss undervisning i försäkringsmedicin (94-96). Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten (29, 30, 32, 65, 80, 97, 98, 99). Tidigare studier visar även att många saknar handledning i arbetet med sjukskrivningar (3-5). För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar (100, 101). Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare (102). Läkares lärande i försäkringsmedicin sker dock fortfarande nästan uteslutande i form av så kallad rollinläring, det vill säga att man lär sig av hur mer erfarna kolleger gör, eller genom 'trial and error', snarare än genom akademiskt förankrad undervisning (20, 61, 74, 103). Detta är en av anledningarna till att försäkringsmedicinsk kompetensutveckling har varit en central aspekt i de så kallade sjukskrivningsmiljarderna (16, 95, 96, 104, 105).

Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller (20):

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; bota, lindra eller trösta, enligt Hippokrates, och främja hälsa (106-108).
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt (73, 109, 110).
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett medicinskt uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk (111).
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet (74, 112-114).

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

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

Många åtgärder har genomförts de senaste 15 åren för att förbättra kvaliteten i hantering av sjukskrivning respektive för att minska den höga sjukfrånvaron. Flertalet av de åtgärderna har direkt eller indirekt påverkat läkares arbete med sjukskrivningar (3, 16, 72). Den enkät som denna rapport baseras på är ett sätt att få kunskap om huruvida sådana åtgärder kan ha påverkat läkares beteende och uppfattningar.

Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Vetenskapliga studier om läkares arbete med sjukskrivning kan ha olika utgångspunkter/perspektiv och vara designade på många olika sätt (20, 21, 115). Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär (20, 21) men några interventionsstudier har också publicerats (20, 21, 61, 116).

Bakgrund

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

- intervjuer (individuella eller fokusgruppsintervjuer) – såväl läkare, som patienter, kollegor, chefer, andra hälsoprofessioner, arbetsgivare, handläggare inom Försäkringskassa, Arbetsförmedling, Socialtjänst etcetera kan intervjuas om läkares sjukskrivningspraxis.
- enkäter (vanliga frågeformulär, eller patientfall som läkaren ska ta ställning till vad gäller åtgärder – så kallade vinjettstudier), såväl läkare som andra kan delta i sådana enkäter (se intervjuer. Vinjettstudier är dock vanligen riktade till läkare),
- så kallade audits (80),
- inspelade konsultationer (ljud eller film),
- data extraherade från medicinska journaler, från medicinska utlåtanden, från Försäkringskassans akter, från rättsliga dokument, samt
- data från olika register om läkares sjukskrivningsmönster (till exempel Försäkringskassans, arbetsgivarens eller hälso- och sjukvårdens olika register) (20, 21).

Det perspektiv en studie utgår från har betydelse för resultaten liksom för tolkningen av dem. De perspektiv som kan tas i studier om läkares sjukskrivningspraxis är framförallt följande (21, 46, 117, 118):

- *Samhällets perspektiv*, till exempel genom att studera hur ofta och för hur lång tid läkare sjukskriver patienter (40, 71, 86, 119-131).
- *Försäkringskassans perspektiv*, till exempel genom att studera kvaliteten i de olika intyg som skrivs, hur snabbt vissa processer såsom remisser eller behandlingar initieras, eller hur anställda inom Försäkringskassan ser på läkares sjukskrivningspraxis respektive uppfattar samverkan med läkare i sådana ärenden (120, 132-140).
- *Arbetsgivares perspektiv*; hur arbetsgivare uppfattar läkares sjukskrivningspraxis och samarbetet med läkare i sådana ärenden (119, 136).
- *Andra aktörers perspektiv*, till exempel socialtjänstens eller Arbetsförmedlingens perspektiv.
- *Patienters perspektiv*; hur patienter ser på läkares handläggning av sjukskrivningsärenden och hur de upplever att de blir bemötta (141-156).
- *Chefer inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur chefer inom hälso- och sjukvården ser på läkares arbete med sjukskrivning och på ledning och styrning av detta (157-160).
- *Medarbetare inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur andra professioner inom sjukvården ser på läkares försäkringsmedicinska praxis (17, 52, 136).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på andra läkares sjukskrivningspraxis, till exempel hur läkare inom företagshälsovård eller primärvård ser på andra läkares praxis (52, 61, 136, 161, 162).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på sitt eget arbete med sjukskrivningsärenden (52, 61, 136, 161-169).

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

Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning

Läkare har alltså en central roll i sjukskrivningsprocessen. Vad finns det då för vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning? Sådan kunskap har sammanställts i en systematisk översikt av de studier som publicerats i engelskspråkiga referentbedömda vetenskapliga tidskrifter (20). Samma metoder som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) tillämpar för sådana översikter användes, till exempel vad avser identifiering, relevansbedömning, dataextraktion,

kvalitetsbedömning och bedömning av vetenskapligt stöd, så kallad evidens (170). I översikten konstateras att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematiskt (evidensstyrka 3, där 3 är den lägsta möjliga). Det fanns även begränsat vetenskapligt stöd på mer specifik nivå för följande fem områden:

I hantering av sjukskrivningsärenden upplever läkare det problematiskt att:

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

Dessa fem är problem som är relaterade till försäkringsmedicinsk kompetens och professionalitet - och därmed problem som går att åtgärda med hjälp av interventioner på olika strukturella nivåer, framförallt inom hälso- och sjukvårdens organisation och via utbildning. Kunskapen är mycket begränsad om hur läkare bäst utvecklar sådan försäkringsmedicinsk kompetens. Det finns studier som tyder på att läkares utbildningsnivå och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt (123, 171); resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten (20) fann inget vetenskapligt stöd för betydelsen av läkares eller patientens kön, ålder eller attityder för läkares sjukskrivningspraxis (sådana faktorer har tidigare diskuterats i detta sammanhang). Detta berodde dels på att antalet studier var för få, men även på att resultaten i studierna gick i olika riktning.

I en litteraturöversikt kan man bara sammanställa resultat om det som faktiskt har studerats. Många frågeställningar vad gäller läkares sjukskrivningspraxis var inte studerade alls och i de flesta studier låg fokus på individfaktorer hos patienten eller läkaren, snarare än på det sammanhang läkare arbetar i och på faktorer som kan påverkas. I litteraturöversikten var det låga antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis det mest slående. Ett observandum var också att ingen av de inkluderade studierna hade mer än begränsad vetenskaplig kvalitet - ett flertal av de identifierade studierna kunde inte inkluderas alls på grund av otillräcklig vetenskaplig kvalitet. De allra flesta studier var tvärsnittsstudier och hade relativt få deltagare och i majoriteten av dem ingick endast allmänläkare. Det var en mycket stor variation mellan de inkluderade studierna vad avser studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårade jämförelser mellan studierna och möjligheten att dra slutsatser av dem. På en övergripande nivå sågs dock stora likheter i resultaten mellan olika länder (22). Anmärkningsvärt var att det endast fanns några få interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkares sjukskrivningspraxis, i Sverige såväl som i andra nordeuropeiska länder (61, 172-175). Det har under åren gjorts ett stort antal interventioner för att påverka läkares arbete med sjukskrivning av patienter, i Sverige såväl som i andra länder. Tyvärr har dessa interventioner sällan designats så att effekten av dem kan studeras vetenskapligt och det finns ytterst få publicerade studier om sådana interventioner (20, 21). Det innebär att flertalet åtgärder, på såväl individnivå, som på andra strukturella nivåer fortfarande i stor utsträckning måste grundas på tyckande snarare än på vetenskapligt baserad kunskap.

Utifrån den ovan beskrivna litteraturöversikten (20), liksom i andra översikter (21, 22, 24, 25, 116, 176), är det uppenbart att det behövs mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning. Det behövs inte bara fler studier, utan framförallt bättre studier. Centrala frågor är vilken typ av kunskap och åtgärder som behövs för att skapa förutsättningar för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.

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

Bakgrund

När det gäller kunskap som bas för förbättringsåtgärder med syfte att påverka läkares sjukskrivningspraxis, och som bas för utvärderingar av sådana interventioner, behövs även kunskap om läkares egna synpunkter och erfarenheter. I detta projekt, som syftar till att få fördjupad vetenskaplig kunskap inom ett område som har mycket stor betydelse för läkares arbetsmiljö, för patienters livssituation och för samhället i stort, har vi därför valt det sistnämnda perspektivet, det vill säga, vi utgår från läkares perspektiv; läkares erfarenheter av och syn på sitt arbete med sjukskrivningar.

Situationen för 15 år sedan

I denna rapport presenterar vi resultat från fyra olika enkäter till läkare om arbetet med sjukskrivning av patienter. Enkäterna skickades ut med 4 - 4,5 års mellanrum, den första i oktober 2004. Hur var situationen i Sverige när det gäller sjukfrånvaro och sjukskrivning då? Detta finns det självklart många olika uppfattningar om, ur olika perspektiv. Nedan listas några aspekter som många då såg som problematiska när det gäller förhållanden som präglade läkares sjukskrivningspraxis (ordet praxis används här i betydelsen 'handlingsmönster i professionell praktik') (20, 52, 136):

- En oklarhet i rollfördelningen gentemot Försäkringskassan, som endast i liten utsträckning tog sin 'grindvaksroll', det vill säga sitt skadekontrollansvar. Försäkringskassan gjorde sällan en bedömning av om en person uppfyllde kraven för att få sjukpenning (55, 138); fanns det ett läkarintyg utbetalades nästan alltid sjukpenning, även om det av intyget inte framgick om patienten hade en sjukdom eller skada som lett till arbetsoförmåga (55, 120, 134). Detta innebar att läkare ibland kände att grindvaksrollen kom att ligga på dem. Det innebar också att läkare sällan fick respons/feedback på läkarintygets kvalitet, det vill säga, den typ av feedback som vanligen leder till lärande (74). Försäkringskassan höll ofta inte heller på 12-månadersgränsen, det vill säga gränsen för hur länge en person egentligen skulle kunna vara sjukskriven innan en prövning för sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension/ sjukbidrag) skulle göras. Det innebar bland annat att många sjukskrivningsfall kom att pågå mycket länge utan ställningstagande till behov av åtgärder.
- Det fanns stora problem vad gäller samverkan i sjukskrivningsärenden, såväl mellan olika enheter eller professioner inom hälso- och sjukvården som med andra aktörer, till exempel arbetsgivare, Arbetsförmedling och Försäkringskassa (52, 136, 138, 169).
- Det fanns varken vetenskapligt baserad kunskap om optimal sjukskrivningstid och -grad vid olika diagnoser för personer i olika åldrar, med multisjuklighet eller olika arbetssituationer, eller om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven eller av att ha sjukersättning (21). När vetenskapligt baserad kunskap om optimal behandling finns utarbetar Socialstyrelsen vanligen riktlinjer för sjukvårdens arbete, men eftersom det huvudsakligen saknades vetenskaplig kunskap om optimal hantering av sjukskrivningsärenden fanns inga sådana riktlinjer (52, 64-67). Socialstyrelsen utövade inte heller någon tillsyn över hur hälso- och sjukvården arbetade med sjukskrivningar.
- De flesta läkare hade en mycket begränsad utbildning i försäkringsmedicin, både generellt och i jämförelse med i många andra välfärdsländer (29, 30, 52, 53, 75, 97, 102, 177, 178).
- Landstingens ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning var mycket bristfällig eller saknades helt (52, 136). Det saknades till exempel strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling, för samverkan (extern likaväl som intern) och för kunskapsgenerering när det gäller dessa komplexa arbetsuppgifter.
- Sjukfrånvaronivåerna hade fluktuerat mycket i Sverige under de senare decennierna och ökat dramatiskt sedan 1996 för att vara högre än någonsin vid sekelskiftet (21, 179, 180). Detta diskuterades mycket i massmedia, även vad gäller läkares roll för sjukfrånvaronivåerna. Dåvarande statsminister Göran Persson förklarade vid sekelskiftet att de höga sjukfrånvaronivåerna var ett av Sveriges största problem och ett flertal åtgärder vidtogs.
- När det varken fanns riktlinjer, ledning, feedback/kontroll från Försäkringskassan eller kunskap om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven var många läkare, framförallt allmänläkare, frustrerade,

kände sig utsatta och upplevde att de inte gjorde ett bra jobb när det gäller sjukskrivningsärenden (52, 85, 86, 136, 161, 181, 182).

Försäkringskassan har naturligtvis en central roll, eftersom det är där beslut om ekonomisk ersättning vid arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada fattas, vanligen för sjukskrivningsfall >14 dagar. En lika central roll har läkaren, som med sin medicinska kunskap ska ge patienten, arbetsgivaren och Försäkringskassan underlag om i vilken mån och hur länge patientens funktionsnedsättning påverkar möjligheten att utföra arbete. Det är läkarens perspektiv på arbetet med sjukskrivning som framkommer i de fyra enkäterna. Förändrade krav på och från Försäkringskassan, samarbeten och samverkansmöjligheter, Socialstyrelsens och landstingens stödfunktioner och uppföljningsverksamhet påverkar detta arbete.

Åtgärder 2003-2017

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

- På förslag från regeringen antog Riksdagen år 2003 ett *mål om att halvera sjuktalet* till år 2008 (183). Detta följdes av specificerade mål och insatser inom olika instanser involverade i sjukskrivningsarbetet under den period som enkätstudierna har ägt rum. Sjukfrånvaron sjönk dramatiskt i Sverige fram till 2010 för att därefter åter stiga något.
- År 2015 antog regeringen ett mål om *att sjuktalet i december år 2020 inte skulle vara högre än 9,0* (medelantalet nettodagar med sjukpenning per sjukpenningförsäkrad under ett år (184, 185). Sjuktalet har nu åter börjat minska.
- Regeringen gav statens beredning för medicinsk utvärdering (*SBU*) i uppdrag att genomföra systematiska litteraturöversikter när det gäller kunskapsbasen om sjukskrivning och konsekvenser av att vara sjukskriven, denna rapport kom 2003 (21).
- *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) (186).
- De tidigare 21 olika regionala försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket slogs 2005 samman till *en myndighet - Försäkringskassan* – bland annat för öka enhetligheten i bedömningarna.
- Ett *nationellt försäkringsmedicinskt forum* (NFF) med representanter från aktuella myndigheter och organisationer bildades.
- På uppdrag av regeringen utövade Socialstyrelsen, för första gången någonsin, *tillsyn* av hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning av patienter (64-68, 187). Socialstyrelsen definierade i samband med det uppdrag sjukskrivning som en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling och fann flera problem hur detta hanterades på olika nivåer inom vården.
- Regeringen gav Karolinska Institutet i uppdrag att kartlägga problem i hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Utredningen publicerades 2005 (52, 136). Utredningen visade bland annat att problem fanns på flera strukturella nivåer.
- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden* (70, 71) för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning (se vidare nedan).
- Senare, år 2009, infördes även den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, en överenskommelse mellan SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och regeringen (188, 189). Liksom för sjukskrivningsmiljarden, innebar rehabiliteringsgarantin ekonomiska incitament för landstingen att i större utsträckning förmedla kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodala behandlingar med syfte att stödja personer med ångest, depression, stress eller en långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning. (188, 190-196). Efter kritik, bland annat från Riksrevisionen (197) avslutades rehabiliteringsgarantin år 2015, och under en övergångsfas lades en del av de medlen över till sjukskrivningsmiljarden.
- Antalet olika typer av *försäkringsmedicinska kurser* och liknande, riktade till läkare och andra

professioner, har ökat och några universitet har även börjat ge *akademiska försäkringsmedicinska kurser* för specialistutbildade läkare (102). År 2015 infördes Socialstyrelsen försäkringsmedicin som ett specialistövergripande delmål för läkare under deras specialiseringstjänstgöring. Det innebär att landstingen är skyldiga att utbilda ST-läkare i försäkringsmedicin (198).

- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygets kvalitet (199), särskilt de senare åren. Flera domar har också påverkat detta. Försäkringskassan har även tagit fram en ny typ av utredning av sjukskrivna personers aktivitets- och arbetsförmåga; 'Aktivitetsförmågeutredning (AFU)(200-207).

- *Försäkringskassan har tagit fram information* om vilken information som efterfrågas i läkarintyget (FK 7263), som en hjälp till läkare vid ifyllande av intyget (199).

- Socialstyrelsens *försäkringsmedicinska beslutsstöd*¹ infördes i hela landet hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats; för närvarande pågår en mer omfattande uppdatering (208-210). Beslutsstödet består av två delar. Den ena är en generell del med övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar(10). Den andra delen består av diagnosspecifika rekommendationer, att användas som ett stöd vid sjukskrivningsbedömningar för specifika diagnoser (10, 211-215).

- *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och samtliga landsting/regioner har arbetat mycket aktivt med olika aspekter av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning, bland annat utifrån överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden från och med 2006 (se vidare nedan).

- *Fastare tidsgränser (rehabiliteringskedjan)* och striktare regler har införts i socialförsäkringen, både för sjukfrånvaro och för sjuk- och aktivitetsersättning (216-218). Under några år fanns även en tidsgräns för maximalt antal sjukskrivningsdagar som kunde beviljas av särskilda skäl (sammanlagt 914 dagar, 2,5 år). Denna gräns togs bort år 2016.

- *Arbetsförmedlingen* har fått en tydligare och mer aktiv roll i arbetet med personer som är eller varit sjukskrivna.

- En allmän diskussion har fortsatt förts i *massmedia* och i samhället om sjukförsäkringen och sjukfrånvaronivåer samt om läkares roll i detta.

- Mer *forskning* har genomförts och publicerats om sjukfrånvaro, både om riskfaktorer för och konsekvenser av att vara sjukskriven, vad som påverkar återgång i arbete och om sjukskrivningspraxis (20, 21, 45, 219-221). År 2014 etablerades Cochrane Insurance Medicine som ett 'field' inom Cochrane² - ett viktigt steg mot att försäkringsmedicin alltmer etableras som ett viktigt forskningsområde.

- Med början år 2011 har system införts för *elektronisk överföring av läkarintyg* (blankett FK 7263) från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan, inklusive en funktion för ärendekommunikation ('Fråga-svar-funktionen') i syfte att underlätta och effektivisera kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassan. Under senaste året har även detta system alltmer integrerats med sjukvårdens elektroniska journalsystem.

- Det har blivit ett *tydliggörande av hälso- och sjukvårdens ansvar* när det gäller hantering av patienters sjukskrivning (222).

- Många läkare har fått tillgång till statistiktjänster för att få information om hur deras sjukskrivning av patienter ser ut i jämförelse med andras (223, 224).

-En "ny yrkesgrupp", så kallade *rehabiliteringskoordinatorer* har införts, framförallt vid vårdcentraler, men även inom andra typer av kliniska verksamheter (17-19, 225, 226).

- Den *kraftiga minskningen av sjuktalen* fram till 2010 innebar att läkare, speciellt de vid vårdcentraler, hade färre konsultationer där sjukskrivning är aktuellt (4, 8, 227).

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

² <http://insuremed.cochrane.org/>

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

Förändringar på andra strukturella nivåer som vanligen har betydelse för sjukfrånvaro, och därmed för läkares arbete med sjukskrivningar, är förändringar på *arbetsmarknaden* och möjlighet till anställning vid funktionsnedsättningar (228), i *arbetslöshetsnivåer* och *förvärvsfrekvens* i olika åldrar (229) samt generellt i *sjukfrånvaronivåer* och andel med *sjuk- och aktivitetsersättning*.

Sjukskrivningsmiljarden

För att förbättra kvalitén i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågorna införde regeringen, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), ekonomiska incitament genom den så kallade "sjukskrivningsmiljarden", i en överenskommelse med SKL för åren 2006-2009. Fortsatta sådana överenskommelser har sedan gjorts varje år, hitintills till och med år 2018 (16, 70, 71, 204, 230-237). Upp till en miljard kronor per år har fördelats till landstingen enligt vissa principer, där en del av summan är fast och en annan rörlig. Senare år har cirka hälften av 'miljarden' i den tidigare rehabiliteringsgarantin lagts in i sjukskrivningsmiljarden, så summan har snarare varit 1,5 miljarder per år. Syftet med denna ekonomiska stimulans har varit att landstingen skulle prioritera sjukskrivningsfrågorna för att främja en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess.

I den första 'miljardöverenskommelsen' 2006-2009 fokuserades på förstärkning av följande fyra områden inom hälso- och sjukvården; *ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan (intern och extern) i sjukskrivningsprocessen* samt *kvinnors ohälsa* (i senare överenskommelser kallad jämställd sjukskrivning (238)) (70). Valet av de första tre problemområdena utgick bland annat från resultaten dels från Socialstyrelsens tillsyn av sjukvårdens hantering av sjukskrivningar (64-67), dels från en utredning om problem i hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning (52, 136), där bland annat resultat från 2004 års studie av läkares arbete med sjukskrivning ingick (5). Valet av det fjärde området, kvinnors ohälsa, baserades på de stora skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. En central del i sjukskrivningsmiljarden var att stimulera till samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

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

Även i den andra 'miljardöverenskommelsen' för 2010-2011 (231) betonades vikten av att hälso- och sjukvårdens ledningssystem, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), även skulle omfatta sjukskrivningsprocessen, som en del av vård och behandling. Därför ålades landstingen i den villkorade delen att ta fram ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen, samt att integrera sjukskrivningsprocessen i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen skulle även omfatta tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Under 2010 skulle varje landsting ha utarbetat ledningssystem på övergripande nivå, och under 2011 på verksamhetsnivå. Genom ledningssystemet skulle landstingen kunna ge verksamhetscheferna ramar och vägledning för det lokala kvalitetsarbetet samt efterfråga utvärdering av resultat av kvalitetsarbetet. Med anledning av detta konstaterar SKL på sin hemsida:

"Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som sjukvården i övrigt har. Det innebär att sjukskrivning ska uppfylla kravet på god vård och omfattas av bestämmelserna för kvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen har i sin verksamhetstillsyn

Bakgrund

konstaterat att sjukskrivningsprocessen ofta faller utanför det systematiska kvalitetsarbetet” (239).

En viktig aspekt i sjukskrivningsmiljarden har alltså varit att inom hälso- och sjukvården utveckla system för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen på alla nivåer, inklusive verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess (70-72, 157, 204, 230-237, 239-241). Fokus i överenskommelserna i övrigt har under åren varit på något olika aspekter, såsom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, jämställd sjukskrivningsprocess, ökad försäkringsmedicinsk kompetens, läkarintygens kvalitet och utökat elektroniskt informationsutbyte med Försäkringskassan.

Landstingen och regionerna har successivt integrerat arbetet med sjukskrivningsmiljarden (överenskommelserna) i sin ordinarie ledningsstruktur på central nivå. Även utbildning i försäkringsmedicin med fokus på AT och ST läkare har alltmer integrerats i landstingens ordinarie utbildningsstruktur. Försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande samt försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare bistår med stöd, särskilt vad gäller utbildningsinsatser. Personer från lokala avdelningar inom Försäkringskassan är i varierande grad involverade i arbetet med sjukskrivningsmiljarden, kommittéer och utbildningsinsatser i hälso- och sjukvården. Via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bedrivs flera projekt med syfte att utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med intyg, rehabkoordinatorer (18, 242), försäkringsmedicinsk utbildning, ta fram ett elektroniskt prognosverktyg inom ramen för projektet Stöd till rätt sjukskrivning (SRS) (243, 244) samt att stärka ledning och styrning inom området för att säkerställa att arbetet med att främja hög kvalitet i hantering av sjukskrivningsärenden efter sjukskrivningsmiljardens/överenskommelsens slut.

Aktiviteter för förbättrad sjukskrivningsprocessen i Stockholms län 2004-2017

Sedan 2004 har ett antal åtgärder för att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning genomförts i Stockholms läns landsting (SLL) (17, 245-259). Arbetet utgick från början från dåvarande regerings 10-punktsprogram, som bland annat innebar att alla läkare skulle erbjudas en dags utbildning i försäkringsmedicin. Från och med 2007 har överenskommelserna kring sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin varit styrande för landstingets insatser. Åtgärderna har vidtagits i egen regi, i samverkan med olika aktörer, till exempel enskilda vårdgivare, via samordningsförbunden (finansiell samverkan mellan Försäkringskassan, sjukvården, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen) eller tillsammans med Försäkringskassan. Vårdgivare, Karolinska Institutet, Akademiskt primärvårdscentrum (tidigare Centrum för allmänmedicin, CEFAM) och Försäkringskassan har också genomfört utbildnings- och informationsinsatser.

Olika sjukvårdsverksamheters ansvar att arbeta med sjukskrivning och rehabilitering regleras i avtal med sjukvårdshuvudmannen och i regelböckerna för vårdval (260). Det centrala ansvaret för arbetet med sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin finns inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Även en medicinskt sakkunnig läkare och den Försäkringsmedicinska kommittén (FÖRKOM) finns inom den centrala landstingsadministrationen.

Huvuddelen av de åtgärder som genomförts under den aktuella tidsperioden har varit inriktad på utbildnings- och informationsinsatser samt insatser för att förbättra arbetet med ledning och styrning inom hälso- och sjukvården. Försäkringsmedicinska kommittén har tagit fram rekommendationer utifrån de övergripande principerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd samt en bipacksedel med information att ge till den sjukskrivne och ett informationsblad till dennes arbetsgivare. Samverkan inom sjukvården och med andra aktörer samt frågor runt kvinnors ohälsa och senare jämställd sjukskrivning är andra insatsområden som miljardsatsningen fokuserat på. Nedan följer en beskrivning av ett antal av de aktiviteter som genomförts från central nivå inom SLL sedan 2007 utifrån överenskommelsen kring sjukskrivningsmiljarden. En del av nedanstående aktiviteter finns redovisat i rapportform (245, 246, 250-253, 255-257, 261-266).

Kompetensutveckling

Ett flertal utbildningar och seminarier kring det försäkringsmedicinska beslutsstödet hölls under 2007-2010; under åren 2008-2010 deltog cirka 2000 läkare i Stockholms län deltog vid dessa undervisningstillfällen. Förutom det försäkringsmedicinska beslutsstödet diskuterades FÖRKOM:s rekommendationer för sjukskrivningar i Stockholms län, förändringar i sjukförsäkringen genom Rehabiliteringskedjan från 1 juli 2008 (49) och satsningarna inom landstingets arbete med sjukskrivningsmiljarden (255, 256). Senare genomförda seminarier har haft fokus på kvalitet i medicinska underlag och ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet. Seminarierna har varit i form av stormöten med flera deltagande vårdverksamheter eller inom enskilda vårdverksamheter i samband med läkarmöten inom den egna verksamheten på sjukhuskliniker, psykiatriska mottagningar eller husläkarmottagningar. Försäkringskassan har förutom att delta i möten med vården tillsammans med representanter för miljardsatsningen eller FÖRKOM erbjudit vården egna informationsträffar/utbildningstillfällen. För AT och ST läkare har speciella utbildningar och handledningstillfällen erbjudits av FÖRKOM, omfattande bland annat cirka 180 läkare som varje år deltar i en basutbildning. Basutbildningen är en tredagars utbildning i försäkringsmedicin utifrån fastställda lärandemål på AT-läkarnivå.

Åttio handledare för kognitivt inriktade gruppsamtal har utbildats. Utbildningarna har genomförts av vårdgivare med erfarenhet från vård av aktuella patientgrupper och vänt sig till alla personalkategorier inom primärvården.

En webbaserad basutbildning i klinisk försäkringsmedicin med genusperspektiv har sedan 2011 erbjudits länets läkare. Denna har kompletterats med ytterligare en webbutbildning som riktar sig mot läkare under specialistutbildning och mot specialistutbildade läkare.

Sedan 2010 har utbildningsinsatser också riktats till sjukgymnaster i det fysiska funktionstestet TIPPA (Test Instrument for Profile of Physical Ability) respektive till arbetsterapeuter i bedömningsinstrumenten WRI (Worker Role Interview), WEIS (Work Environment Impact Scale), AWP (Assessment of work performance) och AWC (Assessment of work characteristic). för arbetsförmågebedömning

Flera regionala vårdprogram som tagits fram under denna period innehåller avsnitt med rekommendationer kring arbetsförmågebedömning och sjukskrivning (267).

Omkring 500 läkare deltog i "sjukskrivningsaudits" som arrangerades 2006, 2008 och 2010. Tanken bakom en så kallad audit är att reflektion om den egna praktiken tillsammans med kollegor leder till utveckling. Underlag kring den egna sjukskrivningspraktiken togs fram och användes som utgångspunkt för gemensam reflektion och diskussion samt för framtagande av lokala handläggningsrutiner (80, 250, 251, 261-263). Andra utvecklingsaktiviteter med syfte att stödja läkarnas arbete med sjukskrivningar var framtagande av frågeformulär för patienten att fylla i inför bedömning om sjukskrivning. På Mina vårdkontakter som nås från SLL:s hemsida finns ett formulär som patienten kan fylla i elektroniskt inför läkarbesöket, om vårdcentralen har anslutit sig till tjänsten. Frågeformulär finns även tillgängligt via Vårdgivarguiden och Vårdinformation Stor Stockholm- ett beslutsstöd (VISS).

Ett flertal forsknings- och utvecklingsprojekt har genomförts av ett forskarnätverk i samverkan mellan Karolinska Institutet och SLL. Erfarenheter och resultat från dessa har använts som underlag för informations- och utbildningsinsatser, framtagande av frågeformulär vid sjukskrivning med mera. Data har samlats in om läkares uppfattning om arbetet med sjukskrivningar, om kvaliteten på läkares arbete, till exempel i termer av hur de fyller i medicinska underlag/sjukintyg eller dokumenterar sitt arbete i medicinska journaler, alternativt hur många de sjukskriver eller hur länge dessa blir sjukskrivna. Denna och tidigare rapporter baserade på enkäter till läkare i Stockholm är resultat av samverkan i det forskarnätverket (5, 8, 9, 101, 268-271).

Kvalitet i och elektronisk överföring av medicinska underlag

En hel del arbete har gjorts för att höga kvalitén i läkarintyg/medicinska underlag till Försäkringskassan (254, 272). I journalmodulen för elektroniska sjukintyg till Försäkringskassan finns till viss del ett beslutsstöd inbyggt. I ett projekt i arbetet med införandet av elektroniskt överförbara sjukintyg utvecklades i Stockholm även en modul innehållande ICF-koder (ICF = International Classification of Functioning) (11, 12, 273) som ger stöd vid beskrivning av funktion och aktivitet. En pilottest av detta stöd som gjorts av SLL har visat ett bra resultat (13). Något breddgenomförande har dock inte skett.

Ledning och styrning

Inom ramen för deltagande i de ovan nämnda så kallade sjukskrivningsaudits erbjöds verksamheterna stöd för att ta fram lokala policys/riktlinjer (261) och handläggningsrutiner (250) för arbetet med sjukskrivningspatienter. Särskilda seminarier om försäkringsmedicin hölls för chefer inom sjukvården och en plan för policy och riktlinjer togs fram. Patientnämnden gjorde en sammanställning av ärenden som handlade om klagomål från patienter när det gäller sjukskrivning och sjukskrivningspraxis 2011 (274). Baserat på detta gjordes ett år senare en uppföljande sammanställning av ärenden som handlar om brister i hantering av sjukskrivningar (275).

Den Försäkringsmedicinska kommittén, FÖRKOM, har tagit fram rekommendationer om förhållningssätt i samband med sjukskrivning som utgår från de övergripande principerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet och det som kommit fram i kontakter med vården. Hälso- och sjukvårdsnämnden har ställt sig bakom dessa rekommendationer som utgångspunkt för arbetet med sjukskrivningar inom sjukvården i Stockholm.

Riktlinjer för kvalitet och patientsäkerhet i sjukskrivningsprocessen togs fram och beslutades hälso- och sjukvårdsnämnden 2010. Utbildningsinsatser om dessa har genomförts med verksamhetschefer/medicinskt ledningsansvariga från husläkarmottagningar, psykiatri och specialistvård (276).

Samverkan/samarbete

Samverkan mellan Stockholms läns landsting och Försäkringskassan äger rum på flera nivåer. På övergripande nivå möts regelbundet representanter för de bägge organisationerna. Samverkan sker även i samordningsförbunden och via FÖRKOM samt i olika utsträckning mellan lokala samverkansansvariga från Försäkringskassan och olika vårdgivare. Samverkan sker också kring den gemensamma nationella rehabiliteringsgarantin som gäller de två stora sjukdomsgrupperna lätt och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta (247).

I FÖRKOM ingår ledamöter från flera medicinska specialiteter; ortopedi, primärvård, psykiatri och rehabiliteringsmedicin. Dessutom ingår privatläkare och företagsläkare samt Försäkringskassan. Kommitténs uppdrag är att vara rådgivande i försäkringsmedicinska frågeställningar till landstings- och verksamhetsledningar samt att ge stöd till personal i sjukvården som arbetar med försäkringsmedicinska frågeställningar. Ordföranden i Förkom ingår i Stockholms medicinska råd tillsammans med övriga medicinskt sakkunniga i SLL.

Kvinnors ohälsa och jämställd sjukskrivning

En handlingsplan för arbetet med sjukskrivning ur jämlikhetsperspektiv har tagits fram som ett led i arbetet med sjukskrivningsmiljarden (277, 278).

En fokusrapport "Kvinnors ohälsa – är sjukskrivning medicinen?" (279) togs fram inom det medicinska programarbetet. Syftet vara att öka kunskap och bidra till ett bättre och omhändertagande av kvinnor och en kvalitetssäkrad sjukskrivning av kvinnor. Ett projekt på Handens vårdcentral genomfördes i ett nationellt projekt "Jämt sjukskriven – ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen" (280) vilket bland annat resulterat i standardiserade bedömningsinstrument.

Sjukskrivande verksamheter har stimulerats att ta fram lokala rutiner för en jämställd sjukskrivningsprocess enligt de centrala riktlinjer för kvalitets- och patientsäker sjukskrivningsprocess som beslutades 2010 (276, 281).

Rehabkoordinatorer

Sedan år 2014 har SLL utifrån Sjukskrivningsmiljarden mer strukturerat och successivt infört rehabkoordinatorer i primärvård, på ortopedkliniker (17, 282) och inom psykiatri. Uppdraget för rehabkoordinatorer består i individuellt stöd till patienten, intern samordning av rehabinsatser, vara extern kontaktperson samt hantering av sjukskrivningsdata på enheten. Interna uppföljningar visar positiva resultat, liksom den utvecklingsstudie som genomförts på uppdrag av SLL (283). Utvärderingen visade att välstrukturerade modeller med rehabkoordinator har positiv effekt på sjukskrivning och livskvalitet med oförändrad omfattning på vårdkonsumtion (283). Modellen som använts i Stockholm för införande av rehabkoordinator förordar bland annat särskild kompetens hos rehabkoordinatören, noggrann identifiering av patienter, internt och externt samarbete samt tät uppföljning av individens och funktionens process för vidare utveckling. En lagreglering av funktionen väntas år 2019 (226).

Läkarenkätprojektet

Syftet med läkarenkätprojektet var från början främst att generera fördjupad kunskap om läkares arbete med sjukskrivning i Sverige. Utifrån de nya mål och krav som tillkom efter 2004 och framförallt de många och omfattande interventioner som sedan dess har genomförts för att förbättra sjukskrivningsarbetet, utvecklade projektgruppen enkätfrågorna för att även få kunskap om hur dessa åtgärder förändrade läkarnas arbete med sjukskrivning. Varje enkätstudie finns redovisad i särskild rapport (1, 3-5) samt för deltagare från Stockholm (6-9).

I denna rapport redovisas resultat från enkätstudien 2017 givna av deltagare i Stockholm. Dessa resultat jämförs med resultat från de tre tidigare enkätstudierna 2004, 2008 och 2012 vad avser gemensamma enkätfrågor. Vissa jämförelser görs också med läkare i övriga landet.

Syfte

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

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

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

Material och metod

Här presenteras sammanställningar av svar från yrkesverksamma läkare i som år 2017, 2012, 2008 eller 2004 besvarade ett frågeformulär om sitt arbete med sjukskrivningar och som i frågeformulären angav att de huvudsakligen arbetade i Stockholms läns landsting.

Svar avseende samtliga deltagare, det vill säga, från hela landet, har tidigare presenterats i en rapport (1).

Inklusionskriterier och antal frågor och utformningen av frågorna i de fyra enkäterna har varierat något över åren. De tre främsta orsakerna till förändring av frågor har varit:

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

Ett viktigt syfte med detta projekt var att få kunskap om eventuella förändringar över tid i läkares erfarenheter av och syn på arbetet med sjukskrivning av patienter. Därför har det varit angeläget att i enkäten 2017 i så stor utsträckning som möjligt använda frågor som ingick i de tre tidigare enkätstudierna (3-5). Frågorna i de frågeformulären baserades på intervjuer med läkare (individuellt och i grupp), tidigare enkätstudier, litteraturöversikter, diskussioner med kliniker, praktiker, forskare, både från Sverige och från andra länder samt med personer från projektets referensgrupp (5, 8, 9, 21, 62, 74, 100, 103, 136, 162, 227, 268-270, 284-305).

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

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

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

Enkätår	Studiepopulation i Stockholm	Svarsfrekvens	Antal frågor i frågeformuläret
2004	6794 (läkare <65 år)	71 %	96
2008	10 206 (samtliga yrkesverksamma läkare)	59 %	163
2012	10 192 (samtliga yrkesverksamma läkare <68 år)	58 %	163
2017	10 771 (samtliga yrkesverksamma läkare ≤68 år)	53 %	133

I denna rapport redovisas först svar på de frågor som förekom i enkäten 2017 för samtliga läkare (röd färg) och för sjukskrivande läkare (blå färg) I nästa avsnitt redovisas svaren på frågor gemensamma för enkäten 2017 och 2012 respektive 2017, 2012 och 2008 (grön färg) avseende läkare som var yngre än 68 år respektive enkätår. I ett fjärde avsnitt redovisas svaren på de frågor som förkommit i samtliga fyra enkäter för de läkare som huvudsakligen arbetade i Stockholms län och som var yngre än 65 år (gul färg).

I detta metodavsnitt beskrivs urval, enkätfrågor och de förändringar i urval, frågeformuleringar och svarsalternativ som skett under åren. För mer detaljerad information om de olika studierna hänvisas till respektive rapport (1, 3-5).

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

2017 års enkätstudie

Enkäten 2017 skickades i maj 2017 till 34 000 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år eller som nyligen fyllt 68 år. Enkäten stängdes i oktober 2017. Studiepopulationen baserades på uppgifter i Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR), som administreras av QuintilesIMS.

Antalet läkare i studiepopulationen för hela landet var 34 585 personer.

Enkäten

Enkäten utgick från tidigare enkäter (se nedan). Samtidigt har vissa förändringar skett när det gäller läkares arbete med sjukskrivningar sedan enkäten år 2012, vilka också behövde beaktas. Ytterligare en utgångspunkt i dessa revideringar av frågeformuläret var analyser av resultaten från 2012 års enkät, inklusive analyser av de omkring 4 000 öppna svaren (306, 307). Från referensgruppen och andra intressenter inkom dessutom förslag på ett stort antal ytterligare frågor. Det fanns även önskemål om att minska antalet frågor från de 163 frågorna i 2012 års enkät. Samtidigt skedde vissa förändringar när det gäller läkares arbete med sjukskrivningar sedan år 2012 vilka också behövde beaktas i enkäten. Samtliga förslag diskuterades inom projektgruppen och med referensgruppen ett flertal gånger och olika versioner av nya frågeformulär prövades. Det totala antalet frågor i 2017 års enkät blev slutligen 133 frågor.

Frågeområden

Följande övergripande *frågeområden* ingick i 2017 års enkät:

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

Datainsamling

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

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

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

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

Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

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

Av de 34 585 som ingick i urvalet besvarade 18 714 enkäten, det vill säga svarsfrekvensen var 54,1 procent (Tabell 2). Svarsfrekvensen för hela landet var 54,1 procent. Såsom ofta är fallet i enkätstudier var svarsfrekvensen något högre bland kvinnor än bland män, liksom bland äldre jämfört med yngre personer. För 213 personer kom inbjudan att delta tillbaka till SCB med postretur, vilket innebär att dessa personer aldrig fick inbjudan. Om dessa personer inte räknas med blev svarsfrekvensen 54,4 procent för hela landet. Av de svarande i hela landet använde 57,5 procent möjligheten att svara via webbenkäten, övriga svarade via pappersformuläret. Det interna bortfallet, det vill säga bortfall av svar för specifika frågor, var i medeltal 4,7 procent. Det redovisas inte för var och en av frågorna i rapporten.

Svarsfrekvens Stockholm

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys uppdelat på län, baserad på läkarens boendelän, medan svaren i resultatdelen presenteras relaterat om läkaren i enkäten uppgivit om hon eller han huvudsakligen arbetar i Stockholms län. I Tabell 2 visas svarsfrekvensen för Stockholm: 52,9 procent.

Tabell 2. Svarsfrekvens (%) uppdelat på kön respektive åldersgrupper bland läkarna i Stockholm.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarsfrekvens %
Samtliga	10 771	5695	52,9
Kvinnor	5569	3110	55,8
Män	5202	2585	49,7
20-39 år	3048	1638	53,7
40-54 år	4151	2035	49,0
55-67 år	3572	2022	56,6

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

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

2004 års enkätstudie

I 2004 års studie inkluderades bland annat 6 794 läkare från Stockholms län som var yngre än 65 år (5, 9, 284-287). Urvalet i Stockholms län utgjordes av de läkare i Stockholm som var medlemmar i Svenska läkarförbundet. Cirka 95 % av läkarna i Sverige var då medlemmar i läkarförbundet.

De 96 frågorna i enkäten 2004 baserades på intervjuer med kliniskt verksamma läkare, litteraturstudier, samt tidigare genomförda enkäter (21, 162). Före studien prövades frågorna bland annat i två olika referensgrupper (en för Östergötlands och en för Stockholms län), bland ett flertal forskarkollegor inom området och i en pilotstudie till 100 läkare i ett annat län (5).

Svarsfrekvensen var 71 procent för alla, det vill säga, även de från Östergötland, något högre för kvinnor (74 %) än för män (68 %). Av samtliga 5455 läkare som svarade (inklusive de från Östergötland) hade 4 018 (74 %) sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Det finns ett flertal publikationer från detta projekt, såväl rapporter som internationella artiklar (5, 9, 62, 74, 103, 136, 227, 269, 270, 284-294).

2008 års enkätstudie

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

Svarsfrekvensen för läkarna boende i Stockholm var 59 % (n=5983); något högre för kvinnor (62 %) än för män (56 %) och likaså högre för äldre läkare (24-44 år: 56 %, 45-64 år: 58 %, ≥65 år: 75 %). Av dem som i enkäten angav att de huvudsakligen arbetar i Stockholm, 5 831 läkare, svarade 3 530 (61 %) att de hade sjukskrivningsärenden åtminstone några gånger per år. Även från detta projekt finns det ett flertal publikationer (8, 62, 74, 100, 103, 227, 268, 270, 289, 291, 294-301).

2012 års enkätstudie

Enkäten skickades i oktober 2012 till drygt 33 000 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år. Nästan en tredjedel (n=10 192, 31 %) av dessa läkare bodde i Stockholms län. Studiepopulationen år 2012 baserades, liksom i studien 2008, på Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR). För Stockholms län ingick samtliga yrkesverksamma läkare yngre än 68 år. Flera publikationer baseras på denna enkät (5, 9, 74, 103, 136, 161, 285, 287, 289, 292, 295).

Dataanalys

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

I ett datamaterial av den storlek som detta projekt genererat, blir även små absoluta skillnader mellan olika grupper som regel statistiskt signifikanta. Det innebär att det finns en stor risk för att presentera 'signifikans utan relevans', och att det snarare är anmärkningsvärt när det inte finns en signifikant skillnad mellan resultat. Vi har därför valt att inte belasta rapporten med information om p-värden för skillnader i resultat, med några få undantag. Vi har i rapporten valt att i stor utsträckning presentera resultaten grafiskt i figurform snarare än i tabellform, för att läsaren lätt ska kunna se eventuella skillnader.

Resultat från 2017 års enkät

I rapporten presenteras andelar oftast avrundade till heltal. Det innebär att skillnaden mellan två andelar kan vara en procentenhet mindre eller större än vad den ser ut att vara i tabellen eller figuren. Staplarna i figurerna är dock baserade på de faktiska andelarna och inte på de avrundade heltalen, och kan därför vara olika stora fastän den presenterade andelen är densamma.

Enkätsvaren för 2017 redovisas i två övergripande avsnitt.

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

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

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

I ett flertal av redovisningarna presenteras resultat uppdelat på följande fem grupper: allmänläkare, ortopedi, psykiatri, gynekologi samt övriga läkare.

I bearbetningen av några av svaren har följande justeringar 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/mottagning hon eller han huvudsakligen arbetade vid, har kategoriserats till en typ av klinik/mottagning baserat på sin specialistutbildning, alternativt text i de öppna svaren.

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

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

Jämförelser över tid

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

1. jämförelser mellan svar på enkäterna 2008, 2012 och 2017 för de 87 frågor som fanns i samtliga dessa tre enkäter – och dessutom för de ytterligare 17 frågor som endast fanns i enkäterna 2012 och 2017 (det **gröna avsnittet**) för läkare <68 år (Tabell 3), samt
2. jämförelser mellan svar på de 48 frågor som fanns i alla fyra enkäterna; 2004, 2008, 2012 och 2017 (det **gula avsnittet**) för läkare <65 år (Tabell 4).

Motsvarande jämförelser har gjorts i tidigare rapporter för enkäten 2012 (6) respektive för enkäten 2008 (8). Antalet frågor som i de rapporterna jämförs med varandra är inte exakt samma som i denna rapport, eftersom flera frågor från tidigare enkäter inte finns med i 2017 års enkät medan andra frågor har tillkommit – det vill säga, frågor som vi inte kan jämföra med tidigare enkätresultat.

I de tre olika jämförelserna mellan åren ingår de läkare ("sjukskrivande läkare") som uppgav att de har konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt minst några gånger per år (Tabell 3 och Tabell 4). Trots att svarsfrekvensen var lägre år 2017 ingår något fler sjukskrivande läkare från 2017 i jämförelserna än från 2012, eftersom större andel av de svarande hade sjukskrivningsärenden 2017. I Tabell 3 presenteras dels antal svarande och antal och andel av dem som var sjukskrivande läkare, dels motsvarande siffror för dem som ingår i var och en av de tre olika jämförelserna. Den första jämförelsen (åren 2008-2012-2017) inkluderar de läkare som var <68 år gamla. I Tabell 4 tabell visas motsvarande uppgifter för den tredje jämförelsen (2004-2008-2012-2017), som omfattar läkare <65 års ålder.

Tabell 3. Antal svarande läkare i Stockholm, antal och andel av dem som är sjukskrivande samt antal och andel som ingår i jämförelserna.

Enkätår	Antal svarande läkare	Antal sjukskrivande läkare	Andel sjukskrivande läkare av de svarande	Antal sjukskrivande läkare <68 år	Andel sjukskrivande läkare <68 år av de svarande
2008	5831	3530	60,5 %	3434	58,9 %
2012	5059	3271	64,7 %	3271	64,7 %
2017	5142	3411	66,3 %	3403	66,2 %

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

Enkätår	Antal svarande läkare	Antal sjukskrivande läkare	Andel sjukskrivande läkare av de svarande	Antal sjukskrivande läkare <65 år	Andel sjukskrivande läkare <65 år av de svarande
2004	4827	3446	71,4 %	3446	71,4 %
2008	5831	3530	60,5 %	3303	56,6 %
2012	5059	3271	64,7 %	3083	60,9 %
2017	5142	3411	66,3 %	3214	62,5 %

Nedan redogörs för hanteringen av analyser i dessa jämförelser.

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

Skillnader i utformning av frågor mellan enkäterna

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

Jämförelsen 2017-2012-2008

I det **gröna avsnittet** (sidan 113) jämförs svar från 2008, 2012 och 2017 års enkäter från läkare som var under 68 år och svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

- På frågan om vilken typ av klinik/mottagning som var läkarens huvudsakliga arbetsplats lades för 2012 och 2017 alternativet "Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna" till. De som kryssat för detta alternativ 2012 eller 2017 har exkluderats från analyserna.

- På frågan om hur länge läkaren har varit på sin nuvarande arbetsplats lades ytterligare ett svarsalternativ till 2012 och 2017. I analyserna gjordes en sammanslagning av de två första svarsalternativen 2012 och 2017.
 - 2008: <5 år, 5-9 år, 10 år eller längre
 - 2012 och 2017: <1 år, 1-4 år, 5-9 år, 10 år eller längre
- Två svarsalternativ ändrades på frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Därför redovisades en sammanslagning av dessa svarsalternativ.
 - 2008: Fler än 20 ggr/vecka, 6-20 ggr/vecka
 - 2012 och 2017: Fler än 10 ggr/vecka, 6-10 ggr/vecka
- Under rubriken *"Hur ofta i Ditt kliniska arbete..."* formulerades en delfråga annorlunda de tre åren. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008: ... använder Du Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd – vägledning vid sjukskrivning (infördes 2008)?
 - 2012: ... bedömer Du sjukskrivningsärenden utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?
 - 2017: ... bedömer Du sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?
- Svarsalternativet *"Patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen"* delades 2012 och 2017 upp i två separata svarsalternativ på frågan gällande om det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättade kontakter med olika aktörer. De läkare som svarade 'Ja' på minst ett av alternativen år 2012 och 2017 jämfördes med dem som svarade 'Ja' på alternativet år 2008.
- Ett av svarsalternativen på frågan om upplevda svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan formulerades om 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008: Svårt att förmedla information via FK:s förtryckta medicinska intyg
 - 2012 och 2017: Svårt att förmedla information via FK:s blanketter
- Under rubriken *"Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av..."* formulerades tre delfrågor annorlunda 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 1.)
 - 2008 och 2012: ... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?
 - 2017: ... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete?
 - 2.)
 - 2008 och 2012: ... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?
 - 2017: ... faktorer hos arbetsgivaren?
 - 3) Två delfrågor har för 2008 och 2012 slagits ihop för att jämföras med motsvarande delfråga 2017.
 - 2008 och 2012: ... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas? samt ...att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
 - 2017: ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
- En fråga är ställd annorlunda för de olika åren. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008: "Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?"
 - 2012 och 2017: " Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?"
- En delfråga under rubriken *"Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?"* formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök

- 2017: Kontakter med patienters arbetsgivare
- Två delfrågor har för 2008 och 2012 slagits ihop för att jämföras med motsvarande delfråga 2017.
- 2008 och 2012: ”Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året” samt ”Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året”
- 2017: ”Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året”
- Ytterligare en delfråga under denna rubrik formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
- 2008 och 2012: ”Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser”
- 2017: ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd”
- Frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan formulerades för 2017 annorlunda jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: ”I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?”
 - 2017: ”I de fall Du, de senaste 12 månaderna, upplevt svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?”. (Dvs, tidsperioden för de upplevda svårigheterna begränsades)
- Under rubriken ”Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...” formulerades två delfrågor annorlunda de tre åren.
 - 1.)
 - 2008: ... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) i enlighet med Socialstyrelsens diagnosspecifika försäkringsmedicinska rekommendationer?
 - 2012: ... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?”
 - 2017: ... skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)?
 - För 2012 och 2017 togs svarsalternativet *'Har ej använt dem'* bort för delfrågan "... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd". För 2008 års svar har därför i jämförelsen mellan åren de läkare som svarade *'Har ej använt dem'* exkluderats. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2.) Följande delfråga formulerades också annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: ... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?”
 - 2017: ... göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?”
- Frågan hur ofta läkaren hade kontakt med FK skiljde sig något mellan åren. 2008 och 2012 ställdes frågan ”Hur ofta har du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden (Avser ej när Du skriver intyg)” medan frågan ”Hur ofta i Ditt kliniska arbete har du kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) angående sjukskrivningsärenden?” ställdes 2017. ”Dagligen” och ”Någon eller några gånger per vecka” 2008 och 2012 har slagits ihop och jämförts med ”Fler än 10 ggr/vecka”, ”6-10 gånger/vecka” och ”1-5 ggr/vecka” 2017.
 - 2008 och 2012 fanns svarsalternativen ”Dagligen”, ”Någon eller några gånger per vecka”, ”Någon gång per månad”, ”Några gånger per år” samt ”Aldrig eller i stort sett aldrig”.
 - 2017 fanns svarsalternativen ”Fler än 10 ggr/vecka”, ”6-10 ggr/vecka”, ”1-5 ggr/vecka”, ”Någon gång/månad”, ”Några gånger/år” samt ”Aldrig/i stort sett aldrig”.

- Frågan "Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan (FK)?" hade olika svarsalternativ 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma alternativ.
 - 2008 och 2012 fanns svarsalternativen "Mycket", "Ganska", "Knappast", "Inte alls" samt "Har inga kontakter med FK".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Mycket nöjd", "Ganska nöjd", "Ganska missnöjd", "Mycket missnöjd" samt "Har inga kontakter med FK".
- Två delfrågor under rubriken "I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?" 2008 och 2012 har slagits samman vid jämförelsen med 2017.
 - 2008 och 2012: "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" och "Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare(f.d. försäkringsläkare) ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"
 - 2017: "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"
- Frågan "Är elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt integrerat med Ditt journalsystem?" hade olika svarsalternativ de två åren. De två "Ja"-svarsalternativen 2017 har slagits samman vid jämförelser med 2012.
 - 2012 fanns svarsalternativen "Ja", "Nej" samt "Vet ej".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Ja, och det fungerar i stort sett bra", "Ja, med det uppstår problem", "Nej" samt "Vet ej".

Jämförelsen 2017-2012-2008-2004

I det gula avsnittet (sidan 161) jämförs svar från 2004, 2008, 2012 och 2017 års enkäter för de läkare som svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning. Eftersom endast läkare som var under 65 år inkluderades år 2004, ingår i detta kapitel endast svar från de läkare som var yngre än 65 år när de besvarade enkäten.

- I 2008, 2012 och 2017 års enkäter fanns fler typer av kliniker/mottagningar angivna som fasta svarsalternativ, jämfört med år 2004. De läkare som 2008, 2012 eller 2017 uppgav att de arbetade på någon av de nyttillkomna klinikerna/mottagningarna hänförs i jämförelsen till 'Annan klinik/mottagning'. (Orsaken till att antalet svarsalternativ för typ av klinik/mottagning utökades från och med 2008 års enkäter, var att 2004 års enkätstudie visade att ett betydande antal inom kategorin 'Annan klinik' var sjukskrivande läkare.)
- På frågan om vilken typ av klinik/mottagning som var läkarens huvudsakliga arbetsplats lades för 2012 och 2017 alternativet "Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna" till. De som kryssat för detta alternativ 2012 eller 2017 har exkluderats från analyserna.
- För frågan om hur ofta läkaren möter patienter som är sjukskrivna/aktuella för sjukskrivning, ändras svarsalternativet för det mest frekventa enligt följande:
 - 2004 och 2008: Fler än 20 ggr/vecka
 - 2012 och 2017: Fler än 10 ggr/veckaI jämförelserna slås de som svarat något av detta ihop med de som svarat ≥ 6 ggr/vecka
- På frågan om läkaren har stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden lades två svarsalternativ till 2008, 2012 och 2017, nämligen: "Ej aktuellt, har ingen chef" och "Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet". De läkare som valt något av dessa två svarsalternativ 2008, 2012 respektive 2017 har exkluderats i jämförelserna mellan åren.
- Skalan på svarsalternativen till frågorna "Hur ofta i Ditt kliniska arbete..." ändrades från 2004 till 2008, 2012 och 2017. De två första svarsalternativen ändrades från "Fler än 20 ggr/vecka" och "6-20 ggr/vecka" år 2004 till "Fler än 10 ggr/vecka" och "6-10 ggr/vecka" år 2008, 2012 och 2017. Vid jämförelserna slogs båda alternativen ihop för vardera år till "minst 6 ggr/vecka".
- Under rubriken "Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av..." formulerades en delfråga annorlunda 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.

- 2004, 2008 och 2012: ... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?
- 2017: ... faktorer hos arbetsgivaren?
- En annan delfråga formulerades olika i enkäterna. Två delfrågor har för 2008 och 2012 slagits ihop och jämfördes med motsvarande delfråga 2004 och 2017.
 - 2004: ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas (t.ex. kognitiv beteendeterapi)?
 - 2008 och 2012: ... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas? samt ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
 - 2017: ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
- En fråga är ställd annorlunda för de olika åren. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004: "Hur värdefullt är/skulle följande vara för Din fortsatta kompetensutveckling när det gäller hantering av sjukskrivningsfrågor?"
 - 2008: "Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?"
 - 2012 och 2017: " Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?"
- En delfråga under rubriken "*Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?*" formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2004, 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004, 2008 och 2012: Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök
 - 2017: Kontakter med patienters arbetsgivare
- En annan delfråga under rubriken "*Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?*" formulerades annorlunda 2004 jämfört med 2008, 2012 och 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004: Kurser
 - 2008, 2012 och 2017: Kurser i försäkringsmedicin
- Frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan formulerades för 2017 annorlunda jämfört med 2004, 2008, och 2012.
 - 2004, 2008 och 2012: "*I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?*"
 - 2017: "*I de fall Du, de senaste 12 månaderna, upplevt svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?*". (Dvs, tidsperioden för de upplevda svårigheterna begränsades)
- Till frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan fanns 2008, 2012 och 2017, men inte 2004, påståendet "*Upplever inga svårigheter*". Det betyder att ett uteblivet svar år 2004 kunde innebära att man inte upplevt några svårigheter. För att få en någorlunda korrekt jämförelse mellan de fyra enkäterna togs därför alla läkare med i analyserna för frågorna om upplevda svårigheter, även om hon eller han inte alls svarat på frågan.
- Frågan hur ofta läkaren hade kontakt med FK skiljde sig något mellan åren. 2004, 2008 och 2012 ställdes frågan "*Hur ofta har du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden (Avser ej när Du skriver intyg)*" medan frågan "*Hur ofta i Ditt kliniska arbete har du kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) angående sjukskrivningsärenden?*" ställdes 2017. "*Dagligen*" och "*Någon eller några gånger per vecka*" 2004, 2008 och 2012 har slagits ihop och jämförts med "*Fler än 10 ggr/vecka*", "*6-10 gånger/vecka*" och "*1-5 ggr/vecka*" 2017.
 - 2004, 2008 och 2012 fanns svarsalternativen "*Dagligen*", "*Någon eller några gånger per vecka*", "*Någon gång per månad*", "*Några gånger per år*" samt "*Aldrig eller i stort sett aldrig*".

Material och metod

- 2017 fanns svarsalternativen ”Fler än 10 ggr/vecka”, ”6-10 ggr/vecka”, ”1-5” ggr/vecka”, ”Någon gång/månad”, ”Några gånger/år” samt ”Aldrig/i stort sett aldrig”.
- Två delfrågor under rubriken ”I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?” 2008 och 2012 har slagits samman vid jämförelsen med 2004-2008-2012-2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2004: ”Jag upplever att jag/mina bedömningar ifrågasätts”
 - 2008 och 2012: ”Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar” och ”Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare(f.d. försäkringsläkare) ifrågasätter Dig/Dina bedömningar” (personer som svarat ja på minst en av dessa frågor räknades som upplevt svårigheten)
 - 2017: ”Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar”

Öppna svar 2004-2017

I samtliga enkäter fanns det möjlighet att skriva egna kommentarer kring någon specifik fråga och generellt kring arbetet med hantering av patienters sjukskrivning. I de tre första enkäterna kunde sådana kommentarer skrivas på en sista sida i pappersformuläret (och i en ruta sist i webenkäten 2012). Antalet läkare i Stockholm som angav något sådant öppet svar var 2724 i 2004 års enkät, 1258 i 2008 års enkät och 978 i 2012 års enkät.

I 2017 års enkät fanns det möjlighet att skriva kommentarer efter åtta frågor, såväl i webenkäten som i pappersformuläret. Bland läkarna från Stockholm gjorde 2040 läkare detta. I denna rapport redovisas inga analyser av öppna svar.

Resultat

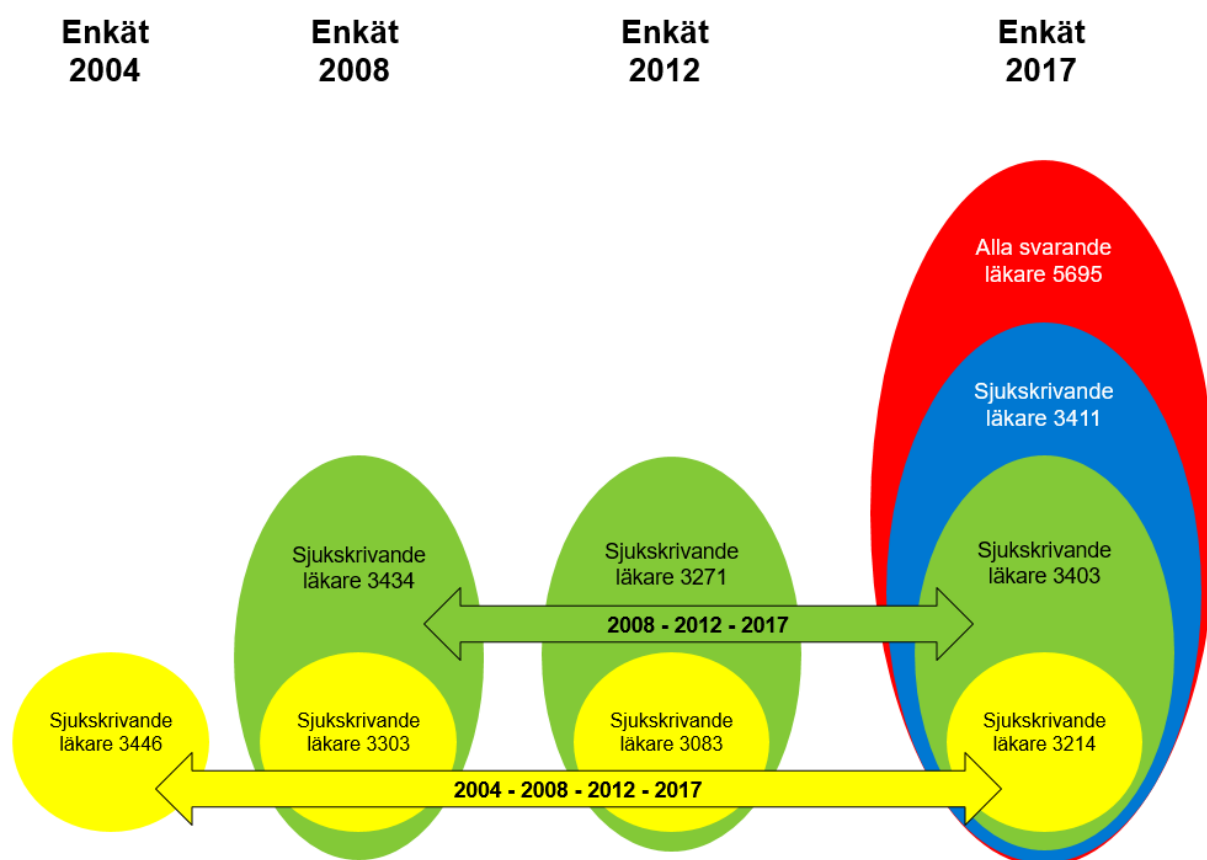
I denna rapport presenteras först resultat från samtliga enkätfrågor från enkäten ”Läkares arbete med sjukskrivning” från år 2017 (röd och blå del). Vissa svar presenteras även uppdelat på typ av klinik/mottagning eller relaterade till svaren på andra frågor. *Typ av kliniker/mottagning/verksamhet* presenteras i bokstavsordning. I de flesta fall redovisas svaren för alla läkare totalt och/eller för läkare i följande fem typer av kliniska verksamheter:

- Gynekologi/obstetrik/mödrahälsovård
- Ortopedi
- Psykiatri/missbruksvård
- Vårdcentral/husläkarmottagning, samt
- Övriga kliniker/mottagningar

Vi har förenklats dessa beteckningar i tabeller, figurer och i texten och skriver där ’gynekologi’, ’ortopedi’, ’psykiatri’, ’vårdcentral’ respektive ’övriga läkare’.

Därefter jämförs svar från 2017 års enkät med svar från motsvarande frågor från tidigare enkäter för de sjukskrivande läkare som besvarat dem. Resultaten av jämförelserna presenteras först för de tre enkäterna 2017-2012-2008 (grön del). Därefter jämförs svar på de frågor som fanns i samtliga fyra enkäter 2017-2012-2008-2004 (gul del). Dessa två separata avsnitt av jämförelser görs för att så många svar som möjligt ska kunna jämföras mellan åren. I blå delen finns sammanfattningar efter varje avsnitt. I gröna och gula delen finns ensammanfattning efter respektive del.

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



Figur 1. En översiktsbild för illustration av de fyra resultatavsnitten i rapporten; röd, blå, grön, respektive gul.

Upplägg av resultatpresentationen 2017-2004

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

1: 2017 års enkät. Samtliga läkares svar

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

Röda tabeller och figurer

2: 2017 års enkät. Svar från sjukskrivande läkare

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

Blå tabeller och figurer

3: 2017-2012-2008. Läkares arbete med sjukskrivning

För de *87 frågor* som fanns med i 2008, 2012 och 2017 års enkäter samt för de ytterligare *17 frågor* som endast fanns med i 2012 och 2017 års enkäter, jämförs svaren från sjukskrivande läkare i hela landet som var under 68 år respektive år.

Gröna tabeller och figurer

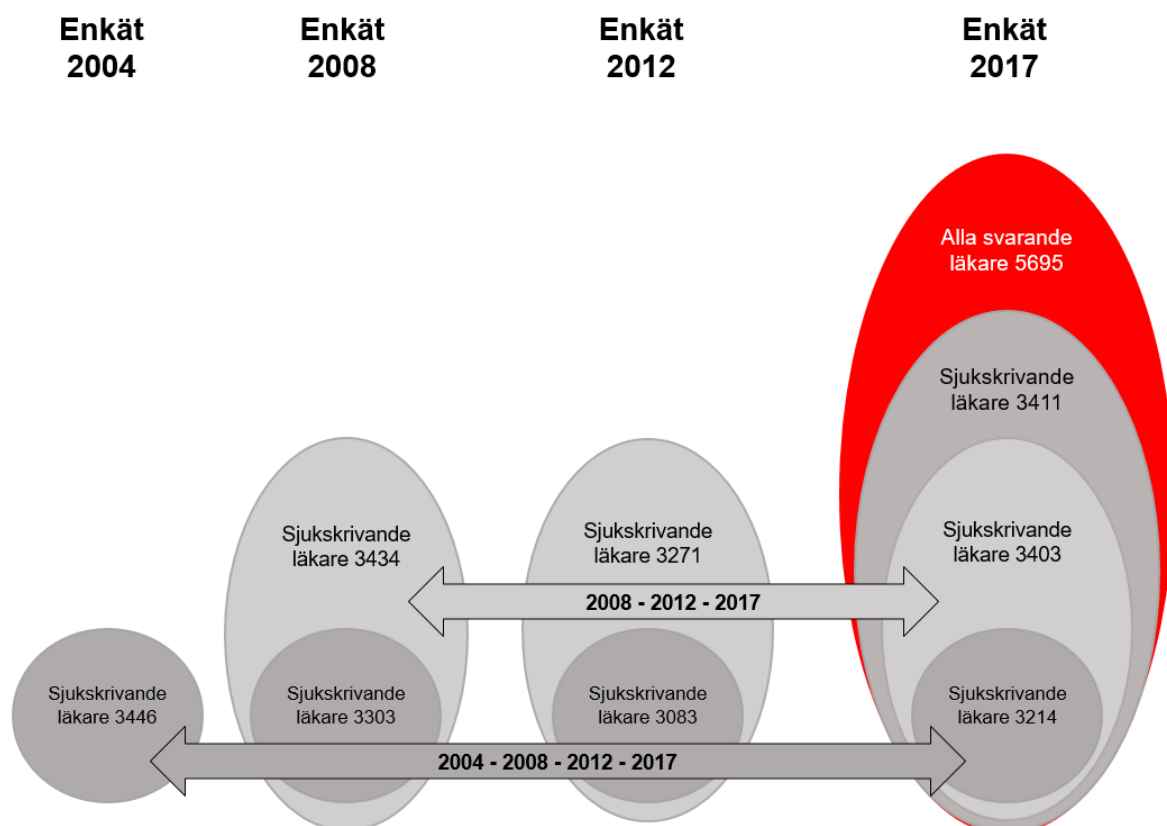
4: 2017-2012-2008-2004. Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholm och Östergötland

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

Gula tabeller och figurer

1.

Samtliga svarande läkare i Stockholm 2017



1. Svar från samtliga svarande läkare 2017

Antalet läkare som besvarade denna enkät och huvudsakligen arbetade i Stockholm var 5142, varav 55 procent var kvinnor. Andelen kvinnor bland de deltagande i hela landet var 50 procent, alltså något mindre än i Stockholm.

I Tabell 5 nedan visas antal och andel svarande, andel kvinnor, andel i olika åldersgrupper samt andel specialister av samtliga läkare och i olika typer av kliniker. Sjuttiofyra procent av samtliga var specialistutbildade och knappt en tredjedel var 24-39 år och drygt en tredjedel 55-68 år. Störst andel kvinnor fanns inom gynekologi (80 %) och minst inom ortopedi (29 %). Störst andel unga (24-39 år) läkare fanns på invärtesmedicin (39 %) medan störst andel äldre (55-68 år) fanns inom Försäkringskassan/försäkringsbolag (89 %). Andelen specialister var störst inom företagshälsovård (94 %) och smärtmottagningar (100 %).

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

Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
Barn- o ungdom	402	8	68	29	41	30	76
Företagshälsovård	79	2	59	4	28	68	94
Försäkringskassa/bolag	9	<0,5	78	0	11	89	89
Geriatrisk	175	3	74	29	39	32	60
Hud	63	1	67	17	43	40	79
Infektion	67	1	57	30	37	33	77
Invärtesmedicin	413	8	52	39	36	24	67
Kirurgi	335	7	39	29	38	33	76
Neurologi	80	2	55	36	43	21	78
Gynekologi	237	5	80	24	39	38	83
Onkologi	85	2	73	33	40	27	73
Ortopedi	191	4	29	22	38	40	83
Psykiatri	389	8	51	31	35	35	72
Rehabilitering	61	1	62	15	39	46	87
Reumatologi	41	1	73	32	37	32	76
Smärtmottagning	20	<0,5	50	0	35	65	100
Vårdcentral	1022	20	58	34	38	27	61
Ögon	83	2	51	24	35	41	84
Öron-, näs- och hals	90	2	52	20	44	36	87
Annan klinik/mottagning	1002	19	51	28	39	33	76
Administration	208	4	41	12	29	60	81
Ingen	63	1	48	19	19	62	67
Har inte arbetat som läkare de senaste 12 månaderna ²	10	<0,5	70	10	20	70	90
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet	17	<0,5	35	18	29	53	59
Samtliga läkare	5142	100	55	28	37	34	73

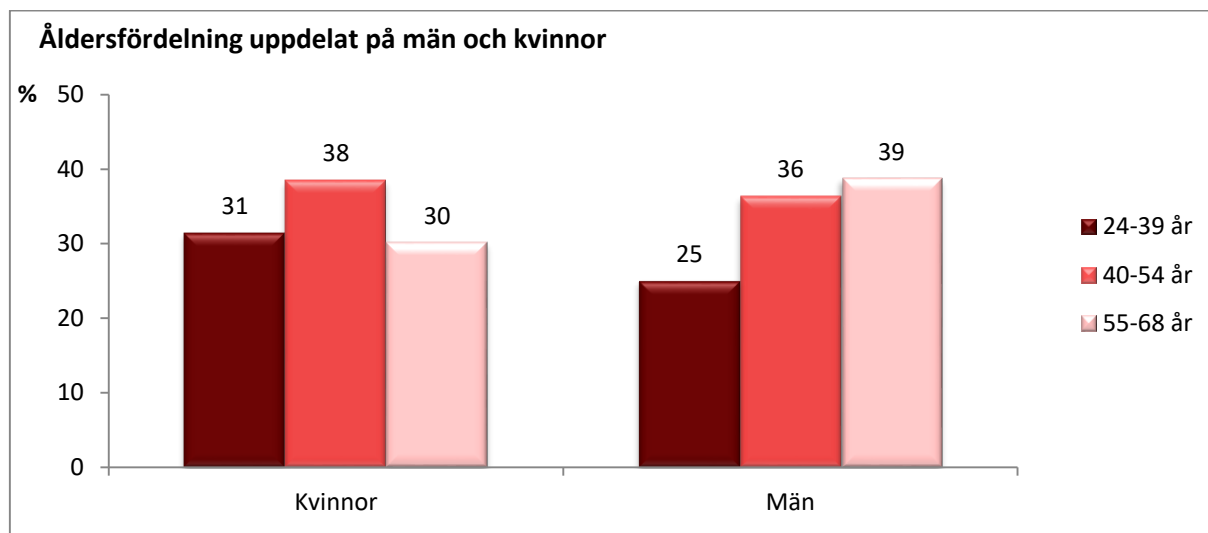
¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

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

Yrkesverksamma

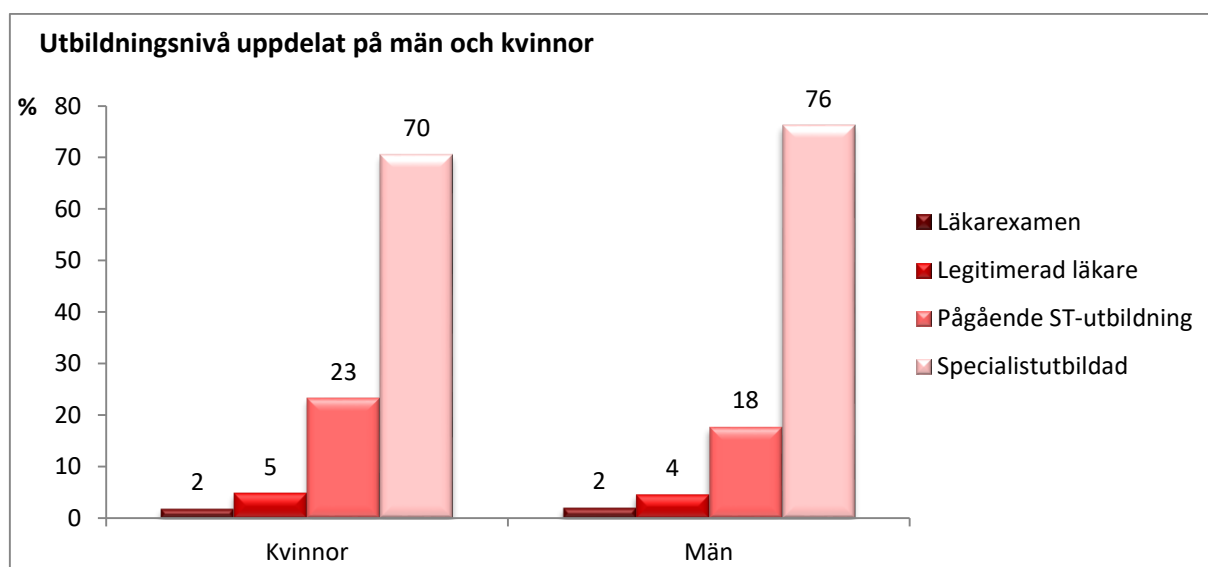
Resultatet i fortsättningen av detta avsnitt baseras på svar från de läkare (n=5132) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och huvudsakligen arbetade i Stockholm. Det innebär att de tio läkare som uppgav att de inte har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna (på grund av sjukdom, föräldraledighet, pension, etcetera) eller huvudsakligen arbetade i ett annat land inte har tagits med i analyserna i resten av rapporten.

Bland männen var en större andel minst 55 år och endast en fjärdedel var under 40 år, medan åldersfördelningen var mer jämn bland kvinnorna (Figur 2).



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

På motsvarande sätt fanns det en viss könsskillnad när det gäller fördelningen vad avser högsta utbildningsnivå, som kan relateras till ovan nämnda åldersskillnad (Figur 3). En något större andel av männen var specialistutbildade.



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

Andel som hade sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer innebär att patienten sjukskrivs, det vill säga, diskussion om sjukskrivning kan leda till att sjukskrivning inte är det bästa alternativet. Resultatet visar att 55 procent hade sådana konsultationer minst en gång per vecka (Figur 4). En tredjedel svarade att de aldrig/i stort sett aldrig hade sådana konsultationer. Att andelen var så stor (33 %), har samband med att alla läkare i Stockholm, även läkare i icke-kliniska verksamheter fick enkäten. En liten andel av läkarna i Stockholm svarade inte på denna fråga (n=41, 0,8 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



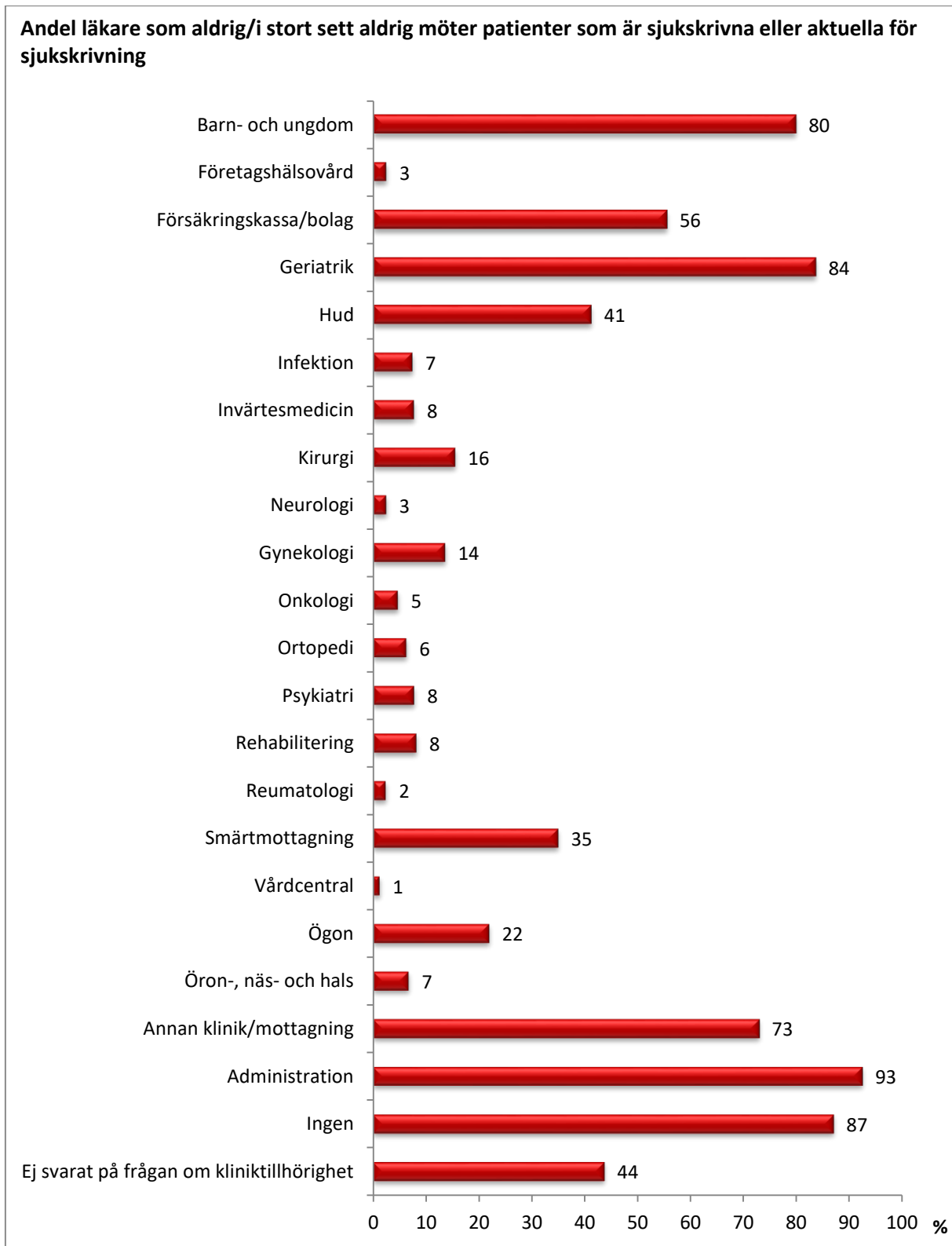
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden.

Uppdelat på typ av klinik/mottagning visade resultatet stor variation (Tabell 6). De typer av kliniker/mottagningar där mer än 40 procent av läkarna hade konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning oftare än 10 gånger/vecka var rehabilitering (51 %), företagshälsovård (46 %), smärtmottagning (45 %) och ortopedi (44 %).

Tabell 6. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Antal läkare	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Barn- o ungdom	399	1	1	5	6	7	80
Företagshälsovård	79	46	25	18	6	3	3
Försäkringskassa/-bolag	9	0	11	11	0	22	56
Geriatrisk	172	0	0	3	5	8	84
Hud	63	0	3	6	16	33	41
Infektion	67	3	9	52	22	6	7
Invärtesmedicin	413	4	10	46	25	7	8
Kirurgi	335	13	16	42	10	4	16
Neurologi	80	15	21	55	5	1	3
Gynekologi	235	7	14	40	15	9	14
Onkologi	85	36	24	28	4	4	5
Ortopedi	190	44	28	18	2	1	6
Psykiatri	386	34	20	30	7	1	8
Rehabilitering	61	51	23	15	0	3	8
Reumatologi	41	12	15	56	15	0	2
Smärtmottagning	20	45	15	0	0	5	35
Vårdcentral	1021	13	33	49	3	<0,5	1
Ögon	82	0	4	24	27	23	22
Öron-, näs- och hals	89	7	12	48	12	13	7
Annan klinik/mottagning	989	6	4	8	5	3	73
Administration	202	0	<0,5	2	3	2	93
Ingen	62	5	3	5	0	0	87
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet	16	13	0	38	0	6	44
Samtliga läkare	5096	12	15	28	8	4	33

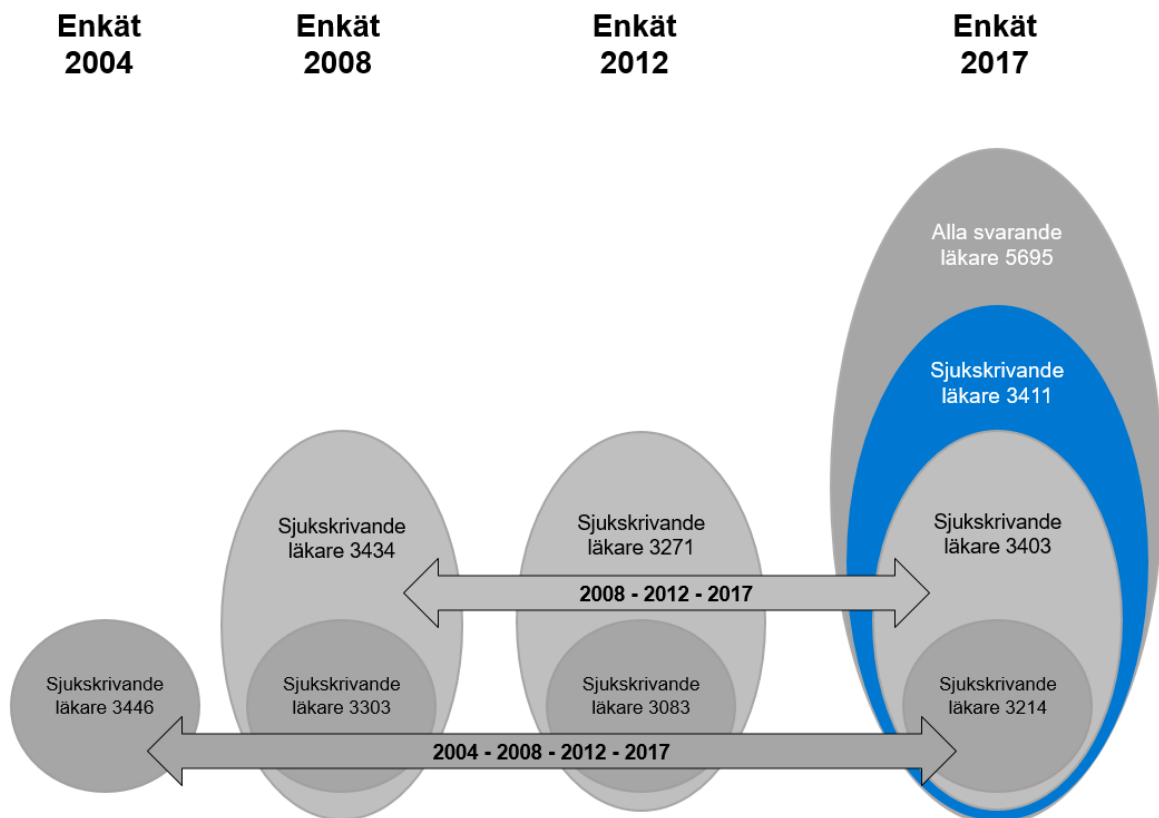
Andelen läkare som aldrig hade sjukskrivningsärenden varierade mellan olika typer av kliniker/mottagningar (Figur 5). Minst andel fanns på vårdcentraler (1 %), inom reumatologi (2 %) och företagshälsovård respektive neurologi (3 %).



Figur 5. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig har sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

2.

Svar från sjukskrivande läkare i Stockholm 2017



2. Svar från sjukskrivande läkare år 2017

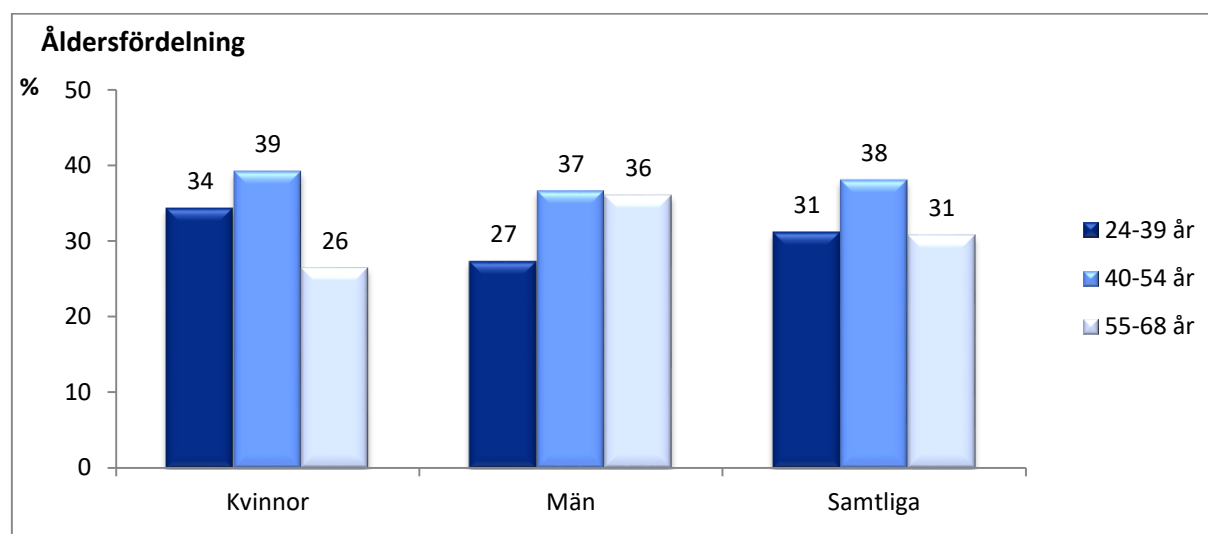
I detta avsnitt redovisas resultaten för de 3411 läkare som svarat på enkäten och som:

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

För att underlätta läsningen kallas dessa läkare härnäst i rapporten för 'sjukskrivande läkare'. Av de sjukskrivande läkarna var 1532 (44,9 %) män och 1879 (55,1 %) kvinnor.

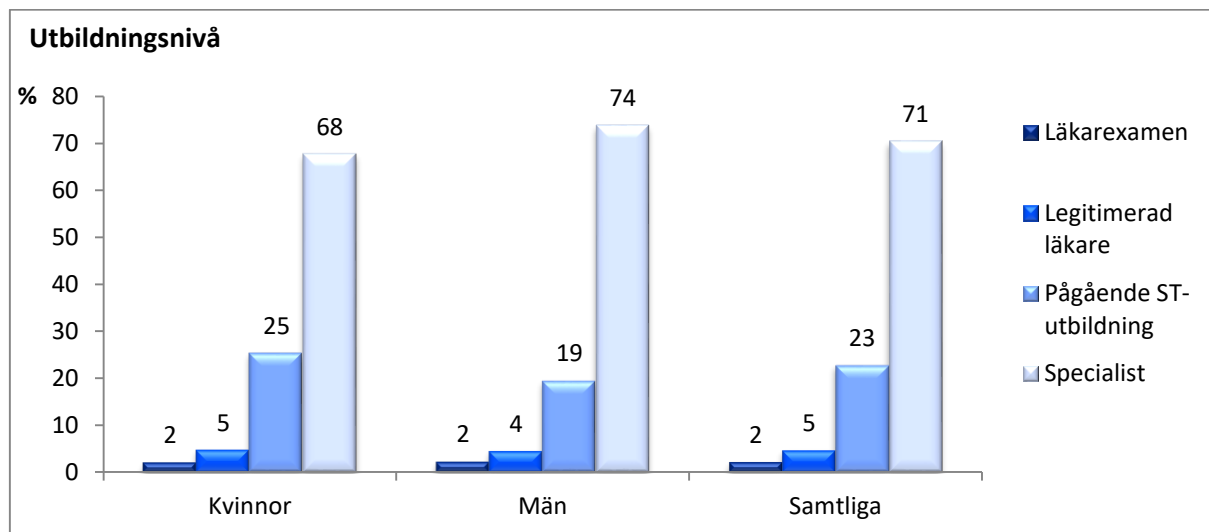
Läkare som huvudsakligen arbetade inom Försäkringskassa/försäkringsbolag var en liten grupp (≤ 8 personer). För att säkra anonymiteten i kommande redovisningar på klinisk nivå, har de inkluderats i gruppen "Annan klinik/mottagning". I den gruppen redovisas även svar från läkare som svarade att de huvudsakligen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

Som framgår av Figur 6 skilde sig åldersfördelningen mellan kvinnor och män i den yngsta och den äldsta åldersgruppen. Bland kvinnorna tillhörde 34 procent den yngsta åldersgruppen och 26 procent den äldsta. Bland männen var andelen minst i den yngsta åldersgruppen (27 %) och jämn fördelning i de två andra åldersgrupperna (37 % 40-54 år, 36 % 55-68 år).



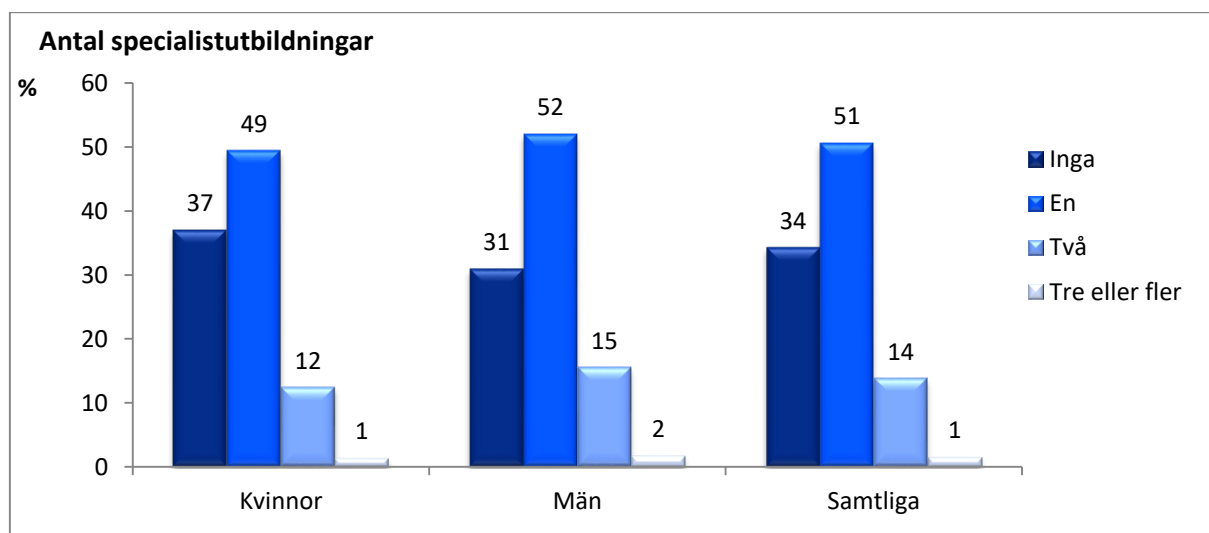
Figur 6. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen kan relateras till könsskillnader i andelen med specialistutbildning. En större andel av männen hade en specialistexamen (74 %), jämfört med kvinnorna (68 %) ($p < 0,001$) (Figur 7).



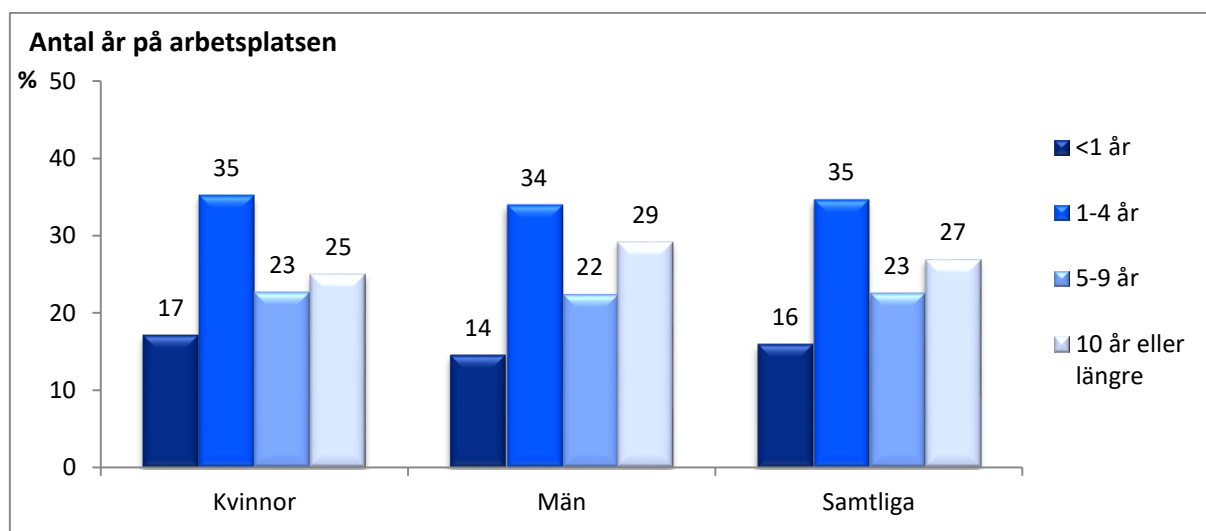
Figur 7. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

I Figur 8 visas även andel läkare som hade fler än en specialistutbildning. Det framgår där att 15 procent hade mer än en specialistutbildning, en något större andel bland männen.



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

Hälften av läkarna hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, en femtedel fem till nio år och en tredjedel tio år eller längre (Figur 9). En något större andel män (29 %) jämfört med kvinnor (25 %) hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats.



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

Det fanns betydande skillnader i ålders- och könsfördelning mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* (Tabell 7). Den verksamhet med störst andel kvinnor var gynekologi (79 %) och den med störst andel män var ortopedi (72 %).

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

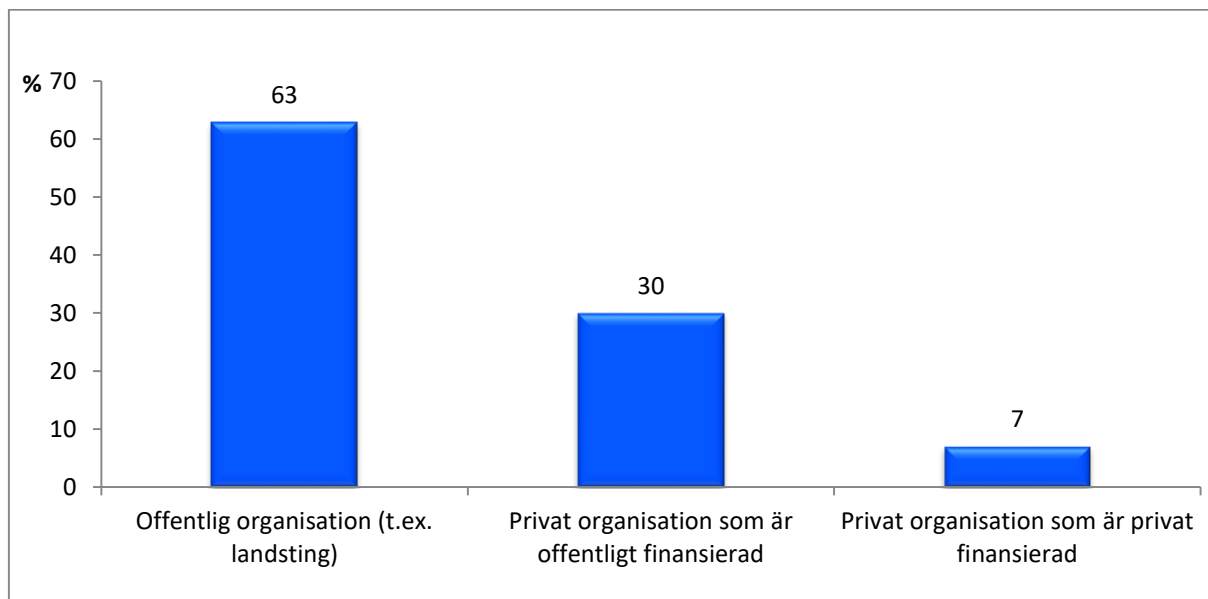
Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
Företagshälsovård	77	2,3	61	4	29	68	94
Hud	37	1,1	68	19	49	32	78
Infektion	62	1,8	55	32	37	31	75
Invärtesmedicin	381	11,2	53	41	38	22	66
Kirurgi	283	8,3	39	30	39	31	77
Neurologi	78	2,3	56	37	42	21	77
Gynekologi	203	6,0	79	28	40	32	80
Onkologi	81	2,4	74	35	40	26	72
Ortopedi	178	5,2	28	23	38	39	82
Psykiatri	356	10,4	52	32	35	34	70
Rehabilitering	56	1,6	63	14	43	43	88
Reumatologi	40	1,2	73	30	38	33	78
Smärtmottagning	13	<0,5	46	0	38	62	100
Vårdcentral	1008	29,6	58	35	39	27	61
Ögon	64	1,9	52	28	36	36	81
Öron-, näs- och hals	83	2,4	54	22	48	30	86
Annan klinik/mottagning ²	387	11,3	56	31	36	33	71
Administration	15	<0,5	33	13	47	40	80
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet ²	9	<0,5	33	22	44	33	33
Samtliga läkare	3411	100	55	31	38	31	71

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

² I gruppen "Annan klinik/mottagning" ingår de som angav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats (på grund av lågt antal, n ≤4). Där ingår även läkare inom barn- och ungdomskliniker, geriatric samt de som svarade att de inte arbetade på någon klinik.

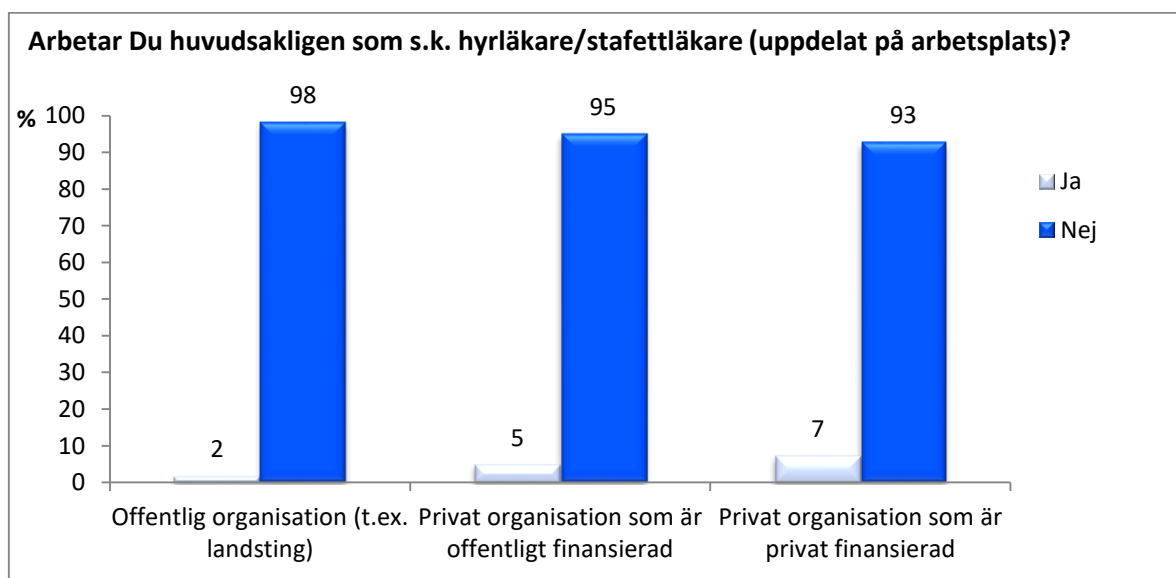
Avseende *offentlig/privat organisation respektive hyr-/stafettläkare* framkom att av de svarande läkarna arbetade den absoluta majoriteten (93 %) huvudsakligen inom offentligt finansierade organisationer medan sju procent arbetade inom organisationer som är både privat organiserade och finansierade. En

tredjedel arbetade i en privat organisation som är offentligt finansierad (Figur 10). För hela landet var motsvarande andel 16 procent. Andelen läkare i hela Sverige som arbetade i en privat organisation som är privat finansierad var 5 procent, jämfört med 7 i Stockholm.



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

Deltagarna fick en fråga om de huvudsakligen arbetade som så kallade hyrläkare/stafettläkare; detta definierades som att vara inhyrd högst en månad i sträck på varje ställe. Sammanlagt svarade tre procent att de arbetade som hyrläkare/stafettläkare. Av dem var 40 procent (n=42) kvinnor. I Figur 11 framgår att andelen läkare som arbetade som hyr-/stafettläkare var liten oavsett typ av organisation de huvudsakligen arbetade inom; andelen var något större inom privat organisation med privat finansiering (7 %).



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

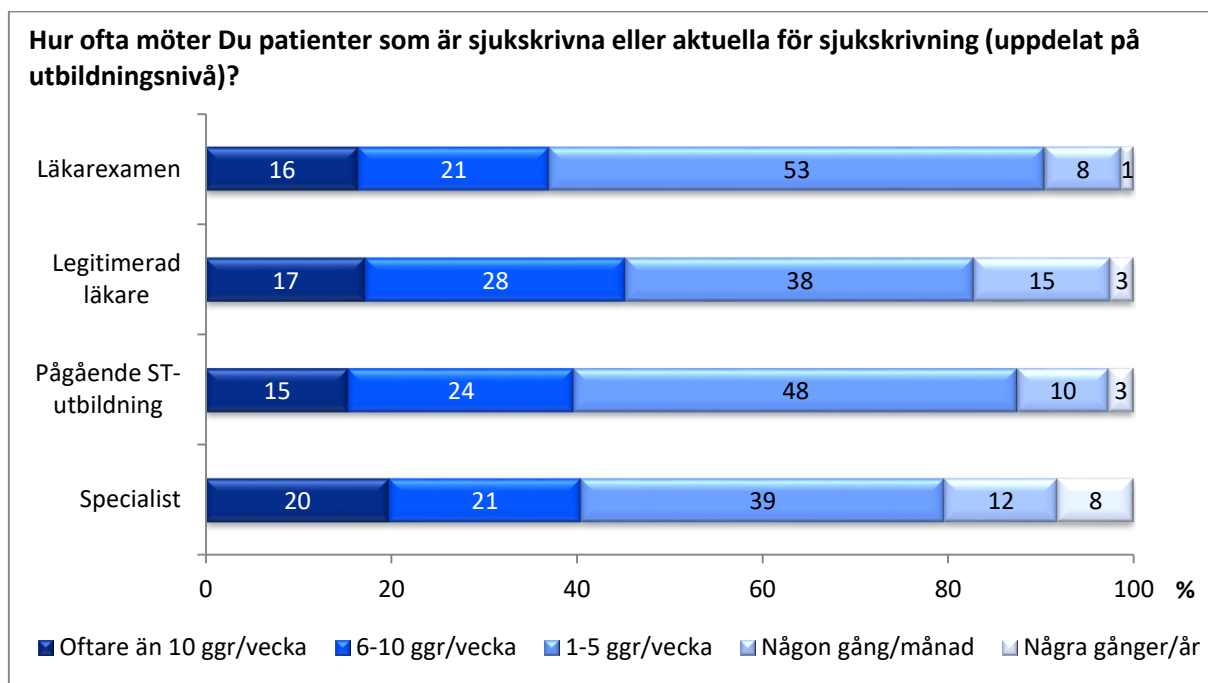
Frekvens av sjukskrivningsärenden

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



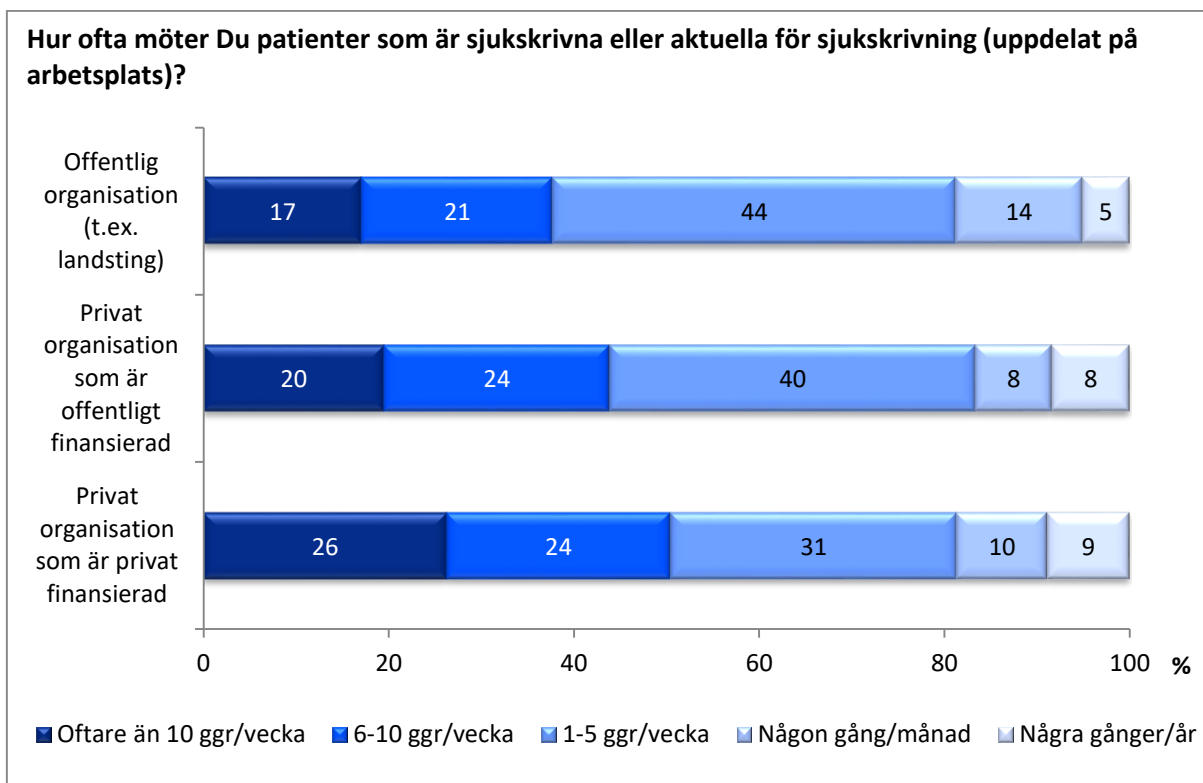
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

På frågan om hur ofta läkaren möter patienter aktuella för sjukskrivning fanns fem svarsalternativ; från 'Fler än 10 gånger per vecka' till 'Några gånger per år'. (De som svarat det sjätte alternativet: 'Aldrig/i stort sett aldrig', har exkluderats i detta blå avsnitt.) Störst andel med sjukskrivningsärenden oftare än 10 ggr/vecka finns bland specialisterna (20 %) och 1-5 ggr/vecka eller oftare finns bland dem med endast läkarexamen (90 %) (Figur 13).



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

En större andel av de läkare som arbetade i privata organisationer hade sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka än av dem i offentligt finansierade organisationer (Figur 14). Störst andel (26 %) med sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka fanns bland läkare i privata organisationer som var privat finansierade.



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

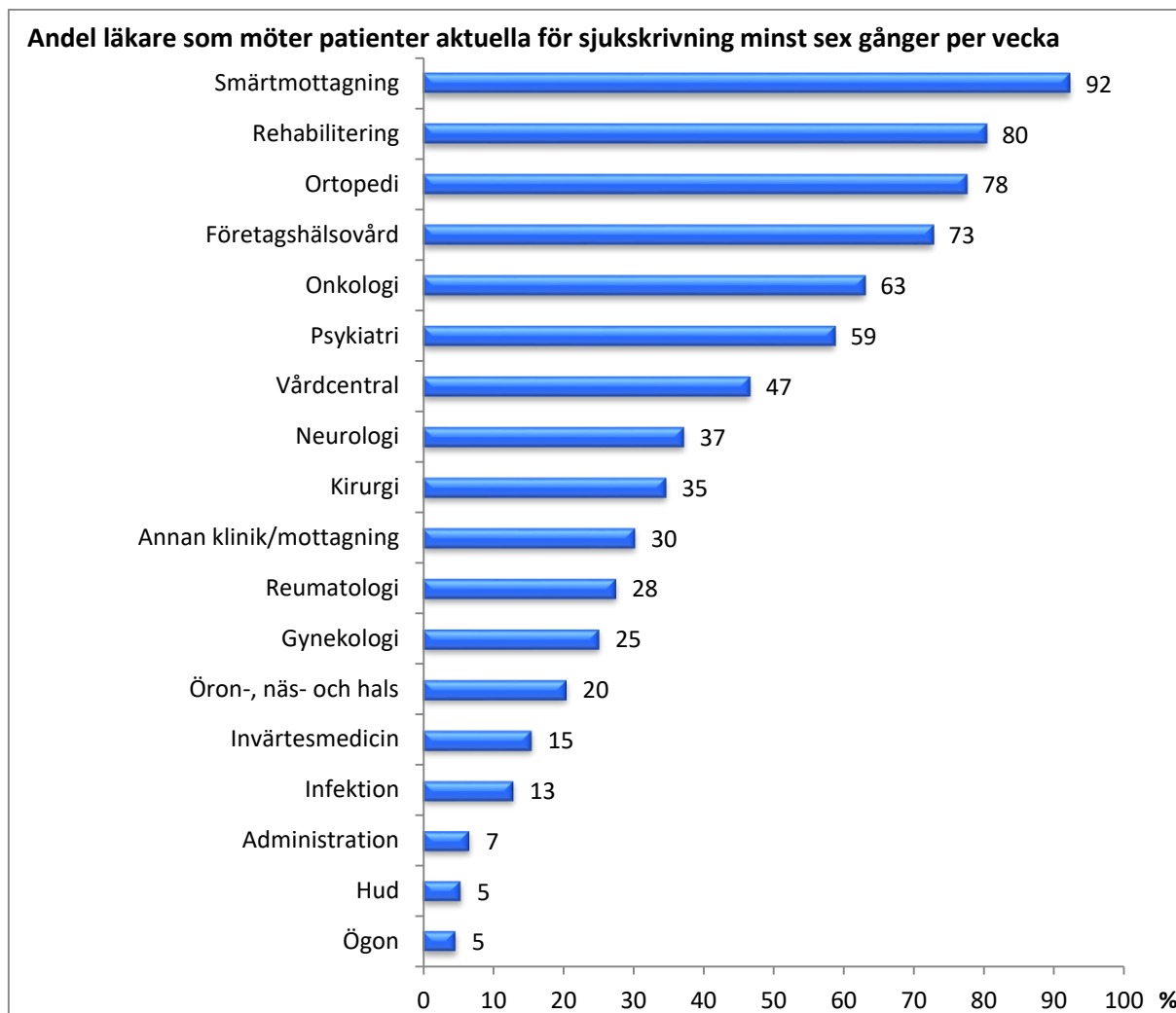
Motsvarande siffror för hyr-/stafettläkare var: 25 procent hade sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger/vecka, 22 procent 6-10 gånger/vecka samt 30 procent 1-5 gånger/vecka (ej i figur).

Som framgår av Tabell 8, var den en stor variation mellan de olika typerna av kliniker/mottagningar i hur stor andel av läkarna som hade sjukskrivningsärenden olika ofta. Andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka varierade mellan 16 procent inom hud till 96 procent inom ortopedi, rehabilitering respektive vårdcentraler. Andel läkare som hade sjukskrivningsärenden oftare än 10 ggr/vecka varierar från 0 procent inom hud och ögonmottagningar till mer än hälften inom rehabilitering (55 %) respektive smärtmottagning (69 %).

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

Klinik/mottagning	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gång/år
Företagshälsovård	47	26	18	6	3
Hud	0	5	11	27	57
Infektion	3	10	56	24	6
Invärtesmedicin	4	11	50	27	8
Kirurgi	16	19	49	12	4
Neurologi	15	22	56	5	1
Gynekologi	8	17	47	18	10
Onkologi	38	25	30	4	4
Ortopedi	47	30	19	2	1
Psykiatri	37	22	32	8	1
Rehabilitering	55	25	16	0	4
Reumatologi	13	15	58	15	0
Smärtmottagning	69	23	0	0	8
Vårdcentral	13	33	50	3	<0,5
Ögon	0	5	31	34	30
Öron-, näs- och hals	7	13	52	13	14
Annan klinik/mottagning	18	12	28	21	20
Administration	0	7	27	40	27
Samtliga läkare	19	22	41	12	7

Figur 15 presenteras andelen läkare, inom olika typer av kliniska verksamheter, som svarade att de möter patienter som är aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka. Störst andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka fanns på smärtmottagning (92 %), inom rehabilitering (80 %) och ortopedi (78 %). På vårdcentraler var motsvarande andel 47 procent.



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

Sammanfattning

Fyra av fem av de sjukskrivande läkarna i Stockholm svarade att de har sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka och en femtedel minst tio gånger per vecka. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst tio gånger per vecka var störst inom smärtmottagning (69 %), bland specialistutbildade läkare (20 %) och bland läkare som arbetade i privata organisationer med privat finansiering (26 %).

Inom smärtmottagningar (92 %), rehabilitering (80 %) och ortopedi (78 %) fanns störst andel som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka; motsvarande andel var 47 procent bland vårdcentralsläkarna.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

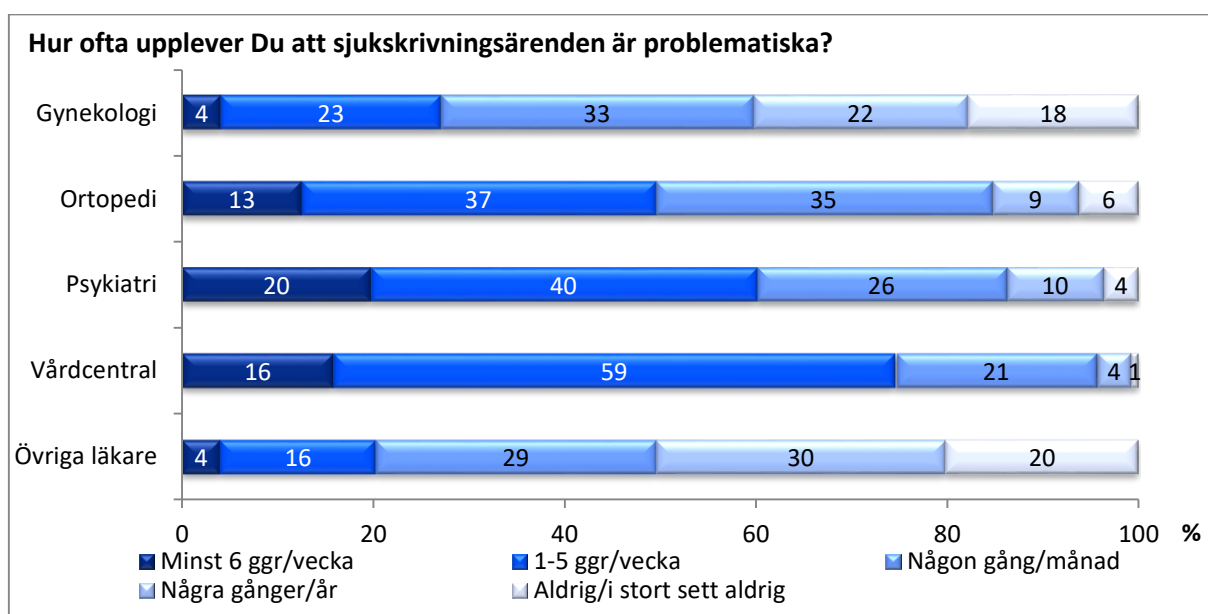
Enkäten innehöll ett flertal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden. Resultat avseende detta visas framförallt uppdelat på läkare inom följande typer av kliniska verksamheter: gynekologi, ortopedi, psykiatri, vårdcentraler samt för övriga läkare.

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



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

En femtedel av läkarna inom psykiatri upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst sex gånger/vecka och tre fjärdedelar av vårdcentralsläkarna upplevde dem som problematiska minst en gång/vecka (Figur 17). Inom gynekologi och bland övriga läkare svarade en femtedel att de aldrig/i stort sett aldrig upplevde det problematiskt.



Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

I Tabell 9 visas hur ofta läkarna upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska i relation till i vilken typ av organisation de huvudsakligen arbetade. Hälften av läkarna i privat organisation med offentlig respektive privat finansiering upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Motsvarande siffra för läkare i offentlig organisation var 38 procent.

Tabell 9. Andel (%) läkares organisationstillhörighet i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Offentlig organisation (t.ex. landsting)	2	6	30	29	22	11
Privat organisation som är offentligt finansierad	4	8	39	23	14	13
Privat organisation som är privat finansierad	6	7	39	22	14	12

Skillnader mellan hyr-/stafettläkare och övriga läkare när det gällde hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska visas i Tabell 10. Minst en gång per vecka upplevde 61 procent av hyr-/stafettläkarna dem som problematiska medan motsvarande för de andra läkarna var 42 procent.

Tabell 10. Andel (%) läkare som arbetar som hyrläkare/stafettläkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

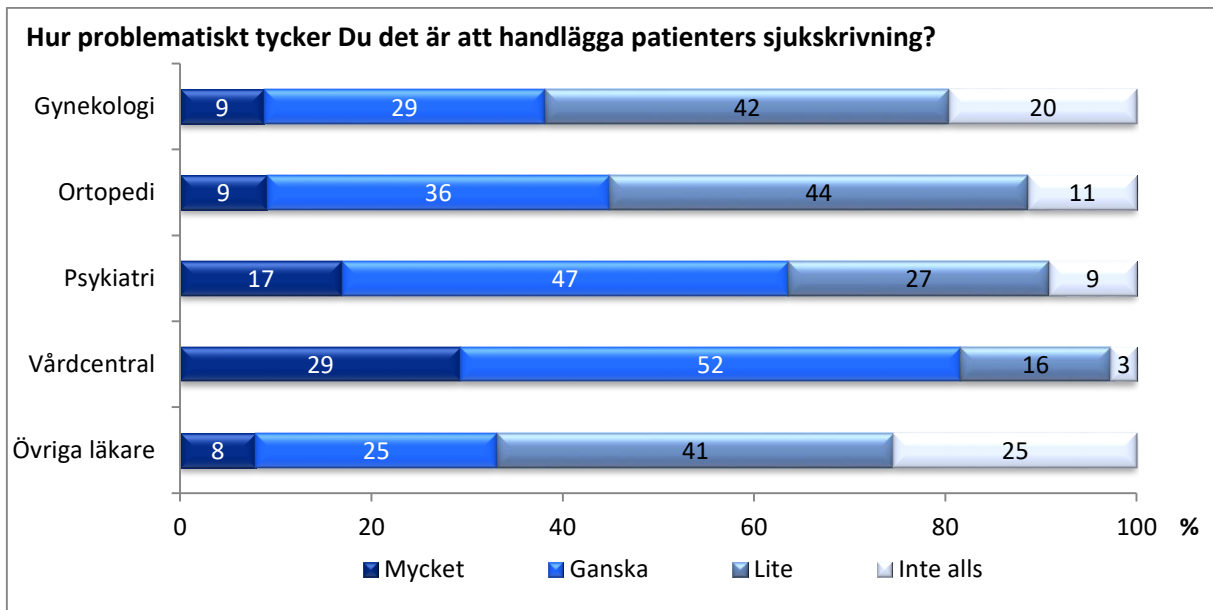
	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Hyrläkare/stafettläkare	8	3	50	16	15	9
Övriga	3	7	32	27	19	12

I ovanstående resultat beskrevs *hur ofta* läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. Femton procent tyckte det var mycket problematiskt och 16 procent att det inte alls var problematiskt. Drygt hälften av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (Figur 18).



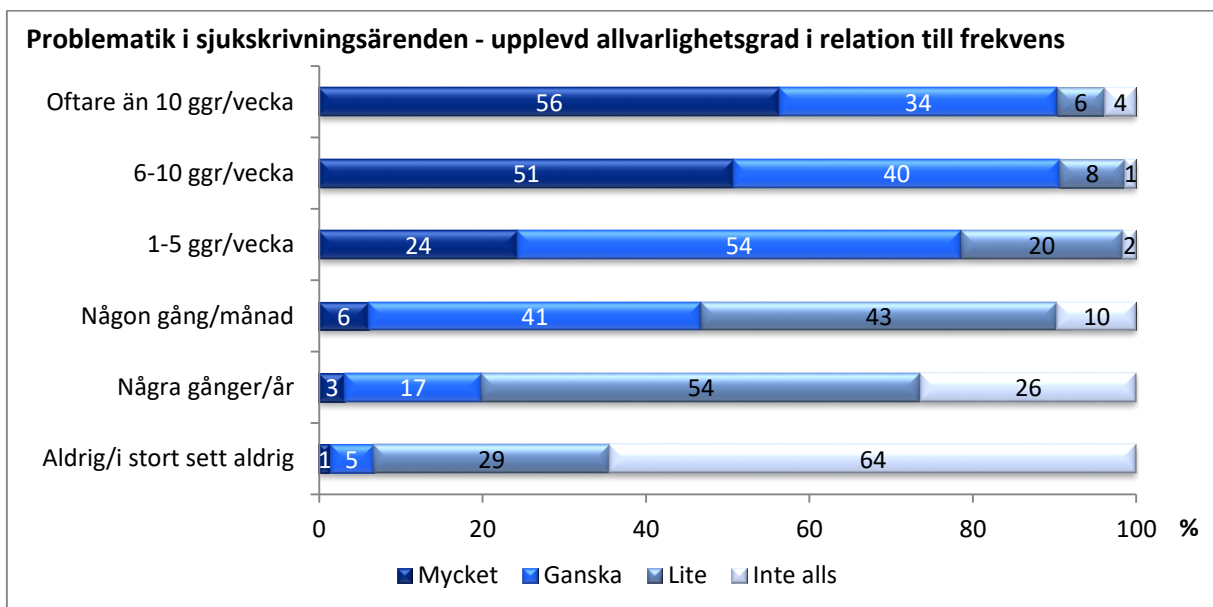
Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

Bland vårdcentralsläkare svarade 82 procent att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (Figur 19). Inom psykiatrin svarade 17 procent att det var mycket och 47 procent att det var ganska problematiskt,



Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, uppdelat på de olika klinikgrupperna.

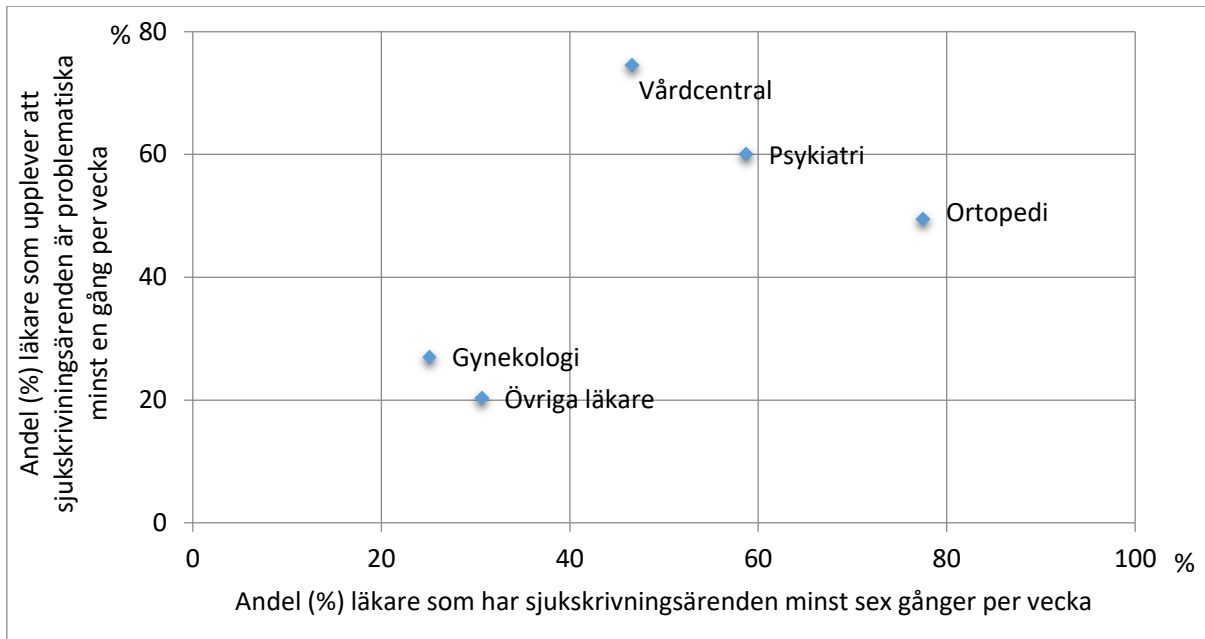
I Figur 20 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplever sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiska* de är. Av figuren framgår att de som ofta upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska också upplevde dem som mycket problematiska. På motsvarande sätt fann ytterst få (1 %) av dem som aldrig eller högst några gånger/år upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket problematiska. Korrelationskoefficienten mellan svaren, beräknad med Kendalls tau-b, var 0,55, det vill säga, det fanns ett samband mellan frekvens och upplevd allvarlighetsgrad.



Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Frekvens av sjukskrivningsärenden och att uppfatta dem som problematiska

I Figur 21 redovisas andelen läkare inom de fem typerna av kliniska verksamheter som hade minst sex sjukskrivningsärenden per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Det framgår att för vårdcentralsläkarna, och i viss mån för psykiatrikerna, var det en betydligt större andel som upplevde dem som problematiska, i relation till andel som hade ärenden minst sex gånger per vecka, än i de andra verksamheterna.



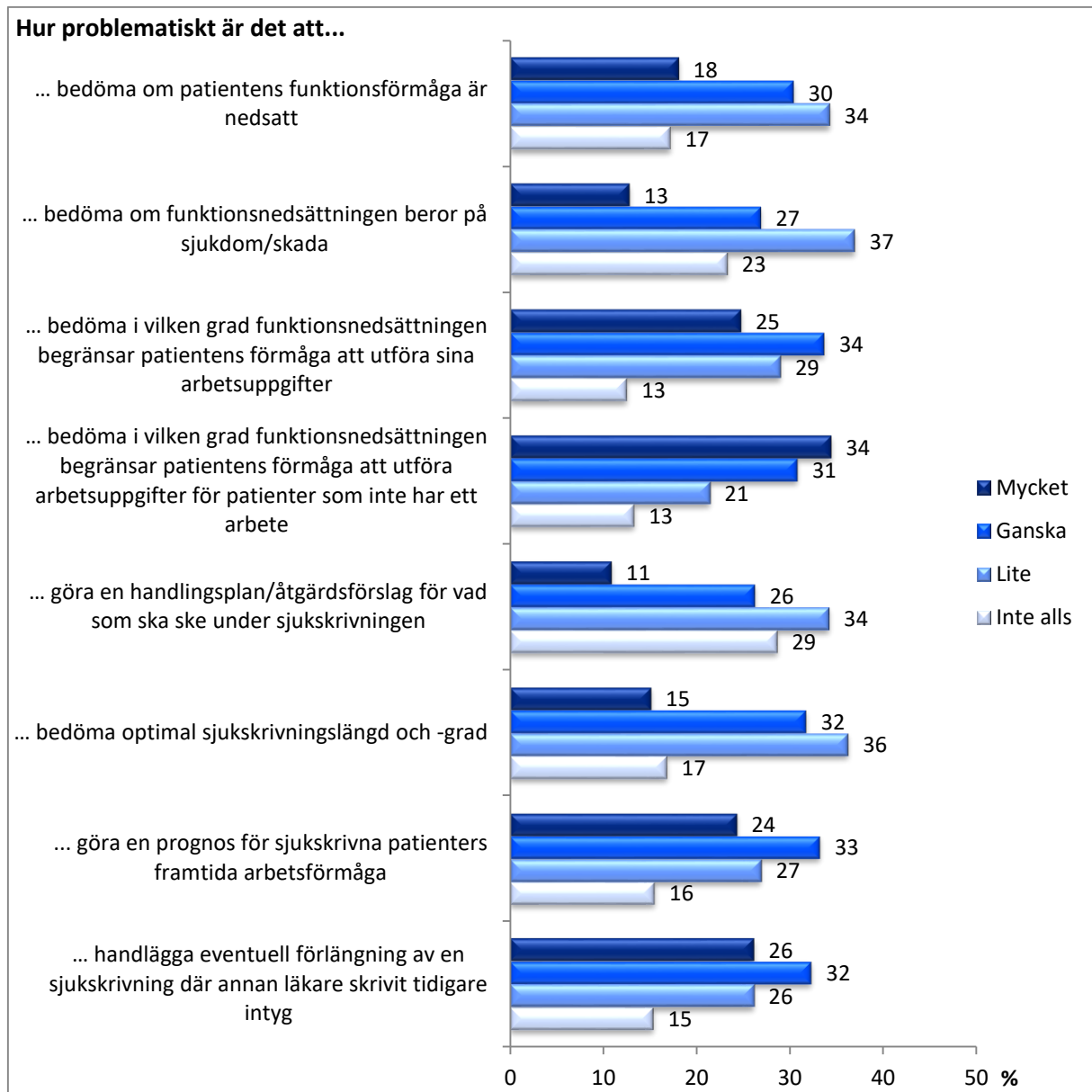
Figur 21. Andel (%) läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på fem typer av kliniker.

Hur problematiska är olika situationer?

I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i figurerna nedan, medan några redovisas i avsnitten ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 71) respektive ”Samarbete och samverkan” (sidan 80) längre fram i rapporten.

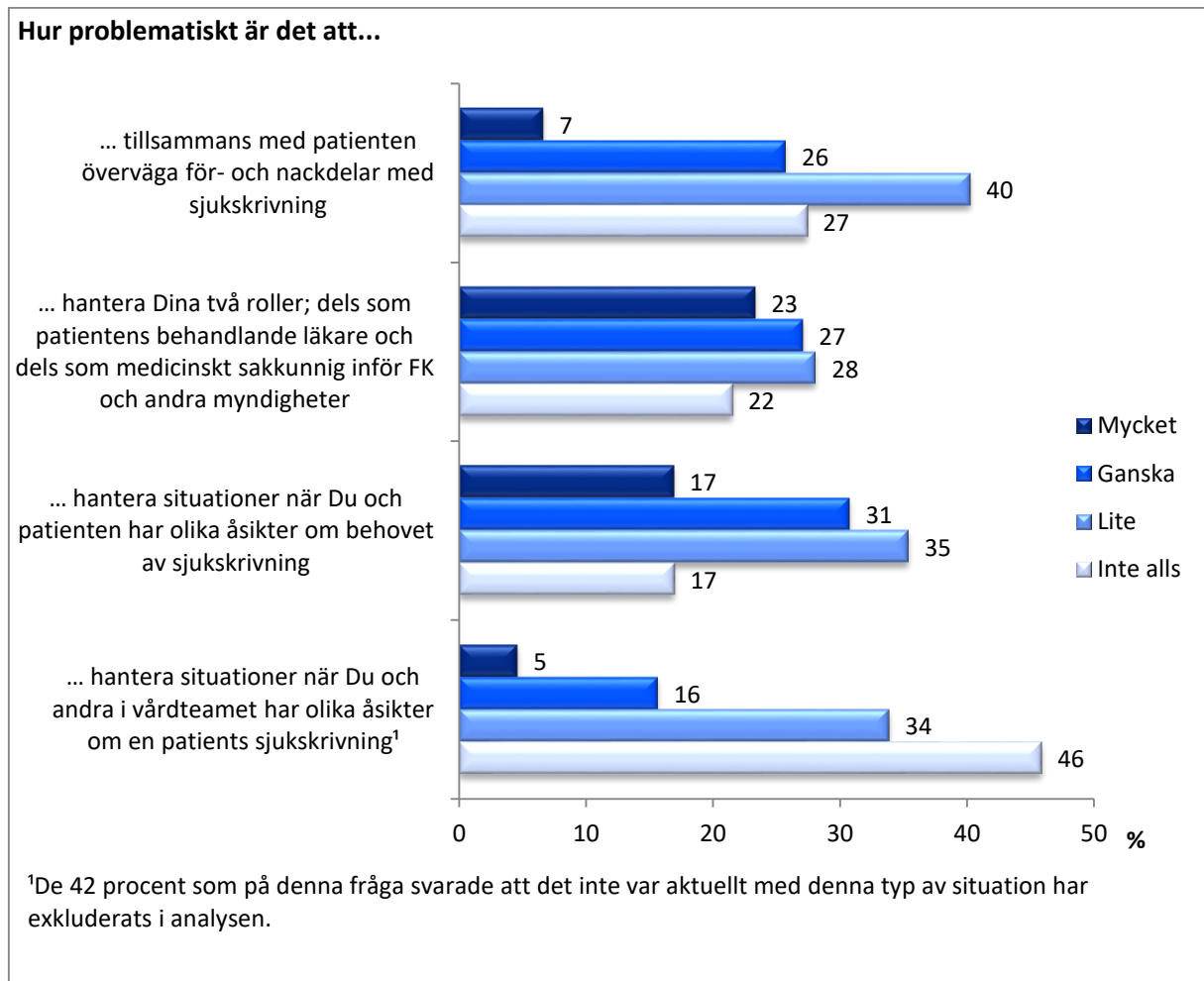
Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 34 procent angav det som mycket problematiskt och 31 procent som ganska problematiskt (Figur 22).

En majoritet av läkarna svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma arbetsförmågan också för patienter som hade ett arbete (59 %), att göra en prognos för patientens framtida arbetsförmåga (57 %) samt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat (58 %).



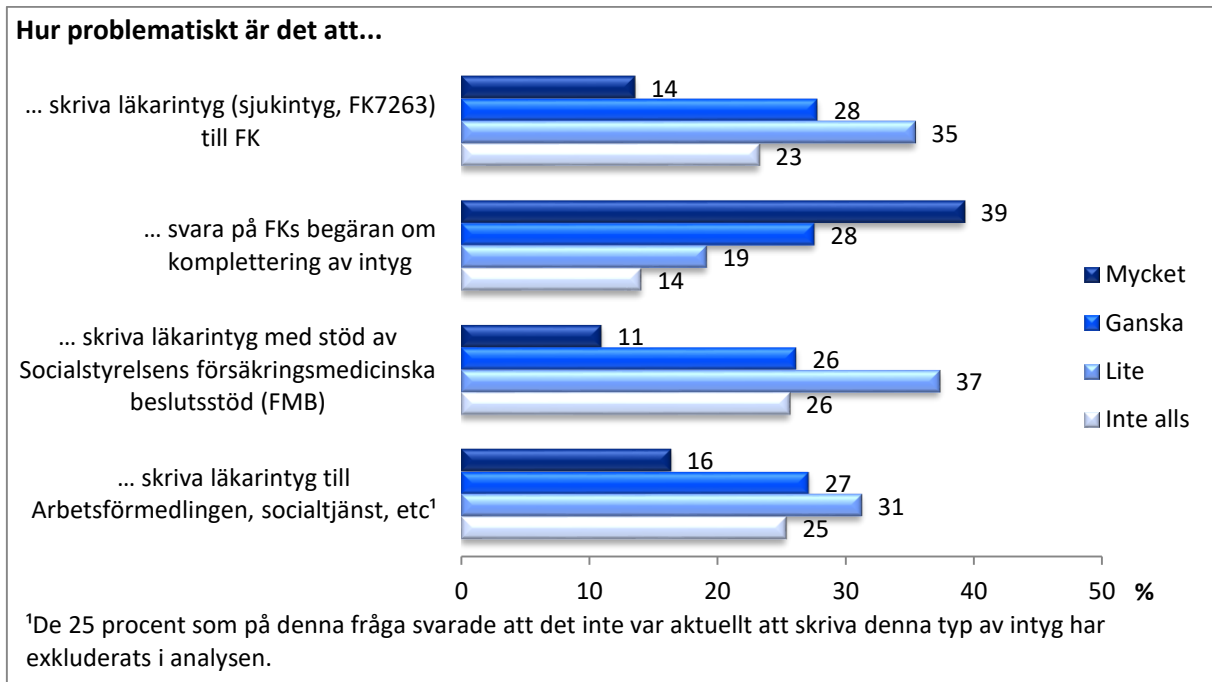
Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

I sitt yrkesutövande har läkaren i sjukskrivningsärenden olika roller i förhållande till patienten, framför allt de två rollerna som patientens behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig i förhållande till en annan aktör (3, 20). Femtio procent angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (Figur 23). Nästan hälften angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där patientens och läkarens åsikt om sjukskrivningen skilde sig åt.



Figur 23. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

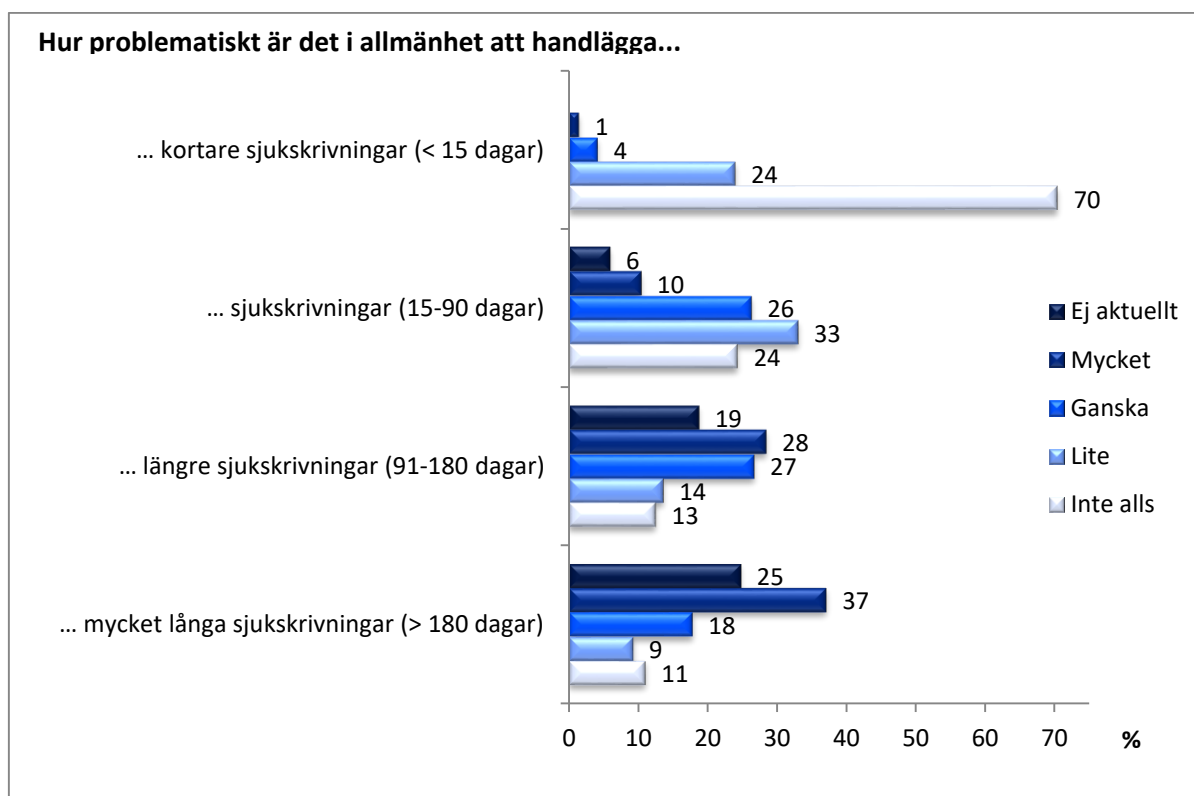
Den uppgift som störst andel läkare ansåg vara mycket eller ganska problematiskt var att svara på begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg; majoriteten (67 %) svarade detta (Figur 24). Detta var även den uppgift som störst andel läkare upplevde som ”mycket problematisk” (39 %). Betydligt färre ansåg det problematiskt att skriva intyg.



Figur 24. Andel (%) läkare som upplevde olika aspekter av att skriva sjukintyg respektive komplettera intyg som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

Det finns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna upplevde att det är att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det är mycket problematiskt att handlägga dem (från 1 % för <15 dagar till 37 % för >180 dagar) (Figur 25). Nitton respektive 25 procent av läkarna hade inte sjukskrivningsärenden som översteg tre respektive sex månader.

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



Figur 25. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

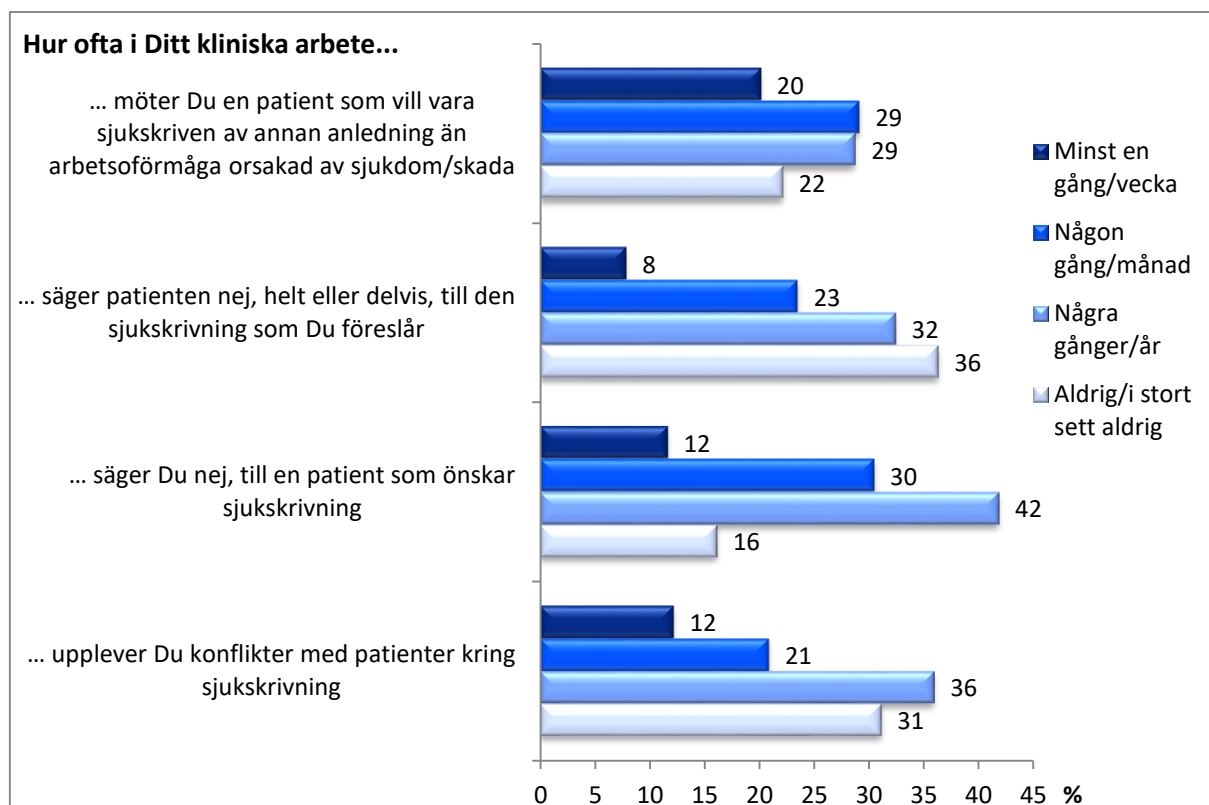
Inom alla typer av kliniska verksamheter tycks kortare sjukskrivningar inte vara något större problem, 4-8 % svarade att det var mycket eller ganska problematiskt. Andelen som svarade att det är problematiskt är störst för sjukskrivningar längre än 90 dagar, den största andelen inom vårdcentralerna (80 % 91-180 dagar, 78 % >180 dagar).

Tabell 11. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket eller ganska problematiskt, uppdelat på typ av kliniska verksamheter.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga...	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentraler	Övriga läkare
... kortare sjukskrivningar (<15 dagar)	7	4	8	6	5
... sjukskrivningar (15-90 dagar)	26	26	37	57	26
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)	30	61	62	80	40
... mycket långa sjukskrivningar (>180 dagar)	25	62	68	78	40

Frekvens av specifika situationer

På frågor som gällde kontakter med patienter, svarade 20 procent av läkarna att de minst en gång per vecka träffar en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada (Figur 26). Tolv procent av läkarna svarade att de minst en gång per vecka säger nej till en patients önskan om sjukskrivning. Lika stor andel hade varje vecka konflikter med patienter kring sjukskrivning. Minst en gång per vecka var åtta procent av läkarna med om att patienten helt eller delvis sade nej till den sjukskrivning läkaren föreslog.

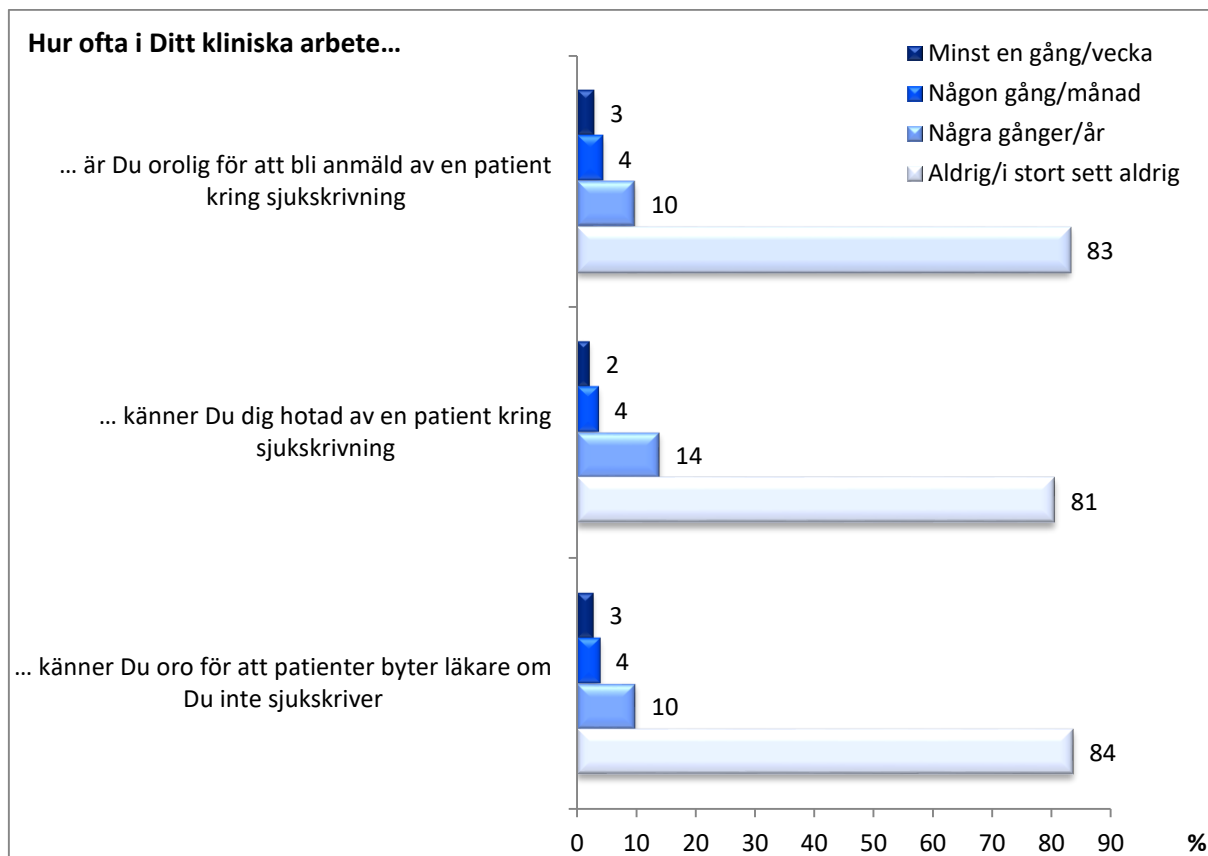


Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna.

Oro och hot

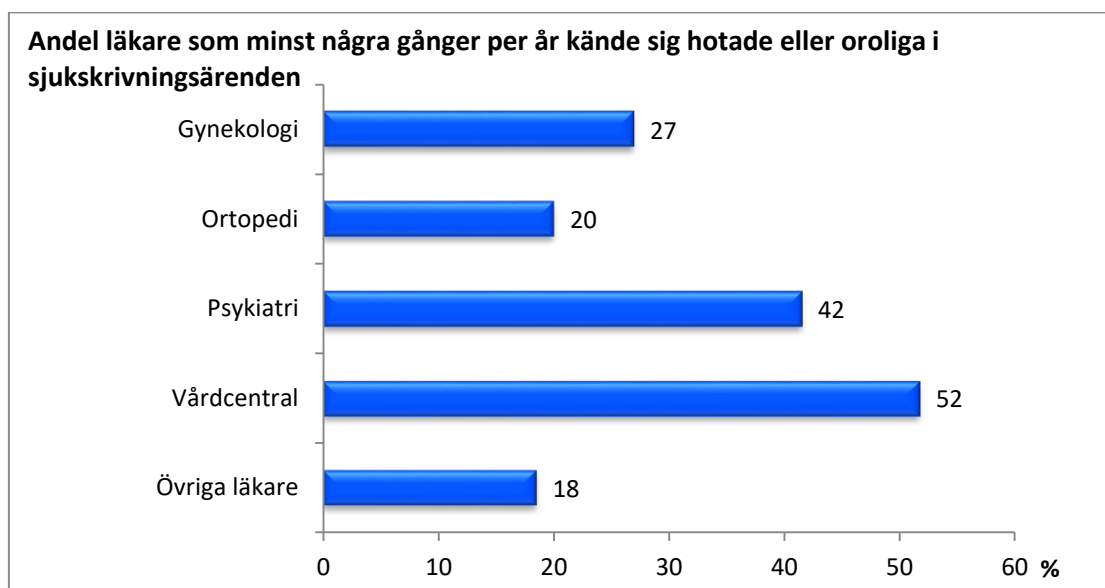
Tre av frågorna berörde *oro* eller *att bli hotad* i samband med sjukskrivningsärenden. I Figur 27 presenteras svaren för var och en av dessa frågor. En liten andel (2 %) svarade att de upplever detta minst en gång per vecka och den absoluta majoriteten (>80 %) kände ingen oro när det gällde de beskrivna situationerna.

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



Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.

Andelen läkare som minst några gånger per år kände sig hotade och oroliga i sjukskrivningsärenden, för minst ett av ovanstående alternativ, var störst vid vårdcentraler (52 %) och inom psykiatri (42 %) (Figur 28).



Figur 28. Andel (%) läkare som minst några gånger per år kände sig hotade eller oroliga i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Sammanfattning

Hälften av läkarna svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning. I likhet med läkare i hela landet upplevde drygt 40 procent av läkarna i Stockholm minst en gång per vecka att arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt, andelen var störst bland vårdcentralsläkarna (75 %). De relativt få hyr-/stafettläkarna gjorde detta i större utsträckning (61 %) än andra läkare. Hälften av läkarna som arbetade i privat organisation med offentlig respektive privat finansiering upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, medan knappt 40 procent av läkarna i offentlig verksamhet gjorde detsamma. Även mellan hyr-/stafettläkare och övriga läkare fanns liknande skillnad; två tredjedelar av hyr-/stafettläkarna och drygt 40 procent av övriga läkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka.

Det fanns ett samband mellan sjukskrivningarnas varaktighet och upplevd problematik; ju längre sjukskrivningsfall desto större andel läkare ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem. Drygt två tredjedelar av läkarna svarade att det inte alls var problematiskt att hantera de korta sjukskrivningsfallen (<15 dagar) och en fjärdedel sjukskrivningar 15-90 dagar.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt när det gällde olika bedömningsfrågor var att bedöma patientens arbetsförmåga, särskilt gällde detta för arbetslösa patienter; 65 procent svarade att detta var mycket eller ganska problematiskt. Även att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat upplevdes som mycket eller ganska problematiskt av en majoritet (58 %).

Hälften (50 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig och nästan hälften (48 %) att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning. Två tredjedelar (67 %) ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg. Det senare var den problematiska situation som störst andel angav som problematisk.

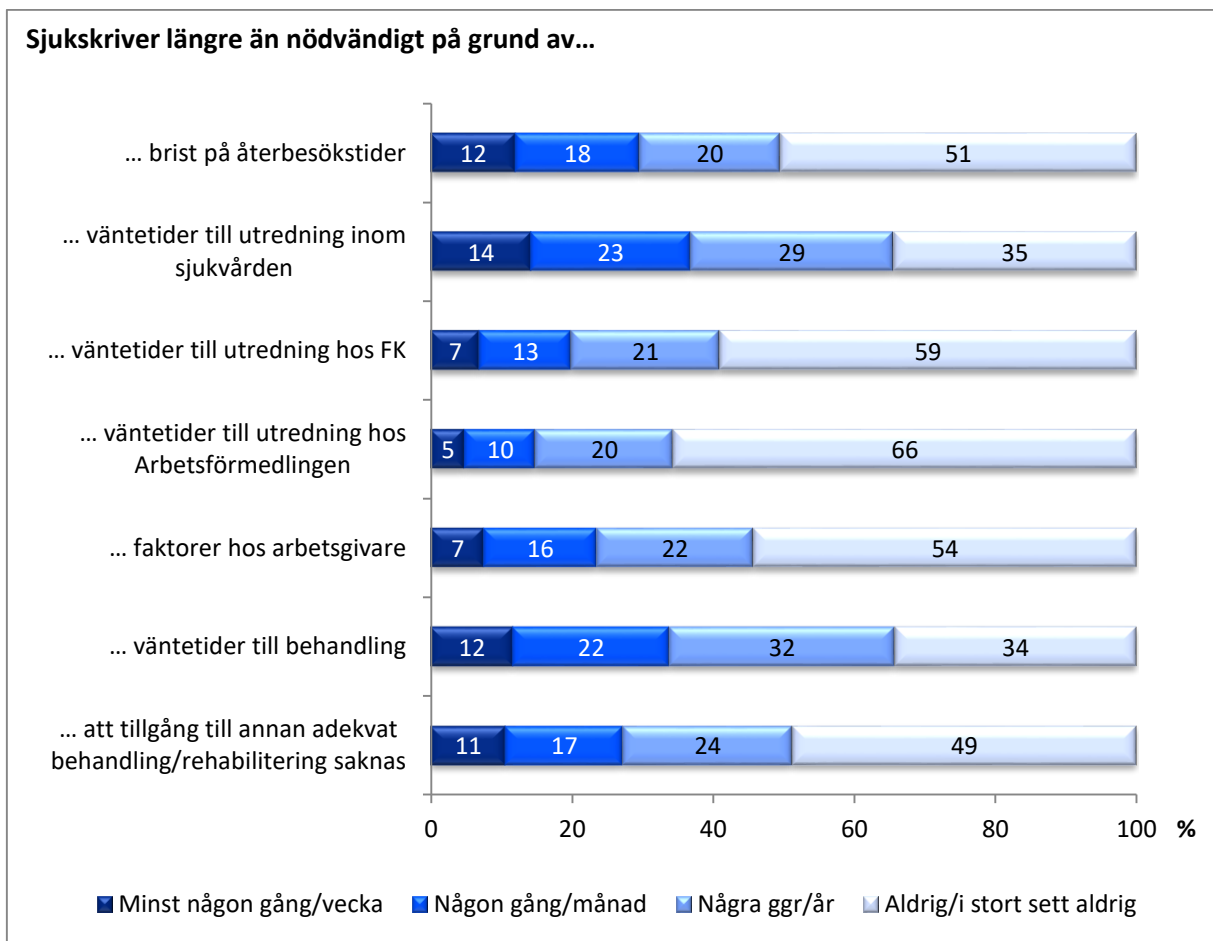
En förhållandevis liten andel upplevde hot respektive oro för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning. Vanligast var detta på vårdcentraler, där hälften av läkarna upplevde hot eller oro några gånger per år. Detta är alltså en del av många läkares arbetsmiljö och behöver uppmärksammas.

Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Figur 29 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider till utredningar och behandlingar inom vården. Trettiosju procent svarade att de sjukskriver en patient längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av väntetider till utredning inom sjukvården och 34 procent på grund av väntetid till behandling. Fjorton procent svarade att de sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per vecka på grund av väntetid till utredning inom vården.

Sju procent sjukskrev patienter längre tid minst någon gång per vecka på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan, ytterligare 13 procent gjorde detta någon gång per månad.

De flesta svarade att de aldrig/i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt.



Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.

I samtliga fem typer av kliniska verksamheter har störst andel svarat att väntetider till utredning inom sjukvården (37 %) och till behandling (34 %) är orsak till längre sjukskrivning än nödvändigt minst någon gång per månad (Tabell 12). Det finns dock stora skillnader mellan kliniker där mindre än 20 procent inom gynekologi och av övriga läkare svarade att de sjukskrev längre än nödvändigt på grund av de listade anledningarna. Två tredjedelar av läkarna på vårdcentralerna sjukskrev längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av väntetider till utredning inom sjukvården (68 %) och till behandling (60 %) och omkring hälften på grund av brist på återbesökstider, faktorer hos arbetsgivaren eller att tillgång till annan adekvat behandling saknas.

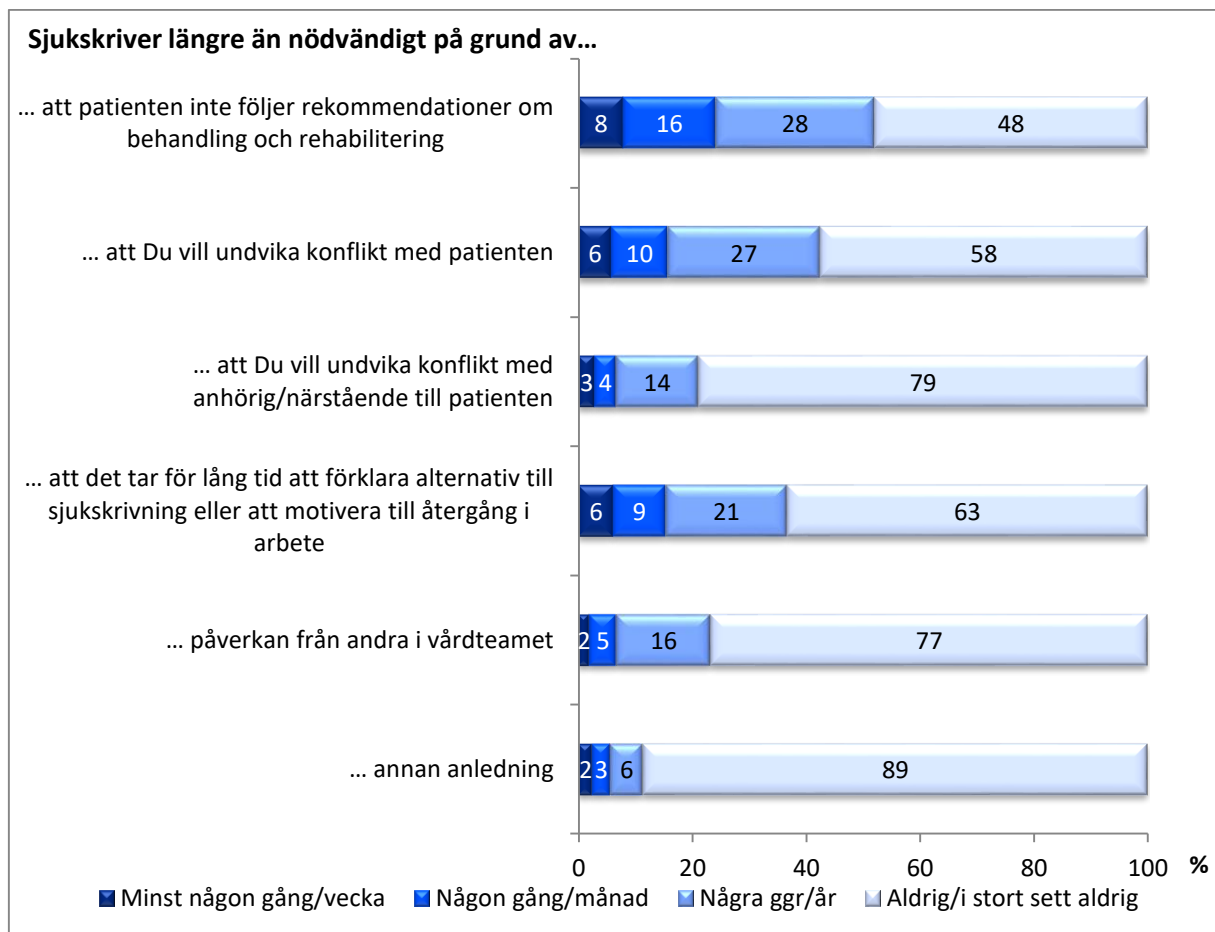
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt minst någon gång per månad, på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.

Sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt minst någon gång/månad på grund av...	Samtliga	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... brist på återbesökstider	30	18	32	43	54	13
... väntetider till utredning inom sjukvården	37	10	39	46	68	18
... väntetider till utredning hos FK	20	3	12	35	38	8
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedlingen	15	2	6	31	28	5
... faktorer hos arbetsgivare	23	18	30	29	46	9
... väntetider till behandling	34	12	43	47	60	17
... att tillgång till annan adekvat behandling/rehabilitering saknas	27	10	16	47	51	11

Sex ytterligare frågor ställdes om andra möjliga anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt. Dessa frågor handlade mer om kontakten med patienten och med det egna vårdteamet (Figur 30). De två orsaker som angavs av flest läkare att de förekom minst en gång per månad, var att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering (24 %) och att läkaren vill undvika konflikt med patienten (16 %).

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

Till dessa frågor fanns det även möjlighet att ge preciserade, öppna svar, vilket cirka 800 av läkarna i Stockholm gjorde (ej redovisade).



Figur 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.

I Tabell 13 visas ovanstående uppdelat på de fem typerna av kliniska verksamheter. Skillnaderna är liknande dem som visades ovan för andra orsaker till längre sjukskrivning än nödvändigt. Störst anledning till längre sjukskrivning än nödvändigt var att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering, 44 procent av läkare inom psykiatri och vårdcentraler svarade att de gör detta minst en gång i månaden. Inom vårdcentralerna var det en tredjedel som svarade att de sjukskrev längre än nödvändigt varje månad för att de ville undvika konflikt med patienten.

Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt minst någon gång per månad på grund av olika anledningar, uppdelat på fem typer av kliniska verksamheter.

Sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt minst någon gång/månad på grund av...	Samtliga	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering	24	14	22	44	44	8
... att Du vill undvika konflikt med patienten	16	13	16	20	30	6
... att Du vill undvika konflikt med anhörig/närstående till patienten	7	5	8	11	10	3
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete	15	15	18	21	27	6
... påverkan från andra i vårdteamet	7	7	6	16	9	3
... annan anledning	6	2	4	15	10	2

Sammanfattning

Av de 13 olika möjliga anledningar till att sjukskriva längre än vad som egentligen var nödvändigt som listades i enkäten, var det en majoritet som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig gjorde detta för 11 av dem. De vanligaste anledningarna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning respektive behandling inom vården: en tredjedel gjorde detta varje månad. Bland vårdcentralsläkare fanns den största andelen som gjorde detta minst en gång per månad; 68 procent på grund av väntetid till utredning och 60 procent på grund av väntetid till behandling. Drygt hälften av vårdcentralsläkare svarade även att brist på återbesökstider var en sådan anledning. En fjärdedel av läkarna svarade att de sjukskrev längre än nödvändigt minst en gång per månad på grund av att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering. Inom psykiatriska kliniker och vårdcentraler svarade drygt 40 procent detta.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) infördes hösten 2007 och vissa delar av det har sedan uppdaterats, både när det gäller de övergripande principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna om sjukskrivningslängd och -grad (10, 77). I enkäten fanns ett flertal frågor om FMB, dess användning och betydelse. Svaren redovisas under två delrubriker, först avseende de övergripande principerna och därefter de diagnosspecifika rekommendationerna. I båda avsnitten används förkortningen FMB för att underlätta läsningen.

Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer

Hälften av läkarna svarade att de känner till Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning mycket väl eller något, en fjärdedel att de känner till dem men inte läst dem och en fjärdedel svarade att de inte känner till dem (Tabell 14). Det fanns viss variation avseende detta mellan de olika typerna av kliniker från sju procent (gynekologi) till 16 procent (vårdcentral).

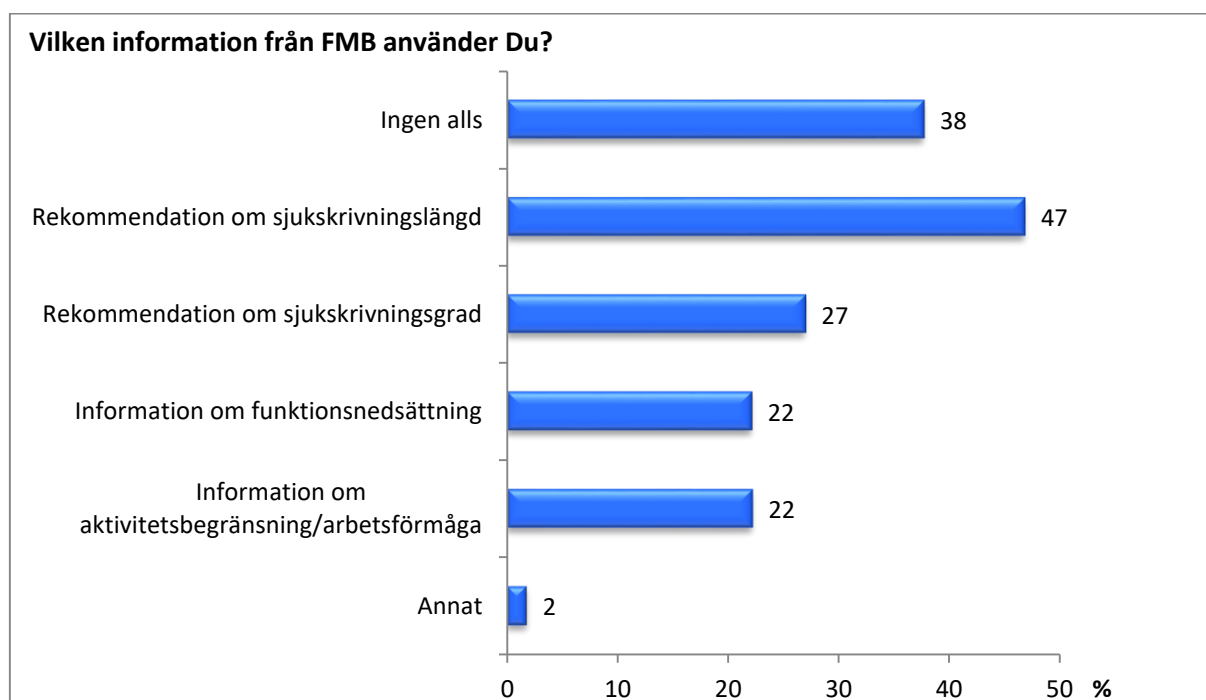
I Tabell 14 framgår också att drygt hälften av läkarna svarade att Socialstyrelsens övergripande principer är ett stöd i arbetet, med små variationer mellan klinikerna.

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på typ av klinik.

Klinik/mottagning	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? (andel (%) av de läkare som svarade "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till principerna)		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
Gynekologi	7	37	28	28	53	29	18
Ortopedi	13	37	29	21	50	34	16
Psykiatri	13	48	18	21	56	31	13
Vårdcentral	16	48	17	19	51	33	16
Övriga läkare	9	33	28	30	54	33	13
Samtliga läkare	11	39	24	25	53	33	14

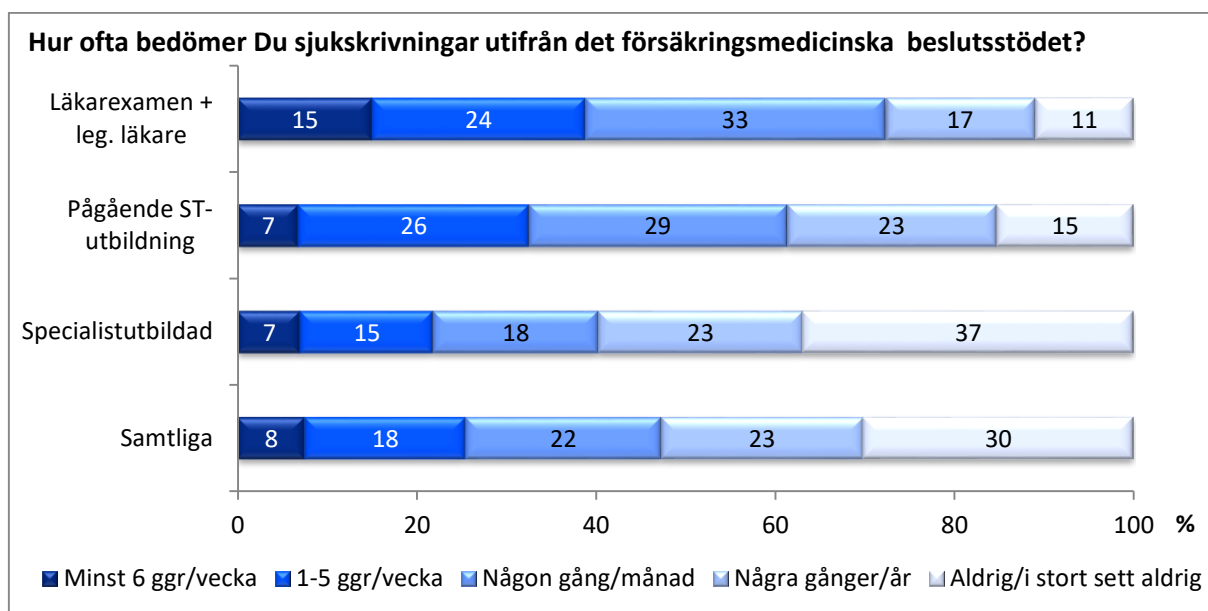
De diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden

Det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) innehåller olika typer av information. På en fråga om vilken information läkaren använder svarade nästan hälften att de använder rekommendationer om sjukskrivningslängd och en knapp tredjedel att de använder rekommendationer om sjukskrivningsgrad (Figur 31). Nästan 40 procent svarade att de inte använder någon information från FMB.



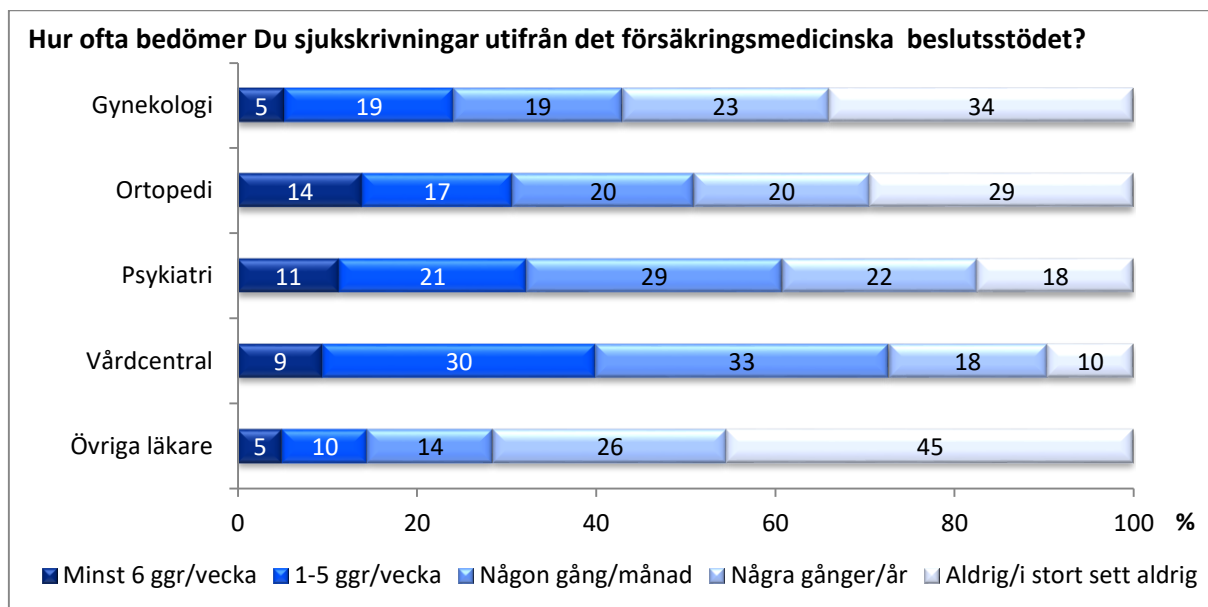
Figur 31. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde.

Hälften av läkarna, 48 procent, svarade att de använder FMB i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 32). Skillnader i användningen av FMB minst någon gång per månad kan ses i relation till utbildningsnivå, från störst bland dem som enbart har läkarexamen eller läkarlegitimation (72 %) till minst bland specialistutbildade (40 %).



Figur 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga läkare.

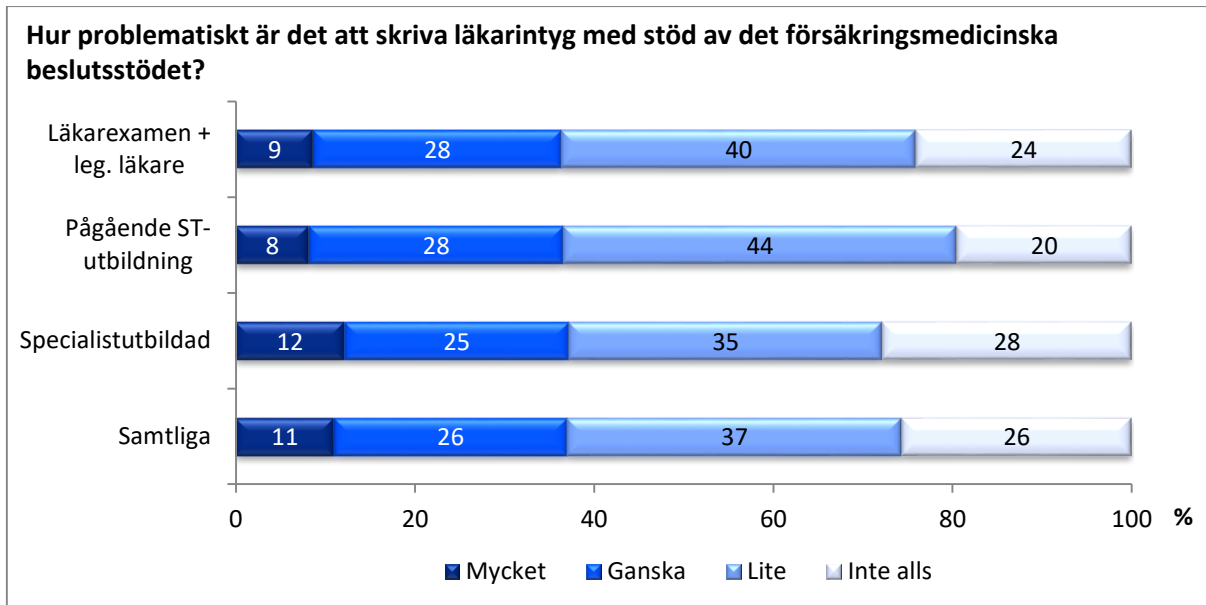
Skillnader mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* i hur ofta FMB användes visas i Figur 33. Den största andelen läkare som svarade att de minst en gång per vecka använder FMB fanns bland vårdcentralsläkarna (39 %). Andelen läkare som aldrig eller nästan aldrig använder FMB var störst inom kategorin övriga läkare (45 %).



Figur 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på fem typer av kliniker.

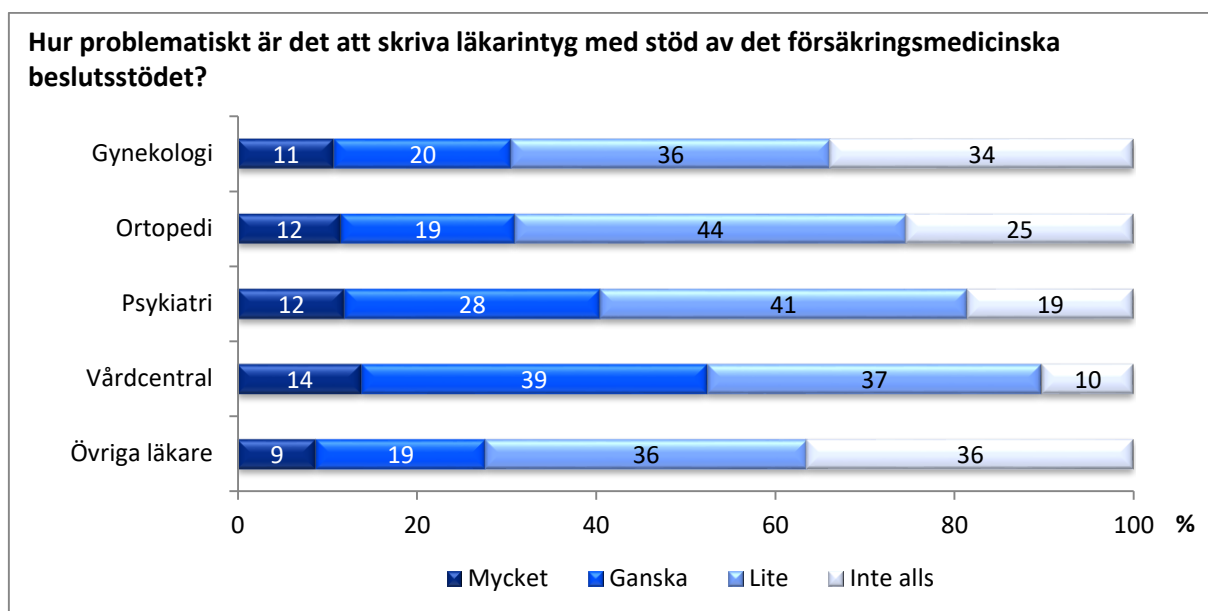
Problem med att använda de diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden

Majoriteten (63 %) av läkarna svarade att det är lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB. Elva procent uppgav att detta är mycket problematiskt och övriga (26 %) att det är ganska problematiskt (Figur 34). En något större andel läkare med specialistutbildning upplevde detta som mycket problematiskt (12 %), jämfört med läkare med lägre utbildningsnivåer. Det var inga skillnader mellan utbildningsnivåerna när mycket och ganska problematiskt läggs samman.



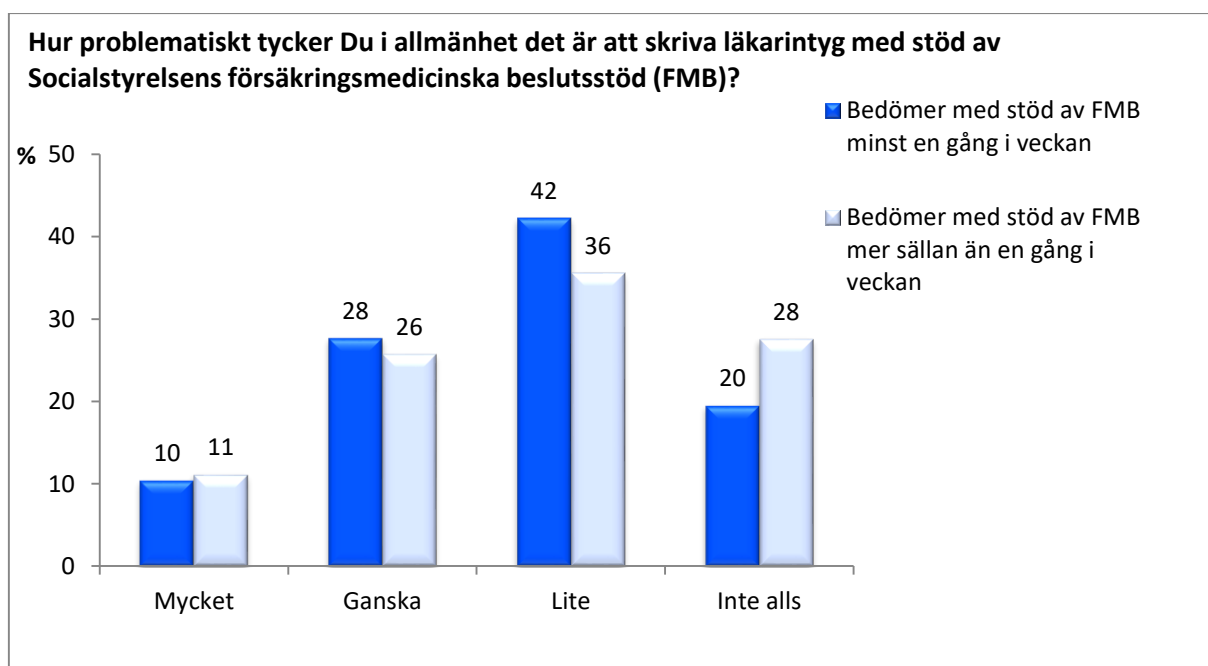
Figur 34. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

I Figur 35 visas hur läkarna inom de fem olika typerna av klinisk verksamhet svarade på hur problematiskt det är att skriva läkarintyg med stöd av FMB. Den absoluta majoriteten upplevde olika grad av problem. Störst andel som upplevde problem med detta fanns bland vårdcentralsläkare (53 % ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt).



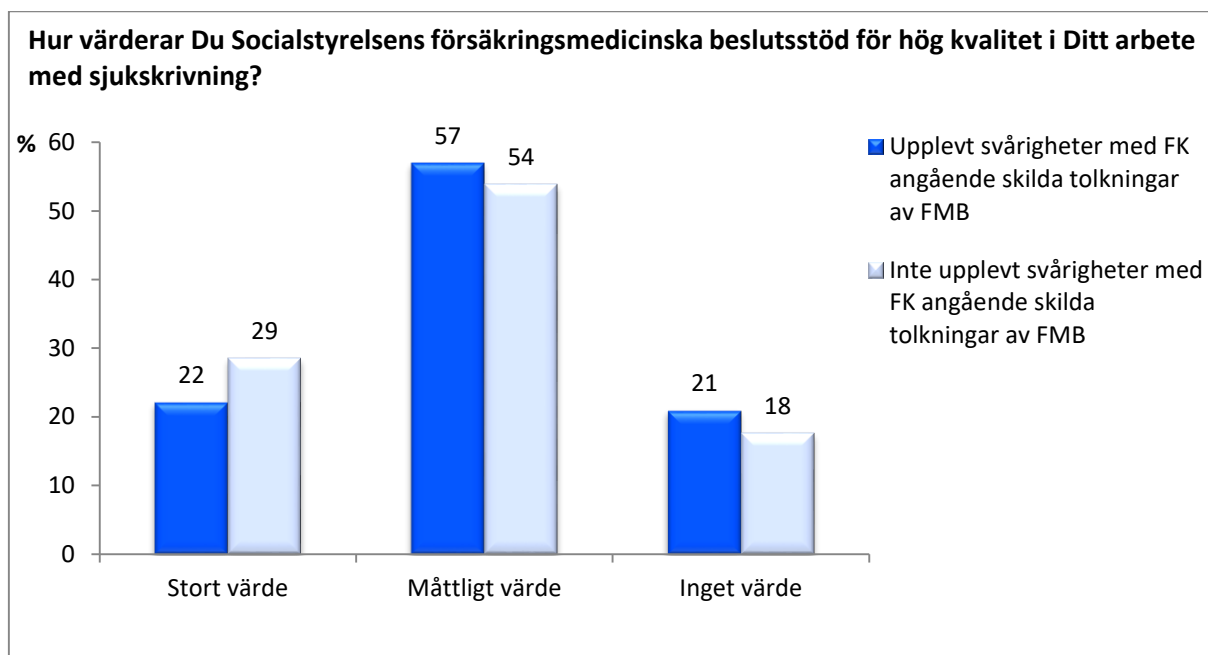
Figur 35. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), uppdelat på fem typer av kliniker.

I Figur 36 relateras svaren på hur problematiskt läkarna ansåg det är att skriva läkarintyg med stöd av FMB till hur ofta de gjorde bedömningar med stöd av FMB. Knappt 40 procent av läkarna, oavsett hur ofta de använder FMB, ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att använda FMB. Störst andel som angav att det inte alls är problematiskt att använda FMB var de läkare som mer sällan använder FMB (28 %).



Figur 36. Andel (%) läkare uppdelat på hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i relation till hur problematiskt de tyckte att det är att skriva läkarintyg i enlighet med FMB.

I Figur 37 framgår att bland de läkare, som upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB, svarade en mindre andel läkare (22 %) att FMB har stort värde för god kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar. Motsvarande andel var 29 procent bland de läkare som inte upplevt sådana svårigheter i kontakten med Försäkringskassan.



Figur 37. Andel (%) läkare uppdelat på hur de bedömde värdet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i relation till att ha upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.

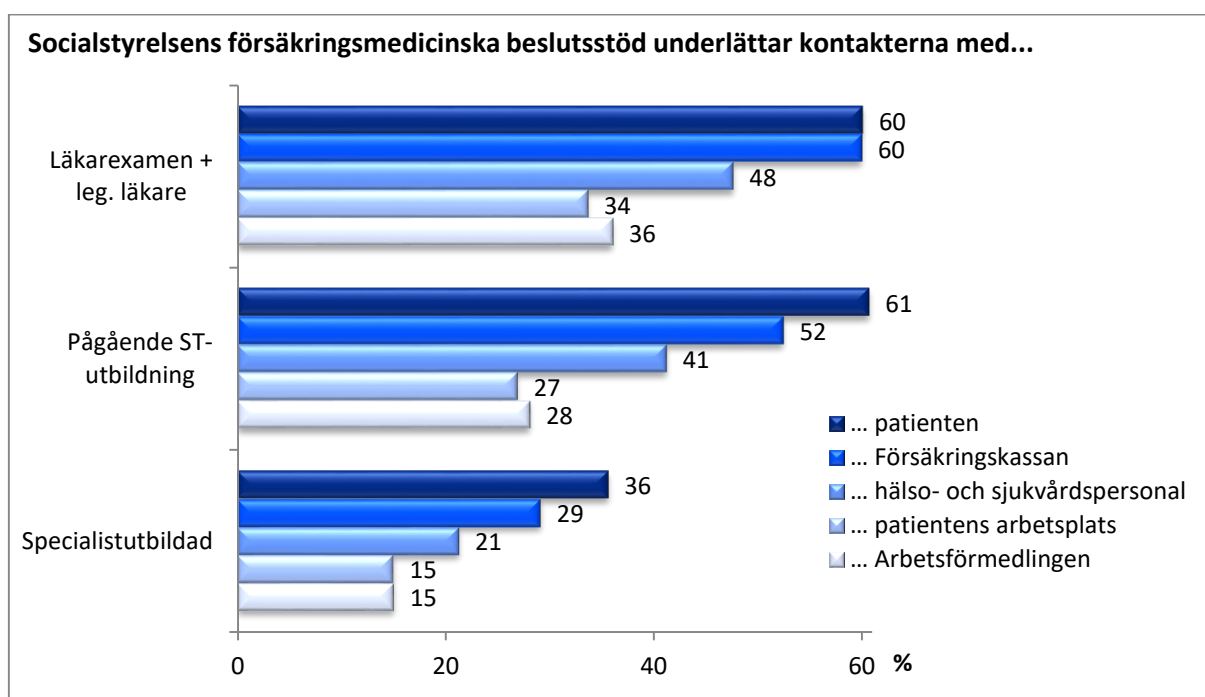
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) har visat sig ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient, liksom med olika samarbets- och samverkansparter (3, 4). Av Figur 38 framgår att drygt 40 procent av läkarna svarade att FMB underlättar kontakten med patienten och knappt 40 procent svarade att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Även kontakter med andra aktörer underlättas av FMB, enligt minst var femte läkare. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning läkaren har sådana kontakter. Att en mindre andel läkare svarat att FMB underlättar kontakterna med patientens arbetsplats och med Arbetsförmedlingen innebär inte att FMB är mindre användbart i de kontakterna, utan troligen att färre av de svarande överhuvudtaget haft sådana kontakter.



Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.

I Figur 39 har svaren på frågan om FMB underlättar kontakten med patienter och andra samverkanspartners relaterats till läkarnas utbildningsnivå. Två tredjedelar av läkarna som ännu inte var specialistutbildade ansåg att FMB underlättar kontakterna med patienten. Störst andel läkare som ansåg att FMB underlättar kontakterna även med andra aktörer var de med lägre utbildningsnivå.

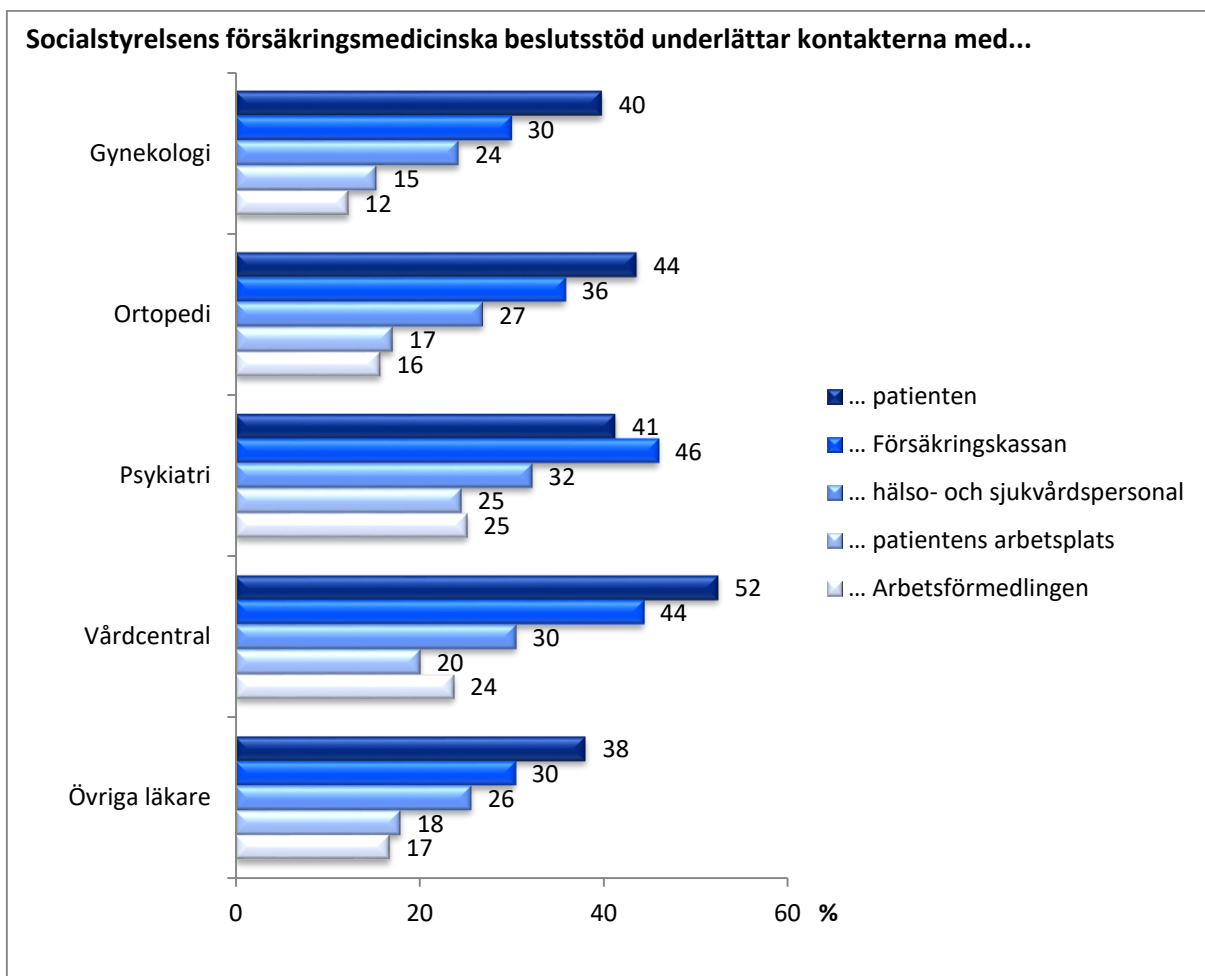


Figur 39. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Det fanns en viss variation mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* i hur mycket det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) ansågs underlätta kontakten med patienter, Försäkringskassa och andra aktörer (Figur 40). Det diagnosspecifika FMB finns inte för alla diagnoser inom de olika klinikerna/mottagningarna vilket kan ha betydelse för resultatet i denna fråga (210).

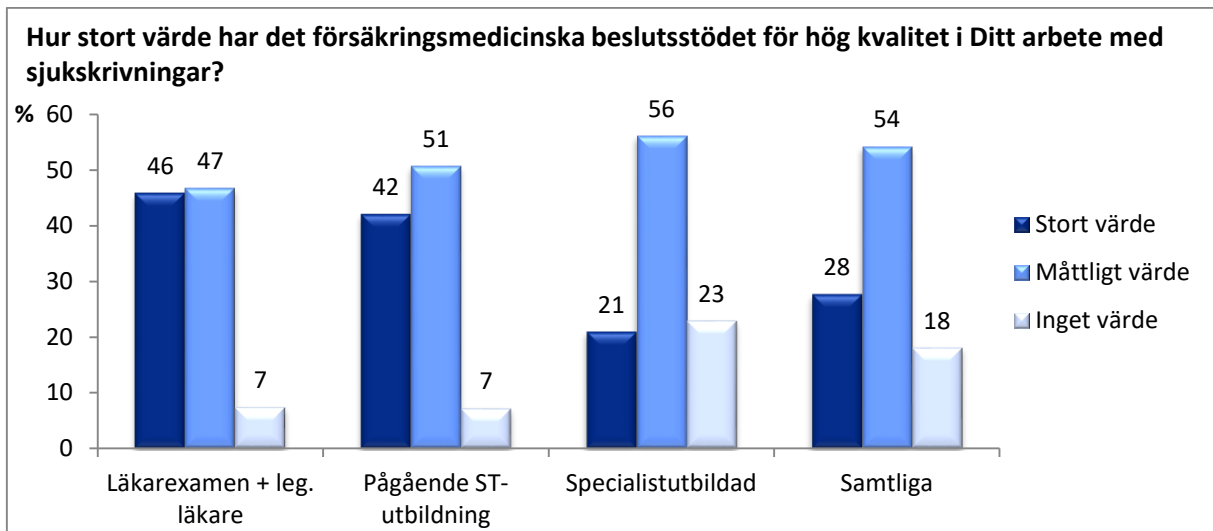
Störst andel läkare svarade att FMB underlättar kontakterna med patienter; drygt hälften bland läkare på vårdcentraler (52 %) och 38 procent bland Övriga läkare (Figur 40). Mellan 30 och 46 procent av

läkarna svarade att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Inom psykiatrin svarade en större andel (46 %) att FMB underlättade kontakterna med Försäkringskassan än den andel som svarade med patienten (41 %). Att andelarna som svarat att det underlättar kontakt med arbetsgivare, Arbetsförmedling etcetera bör relateras till att färre läkare har denna typ av kontakter.



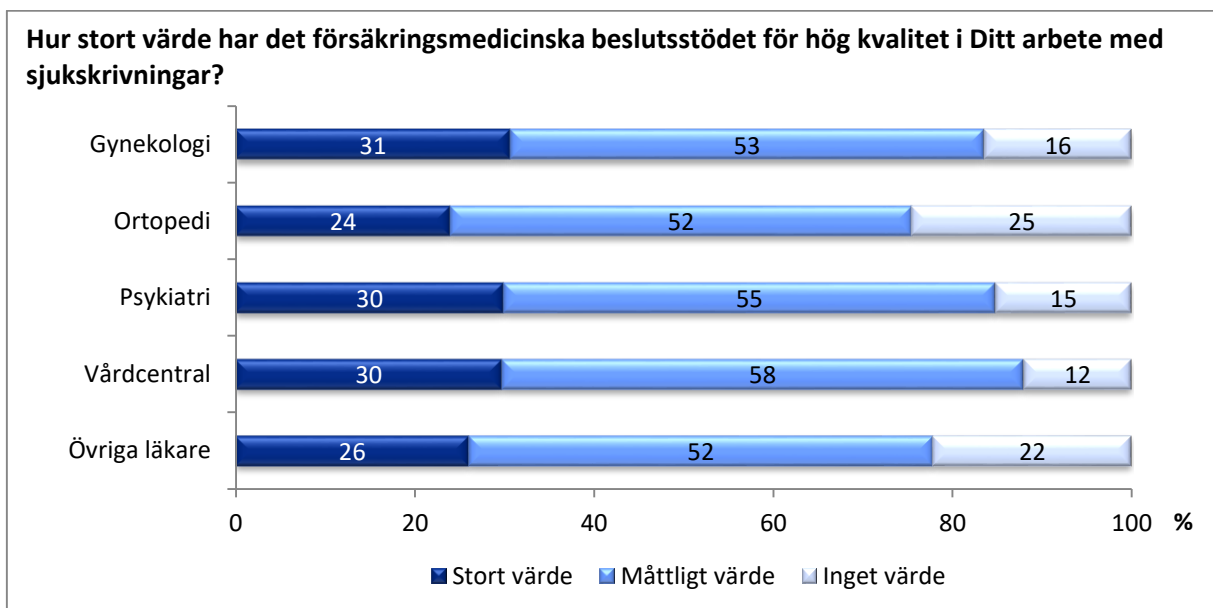
Figur 40. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på fem typer av klinisk verksamhet.

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att FMB har för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden. En tredjedel (28 %) ansåg att FMB har stort värde, drygt hälften (54 %) att det har måttligt värde och mindre än en femtedel (18 %) ansåg att FMB inte har något sådant värde (Figur 41). När frågan om FMB:s värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar relaterades till högsta läkarutbildningsnivå framkom att störst andel av läkarna som ansåg att FMB har stort värde för kvaliteten (46 %) fanns bland dem som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation, medan drygt en femtedel av specialistutbildade svarade att det hade stort värde (21 %) respektive inte har något sådant värde (23 %).



Figur 41. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

I Figur 42 visas svaren uppdelade på fem kliniker/mottagningar. En tredjedel av läkarna inom gynekologi, psykiatri och vårdcentraler svarade att FMB har stort värde. En fjärdedel av läkarna inom ortopedi och något större andel (26 %) bland övriga läkare uppgav detsamma.



Figur 42. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem kliniska verksamheter.

Sammanfattning

Hälften av läkarna svarade att de kände till Socialstyrelsens *övergripande principer* för sjukskrivning (10) mycket väl eller något och ansåg också att principerna är ett stöd i arbetet med sjukskrivning.

Hälften av läkarna använde Socialstyrelsens *diagnosspecifika* försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i arbetet med sjukskrivningar minst någon gång per månad, vanligast var detta bland dem med läkarexamen/leg läkare som högsta utbildningsnivå (72 %). Inom ortopedi använde en större andel FMB

mer frekvent än inom de andra verksamheterna; 14 procent använde FMB minst sex gånger per vecka. Trettionio procent av läkarna på vårdcentralerna använde FMB minst en gång per vecka. Det var främst rekommendationer om sjukskrivningslängd som användes (47 %).

Knappt 40 procent av läkarna, och hälften av vårdcentralsläkarna, upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB. Störst andel som angav att det inte alls är problematiskt att använda FMB var de läkare som också mer sällan använder FMB (28 %). Samtidigt ansåg en dryg fjärdedel av läkarna att FMB har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. En betydligt större andel (42-46 %) av läkare som ännu inte var specialistutbildade än av specialisterna (21 %) svarade att FMB hade stort värde för dem.

Beslutsstödet upplevdes underlätta kontakten med patienten för drygt 40 procent av läkarna, störst andel (60-61 %) bland läkare under ST-utbildning eller med enbart läkarexamen/läkarlegitimation. Drygt hälften av vårdcentralsläkarna svarade att FMB underlättade kontakten med patienten och mer än 40 procent av vårdcentralsläkarna och 46 procent inom psykiatrin att det underlättade kontakterna med Försäkringskassan.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har således ett fortsatt stort genomslag; det används av en stor andel av läkarna och upplevs som ett stöd i arbetet

Samarbete och samverkan

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna respektive externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen³. Som framgår av Tabell 15 förekommer det mest sådant samarbete internt med andra professioner inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med/remittera till fysioterapeut/arbetsterapeut och kurator/psykolog vilket 16 procent gjorde minst en gång per vecka.

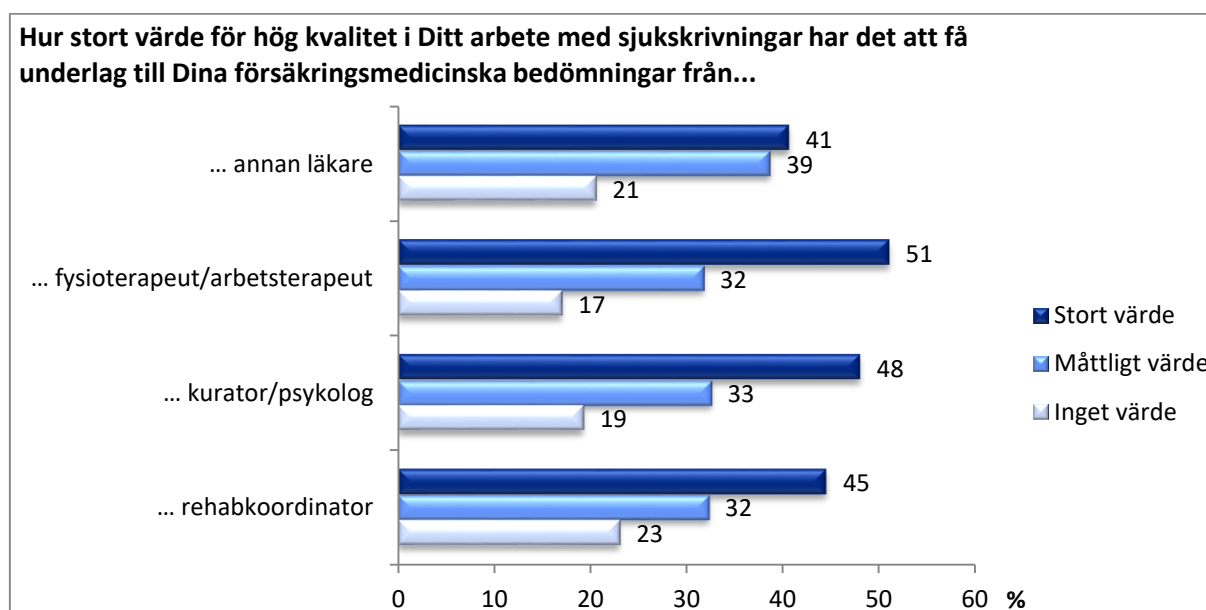
När det gäller samverkan med externa aktörer var detta minst vanligt med socialtjänsten och med Arbetsförmedlingen. Tre fjärdedelar av läkarna svarade att de aldrig/i stort sett aldrig hade kontakt med socialtjänsten eller arbetsgivare och två tredjedelar att de inte deltog i avstämningsmöten eller hade kontakt med Arbetsförmedlingen. Fyrtiofem procent svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade eller hänvisade till företagshälsovård och nästan lika stor andel hänvisade aldrig till kurator/psykolog (44 %) eller till fysioterapeut/arbetsterapeut (41 %). (Detta kan t.ex. vara relaterat till att det inte finns någon sådan resurs att remittera till, att merparten av deras patienter inte är i arbetsför ålder eller till att diagnosen inte påverkar eller påverkas av arbetet.)

³ En ytterligare intern samverkansresurs, som alltfler kliniska enheter nu har infört, utifrån de senaste sjukskrivningsmiljarderna, är så kallade rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, vanligen kallade **rehabkoordinatorer**. Svar på frågor om rehabkoordinatorer redovisas nedan under rubriken Rehabkoordinator, sidan 110.

Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... hänvisar Du till företagshälsovård?	6	18	31	45
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	16	19	21	44
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	16	21	23	41
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	5	19	39	37
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	5	9	24	62
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	3	6	17	74
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	1	5	18	76
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	1	8	31	60

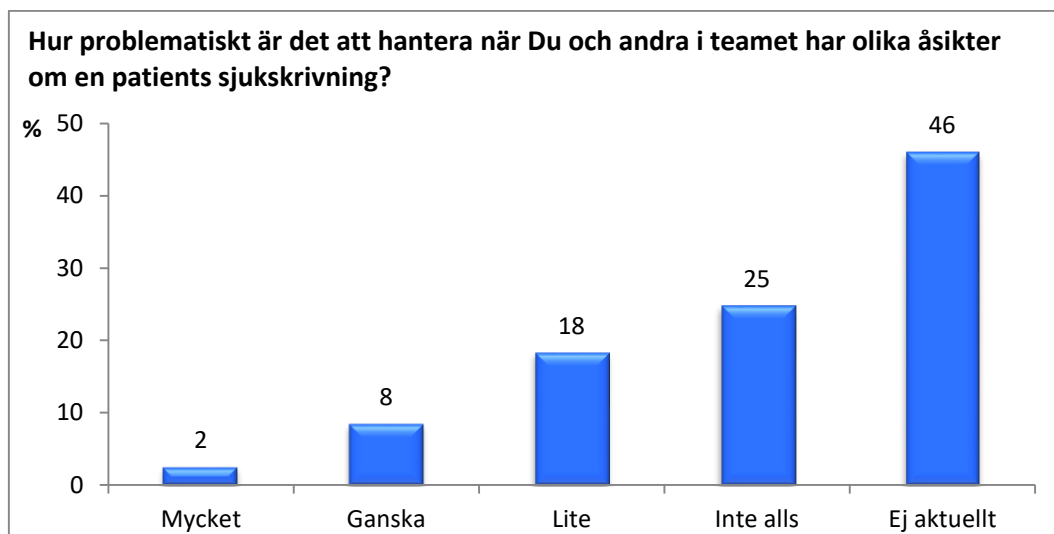
Hälften av läkarna ansåg att det är av stort värde att få underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut (51 %) eller kurator/psykolog (48 %) till sina försäkringsmedicinska bedömningar (Figur 43). Mer än fyrtio procent svarade även att underlag från annan läkare (41 %) eller från rehabkoordinator (45 %) har stort värde.



Figur 43. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

I senare avsnitt om rehabkoordinator (sid. 99) framgår att av de läkare som har tillgång till rehabkoordinator svarade 63 procent att detta hade stort värde, medan tio procent ansåg att det inte hade något värde.

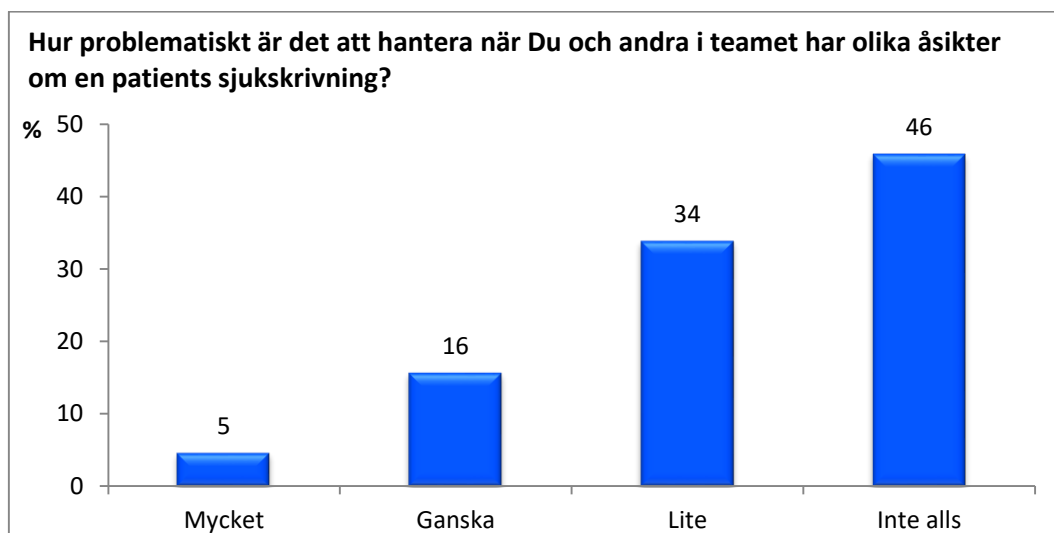
En fråga gällde hur problematiskt det var att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet avseende en patients sjukskrivning (Figur 44). Fyrtiosex procent av läkarna svarade att sådana situationer inte var aktuella. Att de inte var aktuella kan betyda att man oftast har samma åsikter, eller att läkaren inte har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete.



Figur 44. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.

I Figur 45 visas resultatet för samma fråga, där de 46 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i analysen. En femtedel (21 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning.

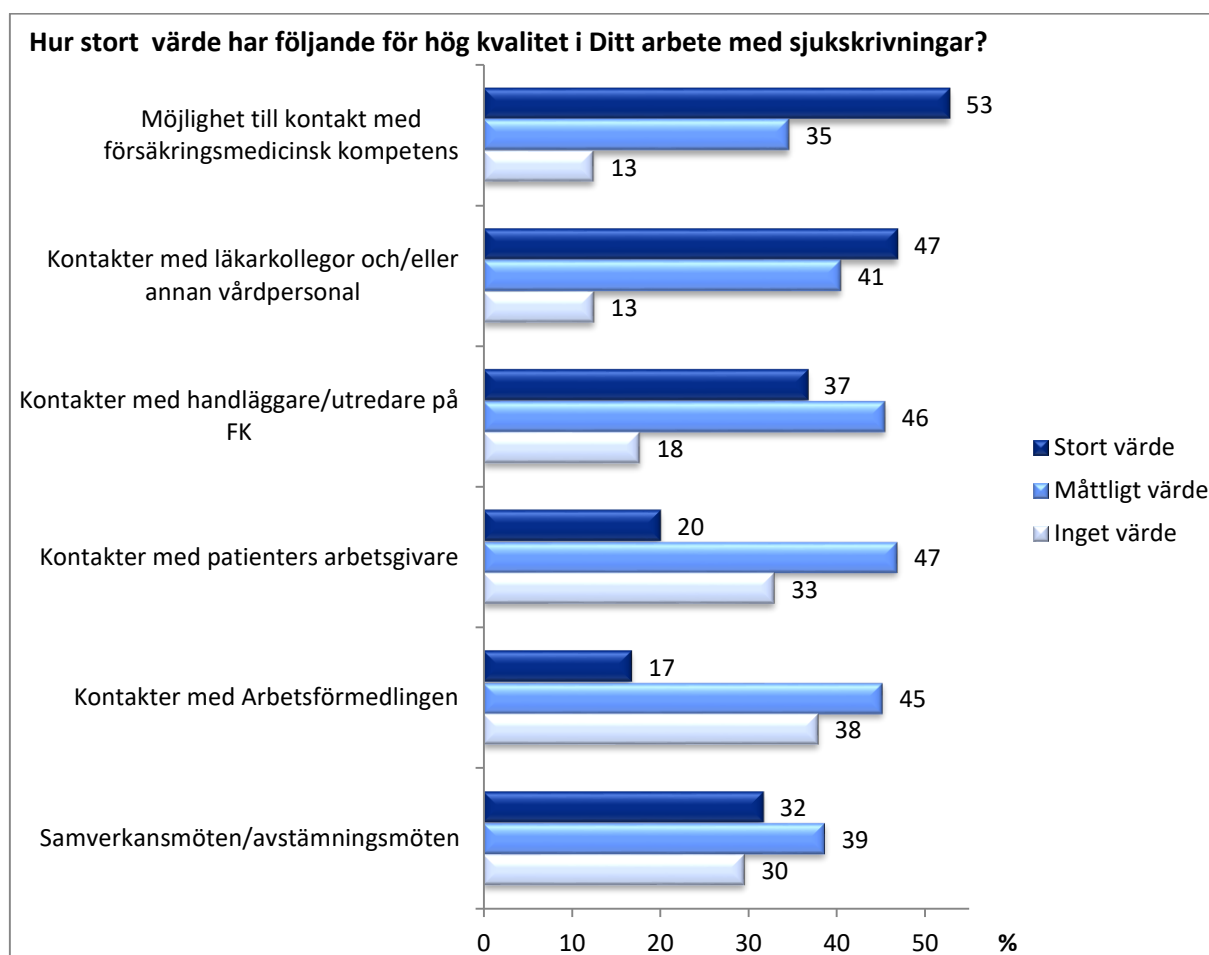
Av de fem procent av läkarna som svarade att det var mycket problematiskt att hantera situationer där läkaren och andra teammedlemmar har olika åsikter om en patients sjukskrivning, arbetade över hälften (55 %) på en vårdcentral (visas ej i figur).



Figur 45. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning (De 42 % som svarade "Ej aktuellt" på denna fråga är här exkluderade.)

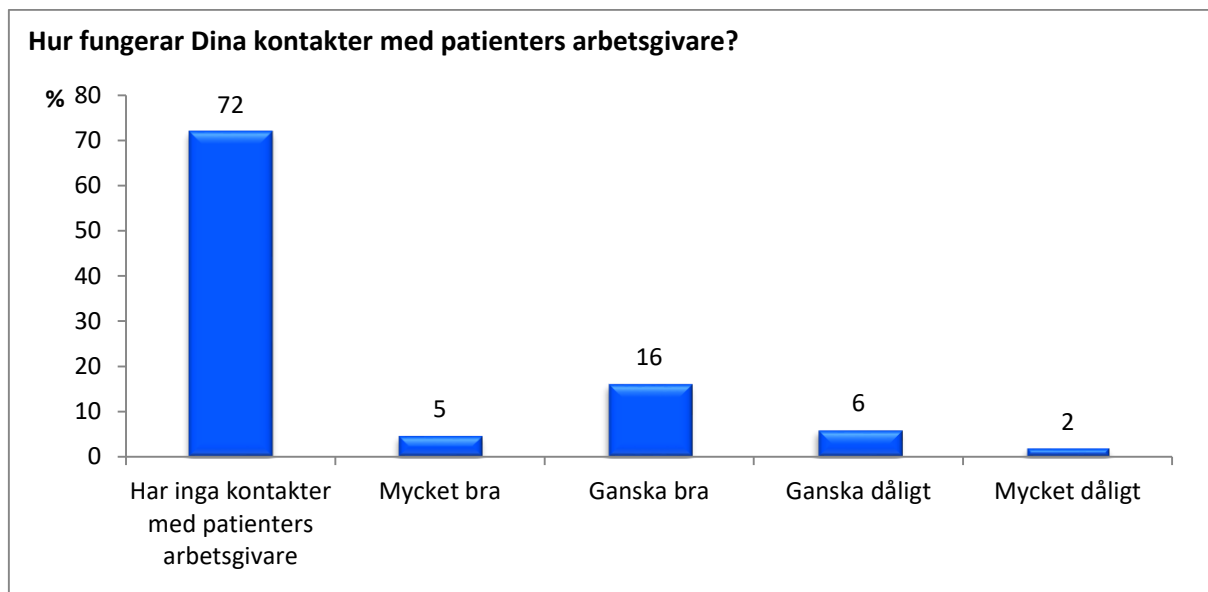
Frågor om försäkringsmedicinsk kompetens som har samband med kontakter med andra redovisas delvis här medan flertalet sådana resultat redovisas i avsnittet ovan (sidan 71).

Nästan 90 procent av läkarna svarade att kontakter med personer med försäkringsmedicinsk kompetens (88 %), med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal (88 %) samt med handläggare/utredare på Försäkringskassan (83 %) är av stort eller måttligt värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 46). Stort eller måttligt värde svarade 71 procent att samverkansmöten har, 67 procent kontakt med arbetsgivare och 62 procent Arbetsförmedlingen. Drygt hälften (53 %) svarade att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde, vilket även knappt hälften (47 %) ansåg att kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal har.



Figur 46. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Majoriteten (72 %) av läkarna svarade att de inte har några kontakter med patientens arbetsgivare. En femtedel svarade att kontakten är ganska eller mycket bra (Figur 47). Läkarna ombads även att beskriva eventuella svårigheter och problem med sina kontakter med arbetsgivare och drygt 1600 gav sådana öppna svar (redovisas ej i denna rapport).



Figur 47. Andel (%) läkare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade.

I Tabell 16 redovisas detta även uppdelat på de fem typerna av kliniker. Nittiofyra procent av läkare inom gynekologi hade inga kontakter med patienters arbetsgivare. Inom psykiatri var det 40 procent och inom vårdcentralerna 61 procent som inte hade några kontakter med patienters arbetsgivare. Mellan två och sex procent av dem som hade sådana kontakter svarade att den fungerade mycket bra. Störst andel som svarade att kontakten var mycket eller ganska bra var bland läkarna inom psykiatri (50 %) och vårdcentraler (24 %) vilka är de kliniker/mottagningar där flest läkare hade kontakter med arbetsgivare.

Tabell 16. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

	Har inga kontakter med patienters arbetsgivare	Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt
Gynekologi	94	2	3	2	0
Ortopedi	88	2	6	3	1
Psykiatri	40	6	44	8	2
Vårdcentral	61	3	21	12	4
Övriga läkare	81	6	10	2	1

Sammanfattning

De yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som störst andel läkare svarade att de samarbetar med eller remitterar till i sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka är kuratorer/psykologer (16 %) samt fysioterapeuter/arbetsterapeuter (16 %).

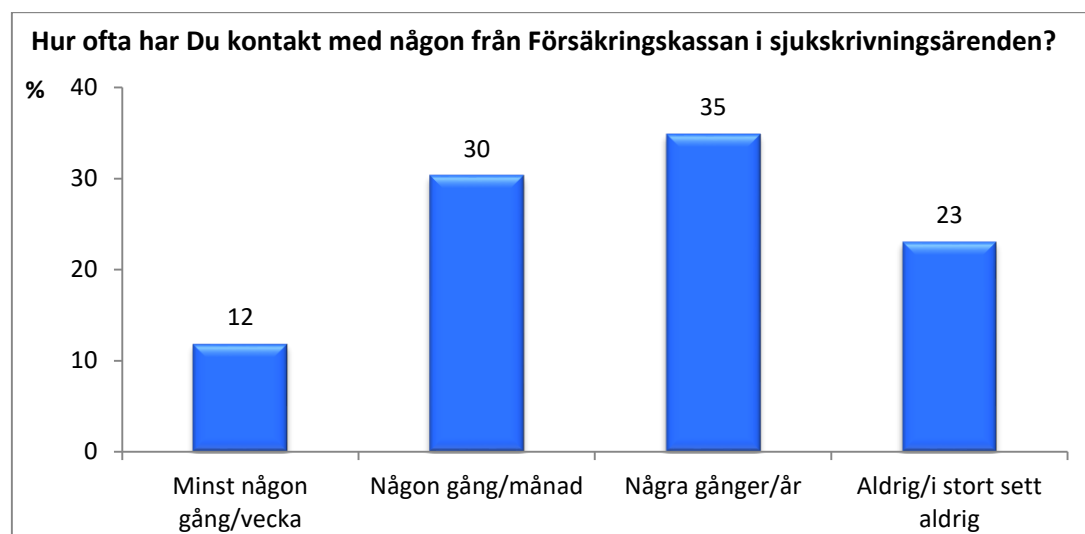
Drygt 40 procent av läkarna svarade att de aldrig/i stort sett aldrig remitterar till dessa professioner eller till företagshälsovård och tre av fyra angav att de aldrig/i stort sett aldrig har kontakter med arbetsgivare eller socialtjänst i sjukskrivningsfrågor. En femtedel av dem som hade kontakt med patientens arbetsgivare svarade att kontakten fungerade ganska eller mycket bra. Det finns stora variationer mellan de fem typerna av kliniska verksamheter när det gäller andel med kontakt med arbetsgivare; störst andel utan sådan kontakt var inom gynekologi (94 %) och minst andel var 40 procent inom psykiatri. Inom vårdcentraler hade 61 procent inga kontakter med arbetsgivare.

Drygt hälften av läkarna svarade att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde för att hålla en hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. Knappt hälften svarade detsamma angående kontakter med kollegor och annan vårdpersonal och 37 procent avseende kontakter med Försäkringskassans handläggare. Hälften av läkarna svarade att ett underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut eller kurator/psykolog har stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet medan 45 procent svarade att underlag från rehabkoordinator skulle kunna ha det. Tio procent av läkarna svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där läkaren och andra medlemmar i teamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning. Av dem som svarade att det var mycket problematiskt att hantera situationer där läkaren och andra teammedlemmar har olika åsikter om en patients sjukskrivning, arbetade över hälften på en vårdcentral.

Kontakter med Försäkringskassan

Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, frekvens av kontakter, hur kontakterna upplevs, typer av svårigheter i kontakten och hur den elektroniska överföringen av intyg fungerar. Resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet "Försäkringsmedicinsk kompetens" (sidan 92) och några har redovisats i avsnittet "Samarbete och samverkan" (sidan 80) respektive under avsnittet om "det försäkringsmedicinska beslutsstödet" (sidan 71). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av detta avsnitt.

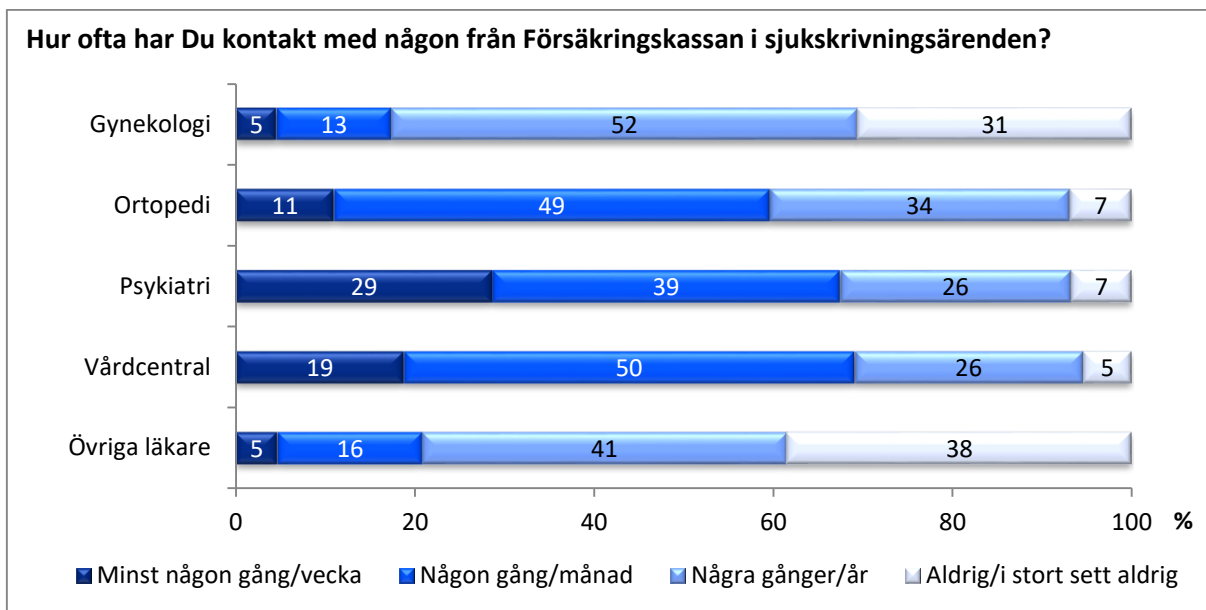
En fjärdedel av läkarna uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan, medan 12 procent har sådan kontakt minst en gång per vecka (Figur 48).



Figur 48. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.

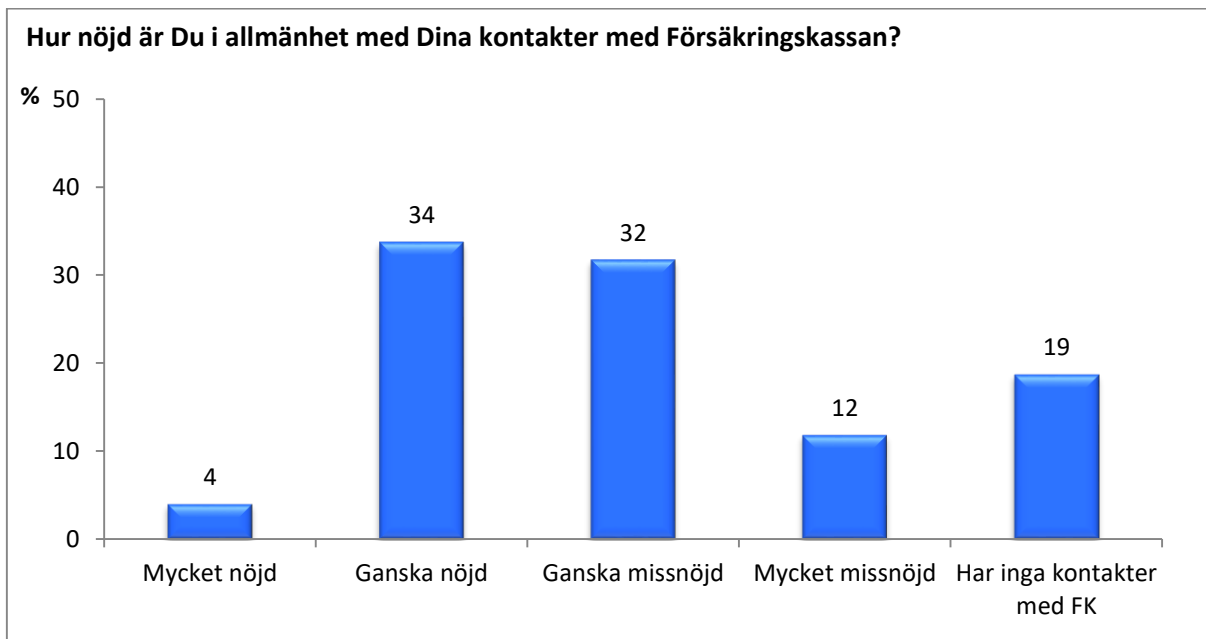
Hur ofta samverkan med Försäkringskassan sker varierade mellan *typ av klinisk verksamhet*. Mindre andel av läkarna inom gynekologi (5%) och bland 'övriga läkare' (5%) svarade att de hade kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per vecka; störst var andelen inom psykiatri (29%) (Figur 49). Kontakt någon gång per månad eller oftare hade 69 procent av vårdcentralsläkarna, 68 procent inom psykiatri och 60 procent inom ortopedi.

Andelen som aldrig har kontakt med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden varierade mellan fem procent (vårdcentral) och 38 procent (övriga läkare).



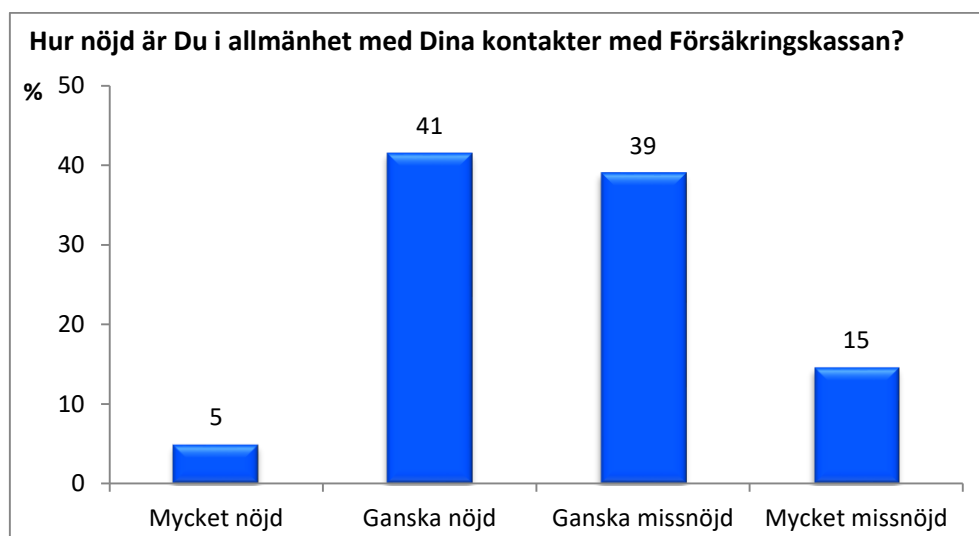
Figur 49. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker.

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade en femtedel att de inte hade några kontakter med Försäkringskassan. Trettioåtta procent svarade att de är mycket eller ganska nöjda medan 32 procent var ganska missnöjda och 12 procent mycket missnöjda (Figur 50).



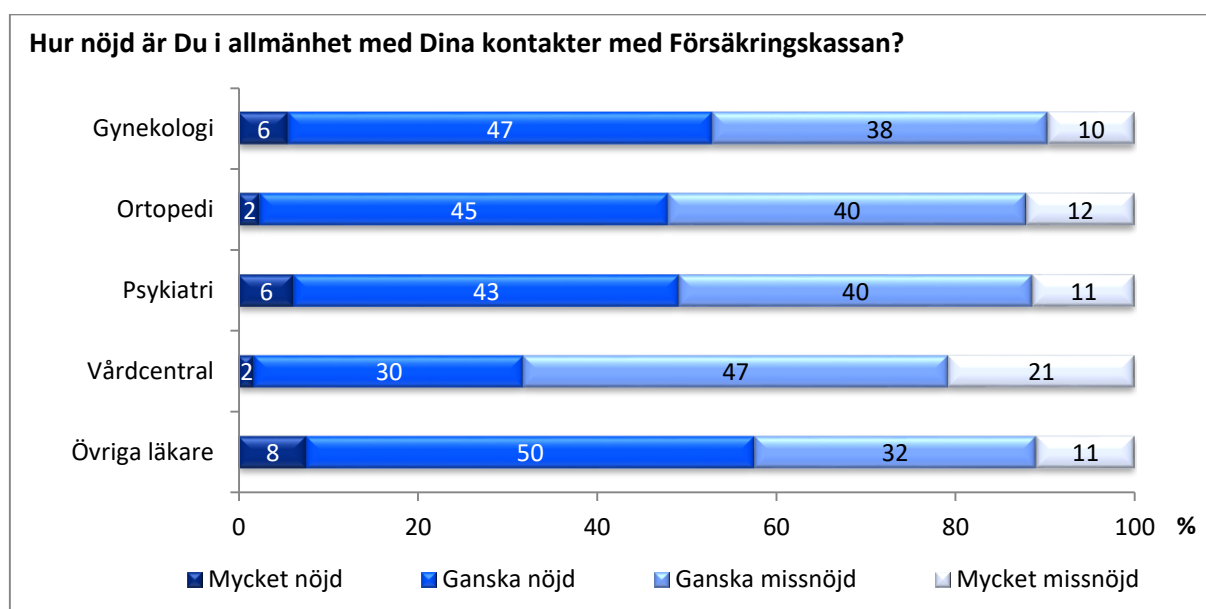
Figur 50. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.

I Figur 51 har de 19 procent som svarade att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderats. Av dem som haft kontakter med Försäkringskassan svarade knappt hälften att de är mycket eller ganska nöjda. Andelen som var mycket nöjda var fem procent och andelen som var mycket missnöjda 15 procent.



Figur 51. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.

I Figur 52 visas skillnaderna i resultat mellan de fem olika typerna av kliniker. Skillnaderna är små när det gäller andelen mycket nöjda (2-8 %). Mer än hälften inom gynekologi och bland övriga läkare svarade att de var mycket eller ganska nöjda med kontakterna. Andelen missnöjda läkare var störst vid vårdcentralerna (68 %).

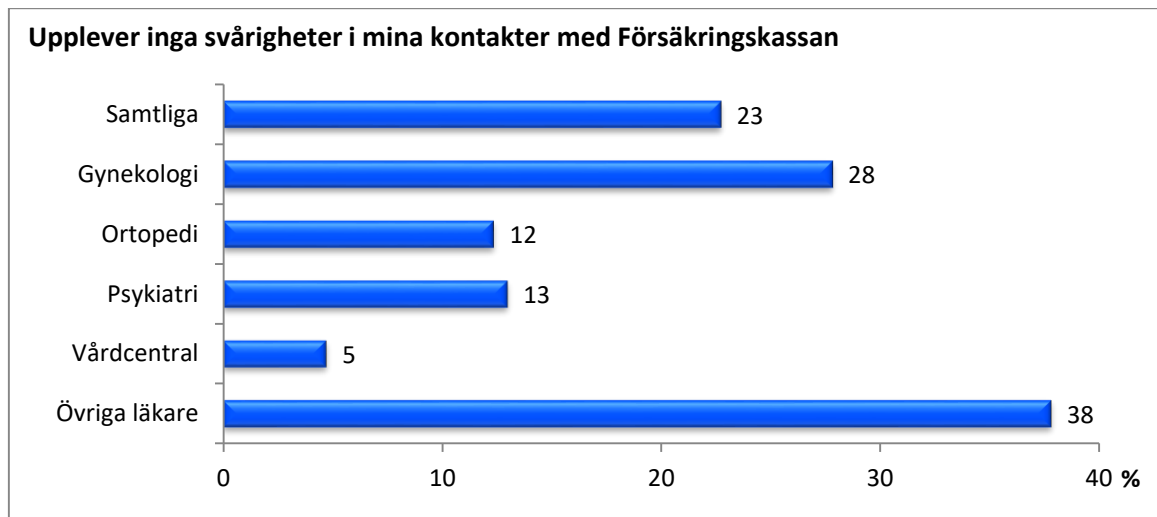


Figur 52. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på fem typer av kliniska verksamheter.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var det interna bortfallet 7 procent (n=241). De läkare som inte alls svarade på frågan är exkluderade ur nedanstående analyser. Av dem som svarade, var det 23 procent som uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna (Figur 53). I gruppen övriga läkare svarade 38 procent att de inte hade några svårigheter och motsvarande fem procent av vårdcentralsläkarna.

Av dem som svarat att de haft kontakt med Försäkringskassan, svarade sammanlagt 87 procent att de upplevt åtminstone en av de listade svårigheterna i kontakten med Försäkringskassan (ej i figur).

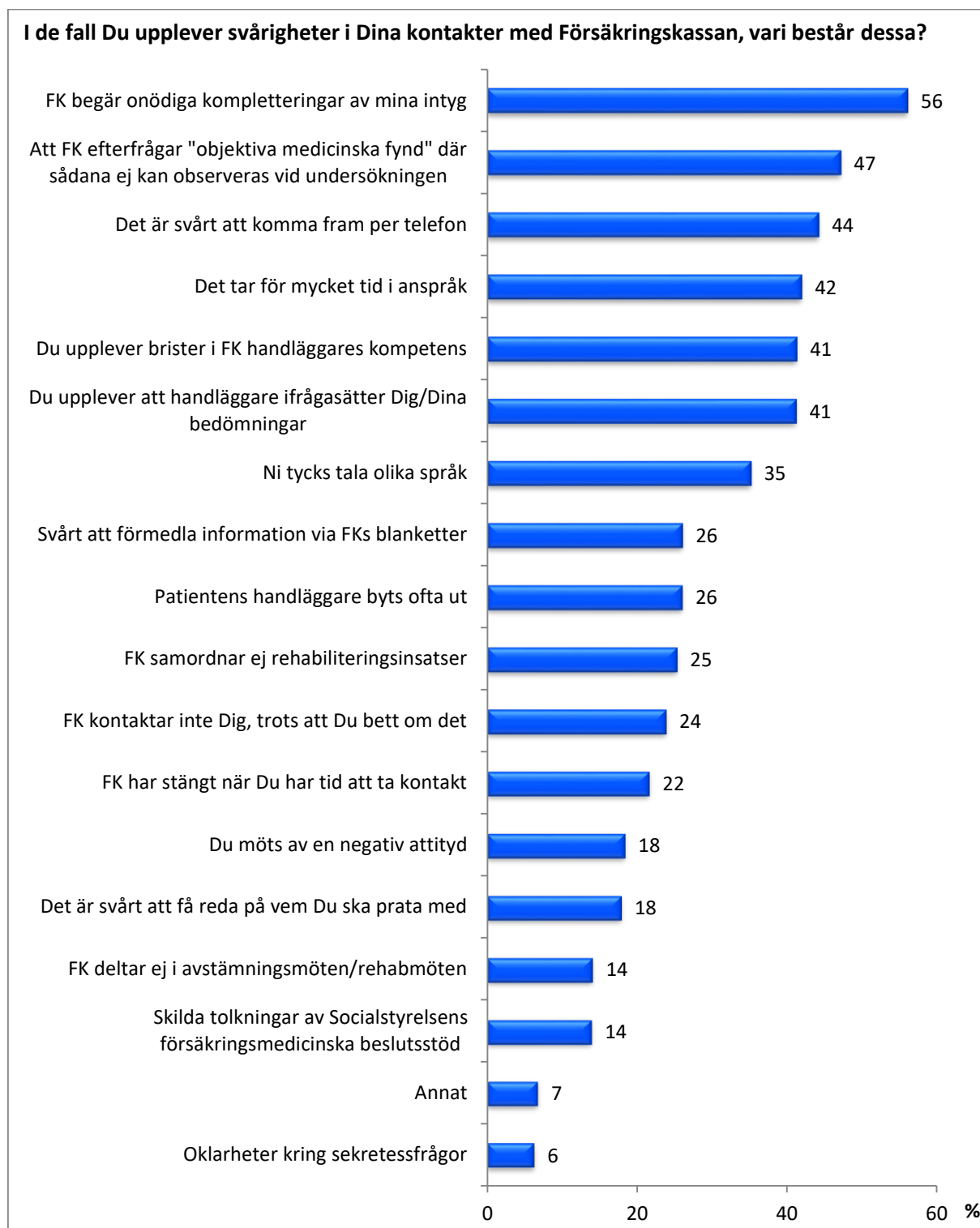


Figur 53. Andel (%) läkare som svarade att de inte har några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, samtliga och uppdelat på fem typer av kliniker.

Av läkarna som upplevde svårigheter svarade mer än hälften (56 %) att det är en svårighet att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg (Figur 54). Näst störst andel uppgav svårigheten att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning (47 %). Mer än 40 procent svarade att det är svårt att komma fram per telefon (44 %), att kontakterna tar för mycket tid (42 %) och att Du upplever brister i handläggarens kompetens respektive att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar (41 %).

Skillnaderna mellan svar från läkare i hela landet och från Stockholm är små, mindre än fem procentenheter. De enda svårigheter där det är minst 5 procentenheters skillnad är att en större andel i Stockholm angav svårigheterna att komma fram per telefon, att de upplever brister i handläggarens kompetens och att Försäkringskassans handläggare inte samordnar rehabiliteringsinsatser.

Efter svarsalternativet ”annat” fanns möjlighet att förtydliga med egna ord och 528 av läkarna har gjort detta (redovisas ej i denna rapport).



Figur 54. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), listade i storleksordning efter andel som upplevt dem.

De fyra svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som störst andel läkare angav redovisas även uppdelat på de fem typerna av kliniska verksamheter i Tabell 17.

Störst andel läkare som angav att Försäkringskassan begär in onödiga kompletteringar av intyg arbetade inom ortopedi (71 %) eller vårdcentral (76 %). Störst andel, som angav svårigheter med att Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning, var vårdcentralsläkare (77 %). Dessa har även störst andel som angav att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk (57 %) och att det är svårt att komma fram per telefon (61 %).

Tabell 17. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 46 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på fem typer av kliniker.

	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	FK efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen	Det är svårt att komma fram per telefon	Det tar för mycket tid i anspråk
Gynekologi	54	39	36	40
Ortopedi	71	26	53	44
Psykiatri	65	60	48	50
Vårdcentral	76	77	61	57
Övriga läkare	39	28	32	29

På frågan om ”hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg” svarade 68 procent att detta är mycket eller ganska problematiskt (Tabell 18). På frågan om det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg” svarade 57 procent att det var det, det vill säga, en något mindre andel. I Tabell 18 relateras dessa andelar till varandra. I tabellen framgår att även om en läkare inte tycker det är problematiskt att göra kompletteringar kan detta vara en svårighet i kontakten med Försäkringskassan – och tvärtom. Fördjupade analyser av dessa samband behövs.

Tabell 18. Andel (%) läkare som svarat att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om hanteringar respektive svarat att begäran om kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.

		Hur problematiskt tycker Du det är att svara på FKs begäran om komplettering av intyg?		
		Mycket/ganska	Lite/inte alls	
FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Ja	49 %	8 %	57 %
	Nej	19 %	24 %	43 %
		68 %	32 %	100 %

Elektronisk överföring av läkarintyg

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

I Stockholms län där systemet nyligen införts svarade hälften (49 %) av läkarna att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Tabell 19). Motsvarande siffra för läkarna från övriga Sverige, utan Stockholm, är 90 procent.

Störst andel läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg fanns bland läkare inom psykiatri (68 %), gynekologi (67 %) och vid vårdcentraler (63 %). Läkarna på vårdcentralerna hade minst andel läkare som uppgav fungerande integration med journalsystemet (82 %). Minst andel läkare som använder elektronisk överföring fanns inom gruppen övriga läkare (34 %) och ortopedi (41 %). Av dem som använder elektronisk överföring har 82-88 procent elektroniska överföringen integrerat med journalsystemet.

Tabell 19. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg integrerat med journalsystemet? (andel (%) av de läkare som använder systemet, enligt kolumnen till vänster)			
	Antal (n) som använder elektronisk överföring	Andel (%) av det totala antalet sjukskrivande läkare	Ja, och det fungerar i stort sett bra	Ja, men det uppstår problem	Nej	Vet ej
Gynekologi	136	67	88	10	2	1
Ortopedi	73	41	85	10	4	1
Psykiatri	242	68	87	9	3	2
Vårdcentral	640	63	82	13	2	2
Övriga läkare	573	34	86	7	3	4
Samtliga läkare	1664	49	85	10	3	3

Sammanfattning

Tre fjärdedelar av sjukskrivande läkare hade kontakt med Försäkringskassan och av dem var nästan hälften ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter men nöjdhet varierade mellan kliniska verksamheter: en tredjedel av vårdcentralsläkarna och två tredjedelar av gruppen övriga läkare var mycket eller ganska nöjda. Tjugotre procent upplevde inte några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan, vilket varierade från fem procent på vårdcentralerna till 38 procent i gruppen övriga läkare. Den svårighet störst andel läkare upplevde i kontakterna var att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg (56 %), följt av att de efterfrågar ”objektiva medicinska fynd” (47 %) där sådana inte kan observeras vid undersökning. Inom ortopedi och vårdcentral svarade 71 respektive 76 procent att en svårighet är ”Försäkringskassans begäran om onödiga kompletteringar av intyg”. Över 70 procent av läkarna på vårdcentraler och 60 procent inom psykiatri svarade att en svårighet var att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning.

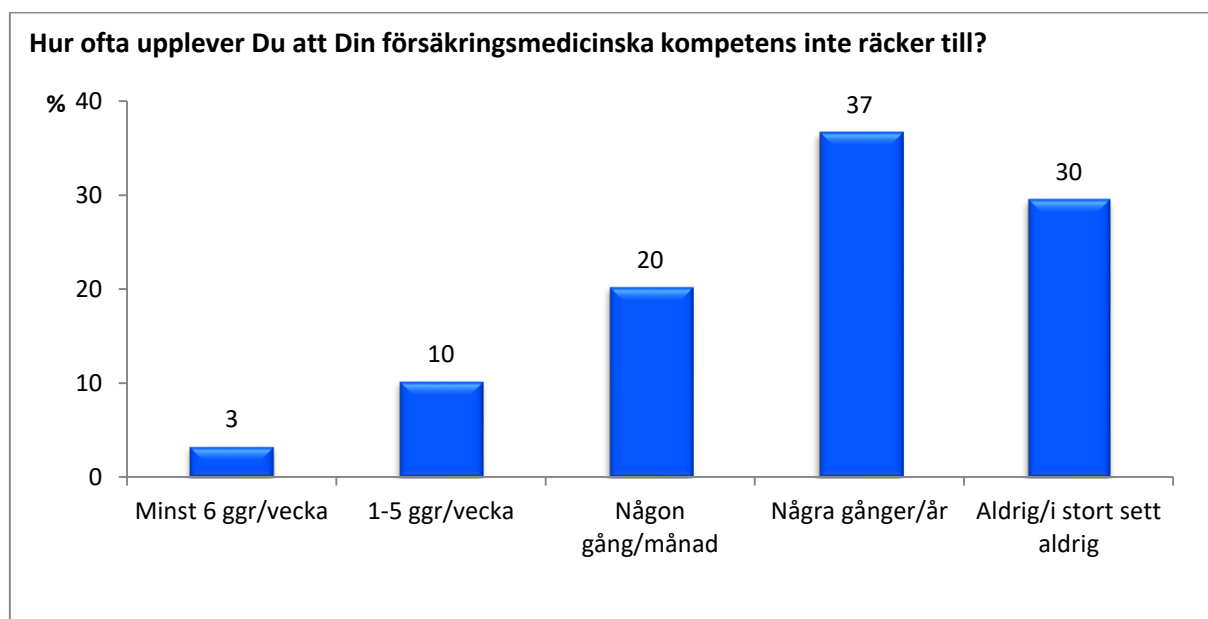
När det gällde elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan svarade hälften (49 %) av läkarna i Stockholms län (jämfört med 90 % av läkarna i övriga landet) att de använder systemet. Av dem som gör detta hade 85 procent systemet integrerat med journalsystemet och uppgav att systemet för detta i stort sett fungerar bra. Drygt två tredjedelar inom psykiatri, gynekologi och vårdcentraler använder överföringen.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Det fanns flera frågor om olika aspekter av försäkringsmedicinsk kompetens. Svar på sådana frågor relaterade till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten ”Samarbete och samverkan” (sidan 80) respektive ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 71).

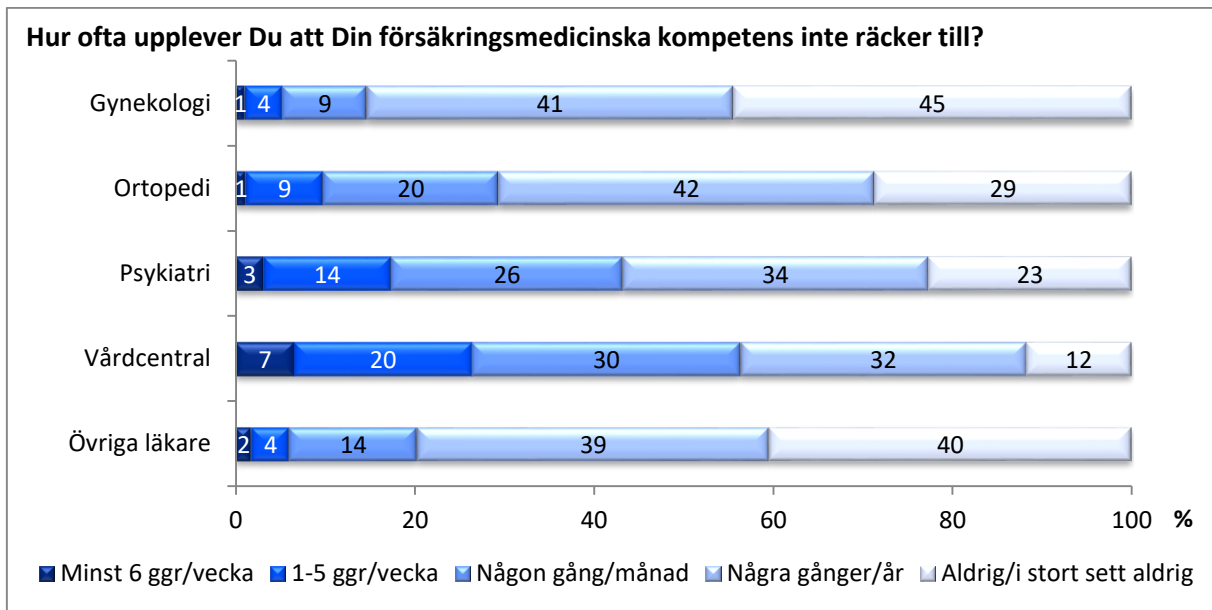
I detta avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, samt vilka faktorer de värdesatte för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning.

Var tredje läkare (33 %) upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, medan en tredjedel (30 %) aldrig/i stort sett aldrig upplevde detta (Figur 55).



Figur 55. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.

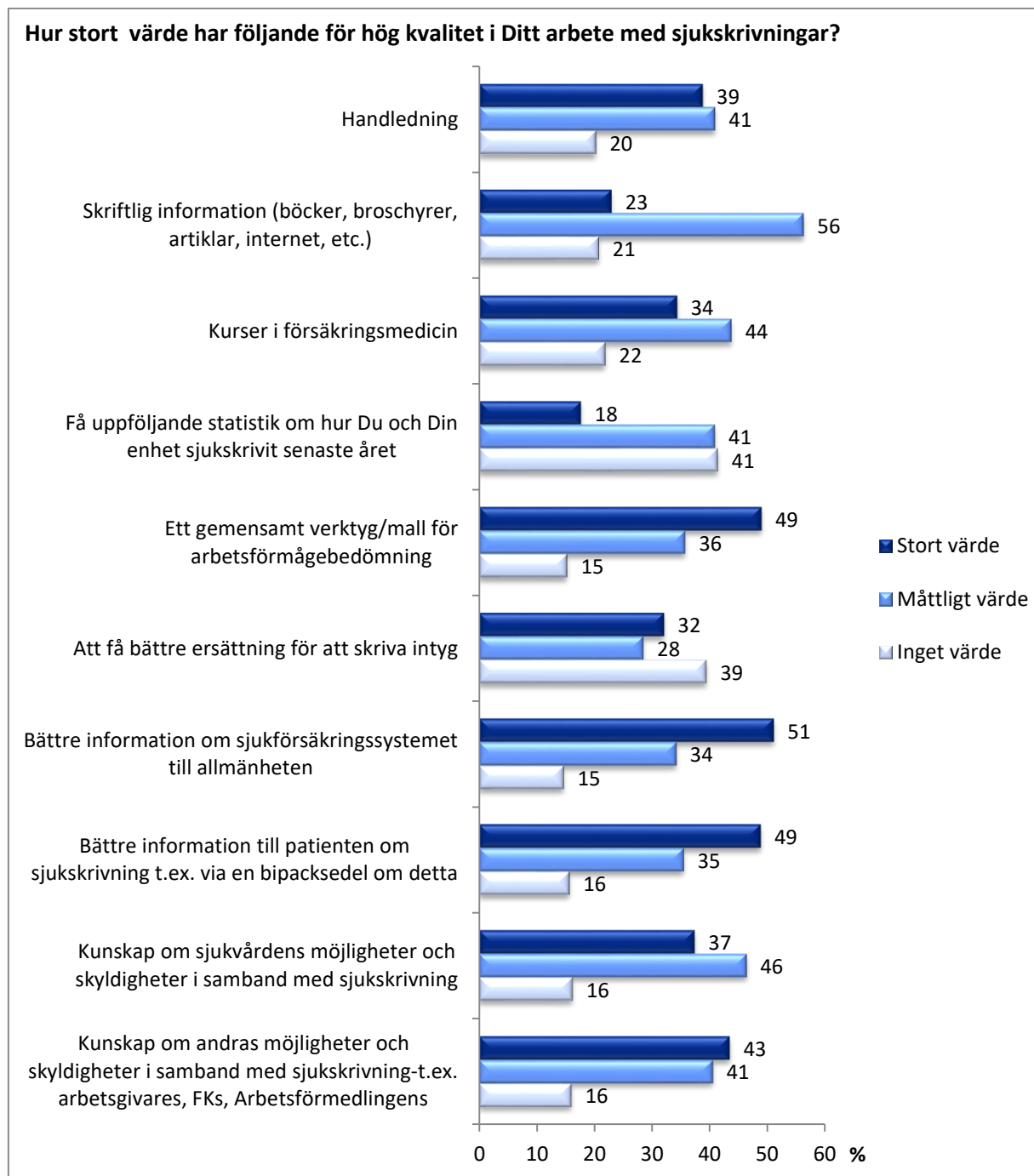
Variationen avseende hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till var stor mellan olika *typer av kliniker/mottagningar* (Figur 56). Andel som minst en gång per vecka upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till varierade med typ av klinik mellan fem procent (gynekologi) och 27 procent (vårdcentral). Störst andel läkare som minst en gång per månad upplevde detta fanns inom psykiatri (43 %) och på vårdcentraler (57 %).



Figur 56. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på fem typer av kliniker.

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Det som störst andel läkare ansåg skulle vara av stort värde är bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (51 %) (Figur 57). Nästan lika stor andel (49 %) svarade att bättre information om sjukskrivning till patienten, till exempel via en så kallad bipacksedel och samma andel att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning skulle ha stort värde.

När det gäller former för kompetensutveckling svarade störst andel att handledning (39 %), tätt följt av kurser i försäkringsmedicin (34 %) hade stort värde för kvaliteten. Framförallt ansågs kunskap om andra aktörers möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning ha stort värde, såsom arbetsgivares, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (43 %) – men även om hälso- och sjukvårdens (37 %).



Figur 57. Andel (%) läkare som angav att de ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Sammanfattning

En tredjedel av läkarna upplevde åtminstone någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till och lika stor andel svarade att de aldrig upplevde detta. Störst andel som upplevde sådan kompetensbrist minst någon gång per månad fanns inom ortopedi (30 %), psykiatri (43 %) och på vårdcentraler (57 %).

Aspekter som hälften av läkarna ansåg skulle vara av stort värde för deras arbete med sjukskrivning var följande: informationsinsatser om sjukförsäkringssystemet till allmänheten, information om sjukskrivning till patienten (till exempel via en 'bipacksedel') samt att ha ett gemensamt verktyg för

arbetsförmågebedömning. Läkarna värderade även möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med andra läkare och/eller annan vårdpersonal högt. En tredjedel av läkarna ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

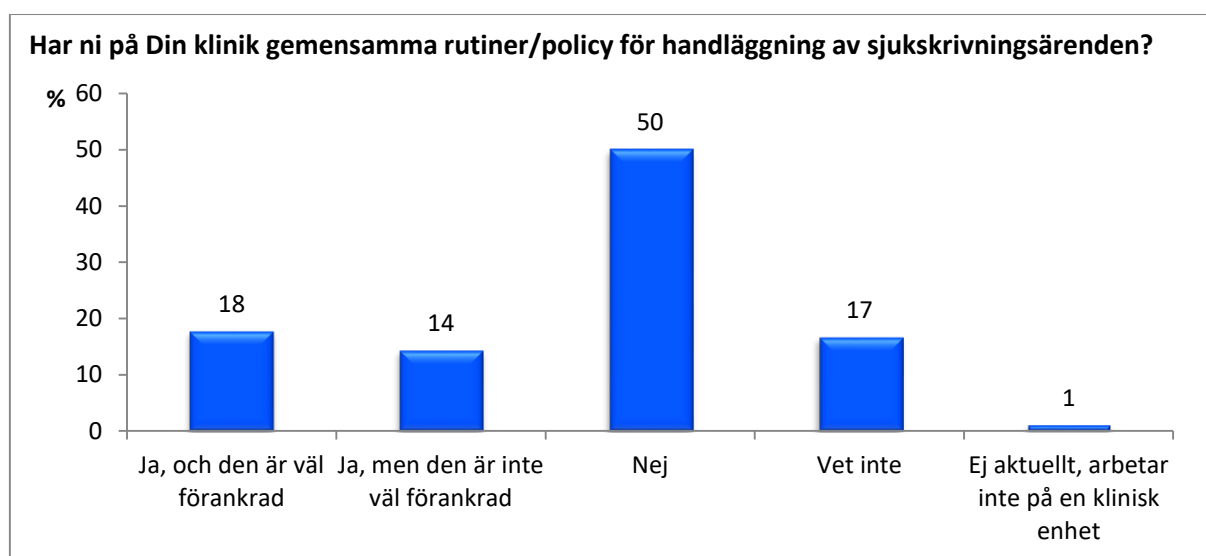
De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg ha högt värde är handledning samt kurser i försäkringsmedicin.

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

Inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden har landstingen sedan 2006 haft ett uppdrag att förbättra de organisatoriska förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för optimalt arbete med sjukskrivning av patienter (69, 70, 239). Detta innebär att det har varit starkt fokus på att utveckla ledning och styrning av detta område (72, 239, 241, 291). I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning och tre av frågorna berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst på läkarens arbetsplats av gemensamma rutiner/policy för arbetet med sjukskrivning och i en följdfråga till dem som svarat att en sådan fanns, huruvida rutinerna/policyn upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid/tidsbrist i olika aspekter av sjukskrivningsarbetet.

Gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller gemensamma rutiner/policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 18 procent att en sådan väl förankrad finns (Figur 58). Hälften svarade att det inte finns några sådana rutiner/policy på deras arbetsplats och ytterligare 17 procent att de inte visste. Trettiofyra procent av hyrläkare/stafettläkare svarade att det finns en väl förankrad rutin/policy medan 43 procent svarade att det inte finns sådan (ej i figur).



Figur 58. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.

En följdfråga till dem som svarat att de har gemensamma rutiner/policy på kliniken var om de har nytta av dem i sitt kliniska arbete; majoriteten (77 %) svarade ja på den frågan (Tabell 20).

Uppdelat på typ av klinik/mottagning framkommer skillnader i andelar som har rutiner/policy liksom i andelen som har nytta av den (Tabell 20). Störst andel som svarat att de har en väl förankrad policy arbetar inom gynekologi (24 %) och ortopedi (23 %) och minst inom psykiatri (16 %). Störst andel som inte har någon policy (väl förankrade eller ej väl förankrad) fanns inom psykiatri och inom gruppen

övriga läkare (52 %). Av dem som svarade att de har en policy varierar andelen som uppgav att de hade nytta av den mellan 65 procent på vårdcentralerna till 88 procent på gynekologmottagningarna.

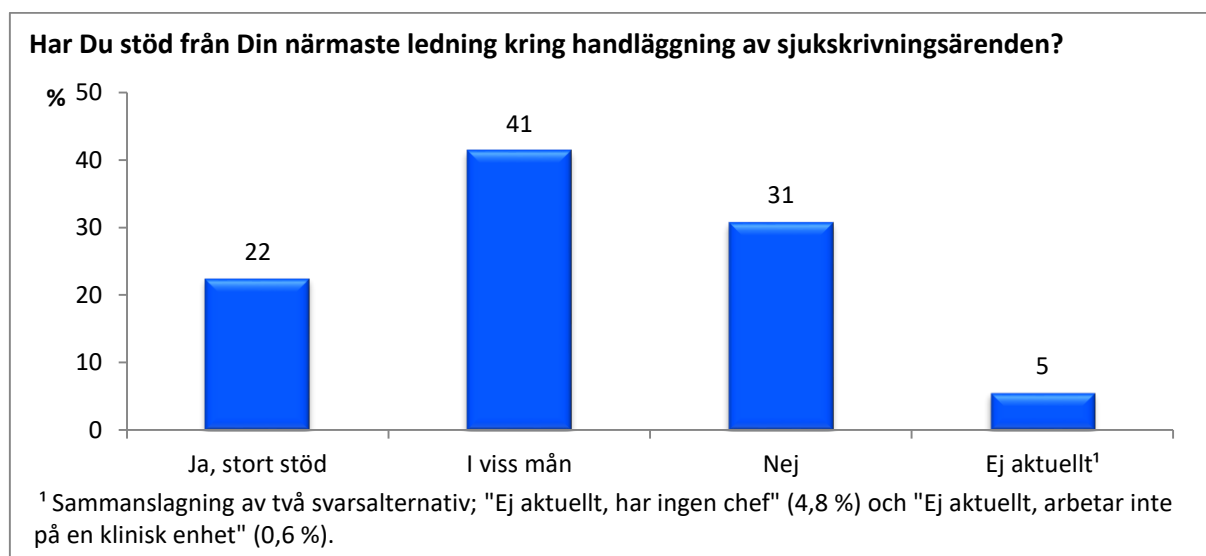
Tabell 20. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden samt andel av dem som har policy som också har nytta av den, uppdelat på fem typer av kliniker.

	Ja, och den är väl förankrad	Ja, men den är inte väl förankrad	Nej	Vet inte	Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet	Har nytta av policyn i det kliniska arbetet ¹
Gynekologi	24	18	42	15	1	88
Ortopedi	23	17	45	15	1	86
Psykiatri	16	12	52	19	1	78
Vårdcentral	18	21	48	12	0	65
Övriga läkare	17	10	52	19	2	84
Samtliga läkare	18	14	50	17	1	77

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

Stöd från ledningen

En fråga ställdes om huruvida läkaren hade stöd i sjukskrivningsarbetet från sin närmaste ledning. I Figur 59 visas att knappt en fjärdedel av läkarna hade stort sådant stöd, medan 41 procent svarade att de i viss mån har stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En tredjedel (31 %) svarade att de inte har något sådant stöd från sin närmaste ledning.



Figur 59. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Det fanns även i denna fråga skillnader mellan de olika typerna av kliniker/mottagningar vad gäller om läkarna hade stöd från sin närmaste ledning på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden (Tabell 21). Två tredjedelar av läkarna på de olika typerna av kliniker svarade att de har stort eller i viss mån stöd. Av läkarna på vårdcentraler svarade 72 procent detta och där fanns även störst andel som uppgav att de hade stort stöd (27 %). Minst andel som uppgav stort stöd fanns bland läkare inom ortopedi (19 %).

Tabell 21. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

	Ja, stort stöd	Stöd i viss mån	Nej, inget stöd	Ej aktuellt ¹
Gynekologi	23	40	28	9
Ortopedi	19	41	34	7
Psykiatri	21	42	29	7
Vårdcentral	27	45	25	3
Övriga läkare	20	39	34	6

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

Tid till arbete med sjukskrivning

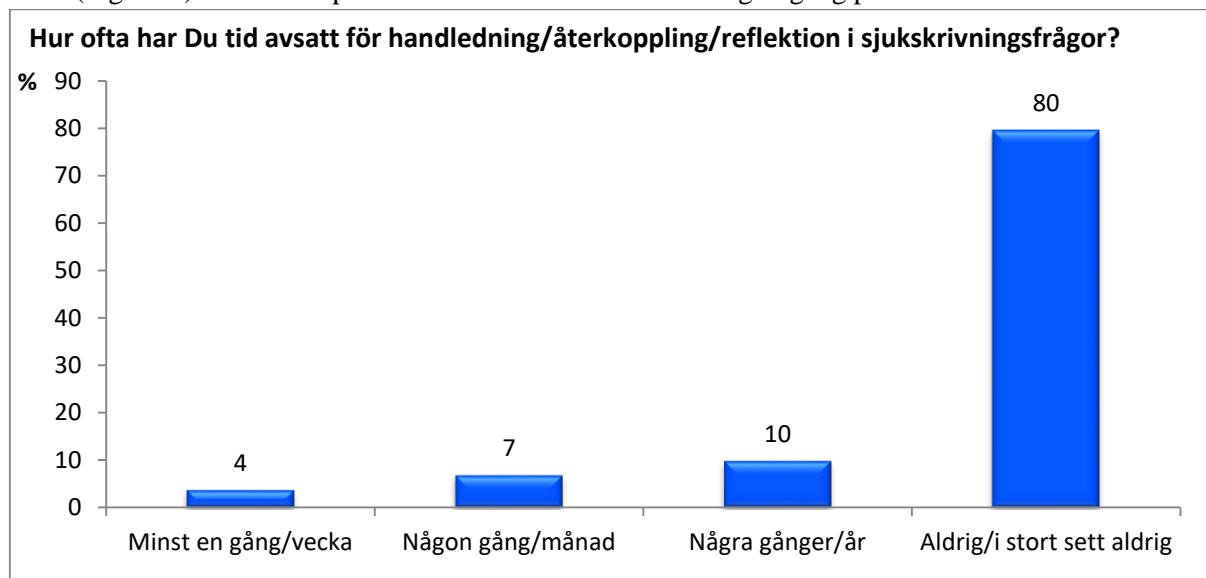
En central del av läkares organisatoriska förutsättningar i arbetet är tid (72). Enkäten innehöll tre frågor om tidsbrist. Dessa avsåg frekvens av tidsbrist i hur ofta läkarna upplevde tidsbrist i den direkta patientkontakten, tidsbrist i den patientrelaterade tiden av sjukskrivningsärendet (till exempel när intygska skrivs eller kontakter med andra aktörer ska tas), samt tidsbrist för kompetensutveckling, handledning och reflektion i sjukskrivningsfrågor.

Av Tabell 22 framgår att en tredjedel dagligen upplevde tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller patientrelaterad tid (36 %) och kompetensutveckling (33 %). För det direkta patientarbetet uppgav 29 procent av läkarna att de har sådan tidsbrist dagligen. Det var främst läkare på vårdcentralerna (46 %) och inom ortopedi (45 %) som andelen med daglig tidsbrist med patienter är störst. Det är även inom dessa kliniska verksamheter som störst andel svarat daglig tidsbrist för patientrelaterat arbete; (vårdcentral 54 %, ortopedi 45 %). En fjärdedel respektive en femtedel av läkarna inom gynekologi, övriga läkare respektive ortopedi svarade att de aldrig hade tidsbrist för kompetensutveckling. Inom vårdcentral och psykiatri var motsvarande siffror 6 respektive 12 procent.

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.

Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig	
... tid med patienten?	Gynekologi	14	37	22	10	17
	Ortopedi	45	32	11	3	8
	Psykiatri	31	36	14	8	12
	Vårdcentral	46	41	9	2	2
	Övriga läkare	18	25	20	15	23
	Samtliga	29	32	16	9	14
... patientrelaterad tid?	Gynekologi	22	31	24	12	11
	Ortopedi	45	32	11	4	7
	Psykiatri	41	36	12	4	7
	Vårdcentral	54	35	9	1	1
	Övriga läkare	24	26	19	16	16
	Samtliga	36	30	15	10	10
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Gynekologi	21	24	16	14	25
	Ortopedi	42	15	14	8	21
	Psykiatri	42	22	15	10	12
	Vårdcentral	44	29	15	6	6
	Övriga läkare	25	17	16	16	26
	Samtliga	33	21	15	12	18

På frågan om hur ofta läkare hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden framkom att 80 procent av läkarna aldrig eller i stort sett aldrig hade tid avsatt för detta (Figur 60). Endast 11 procent hade tid avsatt för detta någon gång per månad eller oftare.



Figur 60. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.

I Tabell 23 framgår att 90-94 procent aldrig/i stort sett aldrig hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden med undantag av läkare på vårdcentral (61 %) och psykiatri (72 %). Inom dessa typer av kliniska verksamheter svarade 14 procent inom psykiatri och 22 procent på vårdcentralerna att de minst någon gång per månad hade tid avsatt för detta.

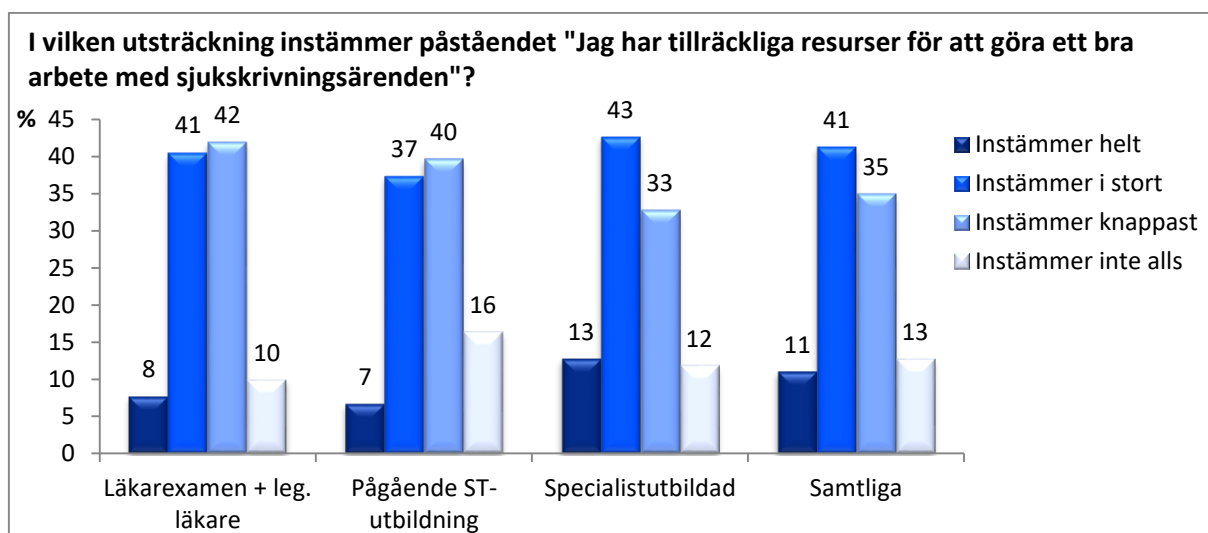
Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på fem typer av kliniker.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete har Du tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, enskilt eller i grupp?	Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	1	1	5	94
Ortopedi	0	2	7	91
Psykiatri	4	10	14	72
Vårdcentral	9	13	16	61
Övriga läkare	1	3	6	90

Tillräckliga resurser

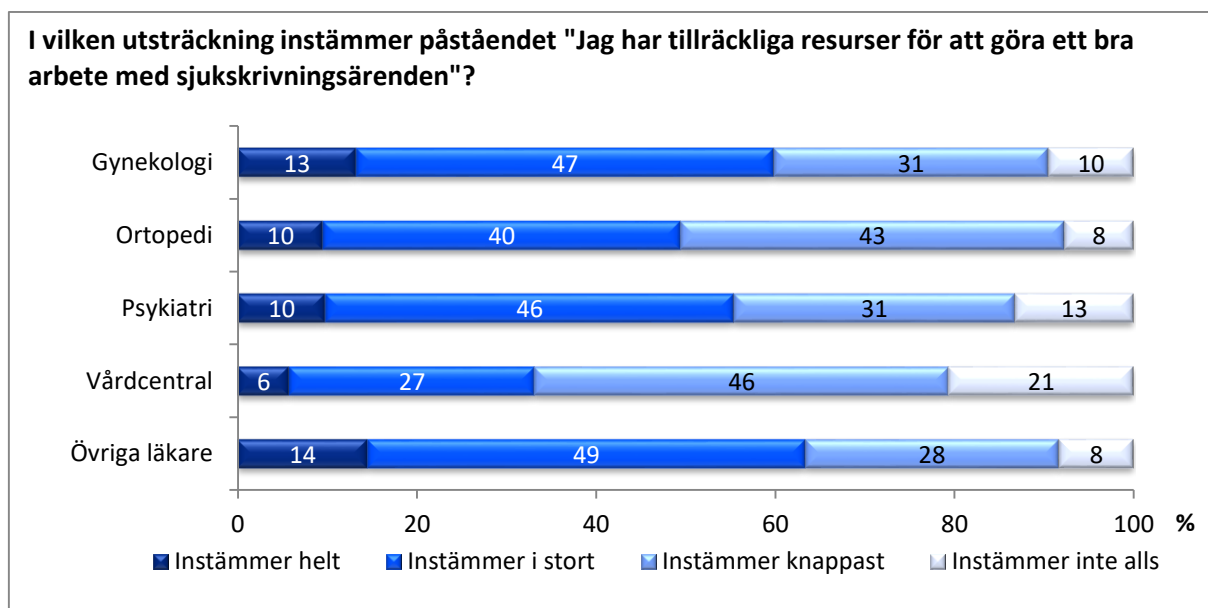
På frågan om läkarna har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden instämde elva procent helt i att de har detta, drygt hälften (52 %) instämde helt eller i stort medan nästan hälften inte alls eller knappast instämde i detta påstående.

För denna fråga var svarsfördelningen relativt lika mellan läkare med olika utbildningsnivå (Figur 61). Specialistutbildade hade högst andel (13 %) som instämde helt i att de har tillräckliga resurser och minst andel som uppgav detsamma var de under ST-utbildning (7 %). Drygt hälften av läkarna med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation (52 %) och av de under ST-utbildning (56 %) instämde knappast eller inte alls i att ha tillräckliga resurser.



Figur 61. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Variationen mellan de fem typerna av kliniska verksamheter i frågan om att ha tillräckliga resurser i arbetet med sjukskrivning visas i Figur 62. Mellan 33 och 63 procent instämde helt eller i stort att de har tillräckliga resurser i detta arbete. Störst andel som instämde på detta sätt fanns i gruppen övriga läkare (63 %). Av dem som knappast eller inte alls instämde fanns störst andel på vårdcentral (67 %).



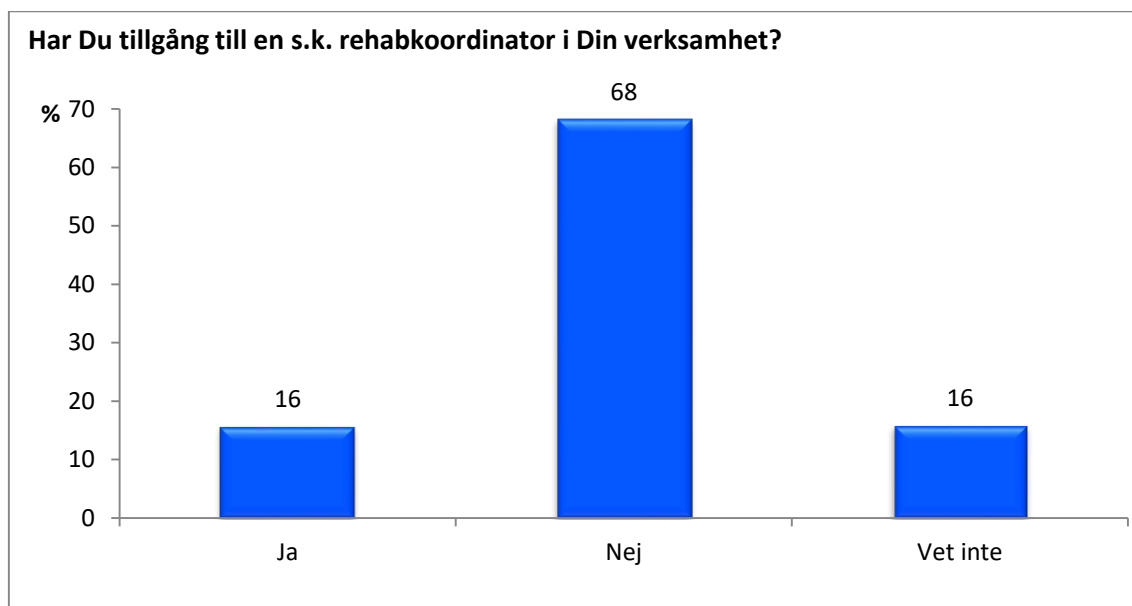
Figur 62. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker.

Rehabkoordinator

Enligt de senaste överenskommelserna mellan regering och landstingen, inom ramen för sjukskrivningsmiljarden ska rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, här kallade rehabkoordinatorer, finnas inom ett flertal typer av kliniska verksamheter, framförallt vid vårdcentraler (16-19, 226, 259, 308, 309). I Stockholm har detta även introducerats inom ortopedi och i viss mån inom psykiatri (17). Vi har valt att samla alla enkätfrågorna om rehabkoordinatorer i detta avsnitt, i anslutning

till avsnittet om organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning, då rehabkoordinatorerna är avsedda att vara ett sådant stöd inom hälso- och sjukvården (16).

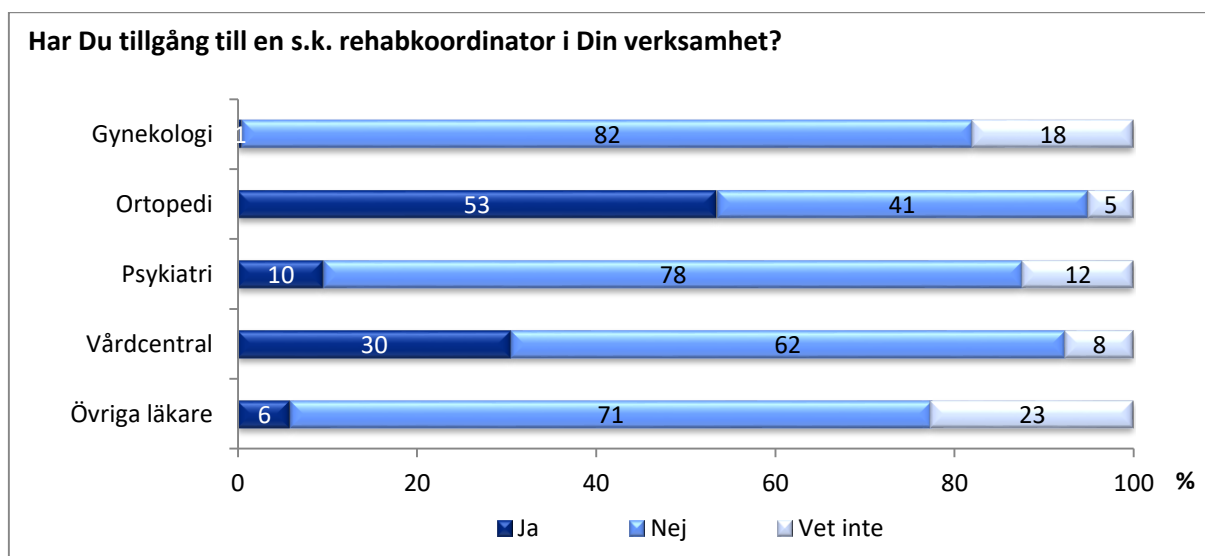
Av Figur 63 framgår att 16 procent av läkarna i Stockholm hade tillgång till en rehabkoordinator medan 16 procent svarade att de inte visste om de hade detta.



Figur 63. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet.

Som väntat var det en stor skillnad i andel läkare i de fem olika *typer av kliniker/mottagningar*, som hade tillgång till rehabkoordinator, då sådana först och främst införts vid vårdcentraler, ortopedi och i viss mån inom psykiatri i Stockholm (Figur 64). Störst andel läkare som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator fanns dock inte på vårdcentralerna (30 %) utan inom ortopedi (53 %). Minst andel läkare med tillgång till rehabkoordinator arbetade inom gynekologi (1 %).

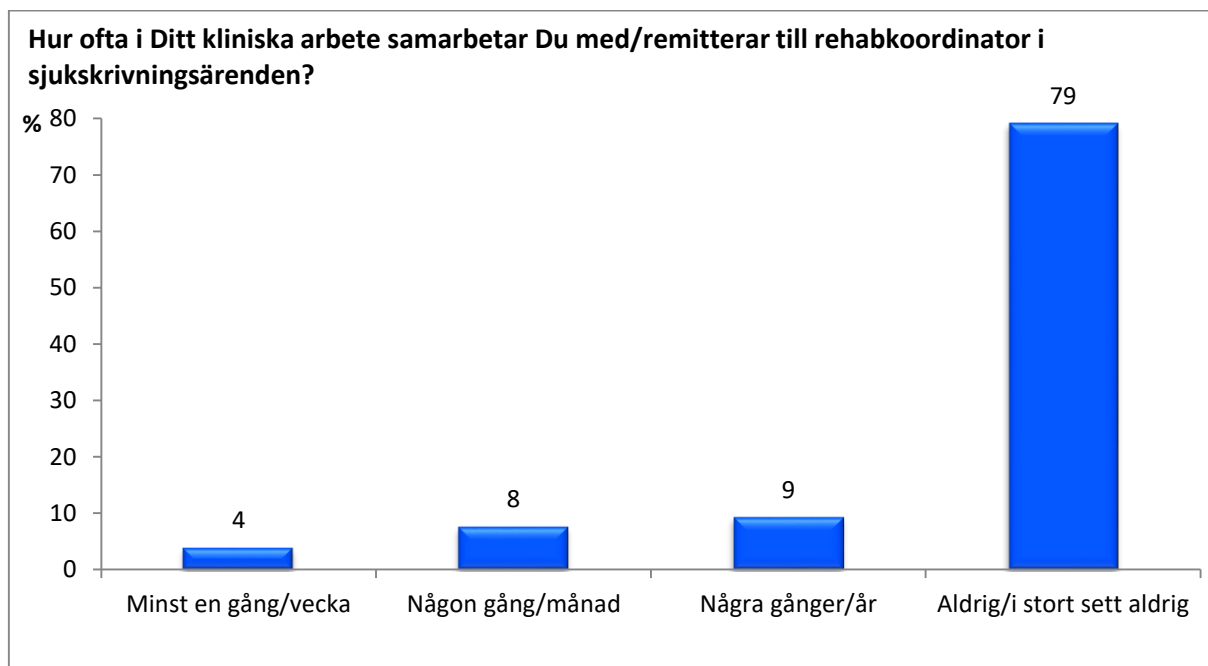
Bland vårdcentralsläkarna svarade två tredjedelar (62 %) att de inte hade tillgång till rehabkoordinatorer och motsvarande siffra bland läkare inom psykiatri var 78 procent, och inom ortopedi 41 procent.



Figur 64. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på fem typer av kliniker.

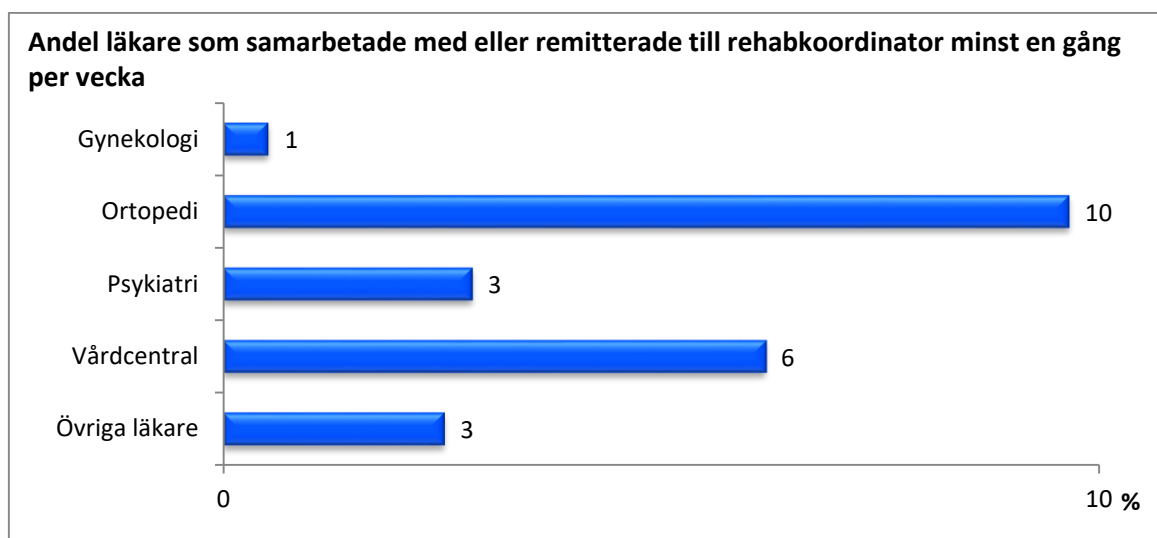
På frågan om hur ofta de samarbetar med/remitterar till rehabkoordinator, svarade fyra av fem av läkarna (79 %) att de aldrig/i stort sett aldrig gör detta (Figur 65). Tolv procent av läkarna gjorde detta minst någon gång per månad.

Andelen som samarbetar med/remitterar till rehabkoordinatorer i sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan var fyra procent. Motsvarande andelar för sådant samarbete/remittering till kurator/psykolog var 16 procent och för arbetsterapeut/fysioterapeut 16 procent, det vill säga, betydligt större. För ytterligare jämförelse med svar på frågor om samarbete med olika professioner och aktörer, se det ovanstående avsnittet "Samarbete och samverkan" sidan 80.



Figur 65. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.

I Figur 64 ovan visades att andelen läkare med tillgång till rehabkoordinatorer var störst inom ortopedi och på vårdcentraler. Dessa kliniska verksamheter är också de där andelen som samarbetar med/remitterar till rehabkoordinatorer var störst; (ortopedi 10 %, vårdcentral 6 %) (Figur 66). I denna figur ingår alltså alla, även de som svarat att de inte har tillgång till rehabkoordinator.



Figur 66. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker.

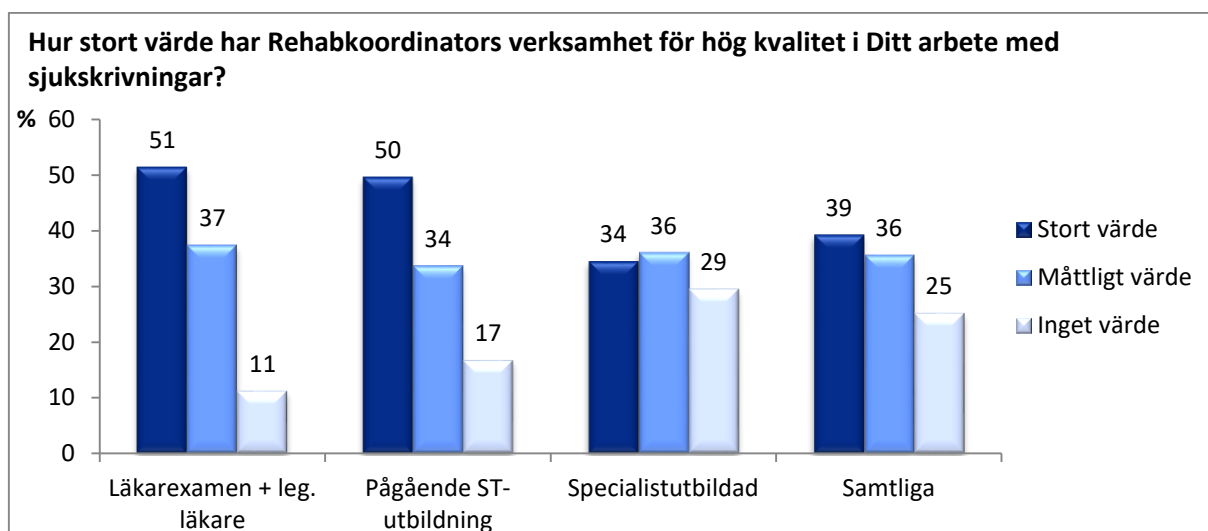
I ovanstående figur ingår svar från samtliga sjukskrivande läkare. I Tabell 24 nedan redovisas svaren för detta i relation till hur läkaren svarat på frågan om hon eller han har tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet. Av dem som hade tillgång till rehabkoordinator svarade en femtedel (21 %) att de samarbetar med eller remitterar till koordinatör minst en gång per vecka medan 16 procent aldrig gjorde det.

Tabell 24. Andel (%) läkare med tillgång till rehabkoordinator i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.

Tillgång till rehabkoordinator?	Hur ofta samarbetar Du med/remitterar till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden?					
	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Ja	1	3	17	38	25	16
Nej	0	0	1	2	6	92
Vet ej	0	0	0	3	9	88

Bland de läkare inom vårdcentraler som hade tillgång till rehabkoordinatorer, svarade 16 procent att de samarbetade med/remitterade till dem minst en gång per vecka. Motsvarande siffror för ortopedi var 17 procent, för psykiatri 21 procent och för gruppen övriga läkare 36 procent (visas ej i figur).

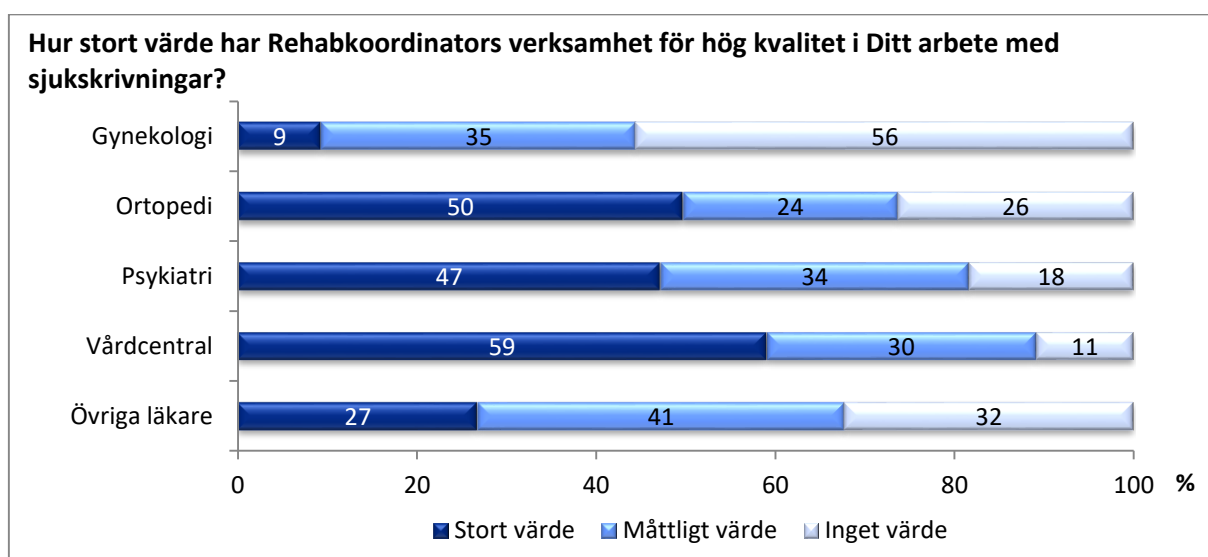
Det ingick även en fråga om betydelsen av rehabkoordinator för att kunna göra ett bra arbete med sjukskrivningar. I Figur 67 presenteras svaren för samtliga samt svar på värdet av rehabkoordinatorers verksamhet relaterat till läkarens utbildningsnivå. En betydligt större andel (51 %) bland läkarna med lägst utbildningsnivå angav att denna verksamhet har stort värde än bland specialisterna (34 %). En tredjedel av specialisterna svarade att rehabkoordinatorernas verksamhet inte hade något värde för kvaliteten medan 11 procent av de med lägst utbildningsnivå svarade detsamma.



Figur 67. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.

I ovanstående figur ingår samtliga sjukskrivande läkare. Bland dem som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator svarade 66 procent att detta har stort värde, 27 procent måttligt värde, medan 7 procent svarade att underlag från rehabkoordinator inte har något värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (visas ej i figur).

När frågan om rehabkoordinators värde för kvaliteten i arbetet redovisas för samtliga läkare per *typ av klinisk verksamhet* ses stora skillnader (Figur 68). Störst andel läkare som svarade att värdet är stort arbetade på vårdcentral (59 %), ortopedi (50 %) eller psykiatri (47 %). Minst andel läkare som svarade att rehabkoordinator hade stort värde var de inom gynekologi (9 %).



Figur 68. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker.

Sammanfattning

Mindre än en femtedel av läkarna svarade att det finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik/mottagning. Mer än hälften svarade att det inte finns någon policy eller att de inte visste om det finns en sådan. Majoriteten av dem som hade en policy svarade att de har nytta av den i sitt kliniska arbete.

Gemensamma rutiner/policy var vanligast förekommande inom gynekologi och ortopedi samt vid vårdcentraler, där omkring 40 procent av läkarna svarade att de har detta, vare sig den var väl förankrad eller inte.

Drygt en femtedel av läkarna hade stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden medan en tredjedel svarade att de *inte* har sådant stöd i sitt sjukskrivningsarbete. Andel som hade stort stöd varierade mellan 19 procent inom ortopedi och 27 procent på vårdcentralerna. Mer än en tredjedel av läkarna inom ortopedi och i gruppen övriga läkare svarade att de inte hade något stöd i arbetet med sjukskrivning.

Två tredjedelar av läkarna hade tidsbrist i sjukskrivningsärenden dagligen eller någon gång per vecka, när det gäller tid med patienten respektive tid för patientrelaterat arbete och hälften när det gäller kompetensutveckling. Hälften svarade att de hade tillräckliga resurser för sjukskrivningsarbetet, men svaren varierade stort mellan olika typer av kliniker/mottagningar; från 33 (vårdcentral) till 63 procent (övriga läkare).

Sexton procent av läkarna svarade att de har tillgång till rehabkoordinator. Det var en stor variation i detta mellan olika typer av kliniska verksamheter: från 1 procent inom gynekologi, 30 procent på vårdcentraler och 53 procent inom ortopedi. Av dem som hade tillgång till rehabkoordinator, svarade en femtedel (21 %) att de samarbetar med/remitterar till denna minst en gång per vecka och 66 procent att detta har stort värde för kvaliteten i arbetet. Läkare som inte var specialister värderade rehabkoordinatorer högst.

Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning

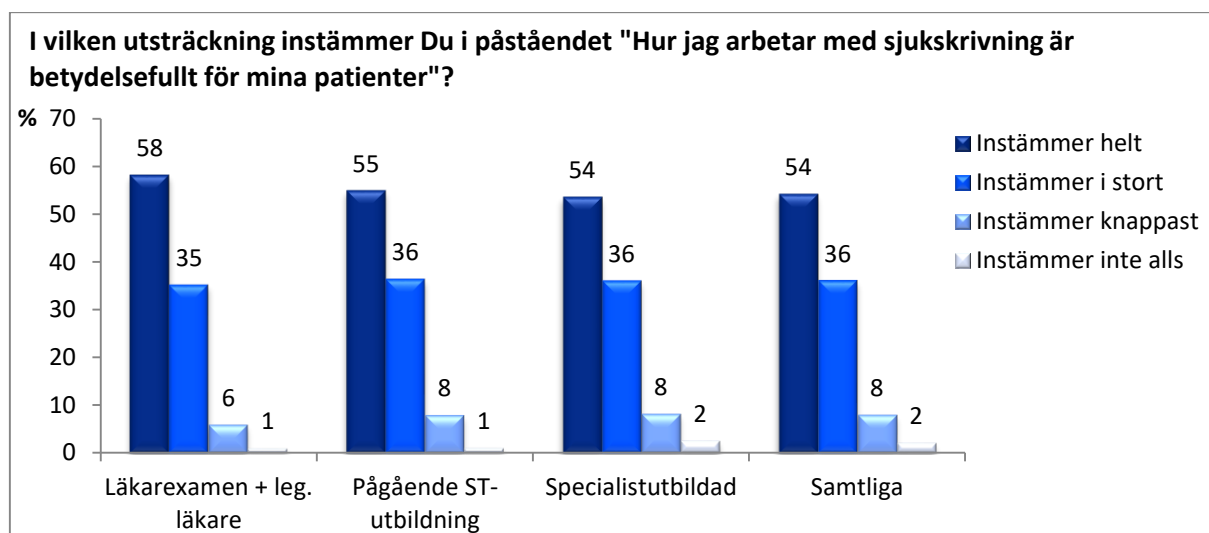
Det fanns ett flertal frågor i enkäten om läkares syn på och attityder till olika aspekter i arbetet med sjukskrivning av patienter. Nedan redovisas svaren för tre av frågorna om detta, där läkaren ombads svara på i vilken utsträckning hon eller han instämde i tre påståenden. Dessa tre var: "Hur jag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

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

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

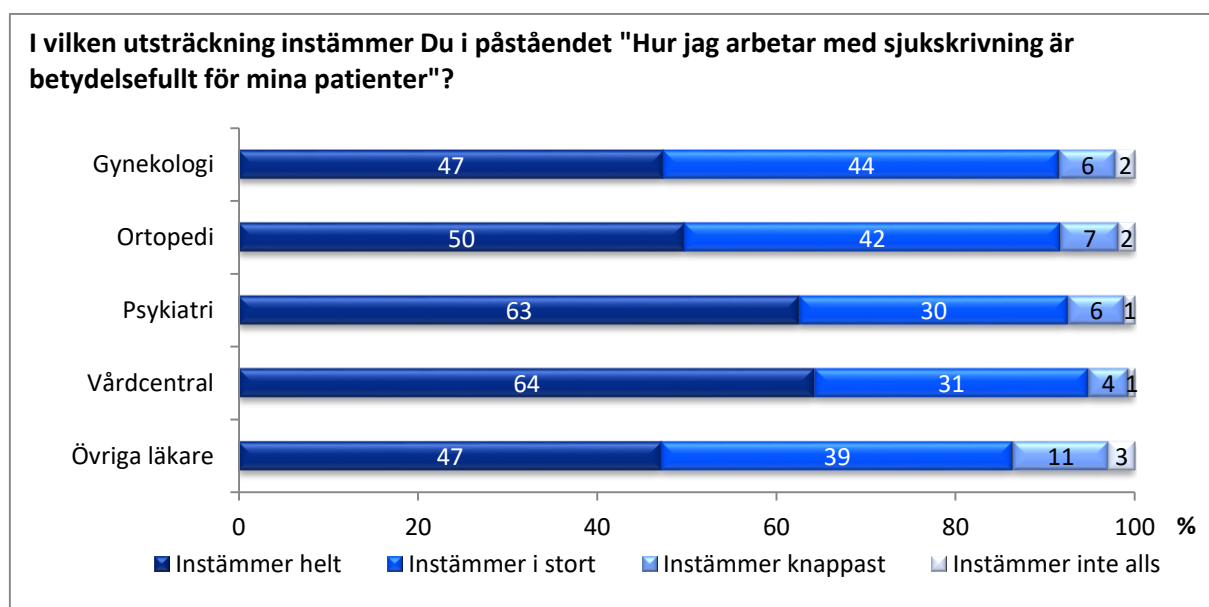
”Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”

Nittio procent av läkarna, oavsett utbildningsnivå, instämde helt eller i stort att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter, en något större andel av dem med lägst utbildningsnivå instämde helt i påståendet (Figur 69).



Figur 69. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

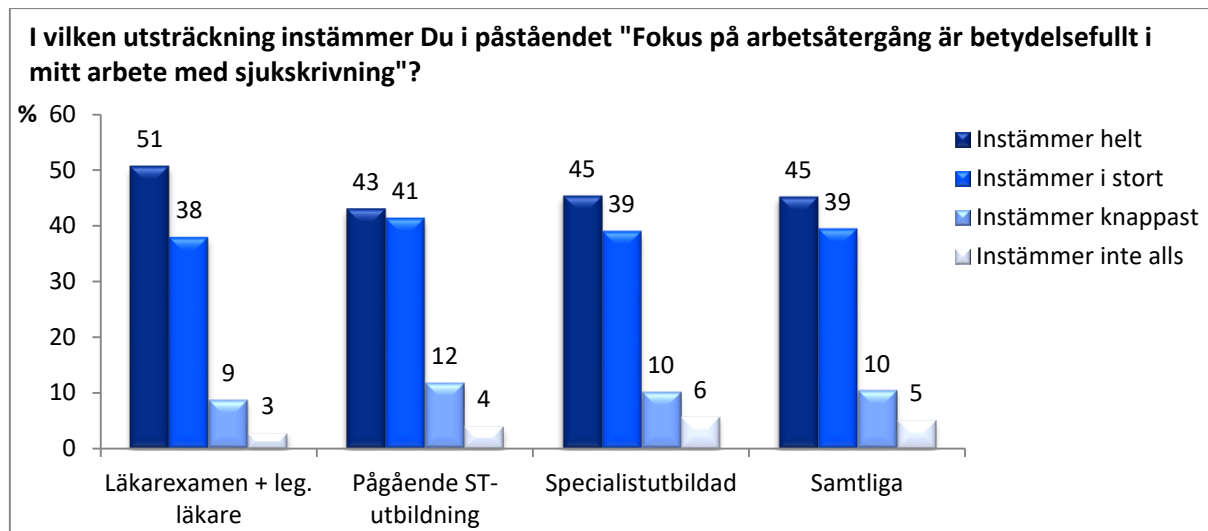
I Figur 70 framgår att det inte heller fanns några större skillnader mellan de fem olika *typerna av kliniker* i uppfattningen av hur betydelsefullt arbetet med sjukskrivning är för deras patienter sett till om de instämde helt eller i stort i påståendet. Däremot är det en större variation i andelen som instämde helt i påståendet, från 47 till 64 procent. Andelen som instämde helt var störst bland läkare inom vårdcentral (64 %) och psykiatri (63 %) medan minst andel fanns inom gynekologi respektive bland övriga läkare (47 %).



Figur 70. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på fem typer av kliniker.

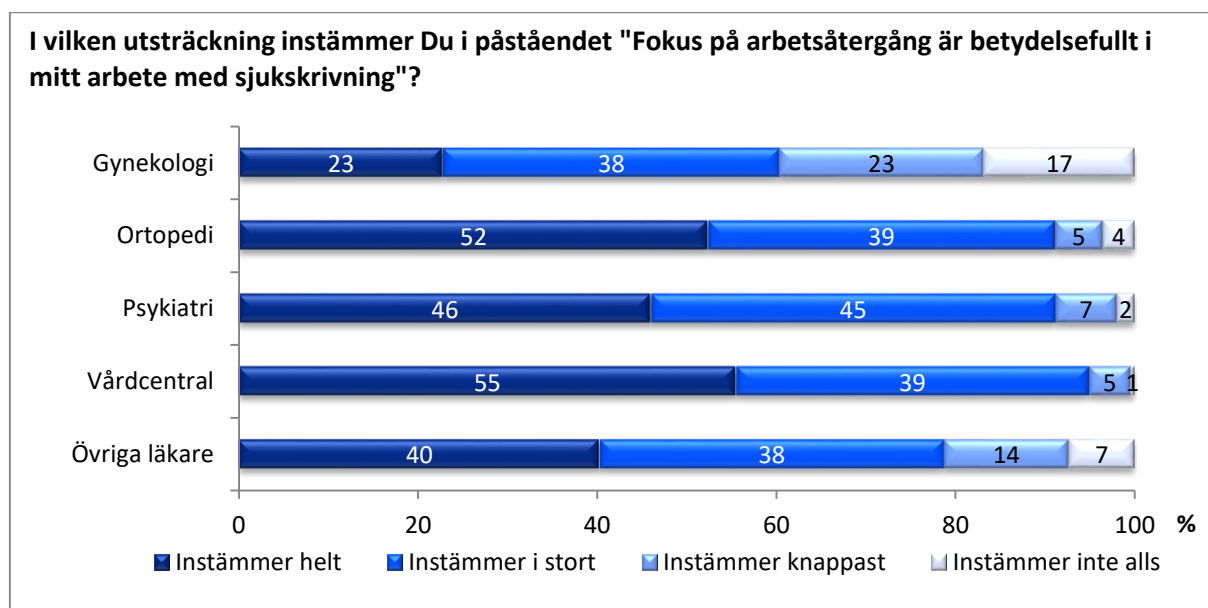
Vikten av fokus på arbetsåtergång

Av samtliga läkare instämde 84 procent, helt eller i stort, i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning. I Figur 71 visas dessa resultat även för läkare med olika utbildningsnivåer. Variationen var något större mellan utbildningsnivåerna i denna fråga än i förra när det gällde att instämma helt i påståendet; 43-51 procent där störst andel var bland de med lägst utbildningsnivå.



Figur 71. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

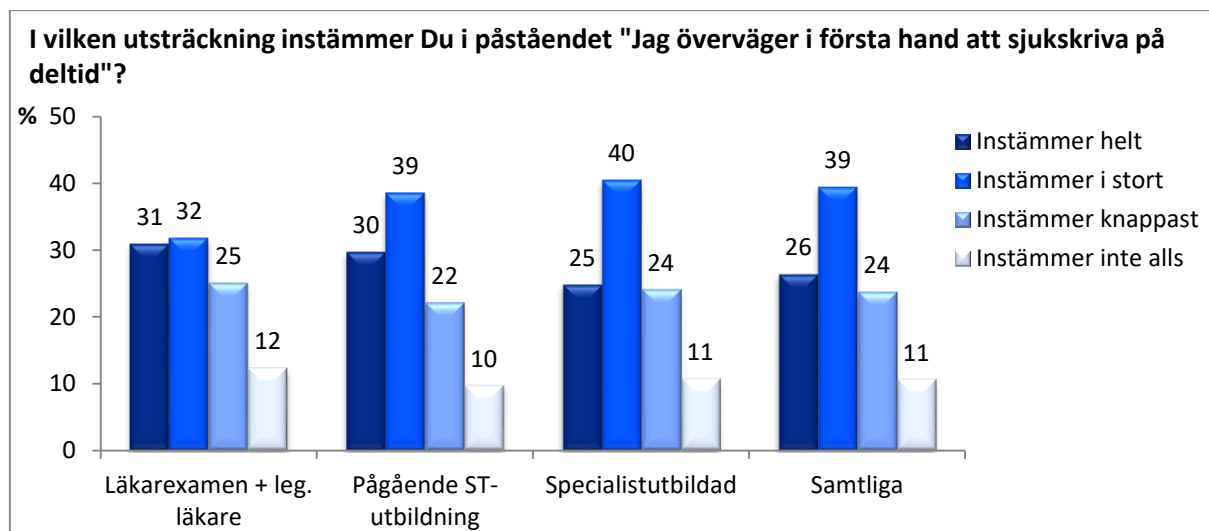
Andelen läkare, inom de fem olika *typerna av kliniker/mottagningar*, som instämde helt i påståendet om fokus på arbetsåtergång varierade mellan 23 procent inom gynekologi och 55 procent inom vårdcentraler. Variationerna var även stora när det gällde att inte alls instämma i påståendet, där minst andel fanns inom vårdcentraler (1 %) och störst inom gynekologi (17 %). Svaren speglar i stor utsträckning klinikernas/mottagningarnas olika inriktningar (Figur 72).



Figur 72. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker.

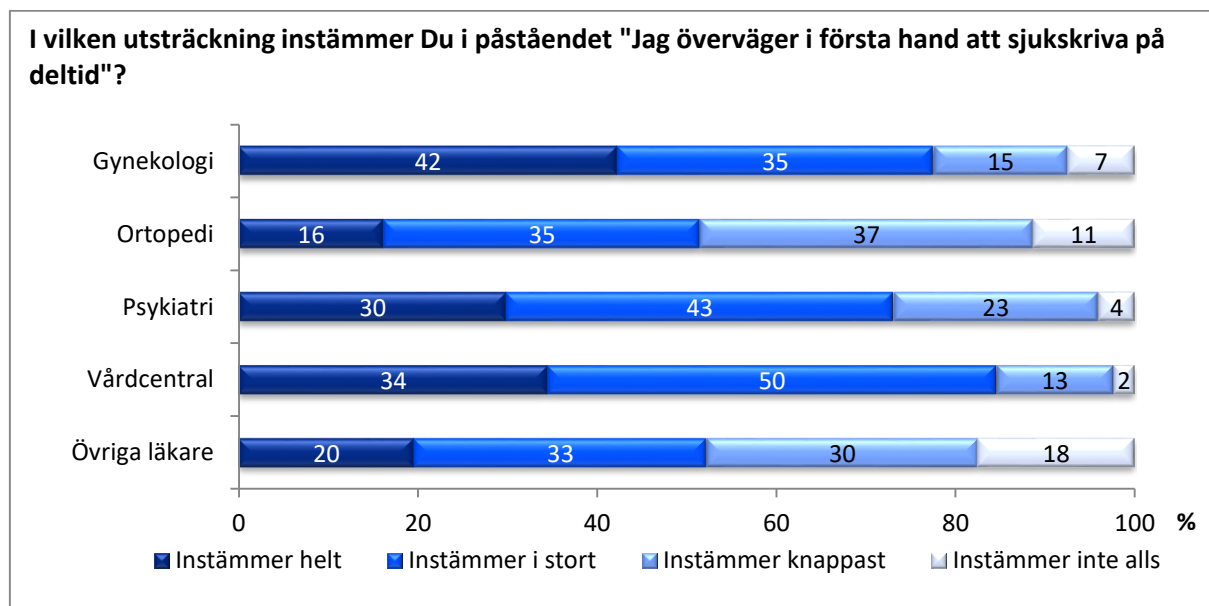
Syn på deltidssjukskrivning

Det tredje påståendet var att "Jag överväger i första hand att sjukskriva på deltid". Majoriteten instämde helt eller i stort i det påståendet. Drygt en fjärdedel instämde helt i detta och ytterligare 39 procent instämde i stort (Figur 73). En fjärdedel av specialistläkarna och en tredjedel av dem med lägre utbildningsnivåer instämde helt i påståendet – det vill säga, de med lägre utbildning instämde i större utsträckning. Endast 11 procent instämde inte alls i detta påstående.



Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

När det gäller *typ av klinisk verksamhet* var det stor variation i svarsmönstret vad avser om deltidssjukskrivning övervägs i första hand (Figur 74). Störst andel som instämde helt i att de i första hand överväger deltidssjukskrivning, var läkare inom gynekologi (42 %) och vårdcentralsläkare (34 %) och minst inom ortopedi (16 %). Få läkare instämde inte alls i påståendet.



Figur 74. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på fem typer av kliniker.

Sammanfattning

Nittio procent av läkarna instämde helt eller i stort i påståendet att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter. I detta fanns inte några större skillnader mellan utbildningsnivåer, däremot mellan de fem olika typerna av kliniker/mottagningar. Andelen som instämde helt var störst bland läkare inom psykiatri och vårdcentraler (63-64 %) medan mindre än hälften inom gynekologi och i gruppen övriga läkare instämde helt.

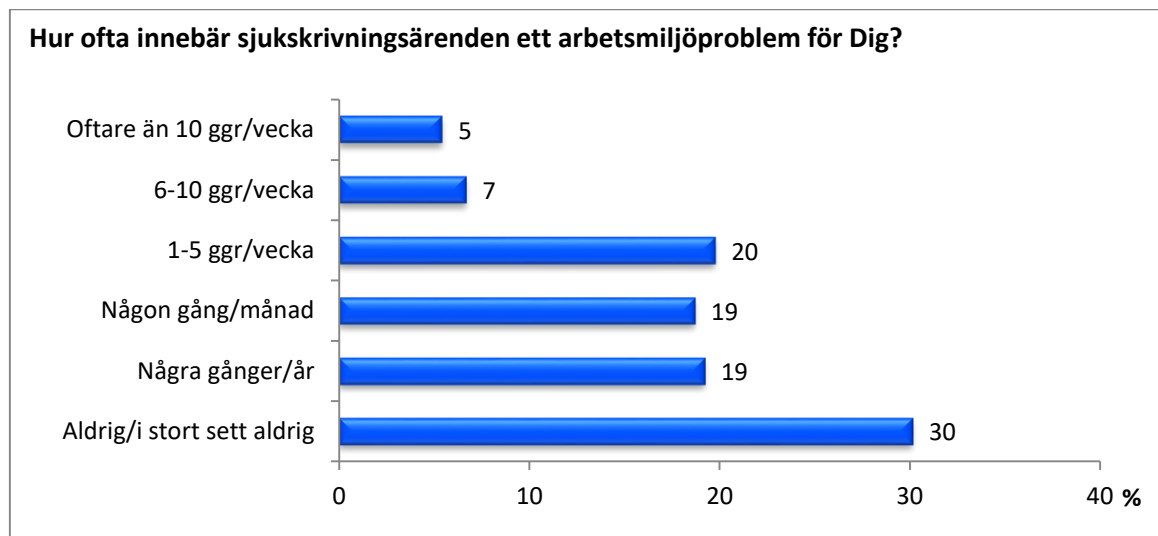
Den absoluta majoriteten, mer än 80 procent, instämde helt eller i stort även i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i det egna arbetet med sjukskrivningsärenden. Svar på denna fråga speglade klinikernas olika inriktningar och skillnaden i instämmande varierade från en fjärdedel inom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

En fjärdedel (26 %) av alla instämde helt i att de i första hand överväger deltidssjukskrivning. Störst andel, som instämde helt, fanns bland läkare i gynekologi och minst andel inom ortopedi.

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

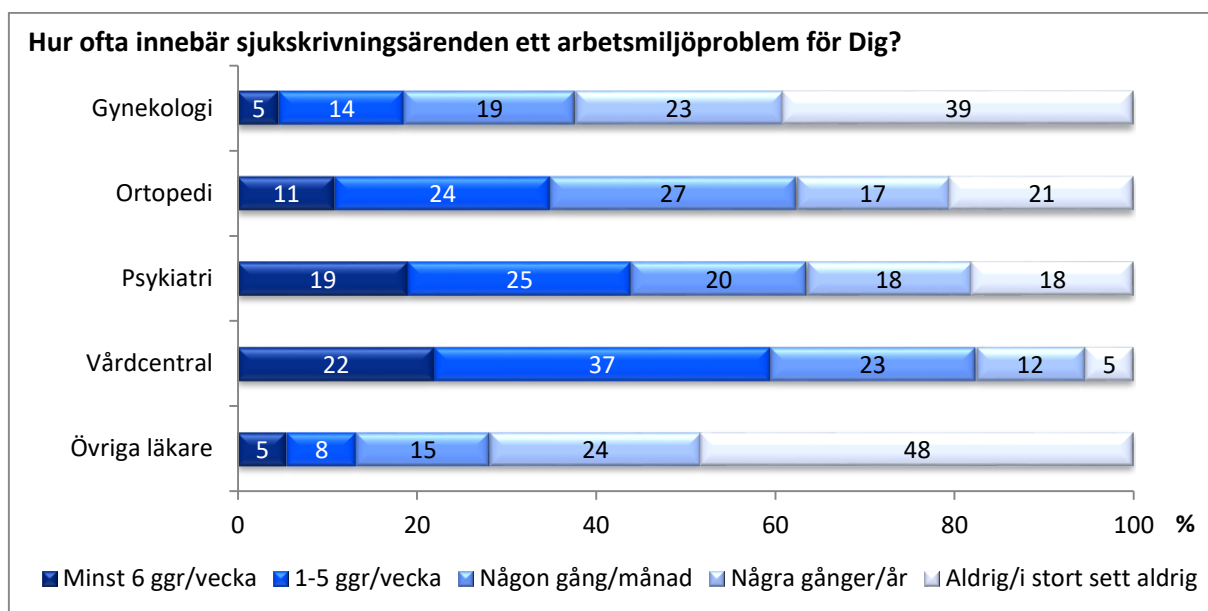
Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem (3, 61, 91, 161, 162, 310). I enkäten ingick en fråga om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem.

En tredjedel svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka och lika stor andel att de aldrig eller nästan aldrig är ett arbetsmiljöproblem (Figur 75).



Figur 75. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.

Andelen som upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem varierade med typ av *klinik/mottagning* (Figur 76). En femtedel av läkarna inom psykiatri (19 %) och vårdcentraler (22 %) upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst sex gånger per vecka. Andel läkare som upplevde sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka varierade från 59 procent på vårdcentraler till 13 procent i gruppen övriga läkare, där hälften svarade att det aldrig/i stort sett aldrig var ett arbetsmiljöproblem.



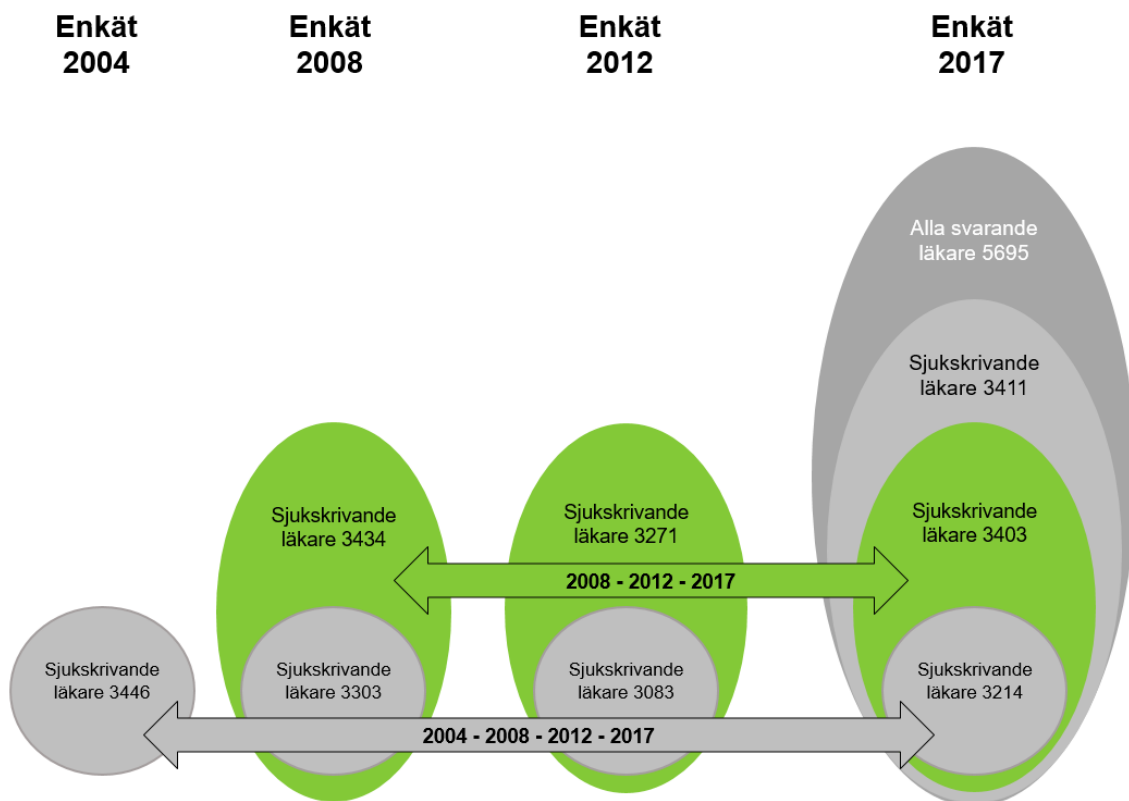
Figur 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på fem typer av kliniker.

Sammanfattning

En tredjedel av läkarna upplevde sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka. Andelen varierade mellan olika typer av kliniker; från 13 procent bland övriga läkare till 59 procent på vårdcentraler. En femtedel av läkarna inom psykiatri och på vårdcentral upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst sex gånger per vecka.

3.

Svar från sjukskrivande läkare <68 år i Stockholm 2017-2012-2008



3. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008

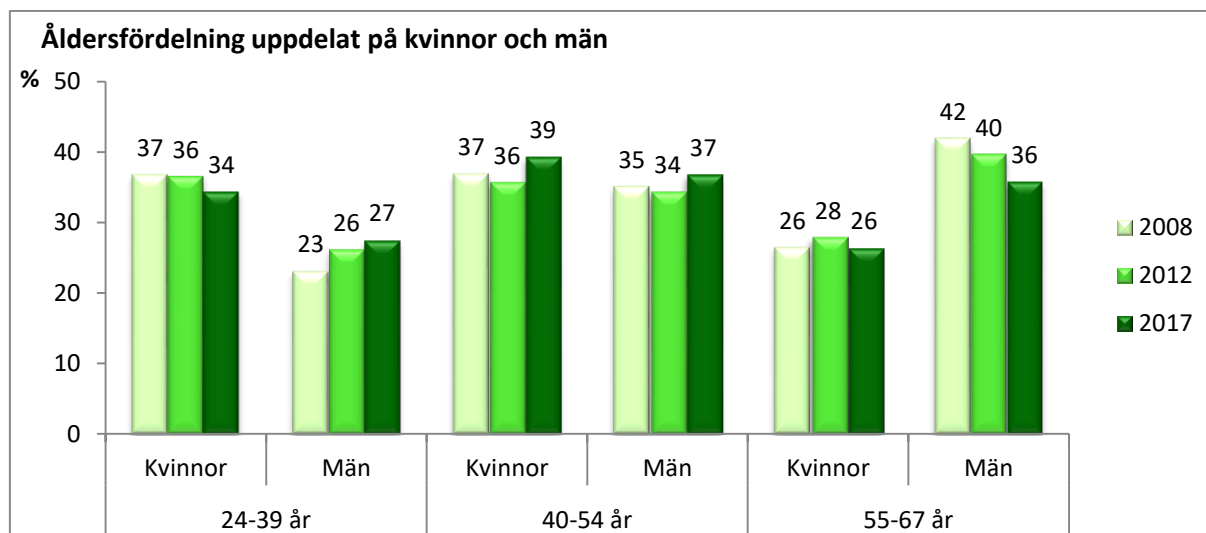
I detta gröna avsnitt jämförs svaren för de 87 frågor som fanns med i alla tre enkäterna från år 2008, 2012 och 2017 samt för de 17 ytterligare frågor som fanns både 2012 och 2017, för de sjukskrivande läkare som respektive enkätår var yngre än 68 år. De läkare som inte besvarat frågan om vilken typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade inom, har inte tagits med i de redovisningar som visas med dessa uppdelningar.

I Tabell 25 visas antalet läkare samt andelar uppdelat på kön, ålder och andel specialistutbildade. En liten skillnad i åldersfördelningen kan ses mellan åren, med något mindre andel äldre enkätåret 2017 än de två tidigare enkätåren. Andelen med specialistutbildning var detsamma varje enkätår. Samtliga år var andelen kvinnor något större än andelen män.

Tabell 25. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel per åldersgrupp samt andel specialistutbildade.

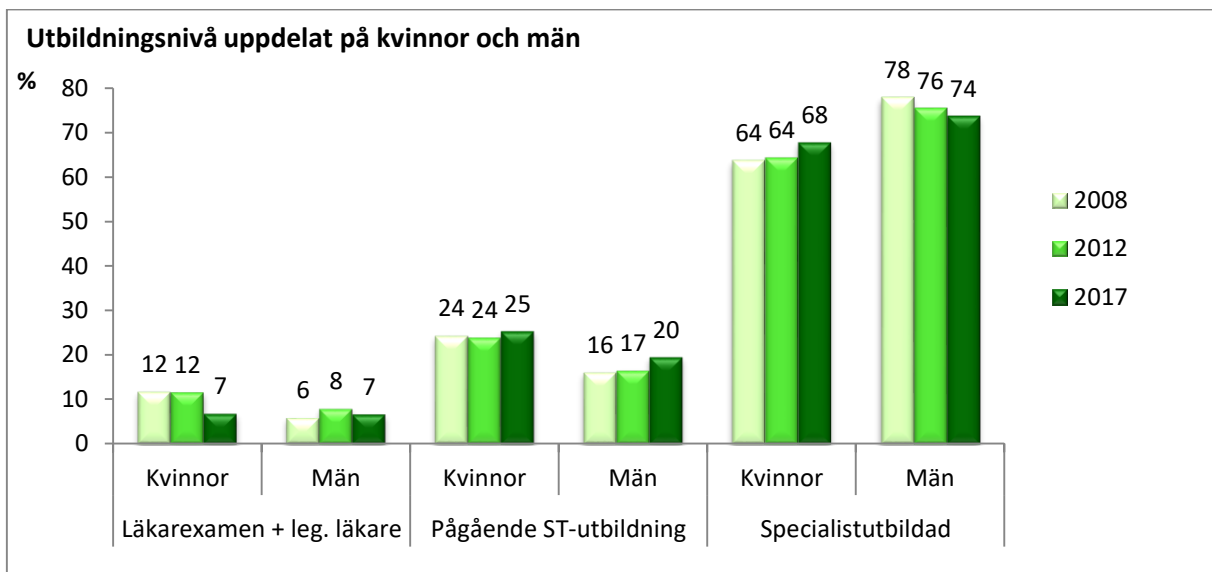
Enkätår	Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildade %
2008	3434	53	30	36	34	70
2012	3271	54	32	35	33	70
2017	3403	55	31	38	31	70

I Figur 77 visas åldersfördelningen bland deltagarna de tre olika enkätåren, uppdelat på kvinnor och män. Bland männen har andelen yngre deltagare blivit något större över enkätåren.



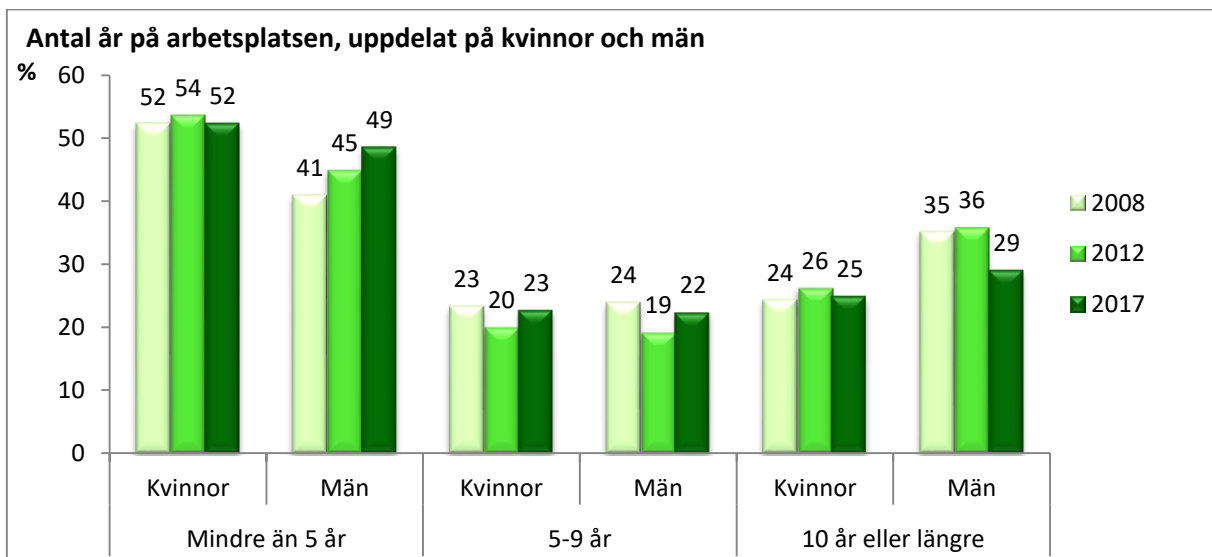
Figur 77. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 78 visas motsvarande relaterat till deltagarnas utbildningsnivå. Andelen bland deltagande kvinnorna som endast har läkarexamen/legitimation minskade något från 2012 till 2017 (12 % 2012; 7 % 2017). Andelen specialistutbildade kvinnor bland deltagarna har på motsvarande sätt ökat något från 64 procent 2008 och 2012 till 68 procent 2017.



Figur 78. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

En något större andel av deltagarna bland männen hade varit på den nuvarande arbetsplatsen mindre än fem år senaste enkätåren än 2008 (Figur 79). Cirka en tredjedel av männen och en fjärdedel av kvinnorna hade varje enkätår varit minst tio år på samma arbetsplats.



Figur 79. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

Inom alla fem kliniska verksamheter har andelen som varit på arbetsplatsen minst tio år minskat över enkätåren (Tabell 26). Minst andel, som varit 10 år eller längre på arbetsplatsen, finns alla enkätåren på vårdcentralerna (21 % 2008; 23 % 2012; 18 % 2017) och inom psykiatri där även störst minskning från 2008 till 2017 skett (26 % 2008; 21 % 2012; 15 % 2017).

Tabell 26. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Klinikgrupper	Enkätår	Mindre än 5 år	5-9 år	10 år eller längre
Gynekologi	2008	40	28	33
	2012	41	26	33
	2017	42	31	27
Ortopedi	2008	41	23	35
	2012	48	20	33
	2017	45	25	30
Psykiatri	2008	53	21	26
	2012	67	12	21
	2017	59	26	15
Vårdcentral	2008	57	22	21
	2012	59	18	23
	2017	61	22	18
Övriga läkare	2008	42	24	33
	2012	42	21	36
	2017	44	21	34

I Tabell 27 visas motsvarande siffror för deltagande läkare uppdelat på typ av klinik/mottagning för respektive enkätår. Andelen av deltagarna som arbetade på vårdcentraler ökade något över enkätåren (26 % 2008; 28 % 2012; 30 % 2017).

Tabell 27. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2008, 2012 respektive 2017.

Klinik/mottagning	2008		2012		2017	
	Antal	% ¹	Antal	% ¹	Antal	% ¹
Barn- och ungdoms	113	3	76	2	80	2
Företagshälsövård	111	3	74	2	77	2
Försäkringskassa/bolag	<8	<0,5	<8	<0,5	<8	<0,5
Geriatrisk	25	1	23	1	28	1
Hud	47	1	35	1	37	1
Infektion	64	2	57	2	62	2
Invärtesmedicin	420	12	432	13	380	11
Kirurgi	317	9	303	9	282	8
Neurologi	56	2	57	2	78	2
Gynekologi	234	7	209	6	202	6
Onkologi	101	3	98	3	80	2
Ortopedi	159	5	150	5	178	5
Psykiatri	350	10	336	10	354	10
Rehabilitering	53	2	43	1	56	2
Reumatologi	46	1	39	1	40	1
Smärtmottagning	22	1	19	1	13	<0,5
Vårdcentral	888	26	918	28	1007	30
Ögon	56	2	68	2	63	2
Öron-, näs- och hals	85	2	90	3	83	2
Annan klinik/mottagning	239	7	201	6	267	8
Administration	24	1	25	1	15	<0,5
Ingen	11	<0,5	2	<0,5	8	<0,5
Har ej svarat på frågan om klinik tillhörighet	12	<0,5	11	<0,5	9	<0,5
Samtliga läkare	3434	100	3271	100	3403	100

¹ Kolumnprocent

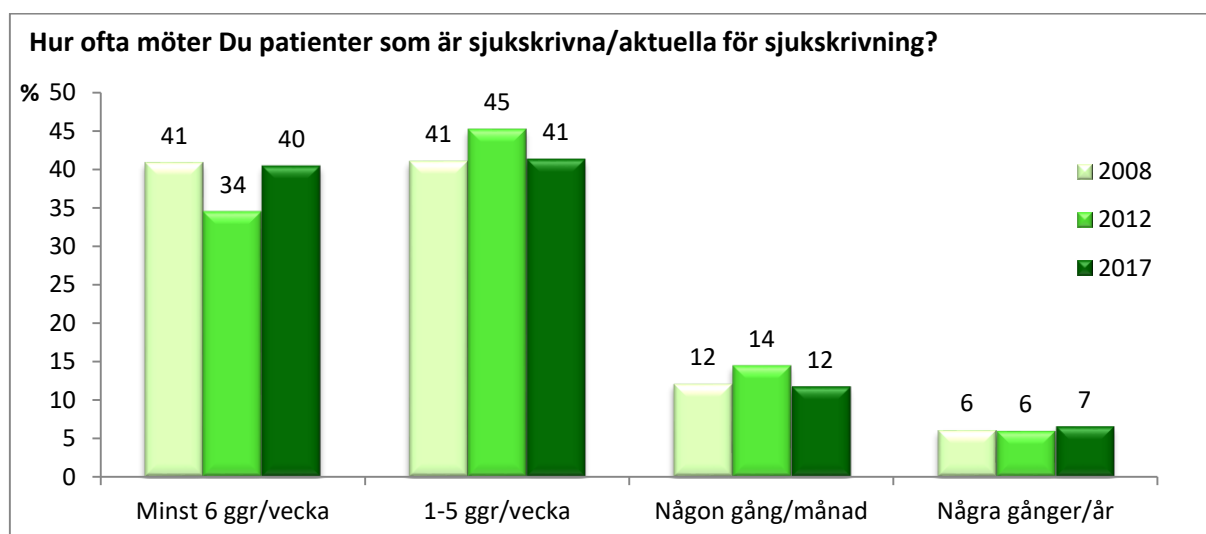
Inom de fem olika typer av kliniska verksamheterna har andelen kvinnor ökat något inom gynekologi, ortopedi och i gruppen övriga läkare över de tre enkätåren och minskat inom psykiatri. Inom ortopedi har de största förändringarna skett; andel kvinnor har ökat, andel i åldersgruppen 24-39 år har minskat med 15 procentenheter och den äldsta gruppen har ökat med 11 procentenheter och andel med specialistutbildning ökade från 69 procent 2008 till 82 procent 2017 (Tabell 28).

Tabell 28. Andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Klinikgrupper	Enkätår	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildade %
Gynekologi	2008	73	32	38	31	73
	2012	76	32	37	31	77
	2017	80	28	41	32	80
Ortopedi	2008	23	38	34	28	69
	2012	25	32	37	31	77
	2017	28	23	38	39	82
Psykiatri	2008	58	29	31	40	67
	2012	54	26	35	39	70
	2017	53	32	35	33	70
Vårdcentral	2008	58	29	36	36	64
	2012	58	32	34	34	62
	2017	58	35	39	27	61
Övriga läkare	2008	50	31	37	32	74
	2012	51	32	35	33	72
	2017	54	30	38	31	74

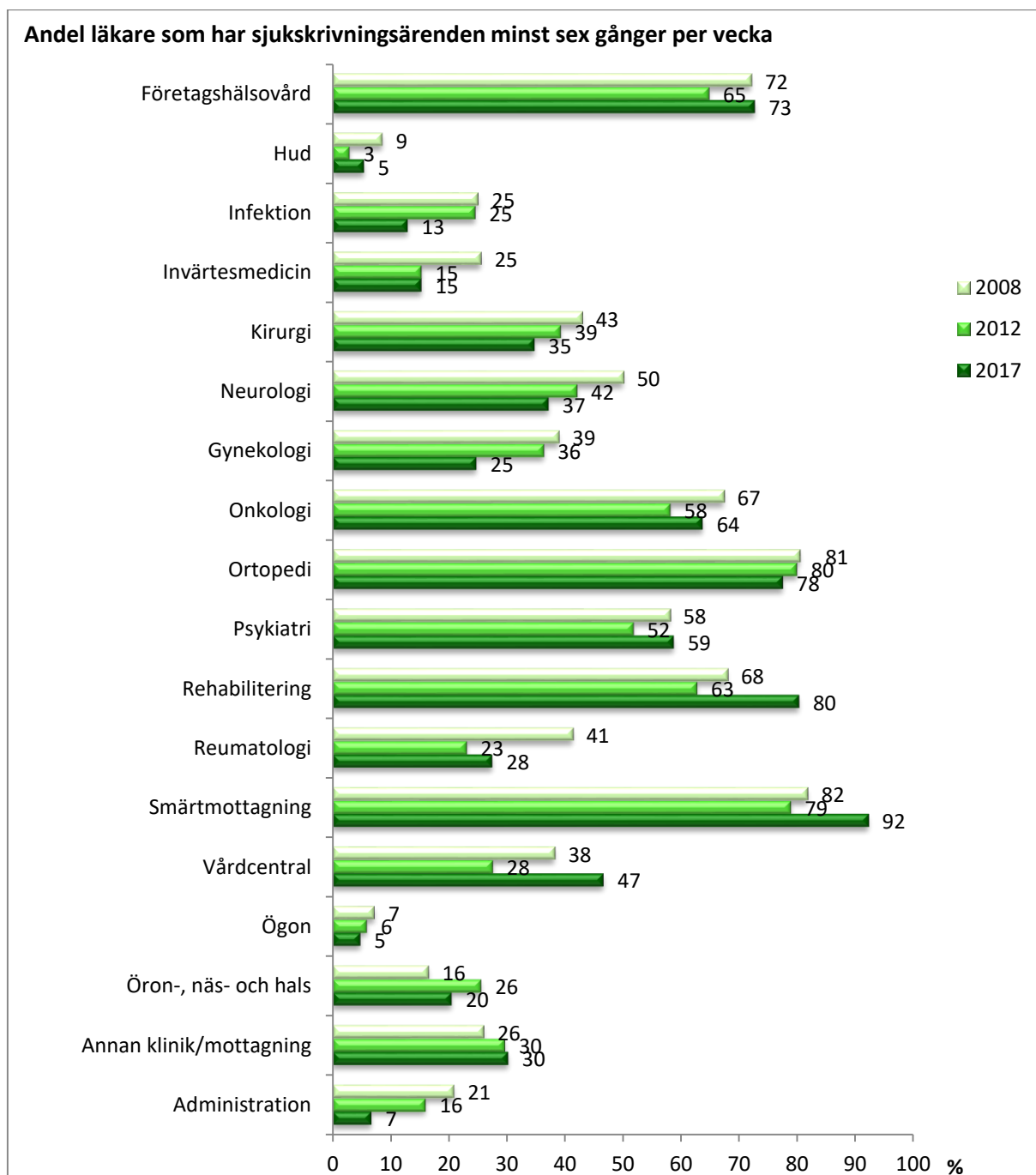
Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka respektive 1-5 gånger i veckan har inte förändrats mer än marginellt mellan enkätåren 2008 - 2017 (Figur 80). År 2012 var det år som avvek med något lägre andel minst sex gånger i veckan och större andel 1-5 gånger per vecka jämfört med 2008 och 2017.



Figur 80. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 81 visas andel läkare inom olika typer av kliniker, som hade minst sex sjukskrivningsärenden per vecka. För samtliga tre enkätår var andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka störst inom ortopedi och smärtmottagning. För sex typer av verksamheter blev andelen mindre för varje enkätår. För åtta av verksamheterna var dock andelen 2017 större än 2012. Inom företagshälsovård, psykiatri, rehabilitering, smärtmottagning och vårdcentral var andelen 2017 även större än 2008. Störst förändring var inom rehabilitering (68 % 2008; 63 % 2012; 80 % 2017) och för vårdcentraler (38 % 2008; 28 % 2012; 47 % 2017).

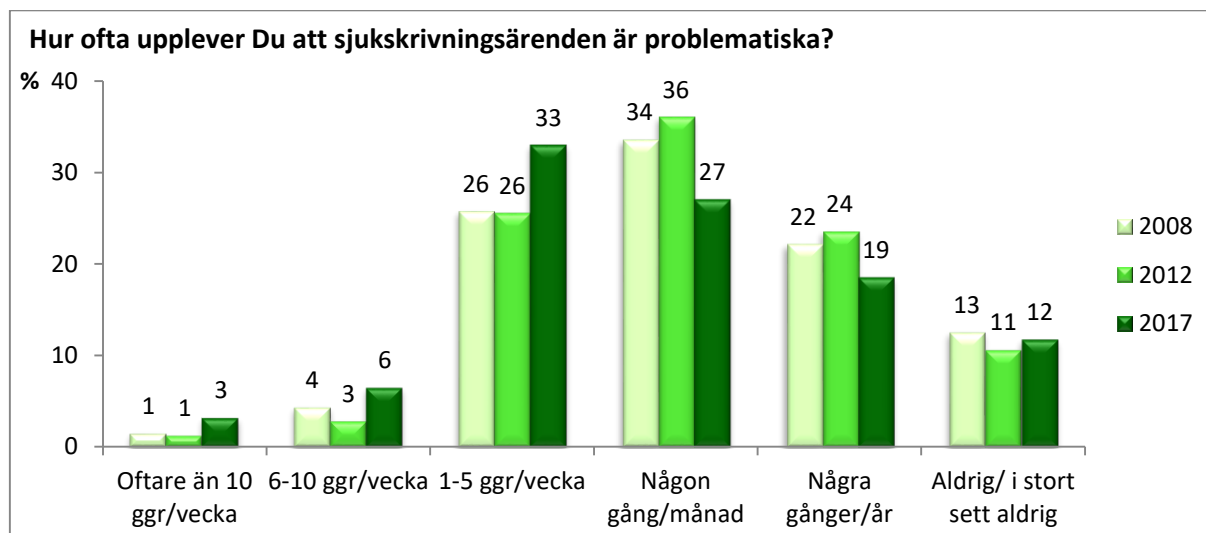


Figur 81. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

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

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var större 2017 (42 %) jämfört med både 2012 (30 %) och 2008 (31 %) (Figur 82). Andelarna läkare som i stort sett aldrig eller några gånger per år upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska var relativt lika de tre enkätåren.



Figur 82. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

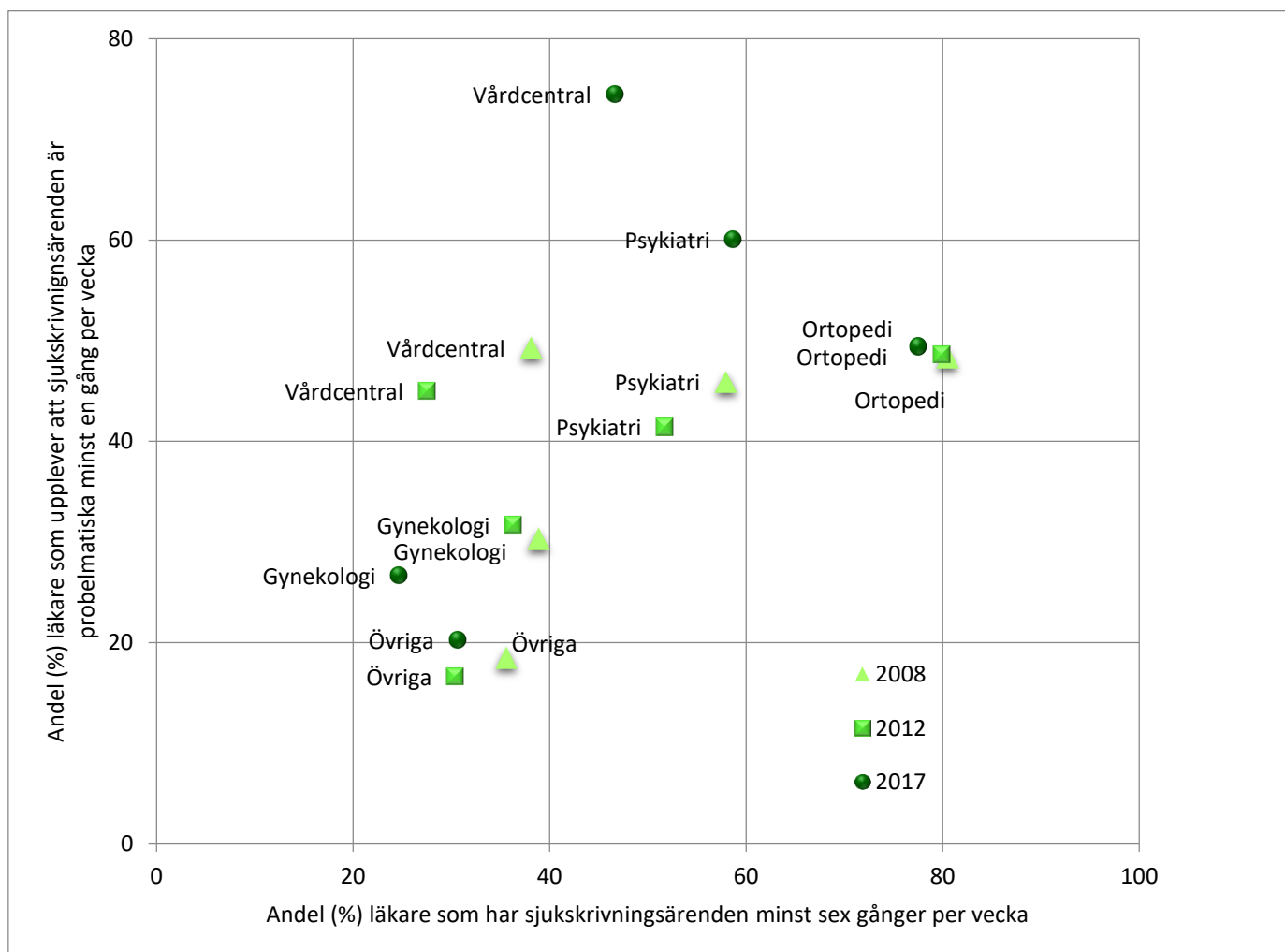
Under de olika enkätåren upplevde mindre än tio procent aldrig att sjukskrivningsärenden var problematiska inom ortopedi, psykiatri och vårdcentraler. De två klinikgrupper där andelen ökade som upplever dessa ärenden som problematiska var psykiatri (45 % 2008; 41 % 2012; 60 % 2017) och vårdcentral (50 % 2008; 45 % 2012; 75 % 2017) (Tabell 29).

Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017

Hur ofta upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska	Enkätår	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	2008	7	24	38	20	12
	2012	5	27	39	19	10
	2017	4	23	33	23	18
Ortopedi	2008	13	35	33	14	5
	2012	9	40	36	10	5
	2017	13	37	35	9	6
Psykiatri	2008	11	34	32	14	8
	2012	8	33	39	14	5
	2017	20	40	26	10	4
Vårdcentral	2008	8	42	37	11	3
	2012	5	40	41	12	2
	2017	16	59	21	4	1
Övriga läkare	2008	3	15	32	30	19
	2012	2	14	32	34	17
	2017	4	16	29	30	20

I Figur 83 relateras andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka i var och en av de fem olika typerna av klinisk verksamhet till andelen läkare i var och en av dem som upplevde att ärendena var problematiska minst en gång per vecka, år 2008, 2012 respektive 2017.

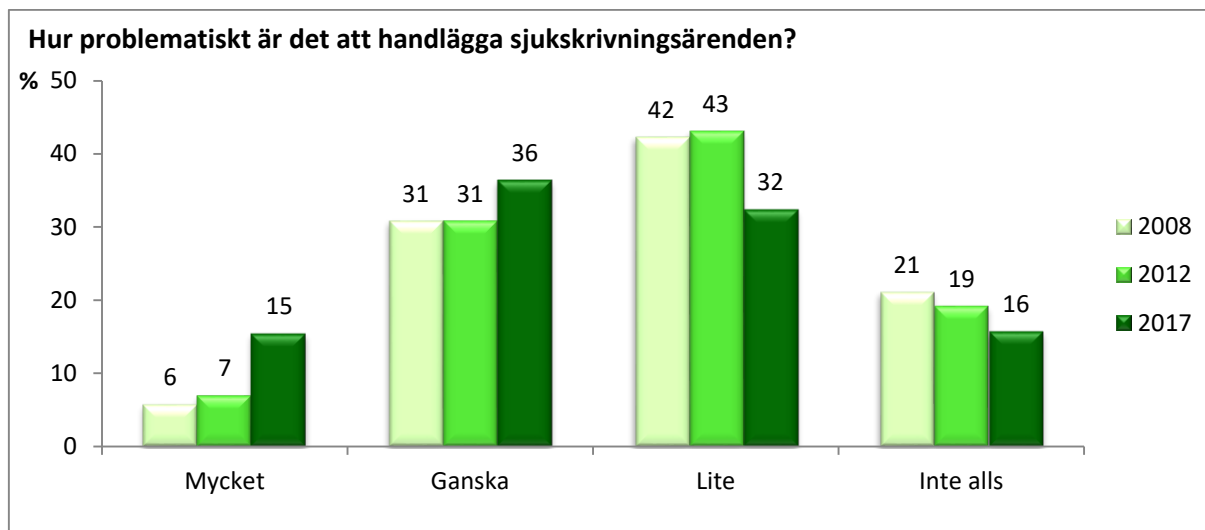
För tre grupper är sambanden relativt lika för alla tre enkätår, gynekologi, ortopedi och gruppen övriga läkare. Detsamma gäller för psykiatri och vårdcentraler de två första enkätåren som redovisas här (2008 och 2013). För år 2017 avviker dock både psykiatri och vårdcentraler mycket; båda grupperna visar en betydlig ökning av andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång/vecka utan motsvarande ökning av andelen som har sjukskrivningsärenden minst 6 gånger/vecka. Störst var denna förändring för vårdcentralsläkarna.



Figur 83. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiska är olika situationer?

Enkäterna innehöll ett flertal frågor om hur problematiska specifika situationer när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden upplevdes vara. Först gavs en generisk fråga om detta. År 2008 och 2012 svarade 6-7 procent av läkarna att de upplevde handläggningen av patienters sjukskrivning som mycket problematisk (Figur 84). År 2017 var motsvarande andel dubbelt så hög: 15 procent. Andelen som inte alls upplevde detta som problematiskt minskade sett över de tre enkätåren (21 % 2008; 19 % 2012; 16 % 2017).



Figur 84. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, år 2008, 2012 respektive 2017.

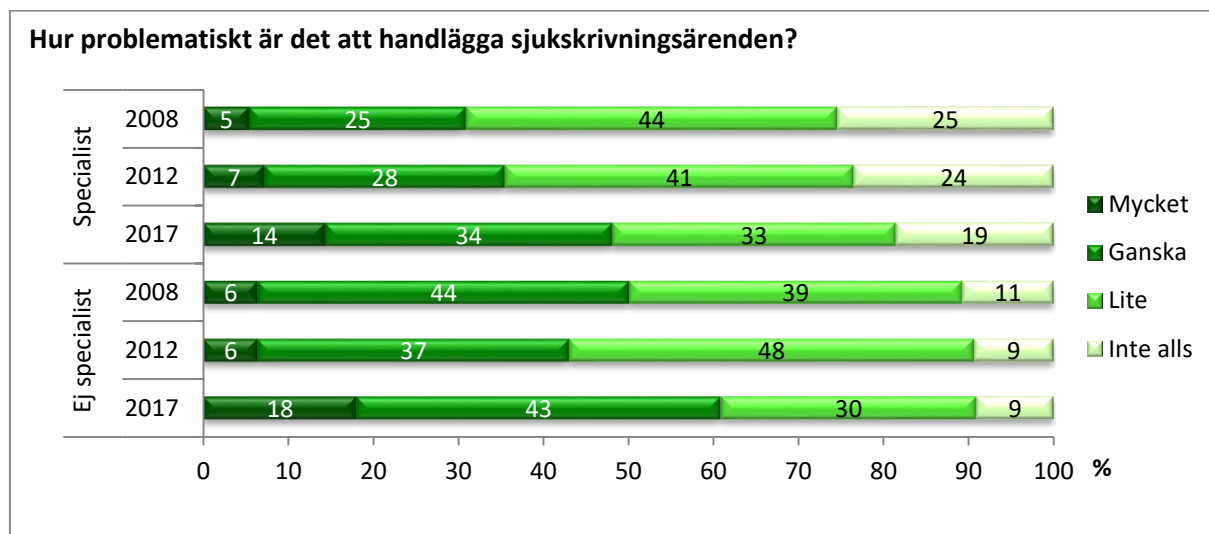
Mindre än tio procent av läkarna inom gynekologi, ortopedi och gruppen övriga läkare svarade att det var mycket problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden. Inom psykiatri svarade 10 procent 2008 och 2012 samt 17 procent 2017 att det var mycket problematiskt. Störst andel och även störst ökning av andel som svarade detta var på vårdcentralerna där 9 procent 2008, 11 procent 2012 och 29 procent 2017 upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket problematiskt. Endast 3 procent av vårdcentralsläkarna svarade att det inte alls är problematiskt (Tabell 30).

Tabell 30. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga patienters sjukskrivning	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Gynekologi	2008	7	24	47	22
	2012	5	26	51	17
	2017	9	29	42	20
Ortopedi	2008	8	30	47	16
	2012	7	29	48	16
	2017	9	36	44	11
Psykiatri	2008	10	35	42	13
	2012	10	42	36	11
	2017	17	46	27	9
Vårdcentral	2008	9	49	34	8
	2012	11	45	38	6
	2017	29	52	16	3
Övriga läkare	2008	3	21	46	30
	2012	4	21	46	29
	2017	8	25	41	25

I Figur 85 visas motsvarande uppdelat på läkarnas utbildningsnivå. Både bland specialister och bland dem som ännu inte var specialister var andelen större år 2017 än de två tidigare enkätåren, som svarade att det är mycket problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden. En fjärdedel av

specialisterna 2008 och 2012 och en femtedel 2017 svarade att det inte är något problem att handlägga dessa ärenden medan motsvarade för icke-specialisterna var omkring 10 procent



Figur 85. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på läkare med och utan specialistutbildning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Det finns inte heller något tydligt mönster för hur problematiskt läkare upplevde det var att hantera de listade uppgifterna i Tabell 31. För de flesta av uppgifterna var andelen som svarade att situationen var problematisk minst år 2012 och störst 2017. Den största skillnaden mellan åren är ökningen av andelen läkare som upplevde det mycket problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg (16 % 2008; 17 % 2012; 26 % 2017).

Tabell 31. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2008	14	30	38	18
	2012	13	31	37	18
	2017	18	30	34	17
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	10	25	41	24
	2012	10	26	39	24
	2017	13	27	37	23
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	21	33	33	13
	2012	20	34	33	12
	2017	25	34	29	12
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	2008 ^a				
	2012	28	34	24	13
	2017	34	31	21	13
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	15	33	37	15
	2012	14	35	37	14
	2017	15	32	36	17
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	9	24	34	32
	2012	9	24	36	32
	2017	11	26	34	29
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	20	34	27	18
	2012	21	32	29	17
	2017	24	33	27	16
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	16	32	33	19
	2012	17	30	35	18
	2017	26	32	26	15

^a Denna fråga fanns inte med i 2008 års enkät

Vid en uppdelning av ovanstående resultat på de fem olika typerna av kliniska verksamheter, framkommer att andelen som upplevde de olika bedömningssituationerna som mycket eller ganska problematiska minskade något eller var desamma 2008-2017 för de flesta situationer inom gynekologi och ortopedi, med ett par undantag. Inom gynekologi minskade andelen (48 % 2008; 38 % 2012; 40 % 2017) som ansåg att hantering av eventuell förlängning av sjukskrivning som initierats av annan läkare var mycket eller ganska problematiskt (Tabell 32). För bedömning av optimal sjukskrivningstid minskade andelen som tyckte detta var problematiskt inom gynekologi från 44 procent 2008 till 25 procent 2017 och för ortopedi från 52 procent till 35 procent 2017. För psykiatri och vårdcentraler var det istället en större andel år 2017 än tidigare enkätår, som uppgav de olika situationerna som problematiska. Inom dessa typer av kliniker var den största förändringen i andel som ansåg det problematiskt att hantera en eventuell förlänga en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg: Psykiatri (45 % 2008; 46 % 2012; 63 % 2017) och vårdcentral (69 % 2008; 68 % 2012; 85 % 2017). Även inom ortopedi var andelen också större år 2017 än tidigare (47 % 2008; 49 % 2012; 57 % 2017).

Tabell 32. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att ...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt	2008	39	36	49	71	32
	2012	35	28	50	68	33
	2017	33	27	52	77	34
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada	2008	33	26	39	59	22
	2012	25	20	41	59	26
	2017	27	15	47	66	26
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	2008	50	58	60	78	40
	2012	49	46	61	75	44
	2017	44	48	67	82	45
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete	2008 ^a					
	2012	56	56	69	79	52
	2017	56	57	73	84	54
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad	2008	44	52	52	70	36
	2012	34	42	57	66	39
	2017	25	35	55	70	34
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	2008	26	41	38	46	26
	2012	28	40	34	41	27
	2017	25	38	37	51	30
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga	2008	25	55	69	77	44
	2012	27	55	69	73	43
	2017	20	50	72	83	44
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	2008	48	47	45	69	37
	2012	38	49	46	68	36
	2017	40	57	63	85	43

^a Denna fråga fanns inte med i 2008 års enkät

I Tabell 33 redovisas svaren för tre frågor om problematiska aspekter i kontakter med patienter i sjukskrivningsärenden. Det som störst andel svarade att var mycket eller ganska problematiskt var att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig, något som även framkommit i andra studier (20). Vid en sammanslagning av svarsalternativen ”mycket” och ”ganska” problematiskt sågs en större andel läkare som upplevde de tre listade aspekterna som problematiska 2017 jämfört med de två tidigare enkätåren.

Tabell 33. Andel (%) läkare som upplevde tre nedan beskrivna aspekter i kontakter med patienter i sjukskrivningsärenden som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	5	22	42	32
	2012	5	23	43	30
	2017	7	26	40	27
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	15	30	35	20
	2012	14	30	38	19
	2017	17	31	35	17
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	15	28	30	27
	2012	16	28	32	24
	2017	23	27	28	22

I nedanstående Tabell 34 redovisas ovanstående resultat uppdelat på de fem olika kliniska verksamheterna. D framkommer vissa mindre skillnader mellan enkätåren i hur läkarna inom de olika verksamheterna svarade. Inom psykiatri och vårdcentraler var andelen som upplever det som mycket problematiskt att hantera de två rollerna störst och det finns en ökning mellan åren, för psykiatri med 14 procentenheter (46 % 2008; 51 % 2012; 60 % 2017) och för vårdcentralerna med 11 procentenheter (67 % 2008; 65 % 2012; 78 % 2017). En mindre andel år 2017 än tidigare år inom gynekologi och ortopedi svarade att det var problematiskt att hantera situationer när patienten har annan åsikt än läkaren om sjukskrivning.

Tabell 34. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att ...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	31	29	26	42	18
	2012	25	30	30	40	20
	2017	24	33	32	49	22
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	54	46	43	66	33
	2012	45	42	40	61	35
	2017	45	40	43	68	37
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	36	43	46	67	30
	2012	36	40	51	65	31
	2017	36	48	60	78	33

Resultaten i Tabell 35 visar att 34 procent år 2008 och 2012 och 44 procent 2017 upplevde det som ganska eller mycket problematiskt att skriva läkarintyg och att 10-11 procent alla enkätår upplevde det som problematiskt att hantera situationer där det finns olika åsikter i vårdteamet om en patients sjukskrivning.

Tabell 35. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

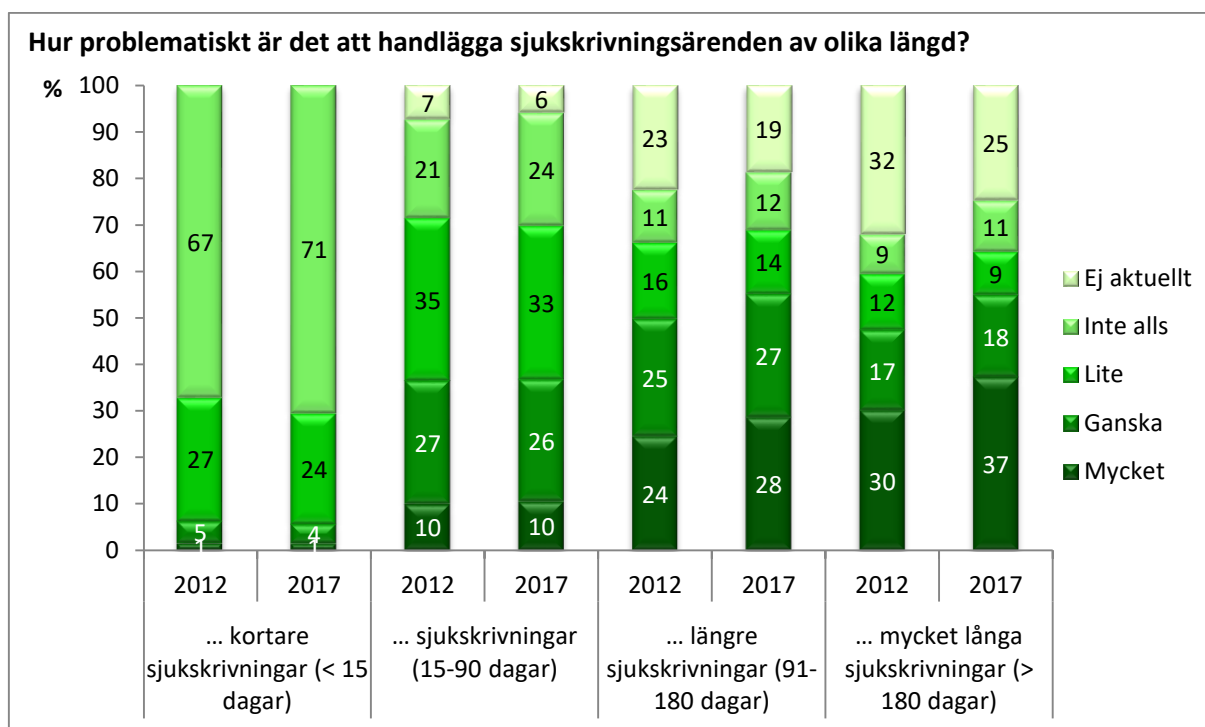
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	9	25	37	29	
	2012	9	25	38	28	
	2017	14	28	35	23	
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	3	8	20	20	50
	2012	3	8	21	24	43
	2017	2	8	18	25	46

I Tabell 36 visas motsvarande resultat uppdelat på de fem typerna av kliniska verksamheter. En större andel läkare ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg år 2017 jämfört med tidigare enkätår (Tabell 36) med undantag för andel läkare inom ortopedi (41 % 2008; 34 % 2012; 33 % 2017). Störst förändring i andel som svarat att det var problematiskt var av läkare på vårdcentraler (51 % 2008; 45 % 2012; 64 % 2017).

Tabell 36. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som tycker det är mycket eller ganska problematiskt att ...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	23	41	34	51	27
	2012	27	34	38	45	26
	2017	30	33	36	64	31
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	15	10	17	14	6
	2012	8	5	20	17	7
	2017	9	9	16	17	6

Avseende hantering av sjukskrivningar av olika längd framkommer i Figur 86 att det framförallt är de längre sjukskrivningarna som upplevs som problematiska. Det är även en något större andel som år 2017 (28 %) jämfört med 2012 (24 %) som svarade att sjukskrivningar 91-180 dagar är mycket problematiska och likaså för sjukskrivningar >180 dagar (30 % 2012; 37 % 2017). En sammanläggning av alternativen ganska och mycket problematiskt för enkätår 2017 visar samma andel (55 %) för att handlägga sjukskrivningar 91-180 respektive >180 dagar.



Figur 86. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, uppdelat på sjukskrivningslängd, år 2012 respektive 2017.

Frekvens av specifika situationer

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

Andelen läkare som upplevde de olika situationerna beskrivna i Tabell 37 minst en gång per vecka eller minst någon gång i månaden var generellt något mindre år 2012 än 2008 och 2017. Det finns ingen tydlig trend i ökning eller minskning av andelar över de tre enkätåren. Den situation som störst andel läkare upplevde alla de tre enkätåren, var att åtminstone varje månad möta patienter som önskade sjukskrivning av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (48 % 2008; 43 % 2012; 49 % 2017).

Tabell 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2008	17	31	31	21
	2012	14	29	33	24
	2017	20	29	29	22
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	6	22	34	38
	2012	5	21	34	40
	2017	8	24	32	36
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	10	30	44	15
	2012	9	28	47	16
	2017	12	30	42	16
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	8	21	40	31
	2012	7	20	38	35
	2017	12	21	36	31

Oro och hot

Jämförelsen mellan enkätåren visar att 3-4 procent av läkarna upplevde olika typer av hot eller oro i sjukskrivningsärenden någon gång per månad eller oftare åren 2008 och 2012 (Tabell 38). En något större andel har därefter upplevt detta år 2017 (6-7 %). Majoriteten (81-91 %) upplevde dock *aldrig/i stort sett aldrig* sådan oro eller hot. Andelen som aldrig var oroliga för att bli ”anmäld av en patient kring sjukskrivning”, eller känt sig ”hotad av en patient kring sjukskrivning” var 1-2 procentenheter mindre 2017 jämfört med de två tidigare enkätåren. När det gällde ”oro för att patienten byter läkare om hon/han inte blir sjukskriven”, minskade andelen som aldrig/i stort sett aldrig känt sådan oro (90 % 2008; 91 % 2012; 84 % 2017).

Tabell 38. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot eller oro i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	10	85
	2012	2	3	9	86
	2017	3	4	10	83
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	14	82
	2012	1	2	12	84
	2017	2	4	14	81
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	3	7	90
	2012	1	2	6	91
	2017	3	4	10	84

I Tabell 39 redovisas motsvarande resultatet fördelat på de fem typerna av klinisk verksamhet. Det framgår att förändring mellan åren av dessa problem varierar mellan kliniker. En något större andel läkare inom psykiatrin kände oro för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning år 2012 och 2017 jämfört med 2008 och även oro för att patienten byter läkare om läkaren inte sjukskriver patienten (4 % 2008; 6 % 2012; 11 % 2017). Samma utveckling i dessa frågor ses för vårdcentralerna men där kände sig en större andel även hotad av patienter (7 % 2008; 5 % 2012; 11 % 2017).

Tabell 39. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad upplevde olika typer av hot och oro i sjukskrivningsärenden minst någon gång varje månad, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som minst någon gång per månad...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... är orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning	2008	4	4	7	7	3
	2012	2	5	10	8	3
	2017	5	5	10	13	3
... känner sig hotad av en patient kring sjukskrivning	2008	5	6	8	7	2
	2012	2	5	8	5	1
	2017	4	4	9	11	2
... känner oro för att patienter byter läkare om denne inte sjukskriver	2008	5	3	4	6	2
	2012	3	5	6	5	1
	2017	5	3	11	13	2

Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt

Resultaten från jämförelsen av de tre enkätåren 2008, 2012 och 2017 när det gäller att sjukskriva längre än nödvändigt visar ingen tydlig trend av ökning eller minskning av förekomst av detta. Svaren 2012 skiljer sig från både 2008 och 2017 genom att en mindre andel läkare det året, jämfört med enkätåren före och efter, uppgav väntetider till olika utredningar, behandlingar eller åtgärder som orsak till att de sjukskrev längre än nödvändigt (Tabell 40). Andelen som angav väntetider till utredning och till behandling inom sjukvården, som anledning till att sjukskriva längre än nödvändigt, var störst alla tre åren.

Tabell 40. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	1	8	22	36	33
	2012	1	6	20	34	39
	2017	3	11	23	29	34
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	5	15	25	54
	2012	1	3	11	23	63
	2017	2	5	13	21	59
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	2	9	21	68
	2012	<0,5	2	8	20	70
	2017	1	3	10	20	66
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	<0,5	3	11	25	61
	2012	<0,5	2	8	23	66
	2017	1	7	16	22	54
... väntetider till behandling?	2008	1	8	23	38	30
	2012	1	6	19	39	35
	2017	2	9	22	32	34

I Tabell 41 visas att de fem olika klinikgrupperna skiljer sig åt när det gäller anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt. För läkare inom gynekologi har andelen som svarade att väntetider till åtgärder hos arbetsgivare var en anledning till att sjukskriva längre mer än fördubblats från 2008 (8 %), 2012 (7 %) till 18 % 2017. Väntetider till åtgärder hos arbetsgivare är den anledning som ökat inom alla klinikgrupper, störst ökning på vårdcentraler (25 % 2008; 19 % 2012; 46 % 2017) och inom ortopedi (10 % 2008; 11 % 2012; 30 % 2017). För övriga listade anledningar har andelen minskat inom ortopedi. Inom psykiatri och vårdcentraler har även andelen som svarade väntetider till utredning inom sjukvården ökat; inom psykiatri från 31 % till 46 % och på vårdcentraler från 54 % till 68 %.

Tabell 41. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, minst någon gång/månad, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	12	51	31	54	21
	2012	13	44	32	48	14
	2017	10	39	46	68	18
... väntetider till utredning hos FK?	2008	8	21	34	40	11
	2012	6	13	27	24	7
	2017	3	12	35	39	8
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	12	23	22	6
	2012	3	10	24	18	5
	2017	2	6	31	29	5
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	8	10	24	25	7
	2012	7	11	22	19	5
	2017	18	30	29	46	9
... väntetider till behandling?	2008	16	63	31	52	20
	2012	13	56	30	43	15
	2017	12	43	47	60	17

I enkäten efterfrågades även andra anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt och flera av den listas i Tabell 42. Majoriteten av läkarna 2008, 2012 och 2017 sjukskrev aldrig/nästan aldrig längre än nödvändigt på grund av de olika anledningar som nämns i tabellen. För år 2017 var det dock knappt hälften (49 %) som svarade att en sådan orsak var att tillgång till annan adekvat behandling saknades och att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering (48 %) som anledning till att sjukskriva längre än nödvändigt. Andelen som svarade att de sjukskrev längre än nödvändigt av olika anledningar ändrades endast marginellt mellan 2008 och 2012 men var 8-15 procentenheter större 2017 jämfört med tidigare enkätår. Enda undantaget var ”påverkan från andra i vårdteamet” där andelen var lika stor oavsett år.

Tabell 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	4	12	19	64
	2012	1	5	12	18	64
	2017	3	9	18	20	50
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	4	13	25	57
	2012	1	4	10	25	60
	2017	2	9	17	24	49
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	<0,5	3	10	28	59
	2012	1	3	12	30	54
	2017	1	7	16	28	48
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	<0,5	2	7	24	66
	2012	1	2	7	26	64
	2017	1	4	10	27	58
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	<0,5	2	5	15	78
	2012	<0,5	2	5	16	77
	2017	2	4	9	21	63
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	<0,5	1	4	17	77
	2012	<0,5	1	3	14	81
	2017	<0,5	2	5	16	77

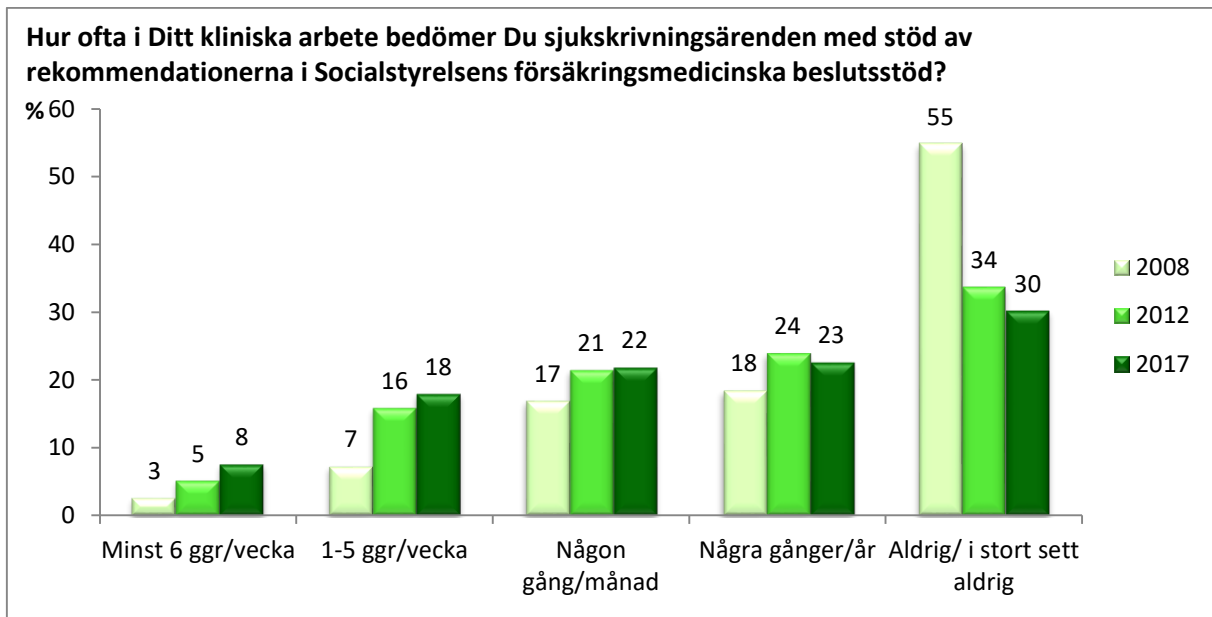
Ovanstående resultat redovisas uppdelat på de fem kliniska verksamheterna nedan i Tabell 43, avseende att göra detta minst en gång per månad. Avseende de olika listade anledningarna var den största skillnaden mellan åren i andelen som svarade ”brist på återbesökstider” bland läkarna inom psykiatri (26 % 2008; 29 % 2012; 43 % 2017) och på vårdcentraler (22 % 2008; 24 % 2012; 54 % 2017). På vårdcentralerna har även andelen läkare som svarade att en anledning att göra detta så ofta var ”att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering”; andelen som gjorde fördubblades över enkätären (22 % 2008; 28 % 2012; 44 % 2017).

Tabell 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, minst någon gång/månad, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... brist på återbesökstider?	2008	18	37	26	22	10
	2012	18	39	29	24	9
	2017	18	32	43	54	13
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	11	12	31	35	9
	2012	7	8	29	28	7
	2017	10	16	47	51	11
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	9	17	35	22	6
	2012	9	20	37	28	5
	2017	14	22	44	44	8
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	16	12	13	16	4
	2012	10	12	17	16	4
	2017	13	16	20	30	6
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	12	14	9	12	3
	2012	11	10	11	13	3
	2017	15	18	21	27	6
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	11	5	16	5	3
	2012	8	5	14	5	2
	2017	7	6	16	9	3

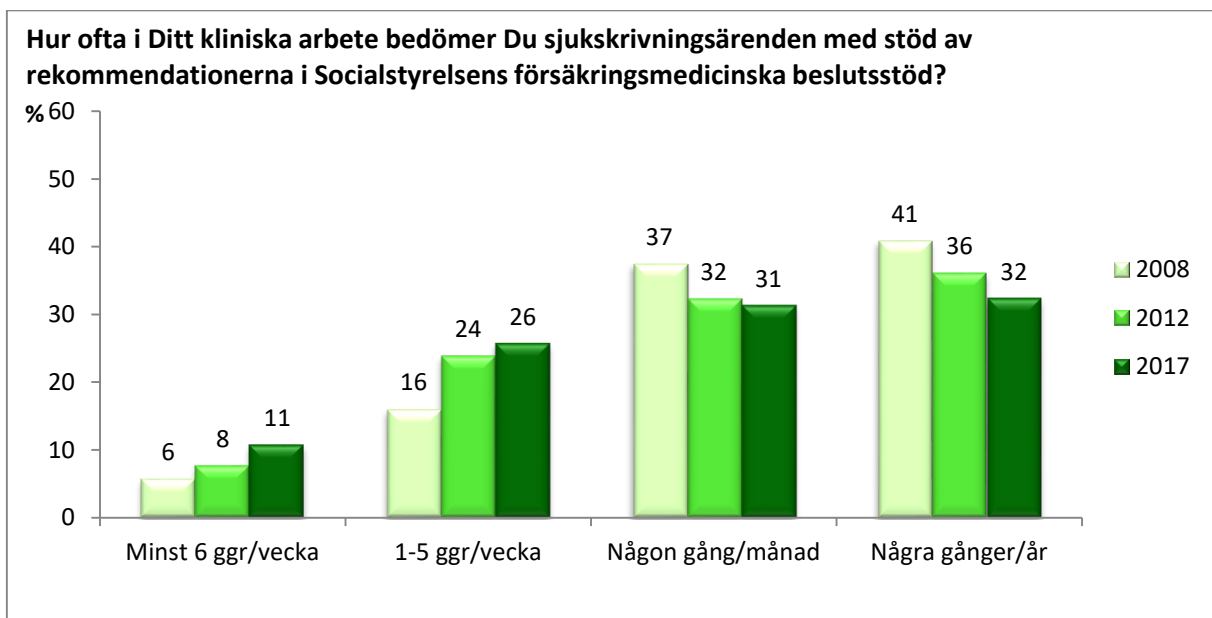
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Fyrtiofem procent av läkarna svarade år 2008 att de aldrig använde det försäkringsmedicinska beslutsstödet – detta ska ställas i relation till att beslutsstödet infördes först ett år innan, hösten 2007, och vissa delar först under våren 2008. Att det redan hösten 2008 användes av nästan hälften av läkarna kan ses som att det haft stort genomslag i vården på kort tid. Andel som svarade att de aldrig använde beslutsstödet blev därefter mindre; 34 procent 2012 och 30 procent 2017 (Figur 87). Andel läkare som använde beslutsstödet mest frekvent, minst en gång/vecka, blev större för varje enkätår: (10 % 2008, 21 % 2012; 26 % 2017).



Figur 87. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

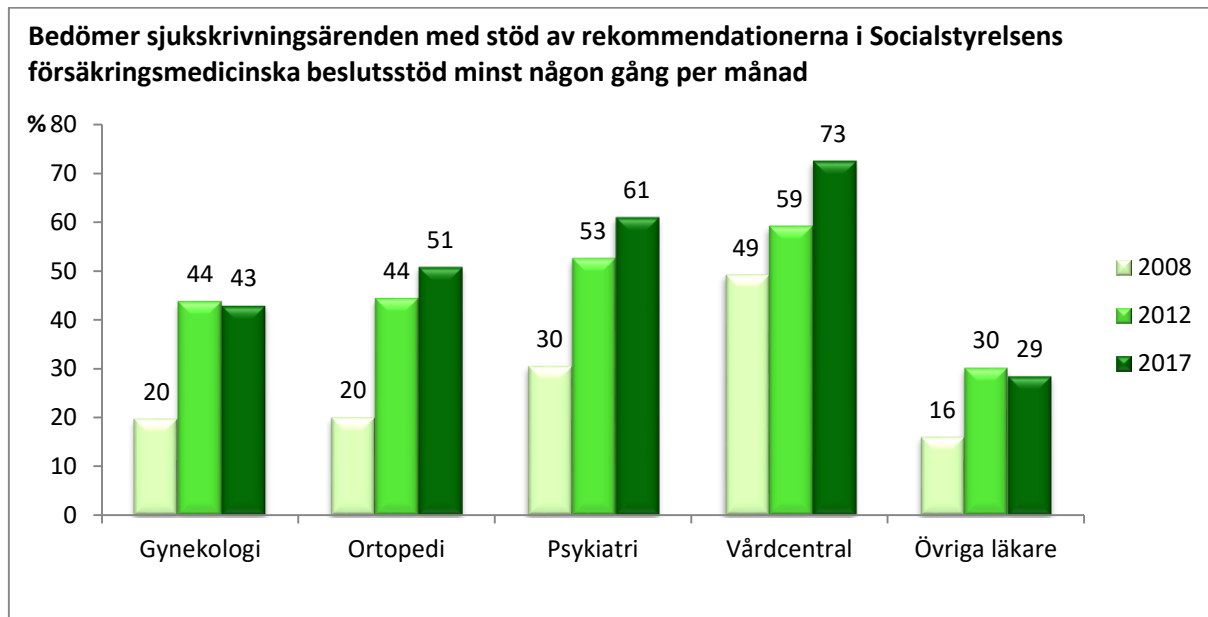
I nedanstående Figur 88 visas endast svaren för dem som använt beslutsstödet rekommendationer minst några gånger per år. Resultatet visar i detta fall en trendmässig ökning av andelen som använde beslutsstödet minst en gång i veckan (22 % 2008; 32 % 2012; 37 % 2017) och en motsvarande minskning av andelen som använde det mer sällan (78 % 2008; 68 % 2012; 63 % 2017).



Figur 88. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

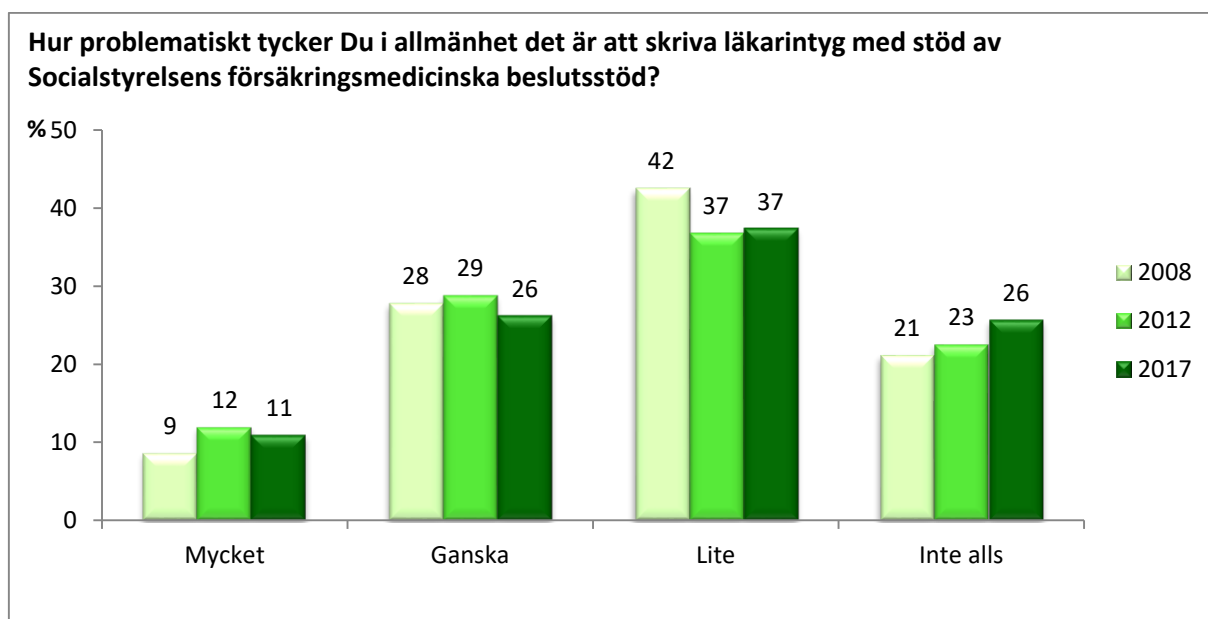
¹De som inte använt beslutsstödet är exkluderade.

Störst andel läkare, alla tre enkätåren, som använder beslutsstödet arbetade på vårdcentraler (49 % 2008; 59 % 2012; 73 % 2017) (Figur 89). Minst andel som använde dem fanns alla åren bland läkare på övriga kliniker/mottagningar.



Figur 89. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

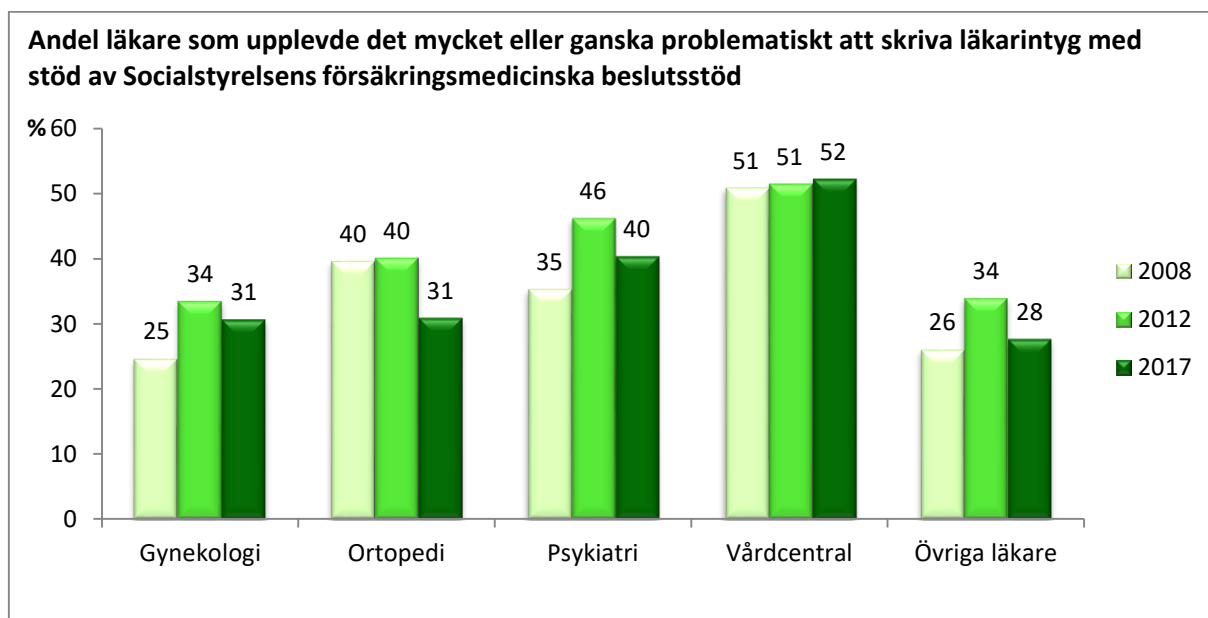
De som aldrig använt beslutsstödet exkluderades i nedanstående redovisning av svar på frågan om hur problematiskt läkarna upplevde det var att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommendationer (Figur 90). Andelen som svarade att det var mycket eller ganska problematiskt var densamma, 37 procent, 2008 och 2017 men något större 2012 (41 %). Tjugosex procent av läkarna svarade 2017 att det inte alls var några problem, jämfört med 23 procent 2012 och 21 procent 2008.



Figur 90. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

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

Hälften av vårdcentralsläkarna upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet; 51-52 procent 2008-2017 (Figur 91). Denna andel var år 2017 jämfört med 2012 inom övriga fyra klinikgrupper, störst skillnad inom ortopedi; 40 % 2012; 31 % 2017.

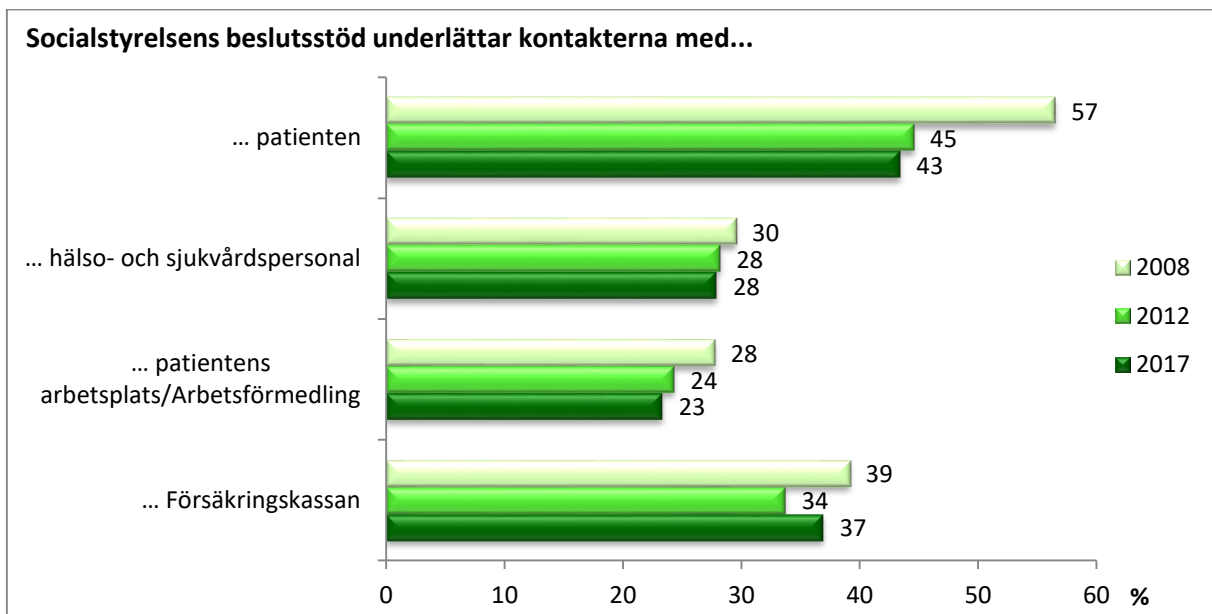


Figur 91. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

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

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har underlättat kontakten med patienterna för en mycket stor andel av läkarna. Andelen som svarade detta var störst år 2008, när beslutstödet nyligen införts (Figur 92). Eftersom nästan hälften av läkarna då ännu inte använde beslutsstödet, kan svaren här tolkas som att nästan alla som använde det ansåg att det underlättade kontakten med patienter. Vid de kommande enkäterna hade beslutsstödet funnits i fem respektive tio år. Det innebär att det inte var lika enkelt att svara på frågan om det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakten med olika aktörer – många läkare har, särskilt vid 2017 års enkät, inte varit yrkesverksamma innan beslutsstödet fanns, och har därför inget att jämföra med.

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



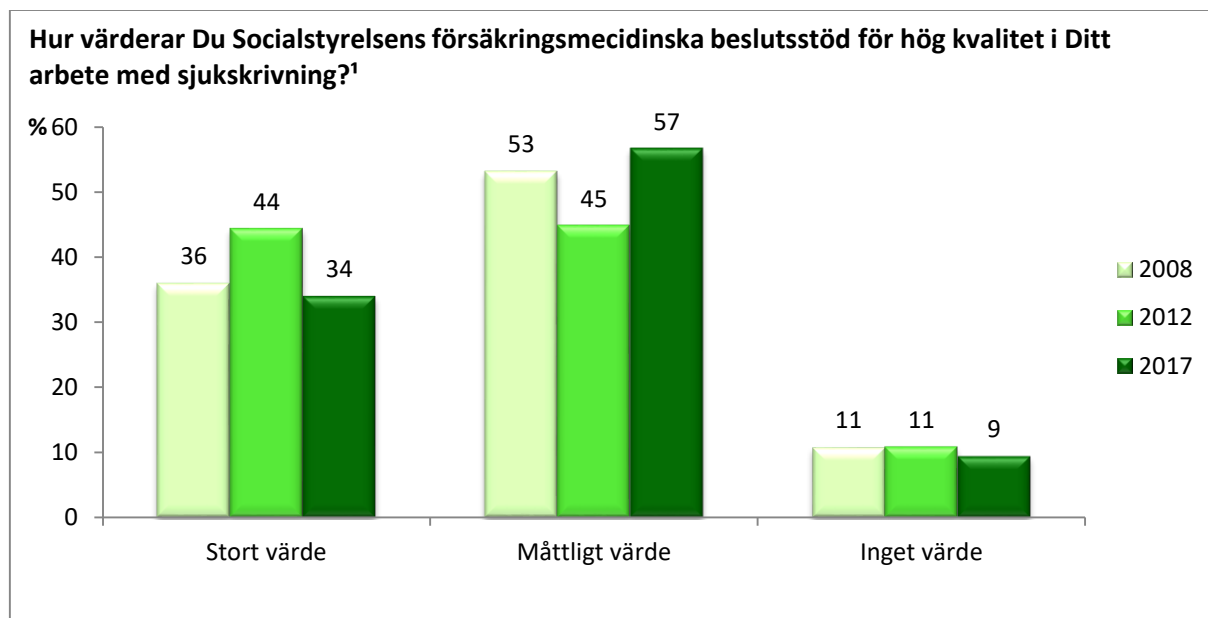
Figur 92. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.

Det finns inget tydligt mönster i svaren för de olika klinikgrupperna om huruvida det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar dessa olika typer av kontakter åren 2008, 2012 och 2017 (Tabell 44).

Tabell 44. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Underlättar Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd Dina kontakter med...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... patienten	2008	55	46	52	62	54
	2012	52	33	36	58	39
	2017	40	44	42	52	38
... hälso- och sjukvårdspersonal	2008	34	35	33	27	30
	2012	31	20	32	32	26
	2017	24	27	32	31	26
... patientens arbetsplats/Arbetsförmedling	2008	23	28	27	29	27
	2012	19	16	26	31	22
	2017	16	19	29	28	20
... Försäkringskassan	2008	31	30	44	42	37
	2012	30	27	35	44	29
	2017	30	36	46	44	30

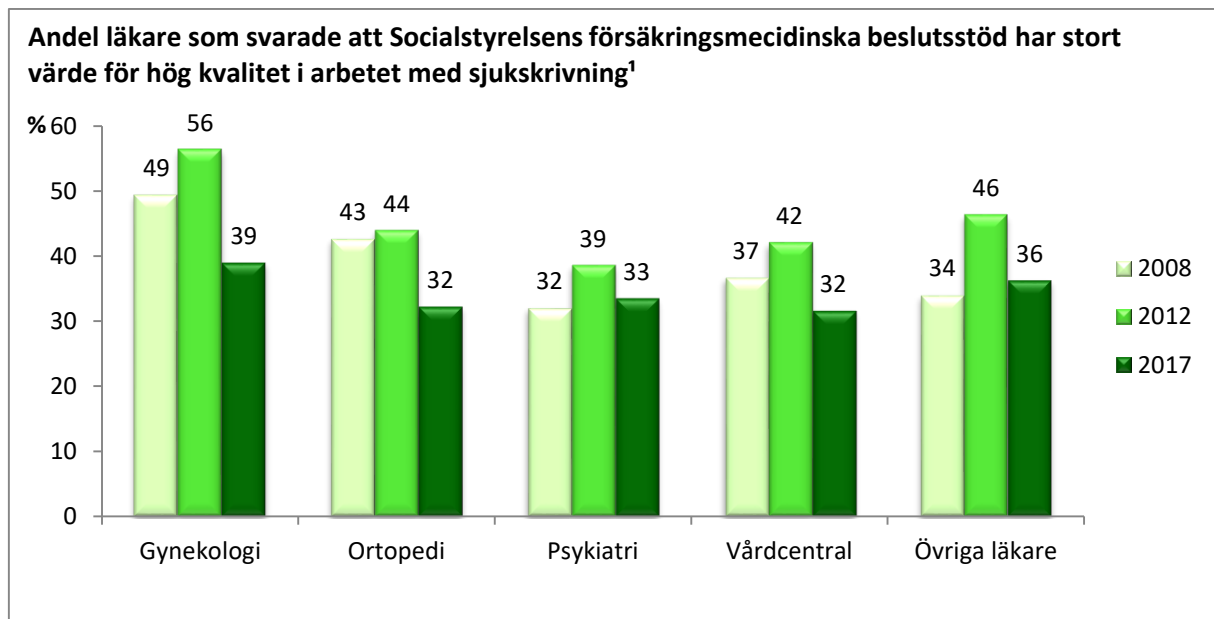
Vi ser inga större skillnader mellan de tre åren i andel som svarade att beslutsstödet inte hade något värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning; omkring 10 procent. Andelen läkare som satte stort värde på beslutsstödet för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning var, jämfört med 2017 (34 %), större 2012 (44 %) och något större 2008, när det var nytt (36 %) (Figur 93).



Figur 93. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

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

För samtliga fem typer av kliniska verksamheter fanns den största andelen som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet hade stort värde år 2012. Andelen minskade därefter till drygt en tredjedel (Figur 94). Andelen inom gynekologi är störst varje enkätår (49 % 2008; 56 % 2012; 39 % 2017).



Figur 94. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

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

Samarbete och samverkan

En majoritet av läkarna (58-78 %) svarade att de aldrig/nästan aldrig hade kontakt med patientens arbetsgivare, socialtjänsten eller Arbetsförmedlingen eller deltog i avstämningsmöten kring patientens sjukskrivning (Tabell 45). Det finns endast små skillnader i dessa andelar mellan de tre enkätåren. Det var inte heller några betydande skillnader över enkätåren avseende läkarnas övriga kontakter i sjukskrivningsärenden. En större andel läkare remitterade oftare till företagshälsovården år 2017 (24 %) än 2012 (11 %) och 2008 (17 %). Samarbete med/remittering till kurator/psykolog ökade något mellan 2008, 2012 och 2017, detta skedde minst en gång i veckan (13; 14; 17 %).

Tabell 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	3	14	30	52
	2012	2	9	35	54
	2017	6	18	31	45
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	13	20	27	40
	2012	13	19	27	41
	2017	16	19	21	44
... samarbetar Du med/ remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	16	20	26	38
	2012	15	20	27	39
	2017	16	21	23	41
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	7	23	39	31
	2012	5	20	38	37
	2017	5	19	39	37
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	5	11	22	62
	2012	4	9	23	64
	2017	5	9	24	62
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	4	5	15	76
	2012	3	5	15	78
	2017	3	6	17	74
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	2	6	20	72
	2012	2	5	18	75
	2017	1	5	18	76
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	6	29	64
	2012	2	9	32	58
	2017	1	8	31	60

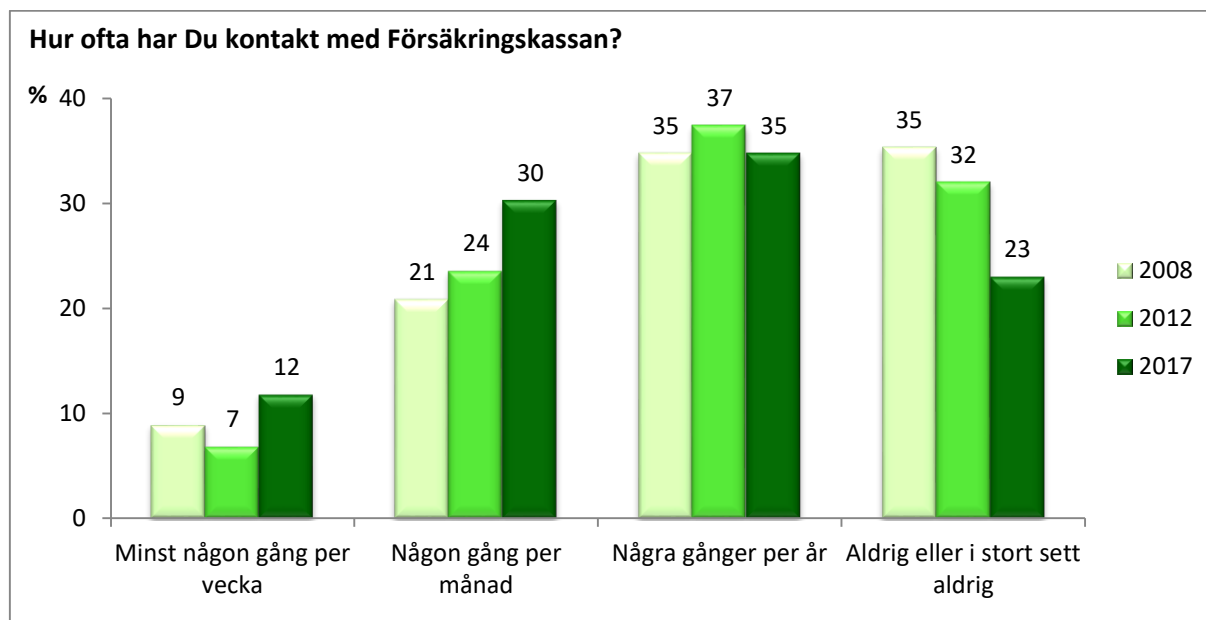
I Tabell 46 redovisas ovanstående avseende att göra detta *minst en gång per månad*, uppdelat på de fem olika typerna av klinisk verksamhet. Andelen som samrådde med andra läkare så ofta minskade mellan åren, framförallt inom ortopedi (24 % 2008; 16 % 2012; 13 % 2017) och psykiatri (41 % 2008; 36 % 2012; 29 % 2017). En större andel på vårdcentralerna år 2017 (57 %) jämfört med 2012 (21 %) och 2008 (29 %) och en mindre andel inom ortopedi (32 % 2008; 14 % 2012; 13 % 2017) remitterade till företagshälsovården varje månad.

Tabell 46. Andel (%) läkare som samarbetade med/remitterade till andra professioner eller organisationer *minst en gång/månad*, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som minst en gång per månad...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	4	32	18	29	12
	2012	2	14	11	21	6
	2017	4	13	16	57	9
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	16	4	49	59	21
	2012	13	5	50	59	17
	2017	9	3	45	67	18
... samarbetar Du med/ remitterar till sjukgymnast/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	35	46	30	60	24
	2012	35	44	33	56	22
	2017	28	46	31	64	21
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	21	24	41	47	21
	2012	12	16	36	37	17
	2017	10	13	29	39	16
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	3	0	42	22	11
	2012	1	2	46	16	8
	2017	4	1	42	11	12
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	2	2	26	5	9
	2012	0	1	24	5	7
	2017	0	2	22	7	8
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	1	1	36	9	3
	2012	2	1	36	8	2
	2017	0	2	33	6	2
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	6	23	11	4
	2012	2	7	39	14	4
	2017	2	3	32	12	4

Kontakter med Försäkringskassan

Andelen läkare som hade kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per vecka var mindre år 2012 (7 %), jämfört med 2008 (9 %) och 2017 (12 %) (Figur 95). Resultatet visar en tydlig minskning från 2008 (32 %) till 2017 (23 %) i andelen som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan. Andelen som svarade att de någon gång per månad hade denna kontakt ökade från 21 till 30 procent mellan 2008 och 2017.



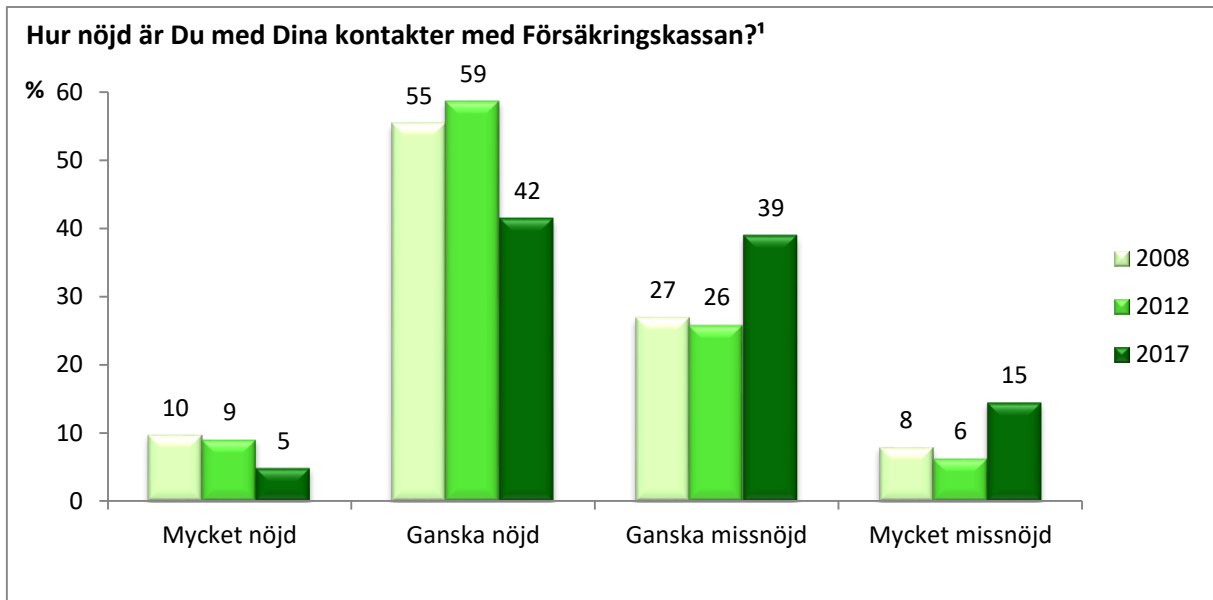
Figur 95. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

Frekvensen av kontakter med Försäkringskassan varierar mellan de fem typerna av kliniska verksamheter och det var en betydligt mindre andel som 2017 än tidigare år som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig har sådan kontakt (Tabell 47). Störst skillnad mellan åren i andel som aldrig hade kontakt med Försäkringskassan finns inom ortopedi (36 % 2008; 14 % 2012; 7 % 2017). Inom övriga klinikgrupper var det en halvering eller mer av andelen som inte har kontakt med Försäkringskassan.

Tabell 47. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta har Du kontakt med Försäkringskassan?	Enkätår	Minst någon gång per vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	2008	1	6	34	60
	2012	1	14	44	40
	2017	5	13	52	31
Ortopedi	2008	4	17	43	36
	2012	6	29	50	14
	2017	11	49	34	7
Psykiatri	2008	26	31	29	14
	2012	22	43	25	10
	2017	28	39	26	7
Vårdcentral	2008	9	43	38	10
	2012	7	42	42	9
	2017	19	50	26	5
Övriga läkare	2008	7	10	34	49
	2012	4	10	35	50
	2017	5	16	41	38

En fråga handlade om hur nöjd läkaren var med kontakten med Försäkringskassan. I Figur 96 har de läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig har några kontakter med Försäkringskassan exkluderats. Av dem som hade kontakter med Försäkringskassan, var majoriteten mycket eller ganska nöjda dock var andelen nöjda betydligt mindre år 2017 än tidigare enkätår (65 % 2008; 68 % 2012; 47 % 2017).



Figur 96. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.

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

I Tabell 48 redovisas ovanstående resultat uppdelat på de fem typerna av klinisk verksamhet. Inom gynekologi var det en mindre andel som svarade att de var mycket eller ganska nöjda, för varje år; 9 procentenheter mindre år 2017 jämfört med 2008. För övriga klinikgrupper uppgav störst andel år 2012 att de var mycket eller ganska nöjda. Den ökning som kan ses från 2008 till 2012 byttes mot en betydande minskning av andelen nöjda år 2017. Störst skillnad mellan 2012 och 2017 var det bland vårdcentralsläkarna (66 % 2012; 32 % 2017) och minst för gruppen övriga läkare (70 % 2012; 58 % 2017).

Tabell 48. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur nöjd är Du med Dina kontakter med Försäkringskassan? ¹	Enkätår	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
Gynekologi	2008	9	53	24	14
	2012	6	50	33	11
	2017	6	47	38	10
Ortopedi	2008	5	45	35	15
	2012	8	59	27	7
	2017	2	45	40	12
Psykiatri	2008	13	54	27	6
	2012	12	60	25	3
	2017	6	43	39	11
Vårdcentral	2008	7	54	31	7
	2012	7	59	27	7
	2017	2	30	47	21
Övriga läkare	2008	11	58	23	7
	2012	11	59	24	6
	2017	8	50	31	11

¹De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

På frågan om vilka typer av svårigheter som läkarna upplevde i kontakter med Försäkringskassan var det första svarsalternativet att inte uppleva några svårigheter. Ungefär en tredjedel upplevde inte några svårigheter år 2008 (36 %) respektive 2012 (33 %) – den andelen var mindre (23 %) år 2017 (ej i figur). I Figur 97 visas 15 specifika potentiella svårigheter i kontakten med Försäkringskassan som listades i de tre enkäterna – två av dem fanns inte med 2008.⁴

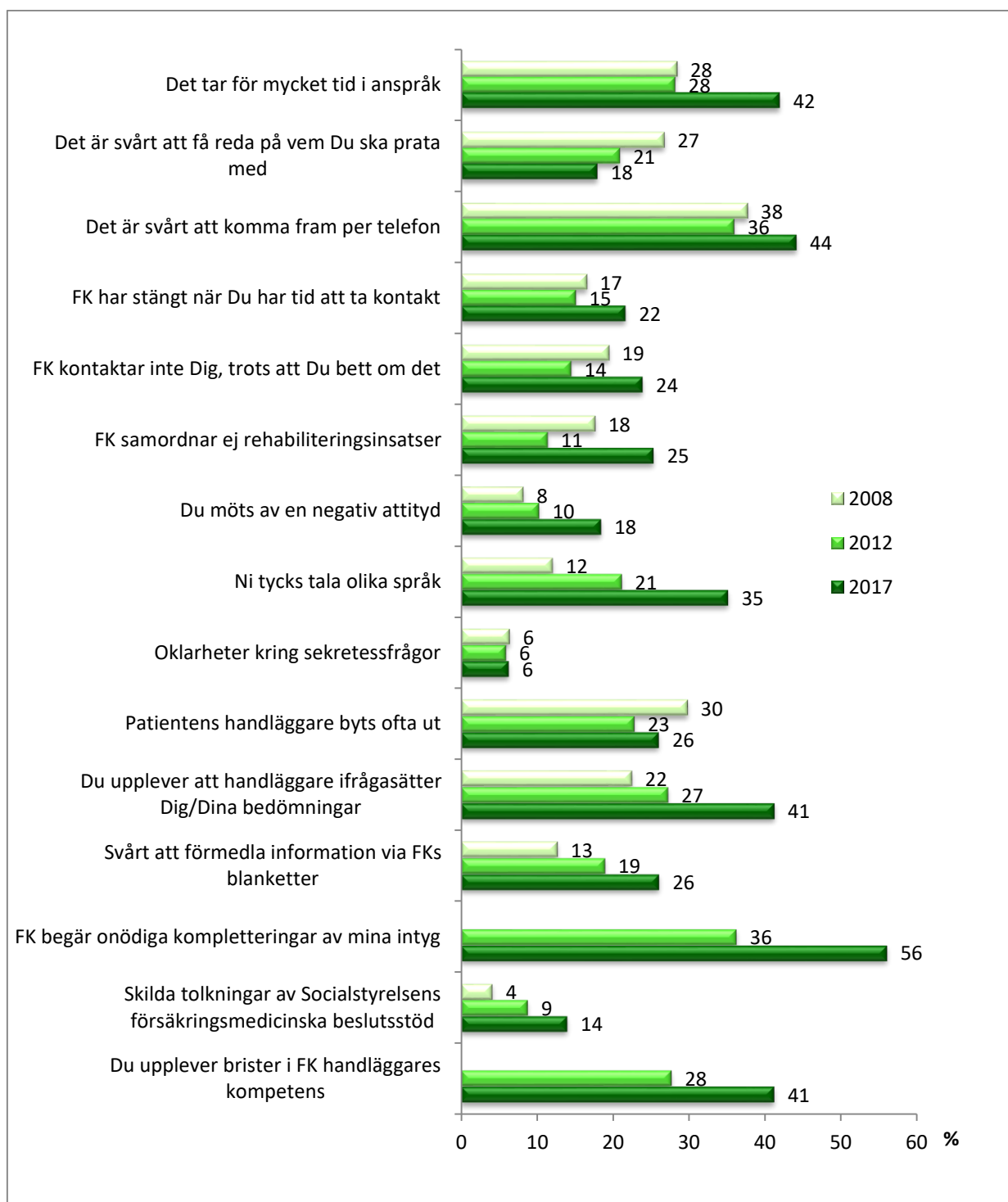
År 2017 upplevde en femtedel av läkarna att det var svårt att få reda på vem på Försäkringskassan de ska prata med. Detta var den enda typ av svårighet där andelen som upplevde någon av svårigheterna minskade 2017, jämfört med en femtedel 2012 och knappt en tredjedel 2008.

En liten andel (6 %) upplevde oklarheter kring sekretessfrågor som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan. Den andelen var lika stor all tre enkätåren.

För de övriga listade typerna av svårigheter var andelen som upplevde dem störst år 2017. För de flesta typer av svårigheter fanns det en stegvis ökning av andelen som upplevde detta för varje enkätår.

Den svårighet, av samtliga 14 listade svårigheter, som störst andel upplevde 2017 var att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg (56 %), en ökning från 36 procent 2012. I enkäten 2008 fanns inte denna typ av svårighet listad. De svårigheter som drygt 40 procent uppgav år 2017 var att kontakten med Försäkringskassan "tar för mycket tid i anspråk" (42 %) och att "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" (41 %). För det senare svarsalternativet var det en stor ökning, en fördubbling, i andel som angav det (22 % år 2008; 27 % år 2012; 41 % år 2017). Ökningen var även stor för andelen som upplevde att "ni tycks tala olika språk", en tredubbling (12 % 2008; 21 % 2012; 35 % 2017).

⁴ Svarsalternativet 'Annat' redovisas inte i figuren.



Figur 97. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2008, 2012 respektive 2017.

I Tabell 49 redovisas andelen läkare som en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att Försäkringskassans handläggare ifrågasätter deras bedömning, för var och en av de fem typerna av kliniska verksamheter. Störst andel läkare som upplevde detta var vårdcentralsläkare (36, 37, 60 % år 2008, 2012 respektive 2017). Den största förändringen skedde mellan år 2012 och 2017 vilket visar sig även för övriga klinikgrupper utom gynekologi där den andelen var störst år 2012 (Tabell 49). Inom psykiatri ökade andelen från 26 till 51 procent från 2008 till 2017. det vill säga, en fördubbling.

Tabell 49. Andel (%) läkare som upplevde att handläggare ifrågasätter deras bedömning var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar		
	2008	2012	2017
Gynekologi	25	38	36
Ortopedi	19	22	39
Psykiatri	26	39	51
Vårdcentral	36	37	60
Övriga läkare	14	18	27

Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet

I enkäterna efterfrågades vilket värde läkarna ansåg att olika typer av kontakter hade för deras arbete med sjukskrivning av patienter. I Tabell 50 redovisas svaren för detta för fem typer av kontakter. Störst andel läkare svarade att kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakt med läkarkollegor och annan vårdpersonal var av stort värde. Mellan de tre enkätåren ses att för dessa två kontaktalternativ har år 2017 en mindre andel svarat att kontakt med läkarkollegor och annan vårdpersonal har stort värde medan en större andel svarat att kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde. Andelen som upplevde att kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde ökade från 40 procent 2008 till 53 procent 2017. Andelen läkare som svarade att kontakten med kollegor och annan vårdpersonal hade stort värde minskade från 60 procent 2008 till 47 procent 2017, år 2012 var andelen ännu lägre (41 %).

Tabell 50. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	40	43	17
	2012	47	39	15
	2017	53	35	13
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	60	34	6
	2012	41	43	16
	2017	47	41	13
Kontakter med handläggare/utredare på FK	2008	37	44	19
	2012	33	48	19
	2017	37	46	18
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	34	40	26
	2012	29	40	31
	2017	32	39	30
Kontakter med patienters arbetsgivare	2008	22	48	30
	2012	16	42	42
	2017	20	47	33

Uppdelat på de fem typerna av kliniker visar resultatet avseende ovanstående ett liknande mönster som för samtliga; störst andel läkare svarade att kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakt med läkarkollegor och annan vårdpersonal var av stort värde (Tabell 51). Framförallt ansåg vårdcentralsläkarna att de olika typerna av kontakter är av stort värde, samtliga enkätår, tätt följda av läkarna inom psykiatri.

Tabell 51. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	32	25	47	51	35
	2012	41	42	56	57	40
	2017	41	44	60	66	45
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	55	49	67	70	55
	2012	37	38	46	50	35
	2017	38	30	49	55	44
Kontakter med handläggare/utredare på FK	2008	21	14	52	55	28
	2012	23	23	51	47	23
	2017	25	23	48	48	30
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	14	7	52	57	22
	2012	7	4	53	48	17
	2017	6	6	57	49	20
Kontakter med patienters arbetsgivare	2008	12	11	31	27	20
	2012	5	1	26	22	12
	2017	6	6	32	28	16

Hälften av läkarna svarade att "Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten" skulle ha stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet, med liten ökning mellan åren (47 % 2008; 51 % 2012; 51 % 2017) (Tabell 52). För denna faktor var det också minst andel som svarade att det inte hade något värde. En stor och ökande andel svarade varje år att "Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning" (41 % 2008, 50 % 2012, 49 % 2017) skulle ha stort värde. En tredjedel svarade att bättre ersättning för att skriva intyg skulle ha betydelse.

Tabell 52. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	28	39	33
	2012	25	39	36
	2017	18	41	41
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	47	36	17
	2012	51	36	14
	2017	51	34	15
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	41	38	21
	2012	50	32	18
	2017	49	36	15
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	30	31	39
	2012	33	28	40
	2017	32	28	39

I Tabell 53 har ovanstående särredovisats för de fem typerna av kliniska verksamheter. För samtliga grupper svarade en majoritet, utom bland övriga läkare, att bättre information till allmänheten skulle ha stort värde för hög kvalitet. Mellan 50-60 procent av läkarna inom psykiatri och på vårdcentraler svarade att ett verktyg för arbetsförmågebedömning skulle ha stor betydelse.

Tabell 53. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	25	31	30	37	22
	2012	21	28	26	36	19
	2017	17	22	20	22	14
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	49	54	52	60	38
	2012	56	56	50	60	44
	2017	58	52	49	61	44
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	43	34	44	53	34
	2012	48	46	53	64	42
	2017	47	35	60	63	39
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	20	46	35	41	23
	2012	21	42	36	47	25
	2017	30	35	29	45	24

Vad avser specifika sätt att få/bibehålla försäkringsmedicinsk kompetens, så ligger framförallt handledning respektive kurser i försäkringsmedicin högt under samtliga enkätår, cirka en tredjedel ansåg dessa ha stort värde medan en femtedel sade detsamma om skriftlig information (Tabell 54).

Tabell 54. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	33	43	24
	2012	39	40	21
	2017	39	41	20
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	17	55	27
	2012	18	59	23
	2017	23	56	21
Kurser i försäkringsmedicin	2008	32	43	25
	2012	41	41	18
	2017	34	44	22

När ovanstående resultatet delas upp på de fem kliniska verksamheterna framkommer vissa skillnader mellan verksamheterna – dessa skillnader var i de flesta fall likartade över de tre enkätåren (Tabell 55). Framförallt var det läkare inom psykiatri och vid vårdcentraler som tankade de olika sätten för kompetenshöjning högt, framförallt gäller detta handledning, där det även var en stor ökning över åren av andel som ansåg detta. Hälften av dessa två läkargrupper svarade att det skulle ha stort värde. Även inom gynekologi och ortopedi, samt bland övriga läkare skattade en fjärdedel handledning som högt de olika åren. Mönstret var liknande för kurser i försäkringsmedicin. Knappt en tredjedel inom gynekologi, ortopedi och övriga läkare samt drygt 40 procent på vårdcentraler och inom psykiatri ansåg att kurser i försäkringsmedicin hade stort värde. Bland vårdcentralsläkarna fanns den största skillnaden mellan åren; (41 % 2008; 52 % 2012; 42 % 2017).

Tabell 55. Andel (%) läkare som angav stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning för tre sätt att få ökad försäkringsmedicinsk kompetens, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

Följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Handledning	2008	28	24	38	46	26
	2012	31	28	43	51	34
	2017	25	26	48	52	31
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	22	13	26	18	15
	2012	22	13	28	14	19
	2017	22	17	31	22	23
Kurser i försäkringsmedicin	2008	27	29	46	41	26
	2012	34	42	45	52	35
	2017	27	28	45	42	29

I enkäterna år 2012 och 2017 fanns det frågor om hur läkaren värderade att få underlag till sina egna försäkringsmedicinska bedömningar av andra professionella inom hälso- och sjukvården (Tabell 56). Det finns en tydligt större andel 2017 än 2012 som ansåg att underlag från samtliga nämnda professioner skulle ha stort värde. Det är en tydlig ökning vad avser att få detta från såväl fysioterapeuter/arbetsterapeuter som från kuratorer/psykologer, från en tredjedel 2012 till hälften 2017.

Tabell 56. Andel (%) läkare som svarade att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från vissa yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning? Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar av:	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Annan läkare	2012	26	43	31
	2017	41	39	21
Fysioterapeut/arbetsterapeut	2012	34	39	27
	2017	51	32	17
Kurator/psykolog	2012	33	41	27
	2017	48	33	19

Uppdelat på de fem typerna av kliniker visar ovanstående resultatet samma mönster även om det finns skillnader mellan klinikerna (Tabell 57). Sjuttio procent på vårdcentralerna svarade att fysioterapeut/arbetsterapeut samt även kurator/psykolog hade stort värde 2017, större än 2012.

Tabell 57. Andel (%) läkare som svarade att det har stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från vissa yrkesgrupper, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2012 respektive 2017.

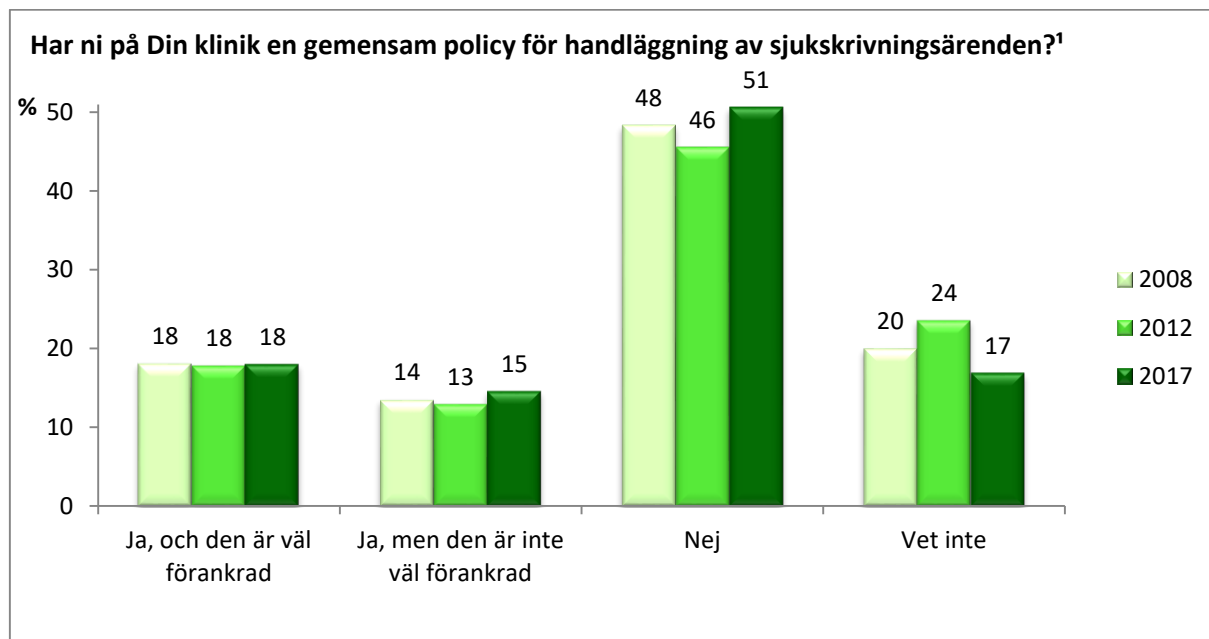
Att få underlag till mina försäkringsmedicinska bedömningar från följande yrkesgrupper har stort värde för hög kvalitet i mitt arbete med sjukskrivning	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Annan läkare	2012	14	22	28	42	18
	2017	32	30	41	58	32
Fysioterapeut/arbetsterapeut	2012	25	25	41	53	24
	2017	36	39	54	70	41
Kurator/psykolog	2012	24	20	37	50	24
	2017	36	26	49	68	39

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

Till organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning av patienter ingår bland annat att ha gemensamma rutiner/policy för sjukskrivningsarbetet och att ha ett stöd från ledningen i det arbetet. En annan organisatorisk förutsättning är att ha tid avsatt för olika delar i sjukskrivningsarbetet.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

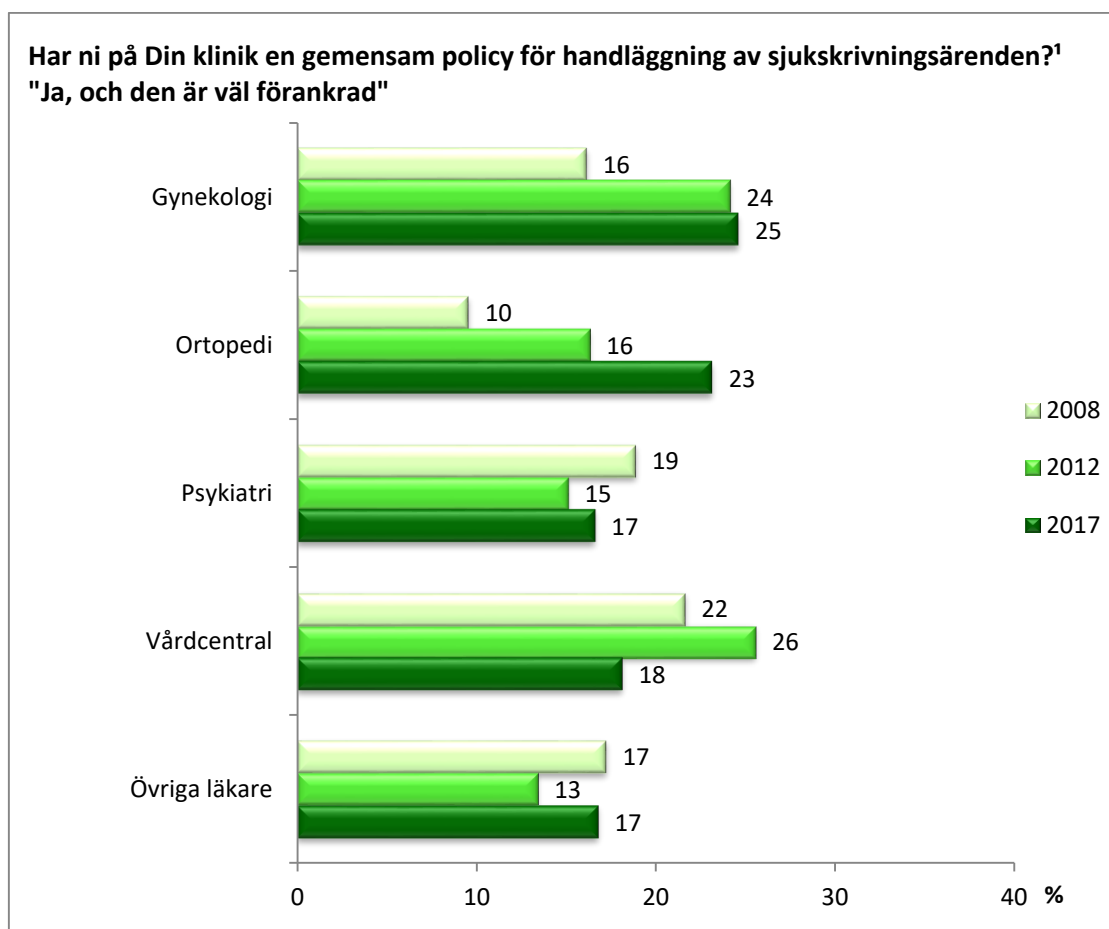
En fråga i enkäten var ”Har ni på Din klinik/mottagning en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden?”. Det fanns inga större skillnader i svaren på denna fråga mellan de tre åren (Figur 98). Varje år svarade knappt en femtedel av läkarna svarade att de hade en väl förankrad policy. År 2017 svarade en något större andel läkare (51 %) att det inte fanns någon policy för sjukskrivningsärenden jämfört med 2012 (46 %) och 2008 (48 %).



Figur 98. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som svarade ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet” har här exkluderats.

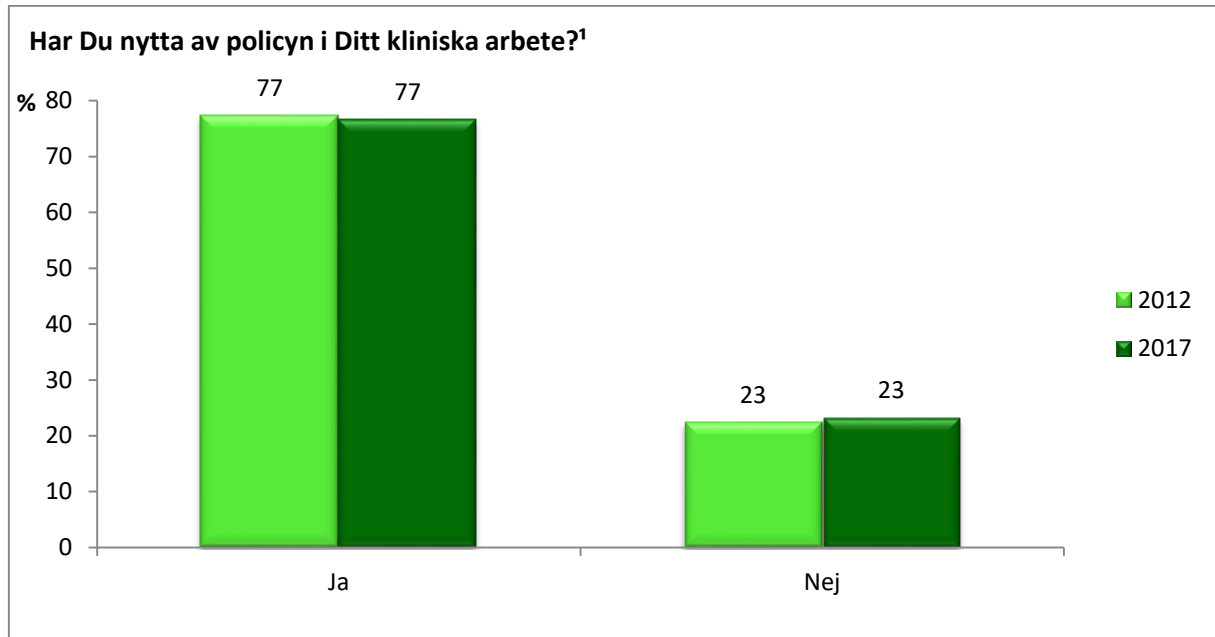
I Figur 99 visar resultatet att det skett en tydlig ökning av andelen som svarat att de har en väl förankrad policy från 10 till 23 procent 2008-2017 inom ortopedi och en mindre ökning inom gynekologi från 16 till 25 procent mellan samma år. Andelen vårdcentralsläkare som svarat att det finns en väl förankrad policy på vårdcentralen har däremot minskat mellan 2012 och 2017 (22 % 2008; 26 % 2012; 18 % 2017).



Figur 99. Andel (%) läkare som svarade att det finns en väl förankrad policy på deras klinik/mottagning, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som svarade "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats.

De läkare som svarat att det fanns en policy, vare sig den var väl förankrad eller inte, fick en följdfråga, nämligen "Har Du nytta av policyn i Ditt kliniska arbete?". Av de läkare som hade en policy svarade 77 procent år 2012 respektive år 2017 att de hade nytta av den i sitt arbete (Figur 100). Den följdfrågan fanns inte med i enkäten 2008.



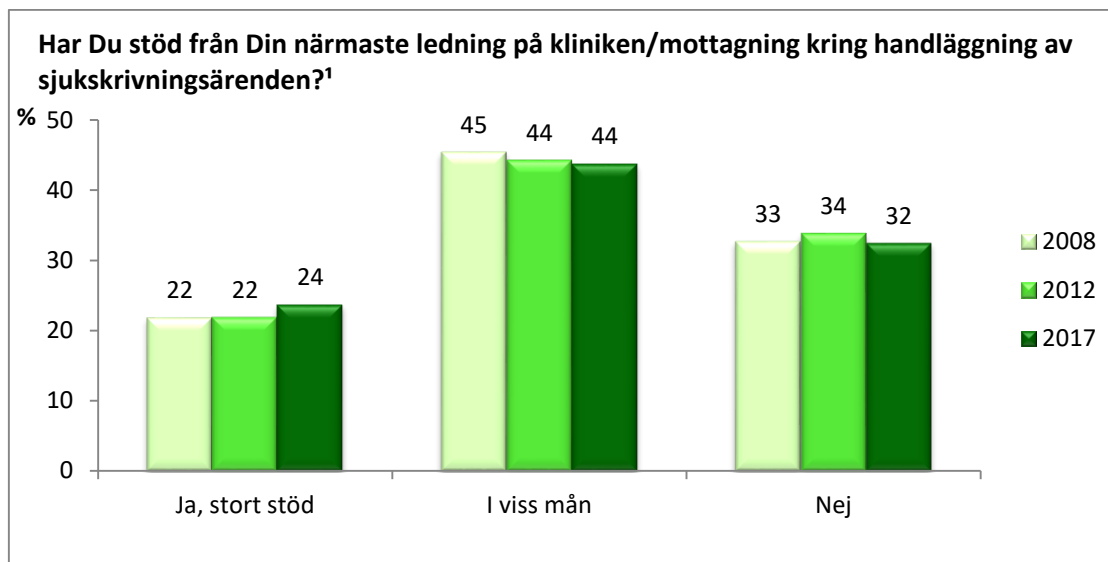
Figur 100. Andel (%) läkare som svarade att de har nytta av policyn i sitt arbete, år 2012 respektive 2017.

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

Stöd från ledningen

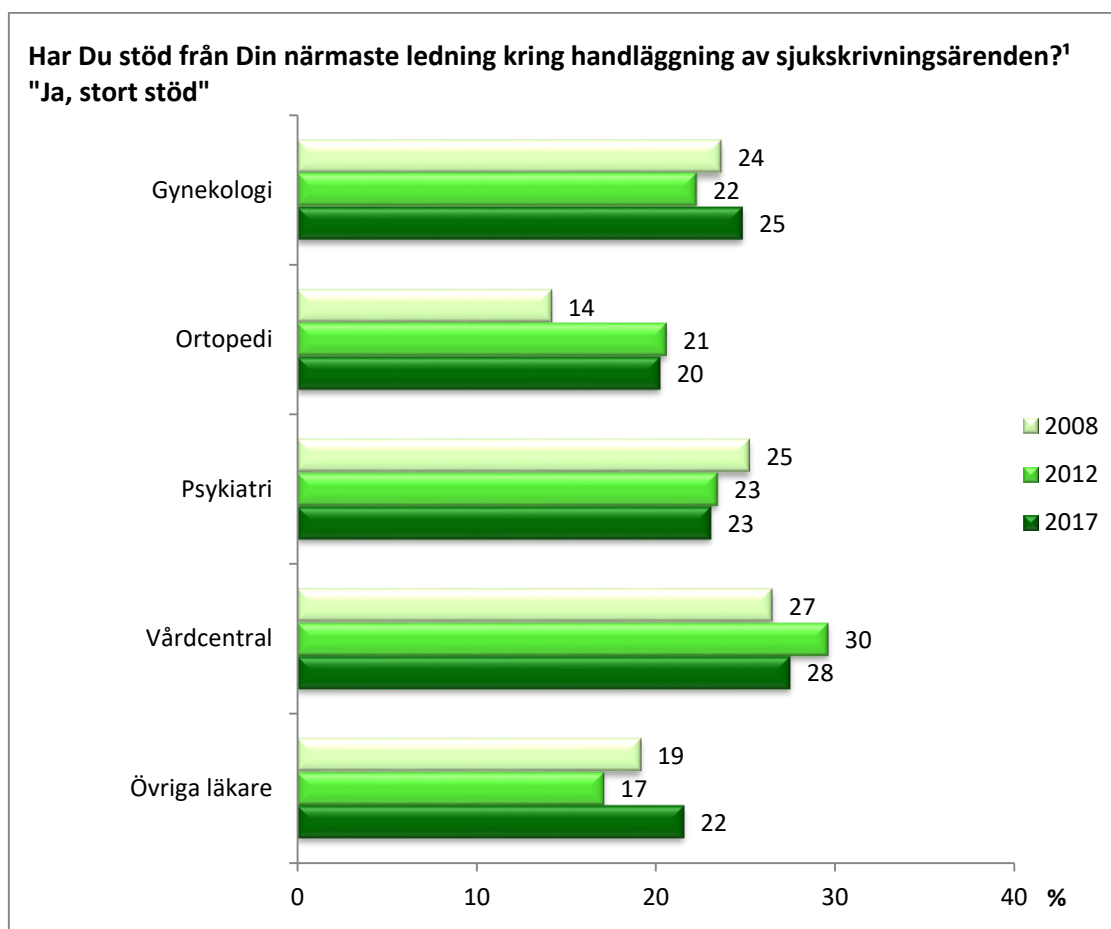
På frågan om att ha stöd från närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden fanns även svarsalternativ att frågan inte var aktuell, *har ingen chef alternativt arbetar inte på klinisk enhet*. Andelen som svarade något av dessa två alternativ minskade mellan 2008, 2012 och 2017 (12 %, 9 % respektive 5 %). I Figur 101 är de som angav något av dessa svarsalternativ exkluderade för att få en större jämförbarhet mellan åren.

Det är i princip inte någon förändring i svarsmönstret mellan åren angående denna fråga. Knappt en fjärdedel upplevde att de hade stort stöd i sitt sjukskrivningsarbete från närmaste ledning, något mindre de två tidigare åren (Figur 101). Omkring en tredjedel svarade att de inte hade något sådant stöd.



Figur 101. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017. ¹De läkare som svarade ”Ej aktuellt, har ingen chef” eller ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinik enhet” har exkluderats.

I Figur 102 är ovanstående resultatet uppdelat på de fem typerna av kliniker. Inte heller här är det någon större skillnad vare sig mellan klinikerna eller över enkätåren. En tredjedel av läkarna på vårdcentralerna, en fjärdedel inom gynekologi och psykiatri, en femtedel inom ortopedi och av övriga läkare svarade att de hade stort stöd av ledningen. Den enda större skillnaden mellan enkätåren var inom ortopedi där andelen med stort stöd ökade från 14 procent 2008 till 21 procent 2012.



Figur 102. Andel (%) läkare som svarat att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som svarade "Ej aktuellt, har ingen chef" eller "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinik enhet" har exkluderats.

Tid till arbete med sjukskrivning

Enkäterna innehöll flera frågor kring tidsbrist i arbetet med sjukskrivningar. Andel läkare som upplevde olika typer av tidsbrist i detta arbete ökade för vart och ett av de tre åren. Var tredje läkare upplevde tidsbrist dagligen när det gäller patientrelaterad tid respektive egen kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden (Tabell 58). En femtedel av läkarna upplevde dagligen tidsbrist när det gäller tid med patienten år 2008 (21 %) och 2012 (21 %) med en ökning till 29 procent 2017.

Tabell 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

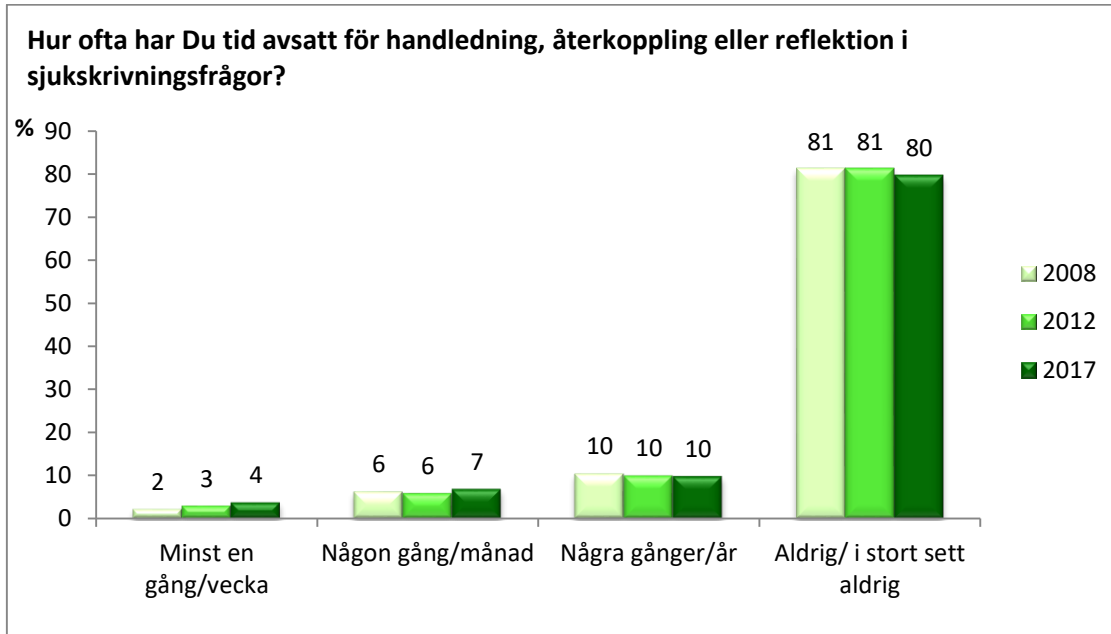
Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	21	31	17	10	21
	2012	21	32	19	11	17
	2017	29	32	16	9	14
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	30	28	17	10	14
	2012	28	30	19	11	12
	2017	36	30	15	10	10
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	32	20	15	13	19
	2012	28	21	18	14	20
	2017	33	21	15	12	18

I Tabell 59 redovisas ovanstående för de fem olika typerna av kliniker, vad avser andel angivet detta för minst varje vecka. Över 70 procent av läkarna inom ortopedi upplevde tidsbrist varje vecka både vad avser tid med patienten och för patientrelaterad tid under alla tre enkätåren. Vårdcentralsläkare låg på motsvarande nivåer som ortopedier tidigare enkätår, men andelen ökade kraftigt från 2012 till 2017. För tid med patienten ökade andelen från 72 procent 2008 till 87 procent 2017 och för patientrelaterad tid från 74 procent 2008 till 89 procent 2017.

Tabell 59. Andel (%) läkare som upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning minst en gång i veckan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

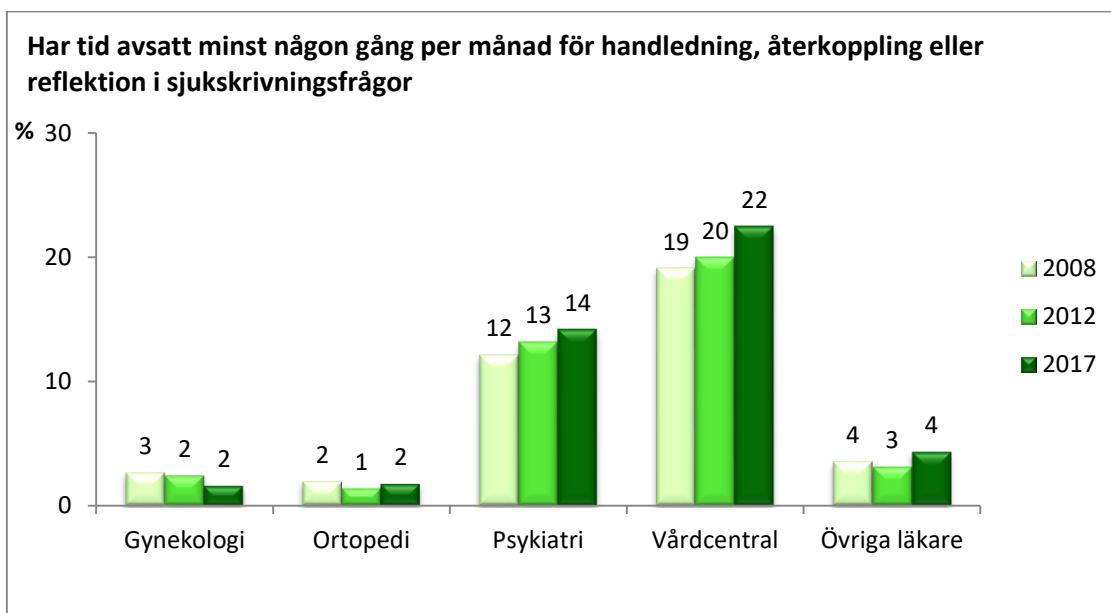
Andel läkare som har tidsbrist i sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka när det gäller...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... tid med patienten?	2008	51	72	56	72	40
	2012	55	76	59	70	40
	2017	51	77	66	87	42
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	48	76	69	74	48
	2012	56	78	69	71	46
	2017	53	77	77	89	49
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	45	68	63	65	44
	2012	48	59	58	58	40
	2017	45	57	64	73	42

Det fanns inga större skillnader mellan åren när det gäller tid avsatt för kompetensutveckling, handledning, reflektion, återkoppling etc i sjukskrivningsfrågor (Figur 103). Fyra femtedelar av läkarna hade aldrig tid avsatt för detta.



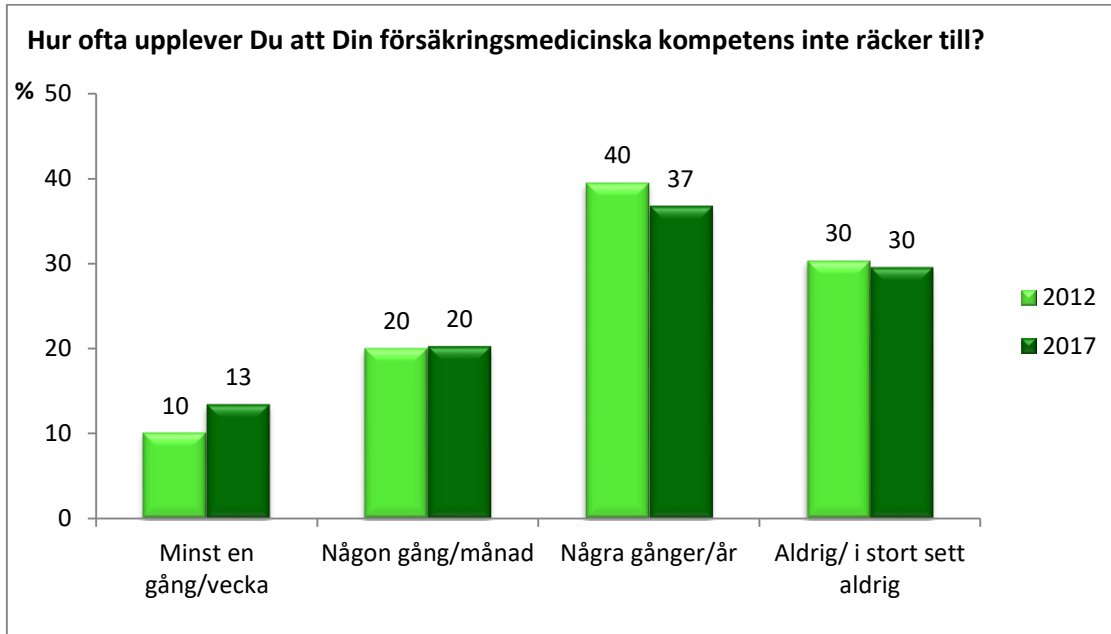
Figur 103. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 104 visas ovanstående resultat för de som har tid avsatt minst någon gång per månad kompetensutveckling, handledning, reflektion, återkoppling etc i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på de fem olika typerna av klinisk verksamhet. Störst andel som hade detta var vårdcentralsläkarna, en femtedel hade detta och andelen hade ökat något över enkätåren från 19 procent 2008 till 22 procent 2017. Minst andel som hade tid avsatt var inom ortopedi och gynekologi; två procent 2017.



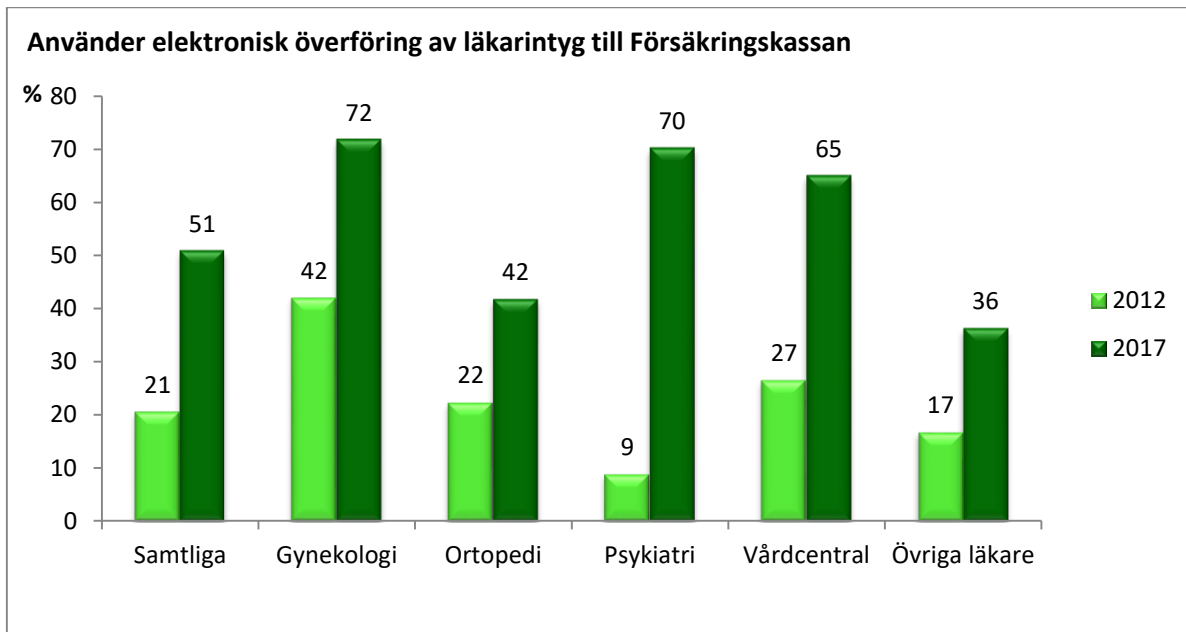
Figur 104. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 105 redovisas svar på frågan om hur ofta läkaren upplever att dennes försäkringsmedicinska kompetens inte räcker. En liten ökning av andelen som upplevde detta minst en gång i veckan framkom. En tredjedel svarade att de aldrig upplever detta.



Figur 105. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, år 2012 respektive 2017.

Införande av system för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan har varit senare i Stockholm än i övriga landet. År 2017 använde endast hälften (51 %) av läkarna detta system, vilket är en stor ökning från 2012 (Figur 106). Gynekologi (72 %), psykiatri (70 %) och vårdcentraler (65 %) är de typer av kliniska verksamheter där störst andel använde sådan överföring.



Figur 106. Andel (%) läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på fem typer av kliniker, år 2012 respektive 2017.

Bland dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg, hade mer än 90 procent detta integrerat med journalsystemet inom samtliga fem typer av kliniska verksamheter (Tabell 60).

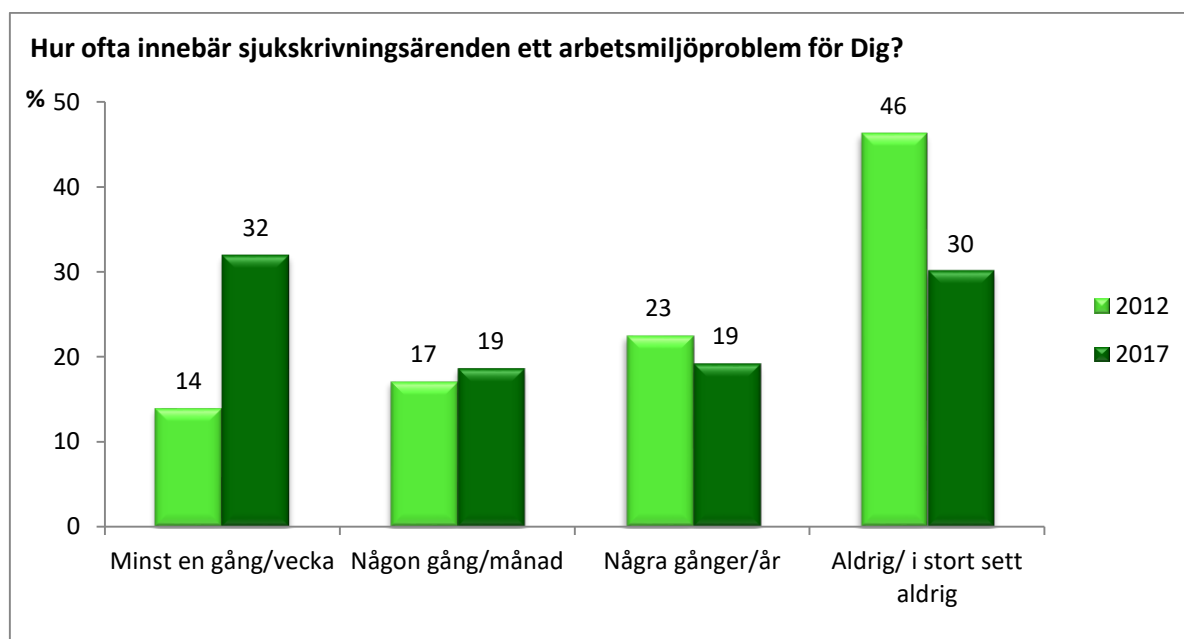
Tabell 60. Andel (%) läkare, av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg, som hade det systemet integrerat med sitt journalsystem, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2012 respektive 2017.

Är elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt integrerat med Ditt journalsystem? ¹	Enkätår	Ja	Nej	Vet ej
Gynekologi	2012	94	3	2
	2017	97	2	1
Ortopedi	2012	94	0	6
	2017	93	5	1
Psykiatri	2012	93	3	3
	2017	96	2	2
Vårdcentral	2012	96	3	2
	2017	95	3	2
Övriga läkare	2012	92	5	3
	2017	91	4	5
Samtliga	2012	94	4	3
	2017	94	3	3

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

Arbetsmiljöproblem

I fördjupningsstudier efter 2004 års enkätstudie framkom att arbetet med sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem av en del läkare. Frågor om detta infördes därför i de tre kommande enkäterna, frågorna hade något olika utformning. I Figur 107 redovisas svar på frågan om frekvens av att uppleva sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem år 2012 och 2017. Andelen som svarade att de minst en gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem var 14 procent 2012 och 32 procent 2017, det vill säga, mer än en fördubbling. Andelen som svarade nej/aldrig/i stort sett aldrig på frågan minskade från 46 procent 2012 till 30 procent 2017.



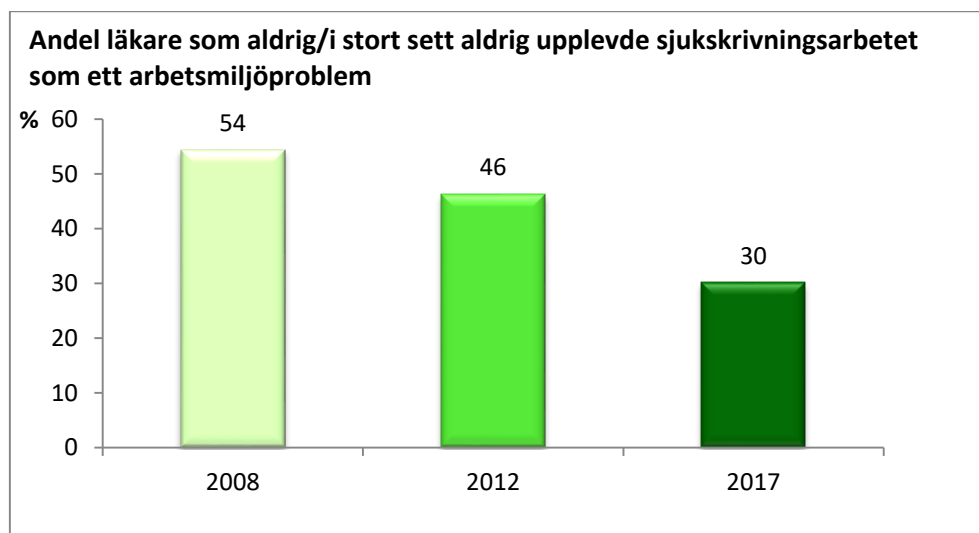
Figur 107. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2012 respektive 2017.

Resultatet i figuren ovan visas även uppdelat på de fem typerna av kliniker i Tabell 61. En större andel 2017 jämfört med 2012 upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka i samtliga klinikgrupper. Störst andel som svarade 1-5 ggr per vecka och minst 6 gånger per vecka var på vårdcentralerna där det även var störst ökning från 2012 till 2017. Endast 5 procent av vårdcentralsläkarna upplevde aldrig detta 2017, en omfattande minskning från 24 procent enkäten innan.

Tabell 61. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2012 respektive 2017.

Hur ofta innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?	Enkätår	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	2012	4	8	19	22	47
	2017	5	14	19	23	39
Ortopedi	2012	7	20	21	22	30
	2017	11	24	27	17	21
Psykiatri	2012	10	13	21	20	35
	2017	19	25	19	18	18
Vårdcentral	2012	5	16	27	28	24
	2017	22	38	23	12	5
Övriga läkare	2012	2	5	10	20	62
	2017	6	8	15	24	48

För samtliga tre enkätår fanns ett svarsalternativ om att aldrig/i stort sett aldrig uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem. I Figur 108 framgår att andelen som inte gjorde detta minskat hälften till en tredjedel och att den största minskningen var mellan 2012 och 2017 (54 % 2008, 46 % 2012, 30 % 2017).



Figur 108. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden *aldrig* innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Tabell 62 visas motsvarande uppdelat på de fem typerna av kliniska verksamheter. Andelen som aldrig upplevde detta minskade med mellan 17-25 procentenheter mellan 2008 och 2017 i samtliga typer av kliniker. Andelarna var läst redan 2008 bland vårdcentralsläkarna och minskade betydligt där.

Tabell 62. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden *aldrig* innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.

	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
Andel läkare som aldrig/i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsarbetet som ett arbetsmiljöproblem	2008	56	38	45	30	70
	2012	47	30	35	24	62
	2017	39	21	18	5	48

Sammanfattning jämförelsen 2017-2012-2008

Andelen läkare med olika frekvens av sjukskrivningsärenden förändrades inte mer än marginellt mellan de tre enkätåren. Skillnaderna var dock stora mellan de olika typerna av kliniska verksamheter när det gäller andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan. Inom de flesta verksamheter fanns det en minskning i andel mellan 2008 och 2012 och sedan viss ökning igen år 2017. Inom rehabilitering, smärtmottagningar och vårdcentraler var ökningen störst i andel läkare med sjukskrivningsärenden minst 6 ggr/vecka, med 10 procentenheter större andel år 2017 jämfört med 2012. Samtliga enkätår var andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka störst inom ortopedi, smärtmottagning, rehabilitering och företagshälsovård.

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska hade ökat 2017 (42 %) jämfört med 2012 (30 %) och 2008 (31 %). De största ökningarna mellan 2012 och 2017 var inom psykiatri (41 % 2012; 60 % 2017) och på vårdcentraler (45 % 2012; 75 % 2017). Det var också inom dessa två verksamheter som andelen som upplevde sjukskrivningsärendena som mycket eller ganska problematiska, ökade mest (58 % 2008; 81 % 2017 på vårdcentraler och 45 % 2008; 63 % 2017 inom psykiatri).

Det fanns inte något tydligt mönster över enkätåren avseende vilka situationer läkare upplevde som problematiska i sjukskrivningsarbetet. En stor andel ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att bedöma arbetsförmåga (54 % 2008; 54 % 2012; 59 % 2017) och främst för patienter utan arbete (62 % 2012; 65 % 2017) (frågan fanns ej 2008). Den största skillnaden mellan enkätåren gäller andelen läkare som upplevde det mycket eller ganska problematiskt att "handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg" (48 % 2008; 47 % 2012; 58 % 2017). En större andel läkare 2017 (50 %) jämfört med 2008 (44 %) och 2012 (43 %) svarade också att det var mycket eller ganska problematiskt att "hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig".

Mellan tre och sju procent av läkarna upplevde någon typ av oro eller hot minst någon gång i månaden i samband med sjukskrivningsärenden de olika åren, men drygt 80 procent kände sig aldrig/i stort sett aldrig hotad av en patient. Omkring 90 procent var aldrig/i stort sett aldrig orolig för att bli anmälda av en patient eller att en patient skulle byta läkare 2008 och 2012. Den andelen var något mindre 2017; 84 procent.

Under alla tre enkätår mötte knappt hälften av läkarna varje månad patienter som önskade sjukskrivning av annan anledning än arbetsförmåga på grund av sjukdom/skada. Mellan 54 och 70 procent av läkarna svarade de tre enkätåren att de aldrig/i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning/behandling hos externa aktörer och 30-35 procent sjukskrev aldrig längre på grund av väntetider till behandling eller till utredning inom sjukvården.

I jämförelsen av svar om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) ökade den mer frekventa användningen, en gång i veckan eller oftare, tydligt med 16 procentenheter från 2008 till 2017 (10 % 2008; 21 % 2012; 26 % 2017). En förbättring mellan enkätåren kunde också ses i att andelen som inte alls upplevde det som problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB:s rekommendationer ökade från 21 procent 2008 till 26 procent 2017. Bland vårdcentralsläkarna var andelen som upplevde det som problematiskt att skriva intyg med stöd av FMB störst (ca 50 % alla tre åren).

När det gällde olika kontakter i sjukskrivningsarbetet, svarade en majoritet av läkarna (mellan 58 och 78 %) samtliga tre enkätår, att de aldrig/i stort sett aldrig har kontakt med patientens arbetsgivare, socialtjänsten eller Arbetsförmedlingen eller deltar i avstämningsmöten kring patientens sjukskrivning.

Andelen som ofta hade kontakt med Försäkringskassan ökade från 2008 till 2017 och majoriteten (65-68 %) av de läkare som hade kontakt var ganska eller mycket nöjda med kontakten år 2008 och 2012; denna andel hade minskat till 47 procent 2017. För frågan om vilka typer av svårigheter som upplevdes i kontakten med Försäkringskassan framkom en tydlig ökning mellan enkätåren avseende ett flertal av de listade smöjligen svårigheterna. Exempel är ”det tar för mycket tid i anspråk” (28 % 2008; 28 % 2012; 42 % 2017), att ”Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser” (18 % 2008; 11 % 2012; 25 % 2017), att ”ni tycks tala olika språk” (12 % 2008; 21 % 2012; 35 % 2017), att ”handläggare ifrågasätter mig/mina bedömningar” (22 % 2008; 27 % 2012; 41 % 2017), att ”det är svårt att förmedla information via Försäkringskassans blanketter” (13 % 2008; 19 % 2012; 26 % 2017) samt ”skilda tolkningar av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (4 % 2008; 9 % 2012; 14 % 2017). Två av svårigheterna fanns endast i enkätåren 2012 och 2017 – även för dem har en förändring skett: ”FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg” (36 % 2012; 56 % 2017) och ”Du upplever brister i handläggares kompetens” (28 % 2012; 41 % 2017). Sett över de tre enkätåren 2008-2012-2017 minskade dock andelen läkare som svarade att de upplevt svårigheten att ”få reda på vem du ska prata med” (27 % 2008; 21 % 2012; 18 % 2017).

Det var en betydligt större andel år 2017 än 2012 som ansåg att underlag från andra professioner skulle ha stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet, medan de som ansåg att kontakt med andra läkarkollegor har ett stort värde minskade från 60 procent 2008 till 47 procent 2017. Det är en tydlig ökning vad avser att få underlag från såväl fysioterapeuter/arbetsterapeuter som från kuratorer/psykologer, från en tredjedel 2012 till hälften av läkarna 2017. Den typ av kontakt som ansågs ha störst värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet var kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens; andelen som ansåg detta ökade över enkätåren (40 % 2008; 47 % 2012; 53 % 2017). Andra faktorer som ansågs ha stort värde var att ha ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning (41 % 2008; 50 % 2012; 49 % 2017) och bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (47% 2008; 51 % 2012; 51 % 2017). Mellan trettio till fyrtio procent ansåg samtliga tre enkätår att handledning och kurser i försäkringsmedicin skulle ha stort värde för deras arbete med sjukskrivningar.

Avseende organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar, fanns det inga större skillnader i svaren över de tre enkätåren, vare sig angående förekomst av en gemensam rutin/policy för sjukskrivningsärenden (varje år hade en femtedel en väl förankrad policy) eller i andel som hade stort stöd (22-24 %) från sin närmaste ledning när det gäller sjukskrivningar. Hälften, störst andel 2017 (51 %) hade ingen policy och drygt en tredjedel svarade att de inte hade något stöd från närmaste ledning. Detta bör ses i relation till att ett övergripande mål med sjukskrivningsmiljarderna har varit att stärka hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med sjukskrivning av patienter. Den största ökningen mellan enkätåren av andel med stort stöd var inom ortopedi (14 % 2008; 21 % 2012; 20 % 2017).

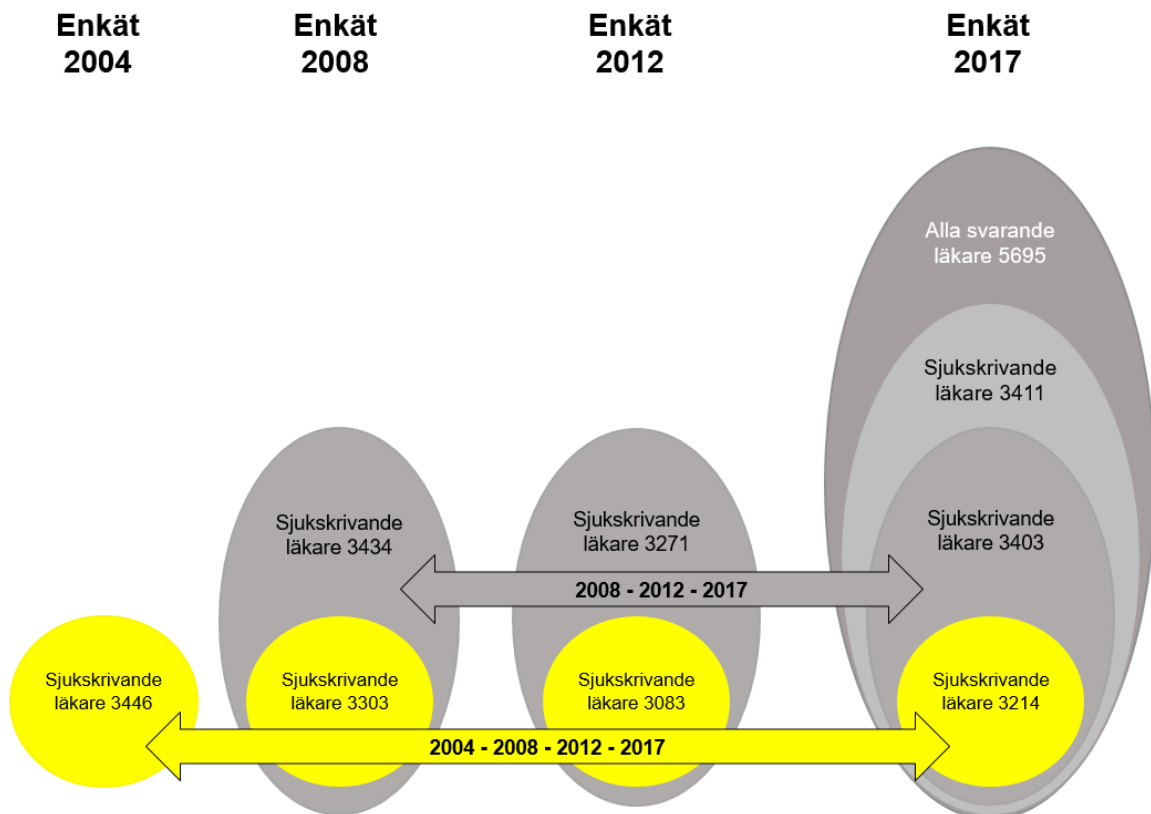
En annan organisatorisk förutsättning är tid, för patientkontakter, för kontakter med andra i sjukskrivningsärenden och för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. En tredjedel av läkarna upplevde tidsbrist i detta dagligen och andelarna som gjorde det ökade något över tid.

Andelen läkare som *inte* upplevde att sjukskrivningsarbete innebar ett arbetsmiljöproblem minskade från knappt hälften till en tredjedel över enkätåren (54 % 2008, 46 % 2012; 30% 2017).

I Stockholms län svarade hälften av läkarna år 2017 att de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Detta kan jämföras med läkarna i övriga Sverige, där 90 procent gör detta.

4.

Svar från sjukskrivande läkare <65 år i Stockholm 2017-2012-2008-2004



4. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008-2004

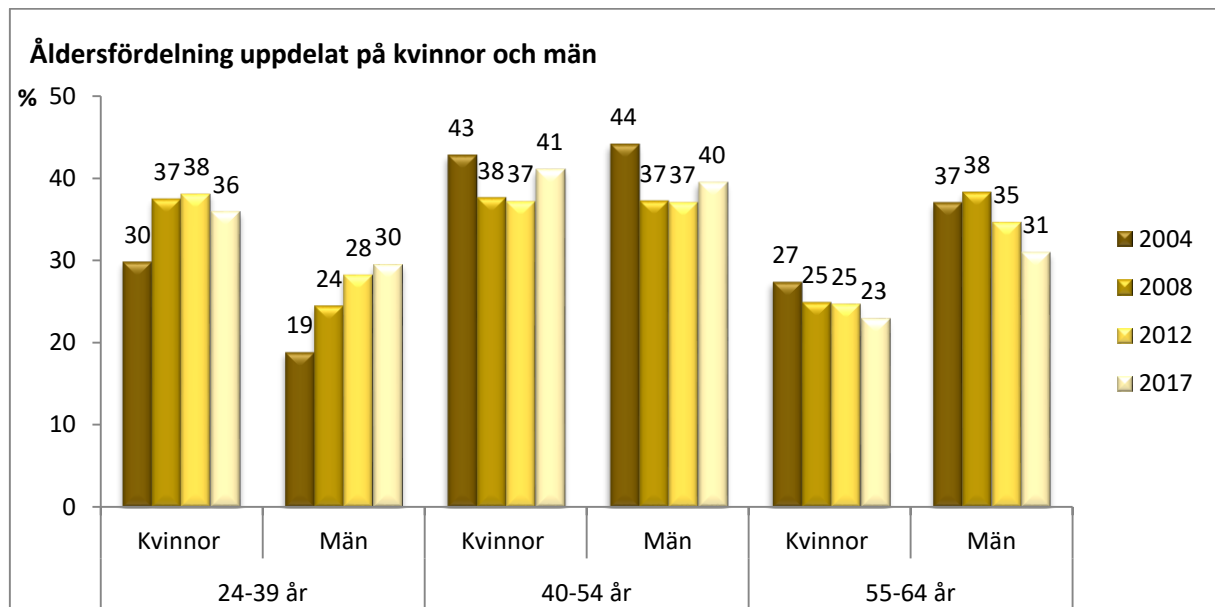
I denna tidsserieanalys ingår enkätsvar från sjukskrivande läkare som huvudsakligen arbetade i Stockholms län och som var yngre än 65 år när de besvarade enkäten år 2004, 2008, 2012 respektive 2017. Jämförelsen baseras på svar på de 48 frågor som ingått i samtliga fyra enkätären.

I Tabell 63 ges en sammanställning av några bakgrundsfaktorer för de sjukskrivande läkarna som ingick i analysen respektive enkätår. Andelen kvinnor och andelen yngre blev successivt något större mellan enkätären samtidigt som andelen specialistutbildade minskade något. I Figur 109 presenteras åldersfördelningen respektive enkätår även uppdelat på kön och i Figur 110 uppdelat på utbildningsnivå.

Tabell 63. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2004-2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade.

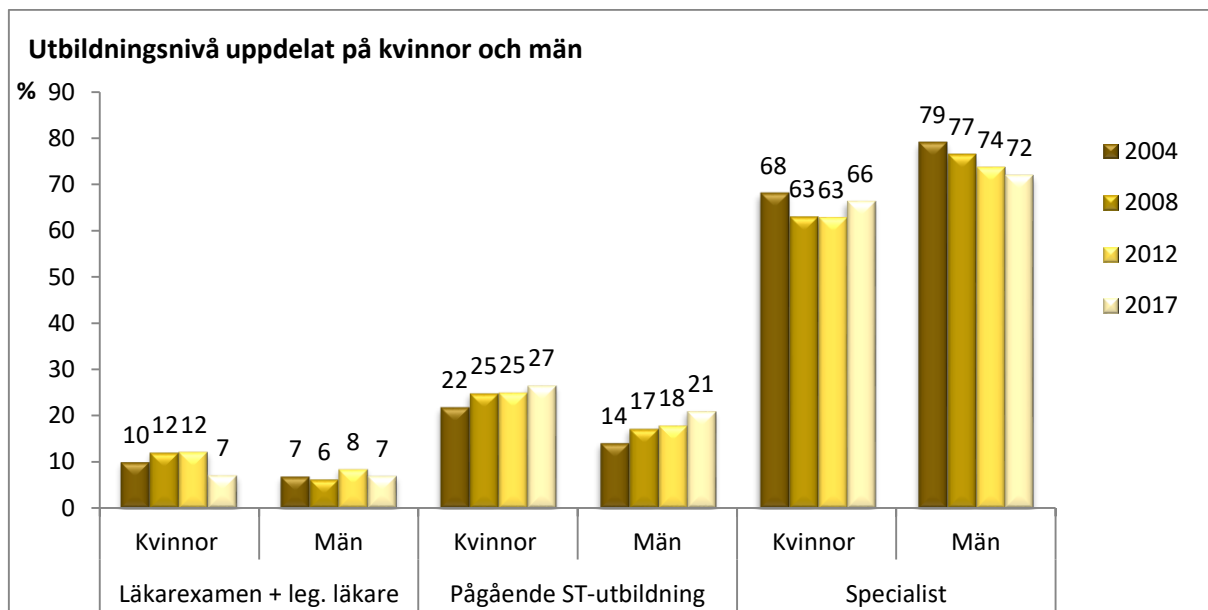
Enkätår	Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-64 år %	Specialistutbildade %
2004	3446	52	25	43	32	73
2008	3303	54	31	37	31	69
2012	3083	55	34	37	29	68
2017	3214	56	33	40	27	69

Den största skillnaden i åldersfördelning mellan enkätären är den bland män 24-39 år, 19-30 % (Figur 109). Skillnader i åldersfördelningen mellan åren var generellt mindre bland kvinnor än bland män.



Figur 109. Åldersfördelningen (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andel specialister bland män minskade kontinuerligt något från 79 % år 2004 till 72 % 2017 samtidigt som andelen med pågående ST-utbildning ökade från 14 % till 21 % (Figur 110). Dessa förändringar var de största när det gäller utbildningsnivå. Bland kvinnor var skillnaderna mellan enkätären mindre.



Figur 110. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

År 2004 svarade en tredjedel av läkarna (32 %) att de huvudsakligen arbetade vid "Annan klinik" än de som listats i frågeformuläret. I de senare enkäterna (2008, 2012, 2017) listades därför fler olika typer av kliniker/mottagningar som svarsalternativ. I denna jämförelse, där resultat redovisas uppdelat på kliniker/mottagningar, har de tillagda klinikerna/mottagningarna hänförs till kategorin "Annan klinik". Andel i kategorin "annan klinik" var störst 2004 (32 %) för att därefter minska 2008 (23 %) och sedan ligga på något lägre andel (Tabell 64). Vad avser andel av de sjukskrivande läkare som svarat att de arbetar vid en specifik typ av klinik, har andelen vårdcentralsläkare varit störst varje enkätår och blivit något större över åren (23 % 2004, 26 % 2008, 29 % 2012, 30 % 2017).

Tabell 64. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare vid olika typer av kliniker/mottagningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Klinik/mottagning	2004		2008		2012		2017	
	Antal	Andel (%) ¹	Antal	Andel (%) ¹	Antal	Andel (%) ¹	Antal	Andel (%) ¹
Företagshälsovård	106	3	107	3	62	2	69	2
Gynekologi	236	7	223	7	195	6	189	6
Invärtesmedicin	302	9	409	12	407	13	365	11
Kirurgi	245	7	303	9	298	10	271	8
Onkologi	92	3	98	3	95	3	77	2
Ortopedi	146	4	155	5	142	5	166	5
Psykiatri	365	11	337	10	302	10	330	10
Rehabilitering	47	1	52	2	39	1	54	2
Vårdcentral	795	23	855	26	879	29	958	30
Annan klinik/mottagning	1091	32	752	23	654	21	726	23
Har ej svarat på frågan om kliniktilhörighet	21	1	12	<0,5	10	<0,5	9	<0,5
Samtliga läkare	3446	100	3303	100	3083	100	3214	100

¹ Kolumnprocent

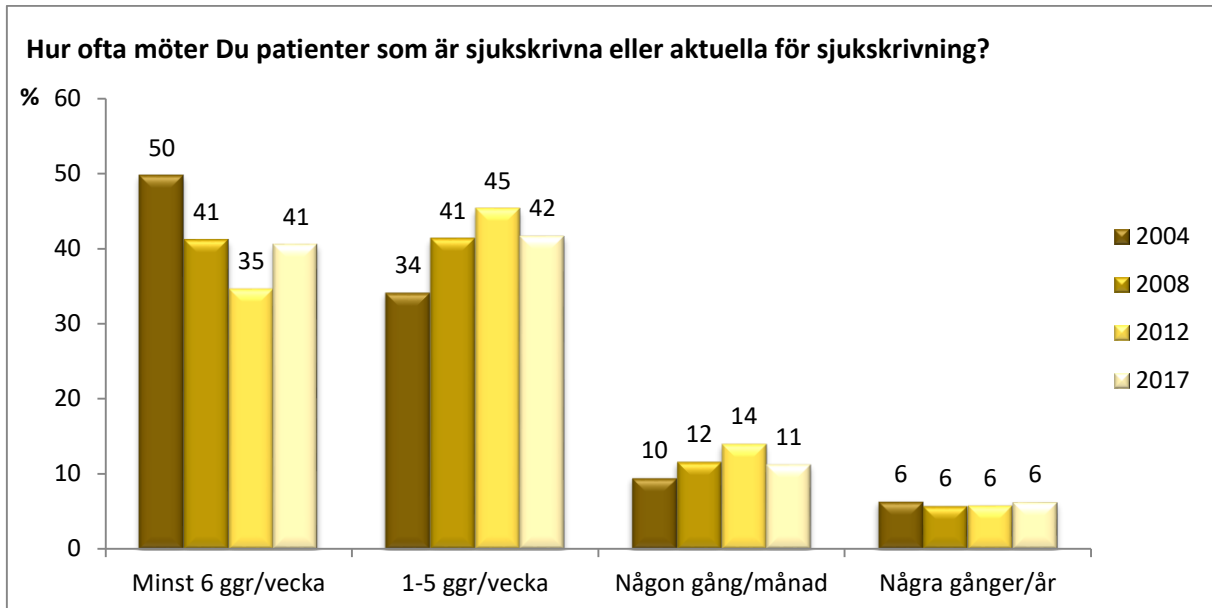
I Tabell 65 redovisas ålders- och könsfördelning för de fem typerna av klinisk verksamhet. Andelen kvinnor var större år 2017 än 2004 förutom inom psykiatri (59 % 2004, 53 % 2017). Störst andel kvinnor fanns inom gynekologi där andelen även ökat mest mellan åren (70 % 2004, 75 % 2008, 79 % 2012, 80 % 2017). Inom gynekologi har andelen i den äldsta åldersgruppen minskat från 38 procent 2004 till 27 procent 2017 (11 procentenheter). Andelen specialistutbildade har däremot inte minskat (istället ses en svag ökning med 2 procentenheter). Detta har generellt följt åldersfördelningen de olika enkätåren. För psykiatri och vårdcentraler var till exempel andelen i åldersgruppen 55-64 år 12 respektive 9 procentenheter lägre och andelen specialister 10 respektive 11 procentenheter lägre 2017 än 2004.

Tabell 65. Andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Typ av klinik	Enkätår	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-64 år %	Specialistutbildade %
Gynekologi	2004	70	24	38	38	77
	2008	75	33	39	27	72
	2012	79	34	40	26	75
	2017	80	30	43	27	79
Ortopedi	2004	24	22	46	32	77
	2008	23	39	35	26	68
	2012	25	34	39	27	75
	2017	30	25	40	35	81
Psykiatri	2004	59	16	44	40	78
	2008	59	30	33	37	66
	2012	54	29	39	32	67
	2017	53	34	37	28	68
Vårdcentral	2004	56	22	46	32	70
	2008	58	30	37	33	62
	2012	58	34	35	31	61
	2017	59	36	41	23	59
Övriga läkare	2004	48	27	43	30	73
	2008	51	32	39	30	73
	2012	53	34	37	28	70
	2017	54	32	41	27	73

Frekvens av sjukskrivningsärenden

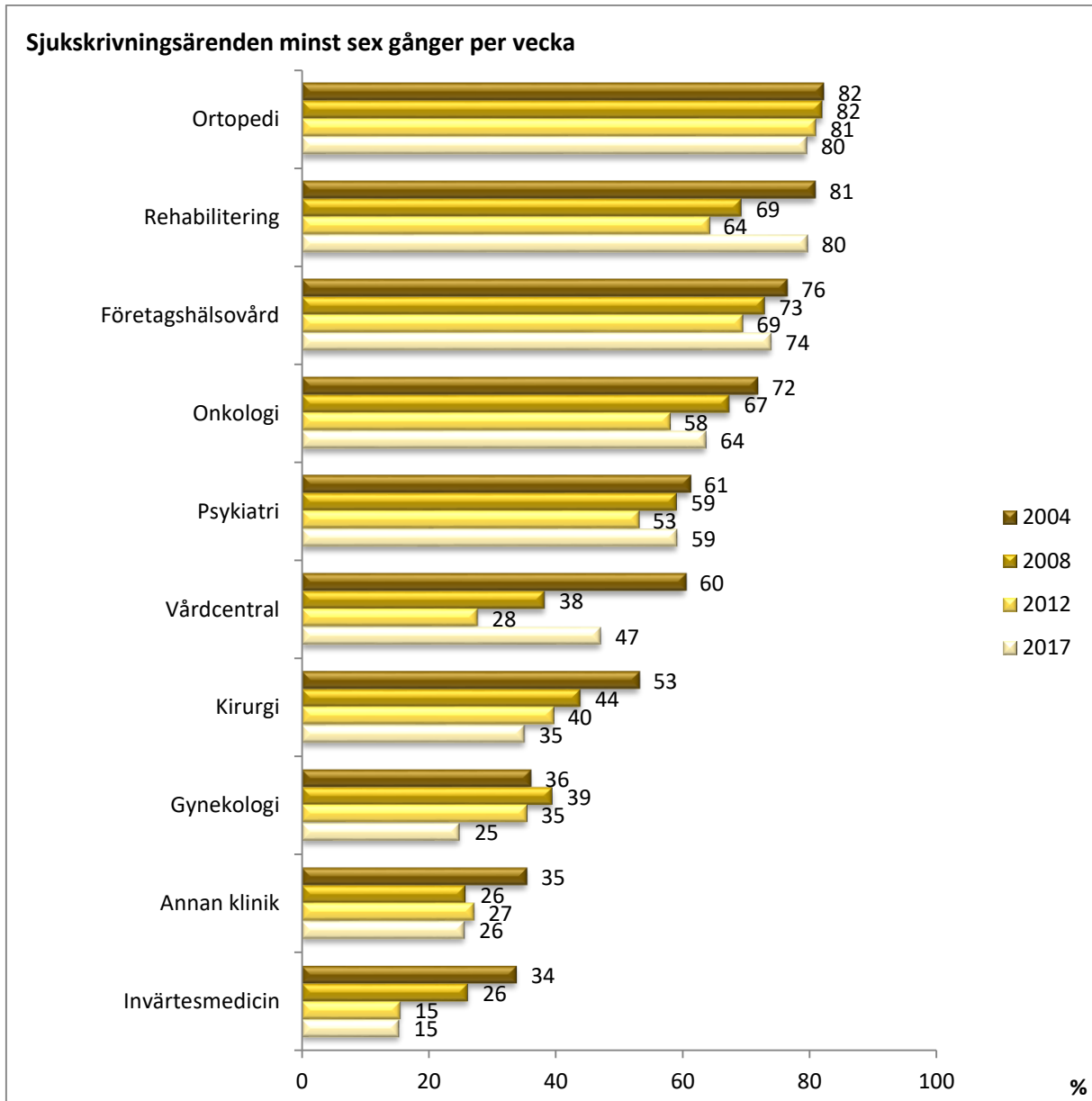
Majoriteten av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan (Figur 111). Under de fyra enkätåren hade 84, 82, 80 respektive 83 procent detta. Andelen läkare som svarade att de hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var störst år 2004, blev sedan successivt mindre de kommande enkätåren och ökade åter 2017 till samma nivå som 2008.



Figur 111. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

En jämförelse mellan enkätåren av andel läkare med sjukskrivningsärenden *minst sex gånger per vecka*, uppdelat på typ av klinik redovisas i Figur 112. För fem av de nio specificerade klinikerna fanns ett likartat mönster, med en minskande andel från 2004 till 2012. Denna trend bröts därefter med en större andel 2017 än 2012 men i samtliga fall var andelen mindre än 2004. Den största ökningen mellan 2012 och 2017 fanns för andel läkare på vårdcentral (från 28 till 47 %) och inom rehabilitering (från 64 till 80 %). Tre av klinikerna skilde sig väsentligt från mönstret: kirurgi, ortopedi och gynekologi. Inom ortopedi var andelen ungefär densamma oavsett enkätår; (82 % 2004 respektive 2008, 81 % 2012, 80 % 2017). Den största förändringen i andel läkare med denna frekvens av sjukskrivningsärenden och även i den successiva minskningen av andelen var inom kirurgi; (53 % 2004, 44 % 2008, 40 % 2012, 35 % 2017). Utvecklingen inom gynekologi följde inte heller mönstret; (36 % 2004, 39 % 2008 35 % 2012, 25 % 2017).

Vid vårdcentraler minskade andelen kraftigt från 2004 till 2012, och ökade sedan mycket 2017, men inte till nivån för 2004.

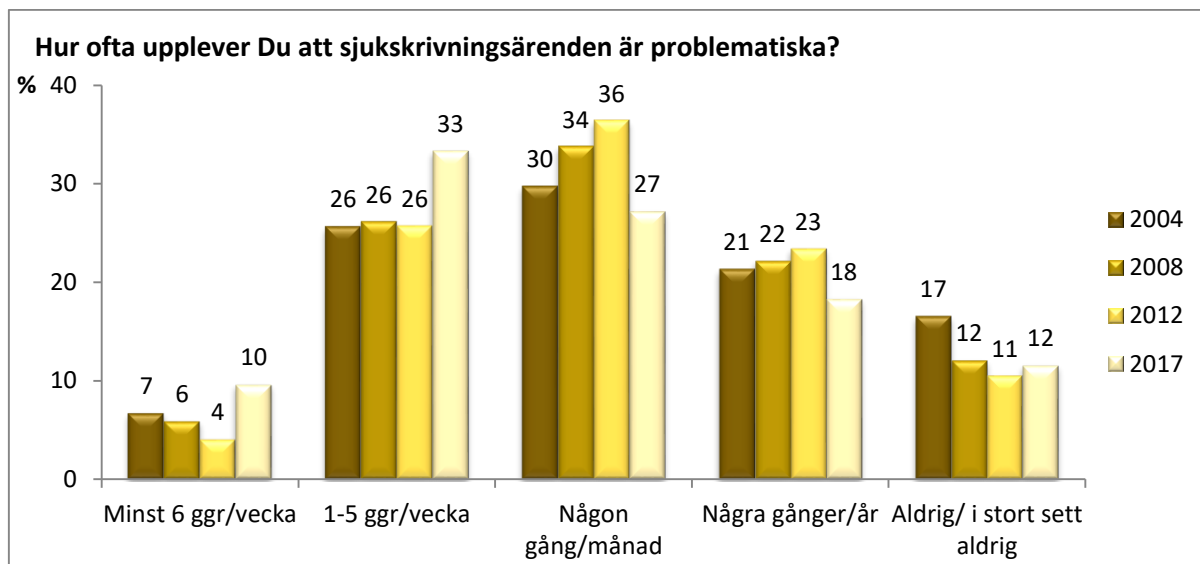


Figur 112. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Under denna rubrik sammanställs svar på ett antal frågor om frekvens respektive allvarlighetsgrad av problematiska aspekter i sjukskrivningsarbetet.

En första generell fråga om detta handlade om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska. I Figur 113 framgår att mellan enkätåren 2004-2008-2012 skedde ingen större förändring i andel läkare som upplevde detta minst varje vecka, däremot mellan 2012 och 2017. Från 2012 till 2017 ökade andelen, som upplevde ärenden som problematiska minst en gång per vecka, från 30 procent år 2012 till 43 procent 2017; en ökning med 13 procentenheter.



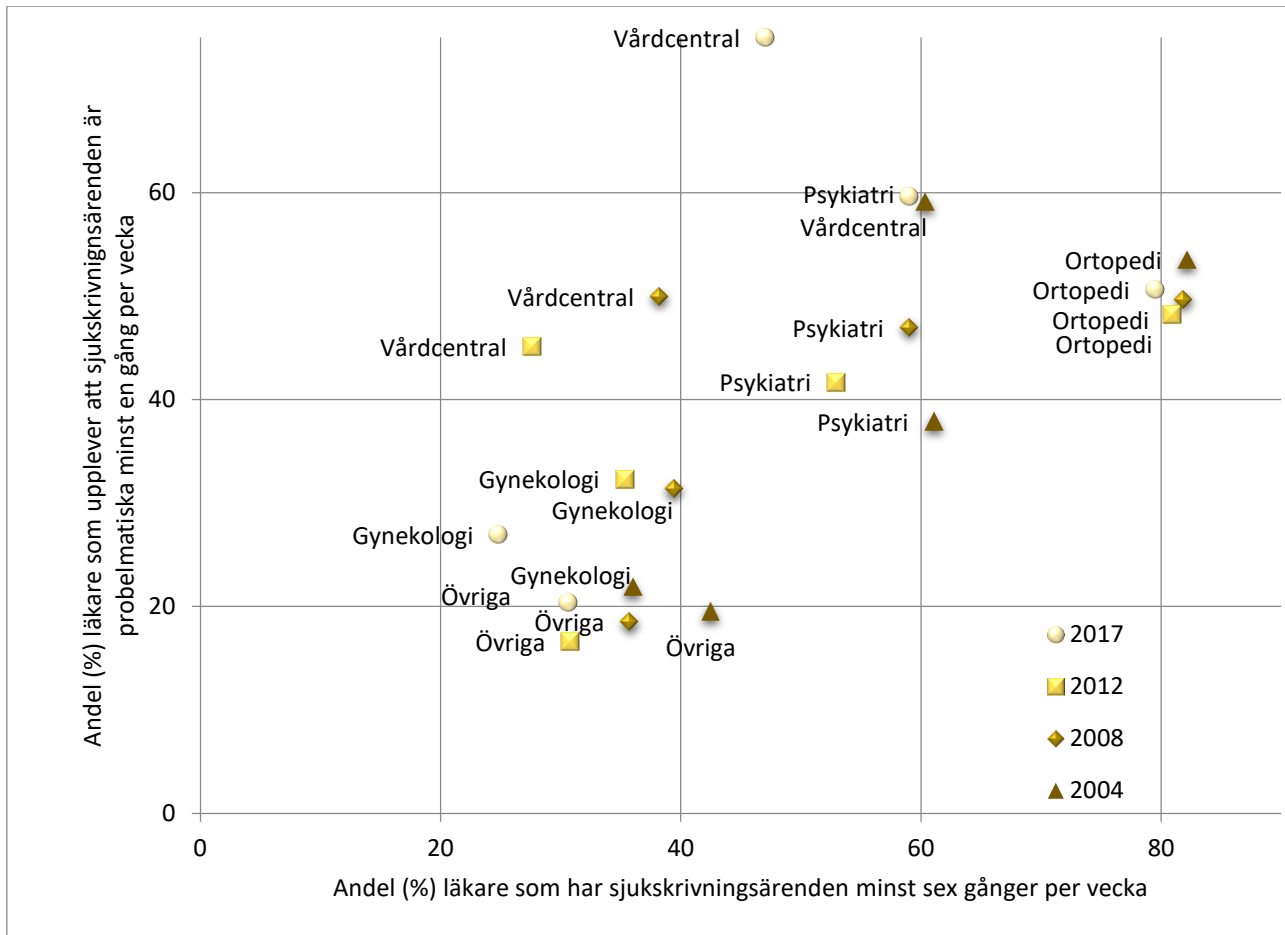
Figur 113. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

I Tabell 66 redovisas ovanstående uppdelat för fem typer av kliniska verksamheter. I gruppen övriga läkare, inom gynekologi och ortopedi var det ingen eller liten skillnad mellan 2004 och 2017 i andelen som upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska minst en gång per vecka. Inom psykiatri och vårdcentraler var det större förändringar över tid (psykiatri: 38 % 2004, 47 % 2008, 42 % 2012, 60 % 2017; vårdcentral 59 % 2004, 50 % 2008, 45 % 2012, 75 % 2017).

Tabell 66. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska?	Enkätår	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	2004	5	17	36	23	20
	2008	7	24	38	20	11
	2012	5	28	39	20	8
	2017	4	23	34	22	17
Ortopedi	2004	13	40	29	11	7
	2008	13	36	33	13	5
	2012	9	39	38	9	4
	2017	12	38	35	7	7
Psykiatri	2004	6	32	31	17	14
	2008	12	35	32	13	8
	2012	8	34	39	14	5
	2017	20	40	27	9	4
Vårdcentral	2004	14	45	32	7	2
	2008	8	42	37	10	3
	2012	5	40	41	12	2
	2017	16	59	21	3	1
Övriga läkare	2004	3	16	28	29	24
	2008	3	16	32	31	18
	2012	2	14	33	33	17
	2017	4	16	29	30	20

I Figur 114 relateras andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka till andelen läkare som upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt minst en gång/vecka för de fem typerna av kliniker. För gynekologi, ortopedi och gruppen övriga läkare är markörerna för respektive år relativt samlade. Detsamma gäller psykiatri, med ett undantag: år 2004. För vårdcentralerna ses dock en stor spridning, framförallt vad gäller y-axeln, dvs andel som upplever sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka varierar mycket mellan enkätåren.



Figur 114. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger/vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång/vecka, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiska är olika situationer?

I Tabell 67 redovisas andel av de sjukskrivande läkarna som respektive enkätår svarade att olika situationer var ”mycket” eller ”ganska” problematiska. För de flesta situationer syns ett generellt mönster av att andelen läkare som upplevde dem som problematiska minskade mellan enkätåren till och med år 2012 för att därefter bli större år 2017. För flera typer av problem blev andelen då dessutom större än år 2004.

Att bedöma patientens arbetsförmåga (”att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter”) var den typ av situation som störst andel upplevde 2008-2017 och mer än hälften av läkarna upplevde samtliga enkätår detta som mycket eller ganska problematiskt (52 % 2004, 55 % 2008, 56 % 2012, 60 % 2017). Även andelen som upplevde det som problematiskt ”att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt” blev kontinuerligt större över de fyra enkätåren (36 % 2004 – 49 % 2017).

De största förändringarna ses mellan enkätåren 2004 och 2008, då andelen som svarade att ”hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning” var mycket eller ganska problematiskt minskade från 60 procent 2004 till 46 procent 2008, för att därefter ligga kvar på ungefär samma nivå följande enkätår. Den andra större förändringen var mellan 2012 och 2017 med en ökning av andelen som svarade att ”att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg” var mycket problematiskt; 48 procent 2012 och 59 procent 2017.

Tabell 67. Andel (%) läkare som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att ...	2004	2008	2012	2017
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt	36	45	46	49
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	52	55	56	60
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning	29	27	28	33
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	38	34	33	38
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad	53	49	49	48
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter	39	43	44	51
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	54	48	48	59
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning	60	46	45	48
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK 7263) till FK	33	34	33	41

Generellt visar resultatet att andelen läkare som upplevde de listade svårigheterna var störst bland vårdcentralsläkare vid alla fyra enkätåren. Med undantag för svårigheten att göra en handlingsplan åren 2008 och 2012 var det mer än hälften av vårdcentralsläkarna som uppgav var och en av de fem svårigheterna i Tabell 68. I tabellen visas skillnader mellan både de fem typerna av kliniker och mellan åren. De tydligaste skillnaderna mellan åren 2012 och 2017 var inom psykiatri och vårdcentraler när det gällde svårigheter att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt samt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg. Andelen som upplevde det senare som problematiskt varierade över åren inom psykiatri (50 % 2004, 45 % 2008, 46 % 2012, 60 % 2017) och inom vårdcentralerna (76 % 2004, 70 % 2008, 69 % 2012, 85 % 2017).

Tabell 68. Andel (%) läkare som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att ...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt	2004	27	23	38	65	25
	2008	39	37	50	72	32
	2012	36	28	52	69	33
	2017	32	28	54	77	35
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	2004	46	51	51	81	41
	2008	52	59	61	80	40
	2012	50	47	64	76	45
	2017	44	51	69	83	46
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad	2004	38	50	54	78	44
	2008	45	53	53	71	37
	2012	35	44	57	67	40
	2017	26	36	55	70	35
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	2004	23	40	34	58	31
	2008	27	42	38	47	26
	2012	28	41	35	42	28
	2017	26	40	38	51	31
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	2004	41	57	50	76	46
	2008	48	48	45	70	38
	2012	40	50	46	69	36
	2017	41	59	64	85	44

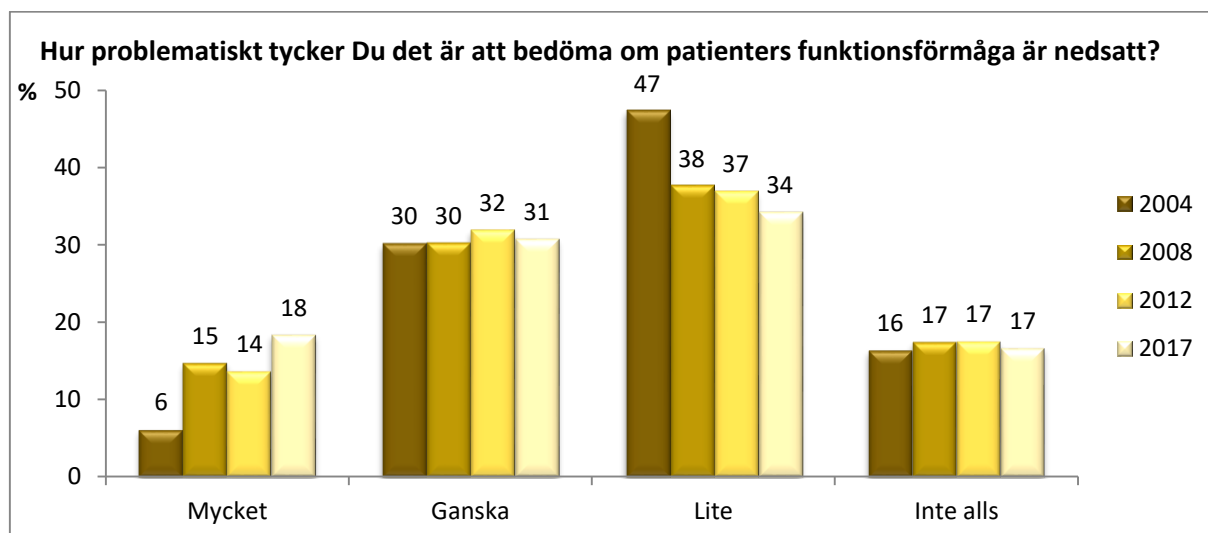
En betydande minskning mellan 2004 och 2017 har skett av andelen läkare som svarat att det är problematiskt att ”hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning” för samtliga fem typer av kliniska verksamheter (Tabell 69). Detta trots att andelen 2017 var större än andelen 2012 på vårdcentralerna och inom psykiatrin. Att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig tycks ha blivit mer problematiskt mellan 2004 och 2017 där andelen 2017 är omkring 10 procentenheter större, förutom inom psykiatrin. Där är andelen som upplevde detta som problematiskt hela 23 procentenheter större 2017 jämfört med 2004 och det har varit en kontinuerlig ökning mellan åren.

Tabell 69. Andel (%) läkare som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att ...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning	2004	25	28	25	51	22
	2008	31	30	27	43	18
	2012	25	32	30	41	20
	2017	25	33	33	49	23
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning	2004	59	57	57	83	51
	2008	56	46	44	67	34
	2012	46	43	42	62	36
	2017	45	41	45	69	37
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter	2004	27	35	37	67	29
	2008	37	43	47	68	31
	2012	36	41	52	65	32
	2017	37	48	60	78	34
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK 7263) till FK	2004	28	48	27	45	29
	2008	23	42	34	51	27
	2012	26	34	37	45	26
	2017	30	33	36	63	31

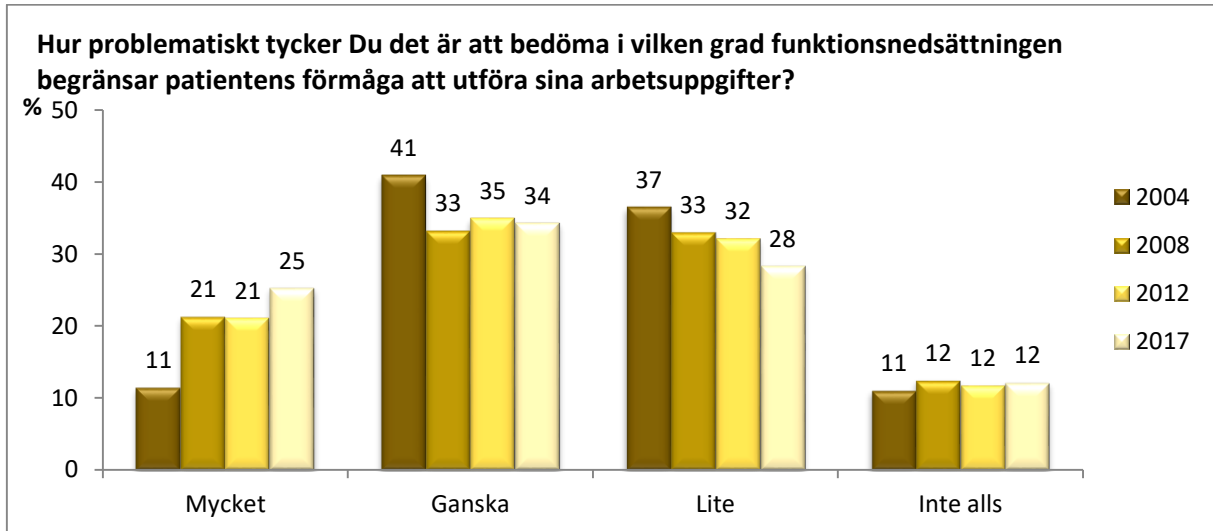
Resultaten för de nio delfrågorna i Tabell 68 och i Tabell 69 ovan redovisas även med alla fyra svarsalternativ i Figur 115 - Figur 123 nedan.

I frågan om hur problematiskt det är att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt visar resultatet en minskning i andelen som svarade att det var lite problematiskt mellan 2004 (47 %), 2008 (38 %), 2012 (37 %) och 2017 (34 %) (Figur 115). Denna minskning motsvaras av större andelar som svarade att det var mycket problematiskt, från 6 procent 2004 till 18 procent 2017.



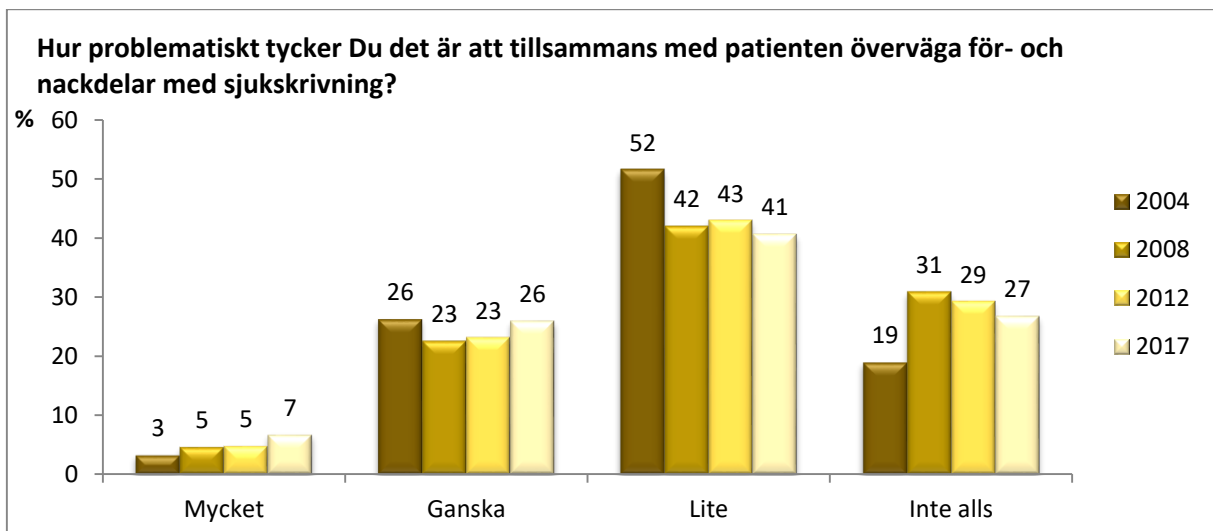
Figur 115. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

På frågan om hur problematiskt läkaren ansåg att det var att bedöma patientens arbetsförmåga upplevde en större andel det som mycket problematiskt 2008, 2012 och 2017, jämfört med 2004 (Figur 116). Andelen som upplevde det som mycket problematiskt var störst år 2017 (25 %).



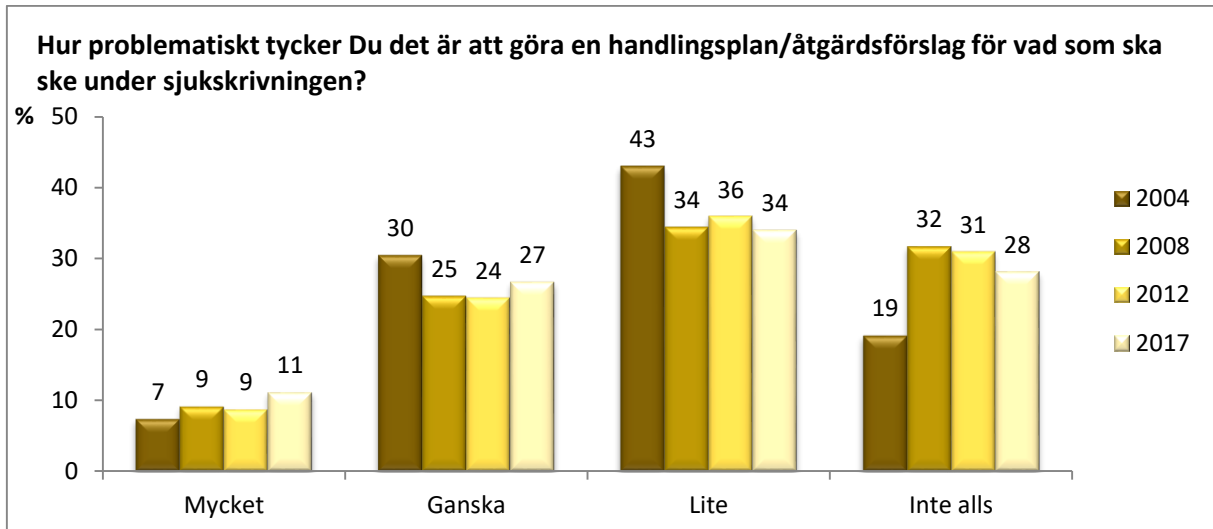
Figur 116. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen läkare som svarade att de inte alls hade problem med att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning var störst 2008 (31 %), med minskning av andelarna år 2012 (29 %) och 2017 (27 %) men inte så liten andel som år 2004 (19 %) (Figur 117).



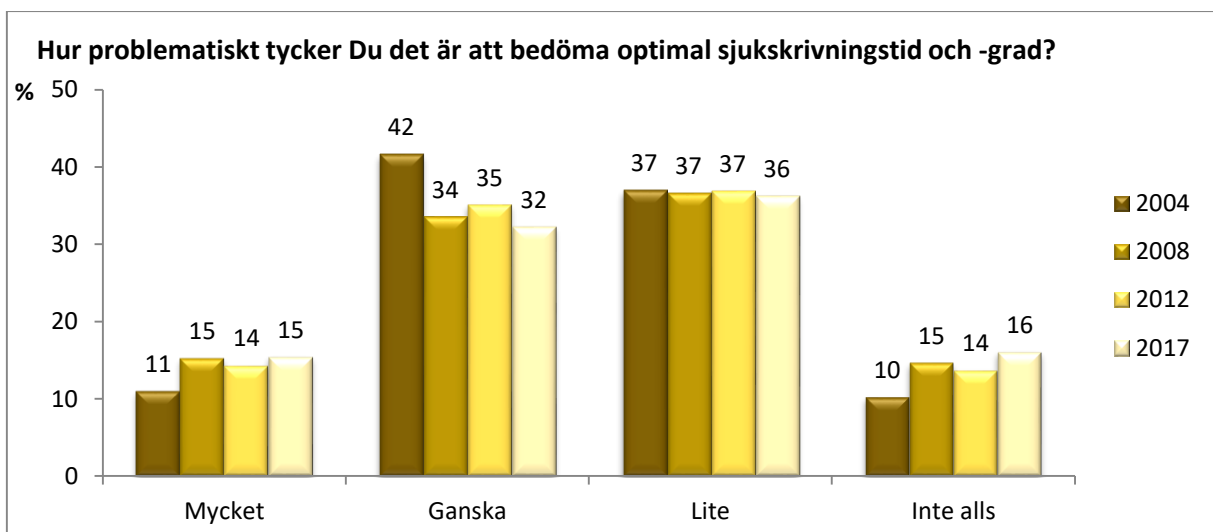
Figur 117. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen som svarade att det inte alls var problematiskt att göra en handlingsplan för vad som ska ske under sjukskrivningen var på motsvarande sätt också minst år 2004 (19 %) (Figur 118). De övriga tre enkätären ansåg omkring en tredjedel att det inte alls var problematiskt. Majoriteten tyckte alla år att det var aningen ganska eller lite problematiskt.



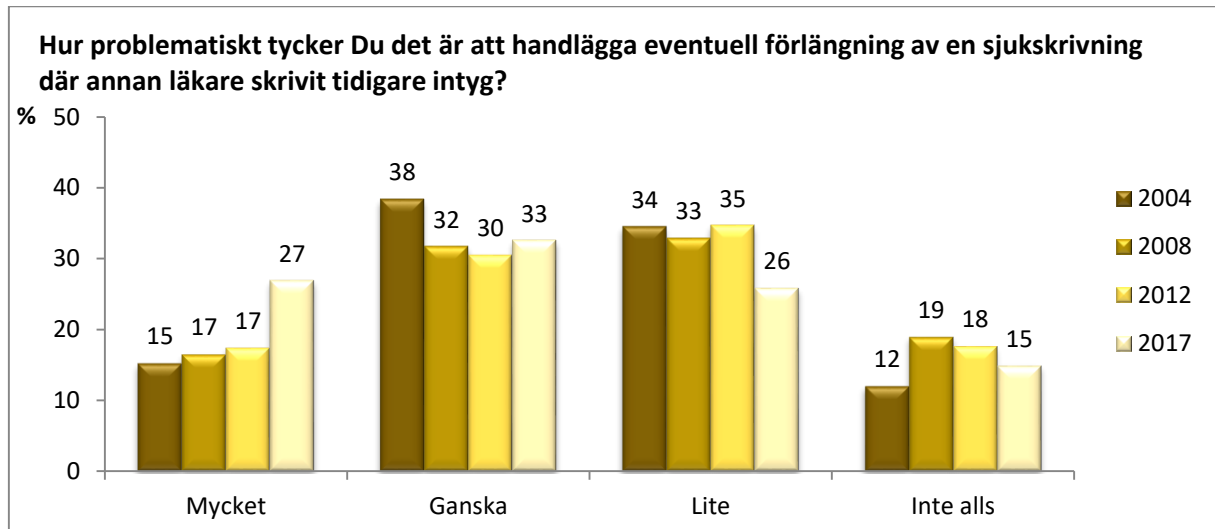
Figur 118. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningstiden, år 2004, 2012 respektive 2017.

Fördelningen av svaren på frågan hur problematiskt läkaren tyckte det var att bedöma optimal längd och grad av en sjukskrivning skilde sig endast marginellt åt mellan 2008, 2012 och 2017 (Figur 119). Det år som avvek var 2004 med en något mindre andel som ansåg det mycket respektive inte alls problematiskt.



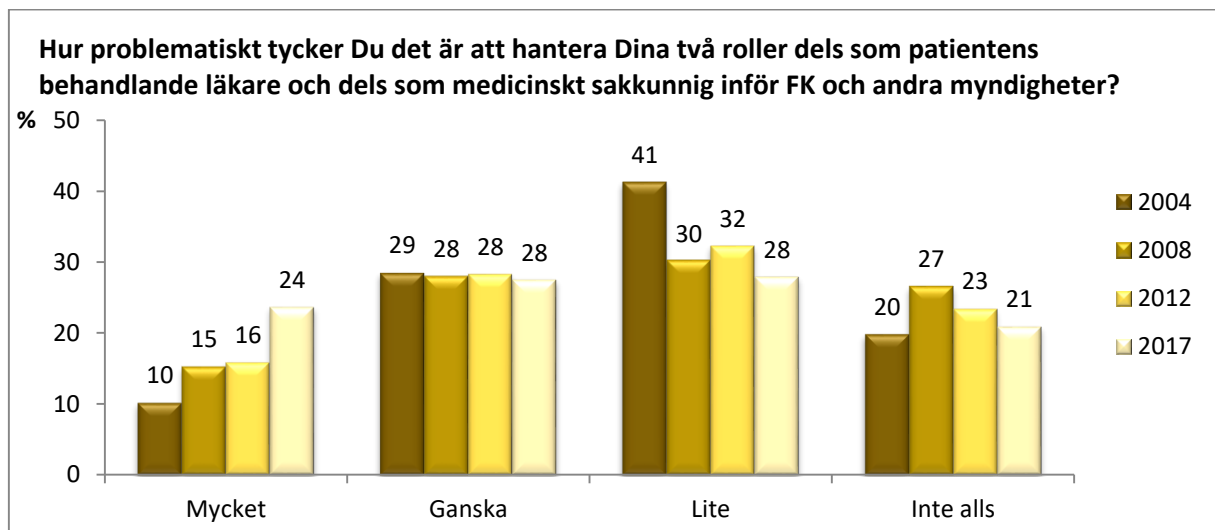
Figur 119. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivningen, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen som upplevde det som mycket problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där en annan läkare skrivit tidigare intyg varierade inte mycket mellan 2004, 2008 och 2012 (15 %, 17 %, 17 %) däremot var andelen betydligt större år 2017 (27 %) (Figur 120).



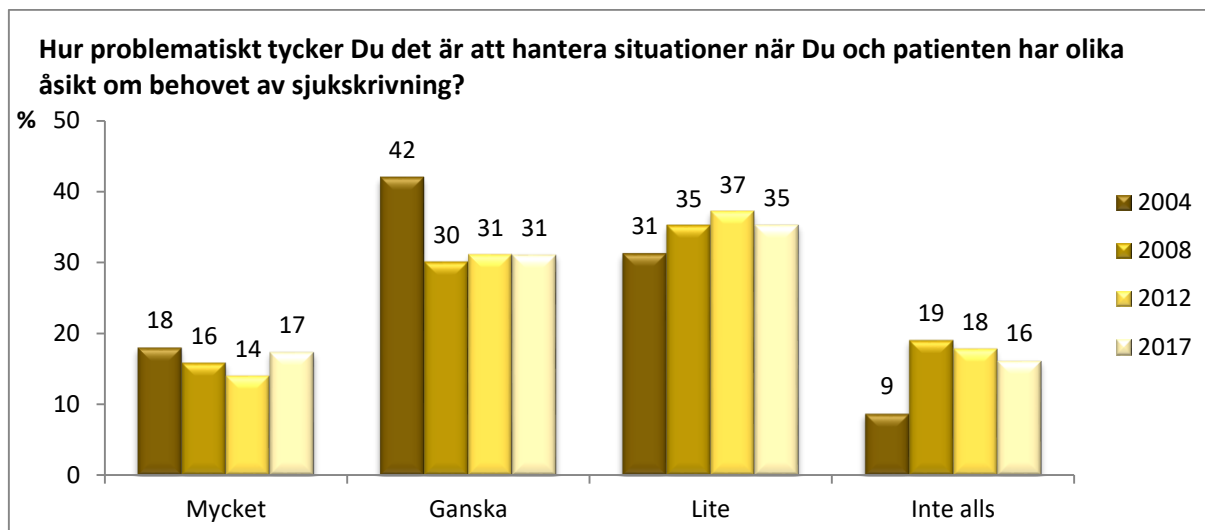
Figur 120. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen läkare som svarat att det är mycket problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig har blivit större för varje enkätår och mer än fördubblats mellan 2004 och 2017 (10 % 2004, 15 % 2008, 16 % 2012, 24 % 2017) (Figur 121).



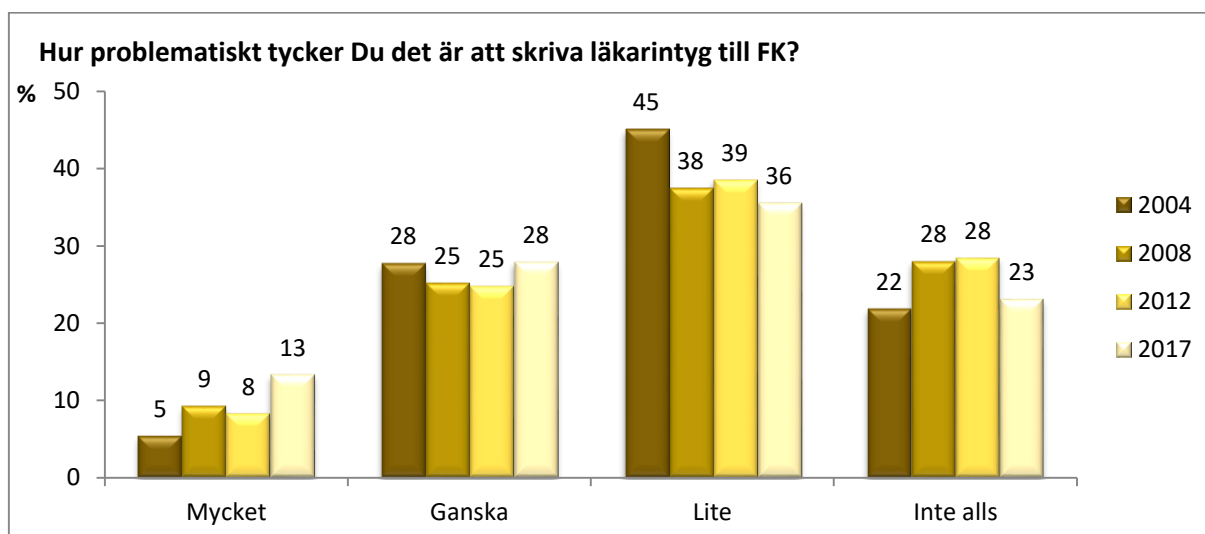
Figur 121. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera sina två roller som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

När det gäller att hantera situationer då läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, framkom att en större andel tyckte detta var problematiskt år 2004 än de senare enkätåren (Figur 122).



Figur 122. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer där läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

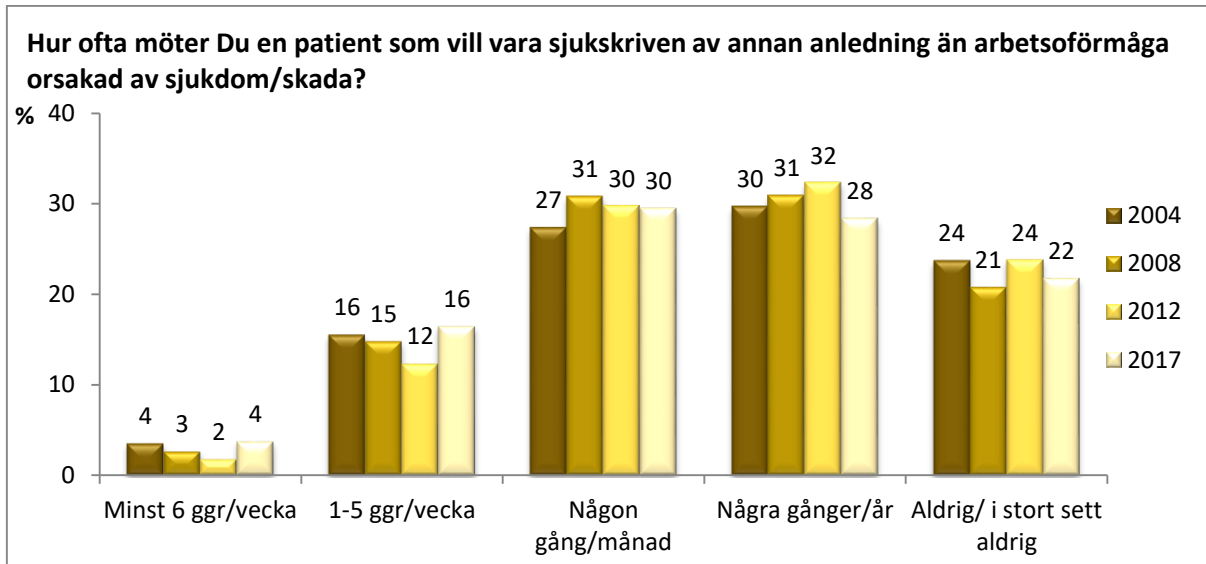
En relativt liten andel av läkarna svarade att det var mycket problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, även om andelen ökat (5 % 2004, 9 % 2008, 8 % 2012, 13 % 2017) (Figur 123). Vid en sammanläggning av svarsalternativen ganska och mycket problematiskt finns endast en marginell skillnad i andelen läkare som svarat detta enkätåren 2004-2008-2012 men en ökning från 33 till 41 procent från 2012 till 2017.



Figur 123. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

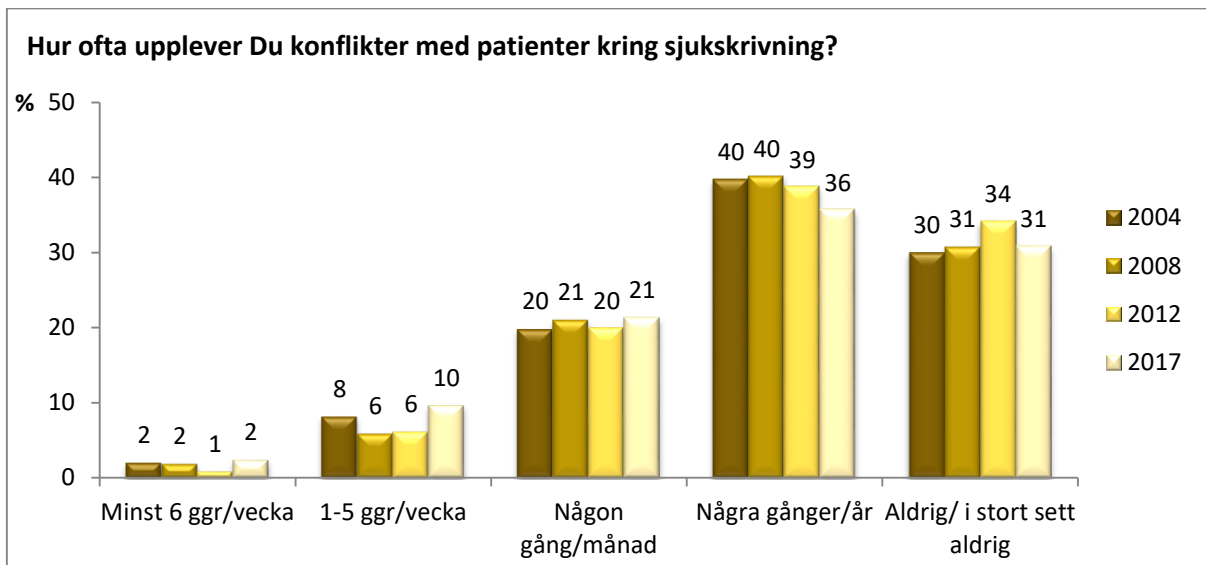
Frekvens av specifika situationer

Några frågor handlade om frekvens av specifika situationer, såsom att en patient vill vara sjukskriven för någon annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom eller skada. Andelen som svarade att de minst en gång i veckan möter en sådan patient minskade något mellan varje enkätår 2004-2008-2012 (20 %, 18 %, 14 %) (Figur 124). Mellan 2012 och 2017 ökade andelen något, från 14 till 20 procent, det vill säga, lika stor andel som år 2004, det enkätår där andelen tidigare varit störst.



Figur 124. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Motsvarande mönster som ovan syns även i Figur 125. En svag tendens fanns till att en mindre andel upplevde konflikter kring sjukskrivning med patienter varje vecka år 2008 och 2012, jämfört med 2004. Den tendensen bröts sedan, i och med att andelen åter blev något större år 2017 (12 %) även i jämförelse med år 2004 (10 %).



Figur 125. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde konflikter med en patient kring sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

I Tabell 70 visas de två ovanstående specifika situationerna, uppdelat på de fem typerna av kliniker. Andel läkare som svarade att de upplevt dessa situationer minskade 2004-2017 inom ortopedi och visade endast små förändringar inom gynekologi, vårdcentraler och bland övriga läkare. Resultatet för psykiatri visar att en större andel upplevde dessa situationer år 2017 jämfört med år 2004, och andelen ökade mest från 2012 till 2017. Detta gäller inom psykiatri både för att minst en gång per vecka möta patienter som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada respektive andel som minst en gång per vecka hade konflikt med patient kring sjukskrivning.

Tabell 70. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka upplever följande två situationer, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som minst någon gång per vecka...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... möter en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada	2004	17	33	19	36	11
	2008	26	24	26	26	10
	2012	19	22	23	20	7
	2017	20	18	31	37	8
... upplever konflikter med patienter kring sjukskrivning	2004	9	18	12	22	5
	2008	13	16	13	12	3
	2012	9	16	13	11	3
	2017	10	13	20	23	4

Oro och hot

Majoriteten av läkarna (80-86 %) upplevde aldrig/i stort sett aldrig oro för att bli anmäld av en patient eller att känna sig hotad av en patient i samband med sjukskrivningsärenden (Tabell 71). Det var inte någon större skillnad mellan åren av andelen som upplevde dessa två situationer minst en gång/vecka: 1-2 procent respektive 1-3 procent.

Tabell 71. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete ...	Minst någon gång/vecka				Aldrig/i stort sett aldrig			
	2004	2008	2012	2017	2004	2008	2012	2017
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning	2	1	1	2	81	82	84	80
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning	2	1	2	3	84	85	86	83

När resultaten ovan delas upp på typ av klinik (Tabell 72) är det främst inom psykiatrin och på vårdcentraler som läkare svarat att de upplevt hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden. Andelen som svarat detta har varierat mellan enkätåren och är störst år 2017.

Tabell 72. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden minst någon gång per månad, uppdelat på fem typerna av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som minst någon gång per månad...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... känner sig hotad av en patient kring sjukskrivning	2004	3	6	7	10	2
	2008	6	7	9	7	2
	2012	2	5	8	5	1
	2017	4	4	9	11	2
... är orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning	2004	3	6	5	12	3
	2008	4	5	7	7	3
	2012	3	4	10	8	3
	2017	5	4	11	13	3

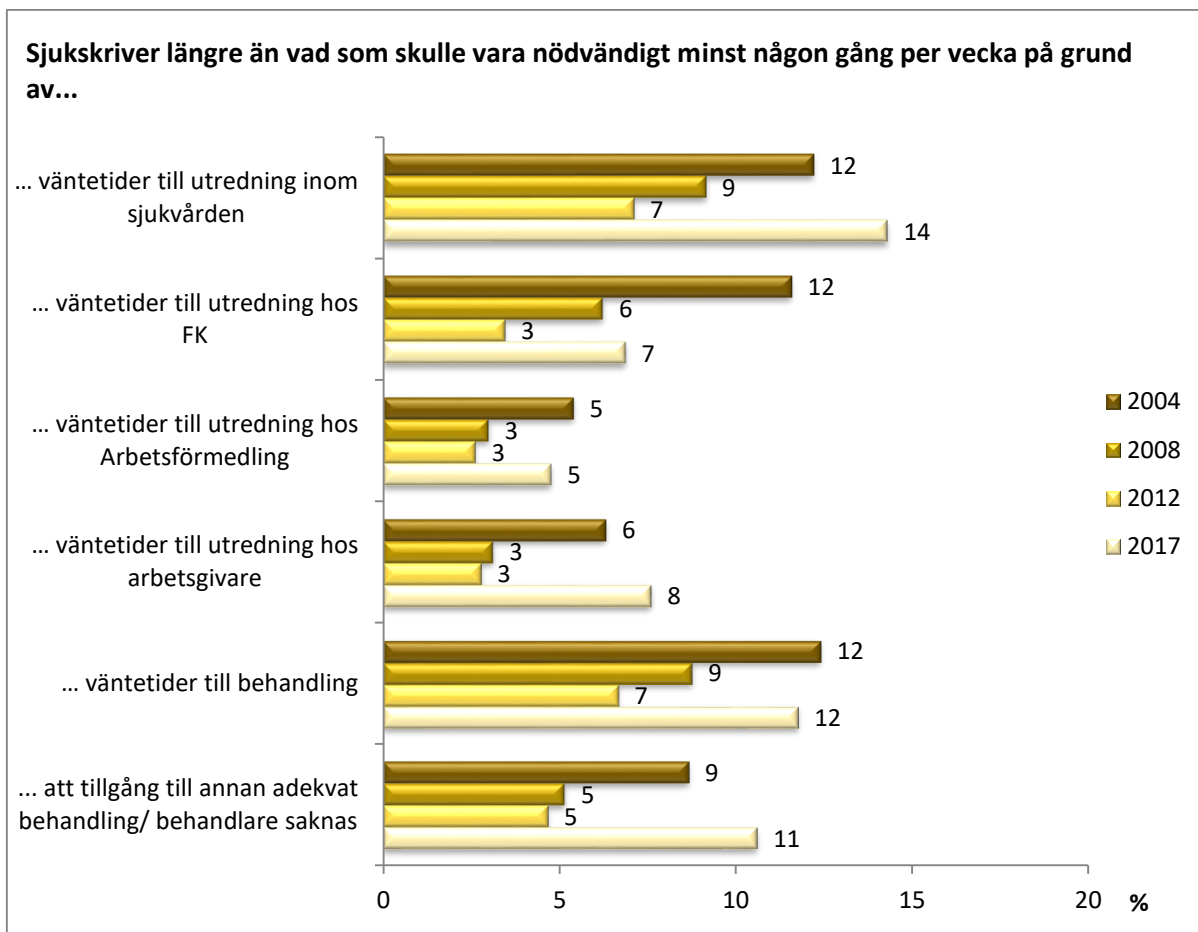
Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt

I samtliga enkäter presenterades flera anledningar som svarsalternativ till frågan om att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt. Vissa skillnader mellan enkäterna i formuleringar beskrivs under Metodavsnittet sid 32. Det finns ingen tydlig trend i frekvens över de fyra åren för någon av dessa anledningar (Tabell 73).

Tabell 73. Andel (%) läkare i relation hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2004	2	11	21	28	39
	2008	1	8	22	36	32
	2012	1	6	20	34	39
	2017	3	11	23	29	34
... väntetider till utredning hos FK?	2004	2	9	17	22	49
	2008	1	5	15	24	54
	2012	1	3	11	23	63
	2017	2	5	13	21	60
... väntetider till utredning/faktorer hos Arbetsförmedlingen?	2004	1	5	12	20	63
	2008	1	2	9	21	68
	2012	<0,5	2	8	19	70
	2017	1	3	10	19	66
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2004	1	5	13	24	57
	2008	0	3	11	25	61
	2012	0	2	8	23	66
	2017	1	7	16	22	54
... väntetider till behandling?	2004	2	10	20	34	34
	2008	1	8	23	38	30
	2012	1	6	20	39	35
	2017	2	10	22	32	34
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2004	2	7	15	22	55
	2008	1	4	13	25	57
	2012	1	4	10	25	60
	2017	2	9	17	24	49

Resultat från frågorna som redovisas i Tabell 73 ovan visas även i Figur 126 nedan med en sammanslagning av svarsalternativen ”någon gång/vecka” och ”dagligen”. I figuren syns tydligt en trend från 2004 till 2012, med en successivt mindre andel som svarade att de sjukskrev en patient längre än nödvändigt på grund av olika typer av väntetider och hur detta bryts år 2017. Störst ökning 2017 jämfört med 2012 var av andelen läkare som svarade att väntetider till utredning inom sjukvården (7 % 2012; 14 % 2017), till behandling (7 % 2012; 12 % 2017) och tillgång till annan adekvat behandling (5 % 2012; 11 % 2017) var anledningen till längre sjukskrivning minst någon gång per vecka.



Figur 126. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av sex olika anledningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

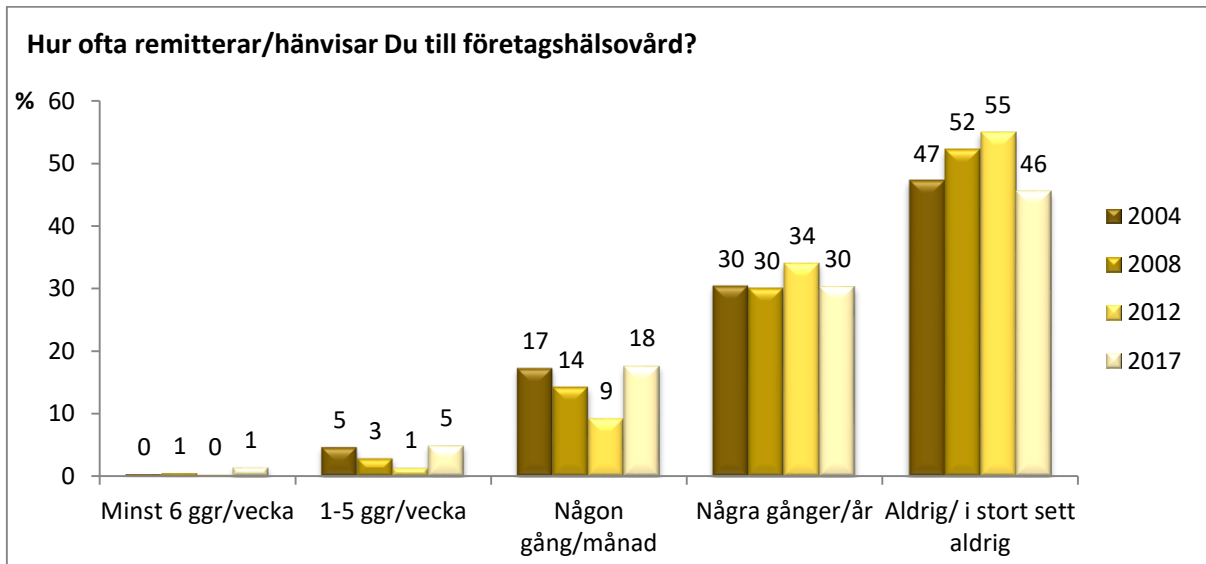
När resultatet redovisas uppdelat på de fem olika typerna av kliniker framkommer stora skillnader mellan klinikerna de olika enkätåren (Tabell 74). Andelen läkare inom ortopedi, som svarade att väntetider till utredning inom sjukvården respektive behandling var anledningen till längre sjukskrivning minskade mycket över åren (32 % 2004 och 9 % 2017 respektive 39 % år 2004 och 14 % 2017). Inom psykiatri och vårdcentraler var förhållandet det omvända. Andelen som svarade väntetider till utredning inom sjukvården var för psykiatri 12 procent 2004 och 23 procent 2017 och för vårdcentraler 24 procent 2004 och 30 procent 2017 med störst skillnad mellan 2012 (12 %) och 2017 (30 %). Motsvarande inom psykiatri för väntetider till behandling var 10 procent 2004 och 21 % procent 2017.

Tabell 74. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av sex olika anledningar, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per vecka på grund av...	Enkätår	Gynekologi	Ortopedi	Psykiatri	Vårdcentral	Övriga läkare
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2004	2	32	12	24	7
	2008	3	21	11	16	5
	2012	4	12	12	12	3
	2017	2	9	23	30	5
... väntetider till utredning hos FK?	2004	<0,5	17	18	25	6
	2008	4	7	13	10	3
	2012	2	3	9	6	1
	2017	2	2	14	14	2
... väntetider till utredning/faktorer hos Arbetsförmedlingen?	2004	1	8	10	12	2
	2008	<0,5	2	8	5	1
	2012	2	3	8	4	1
	2017	1	0	11	10	1
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2004	2	9	8	13	3
	2008	3	2	6	5	2
	2012	3	1	6	5	1
	2017	7	7	12	15	2
... väntetider till behandling?	2004	2	39	10	24	7
	2008	1	24	11	14	5
	2012	4	16	9	10	3
	2017	3	14	21	23	4
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2004	2	6	14	19	4
	2008	2	2	13	9	3
	2012	5	2	13	8	2
	2017	3	5	22	22	2

Samarbete och samverkan

En fråga om samverkan och kontakter fanns med i alla fyra enkäterna, nämligen hur ofta läkaren remitterade eller hänvisade en patient till företagshälsovård (Figur 127). Andelen som gjorde detta minst en gång per vecka var samtliga enkätår relativt liten och andelen som *aldrig* eller *i stort sett aldrig* gjorde detta blev större för varje år fram till och med 2012 (47 % 2004, 52 % 2008, 55 % 2012) för att 2017 bli mindre igen (46 %) det vill säga på samma nivå som år 2004.



Figur 127. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hänvisade patienter till företagshälsovård, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

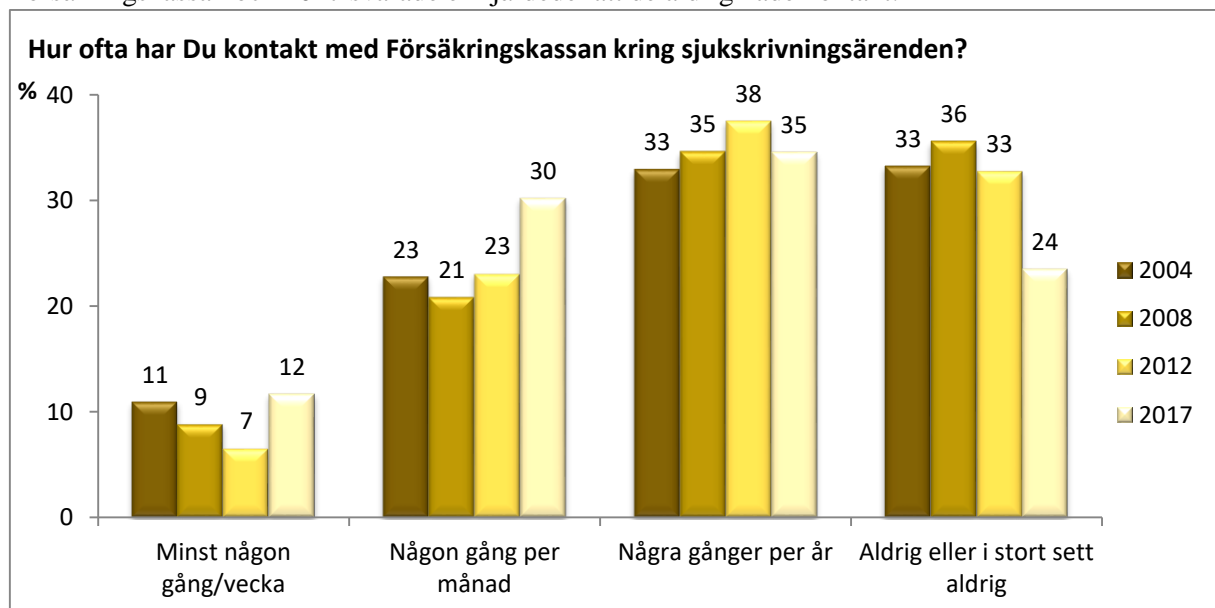
I Tabell 75 redovisas ovanstående resultat uppdelat på de fem olika typerna av kliniska verksamheter. Det framkommer att andelen läkare inom gynekologi samt i gruppen övriga läkare hade låga andelar som remitterade/hänvisade patienter till företagshälsovård varje enkätår samt att andelarna dessutom minskat betydligt sedan 2004. Inom psykiatri var förändringarna över tid mindre och andelarna läkare som hänvisade till företagshälsovård var något större. Andelen läkare inom ortopedi som remitterade/hänvisade till företagshälsovård var störst år 2004. Andelen som gjort detta minst en gång/vecka respektive minst en gång/månad har sedan dess minskat med en tredjedel och andelen som aldrig gjort det har fördubblats. Bland vårdcentralsläkare har trenden varit den motsatta. Från att år 2004 ha ungefär samma nivå som ortopederna, har andelarna ökat betydligt och andelen som aldrig hänvisade till företagshälsovård har minskat med hälften (från 20 % till 10 %).

Tabell 75. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hänvisade patienter till företagshälsovård, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	Enkätår	Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Gynekologi	2004	1	4	19	76
	2008	1	3	16	80
	2012	0	2	14	84
	2017	1	2	14	84
Ortopedi	2004	10	29	32	28
	2008	11	21	28	40
	2012	1	12	36	52
	2017	3	10	34	53
Psykiatri	2004	3	15	34	47
	2008	4	14	33	49
	2012	2	8	37	52
	2017	2	15	42	41
Vårdcentral	2004	9	34	37	20
	2008	4	25	41	30
	2012	3	19	51	28
	2017	16	41	32	10
Övriga läkare	2004	4	11	28	57
	2008	2	9	26	62
	2012	1	5	26	68
	2017	2	6	28	64

Kontakter med Försäkringskassan

Andelen läkare som hade kontakt med någon på Försäkringskassan minst någon gång per vecka var mindre 2008 (9 %) och 2012 (7 %) jämfört med 2004 (11 %) (Figur 128). År 2017 var dock andelen återigen lika stor som 2004. Andelen som hade kontakt med Försäkringskassan någon gång per månad eller oftare minskade från 2004 (34 %) till 2012 (30 %) för att därefter öka till 42 procent 2017. I de tre första enkäterna svarade drygt en tredjedel att de aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan och 2017 svarade en fjärdedel att de aldrig hade kontakt.



Figur 128. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Kontakten med Försäkringskassan har varierat mellan år och mellan typ av kliniker (Tabell 76). Andelen som svarade att de hade kontakt någon gång per månad eller oftare var störst 2017 inom alla fem typer av kliniska verksamheter. Mer än 60 procent av läkarna inom ortopedi, psykiatri och vårdcentraler hade kontakt med Försäkringskassan. Mer än hälften av läkarna inom psykiatri och vårdcentraler hade kontakt minst någon gång per månad samtliga enkätår. Störst andel läkare som hade kontakt med Försäkringskassan varje vecka fanns under alla enkätår inom psykiatrin. Inom ortopedi fördubblades andelen som hade kontakt med Försäkringskassan minst varje månad (33 % 2004, 21 % 2008, 36 % 2012, 60 % 2017).

Tabell 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta har Du vanligtvis kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden?	Enkätår	Minst någon gång/vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Gynekologi	2004	1	3	30	67
	2008	1	6	33	60
	2012	2	14	43	42
	2017	4	12	53	30
Ortopedi	2004	10	23	46	21
	2008	4	17	43	36
	2012	7	29	51	14
	2017	11	49	32	7
Psykiatri	2004	19	35	30	16
	2008	26	32	28	14
	2012	22	42	25	11
	2017	28	39	26	7
Vårdcentral	2004	18	48	28	6
	2008	9	43	38	10
	2012	7	42	42	9
	2017	19	50	25	5
Övriga läkare	2004	8	12	35	45
	2008	7	10	33	50
	2012	4	9	36	51
	2017	5	16	40	39

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

I enkäterna efterfrågas om läkarna upplevt specifika svårigheter i sin kontakt med Försäkringskassan. Antalet listade typer av sådana potentiella svårigheter har ökat över enkätåren, bland annat baserat på öppna svar i de olika enkäterna. I Figur 129 redovisas svaren på de potentiella svårigheter som listats i alla fyra enkäterna⁵. För samtliga typer av svårigheter är andelen som upplevde dem störst år 2017, med två undantag ("det är svårt att få reda på vem Du ska prata med", där andelen var två procentenheter mindre 2017 än 2004 och "Försäkringskassan kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det" där andelen var tre procentenheter mindre 2017). För tre av svårigheterna var ökningen omfattande.

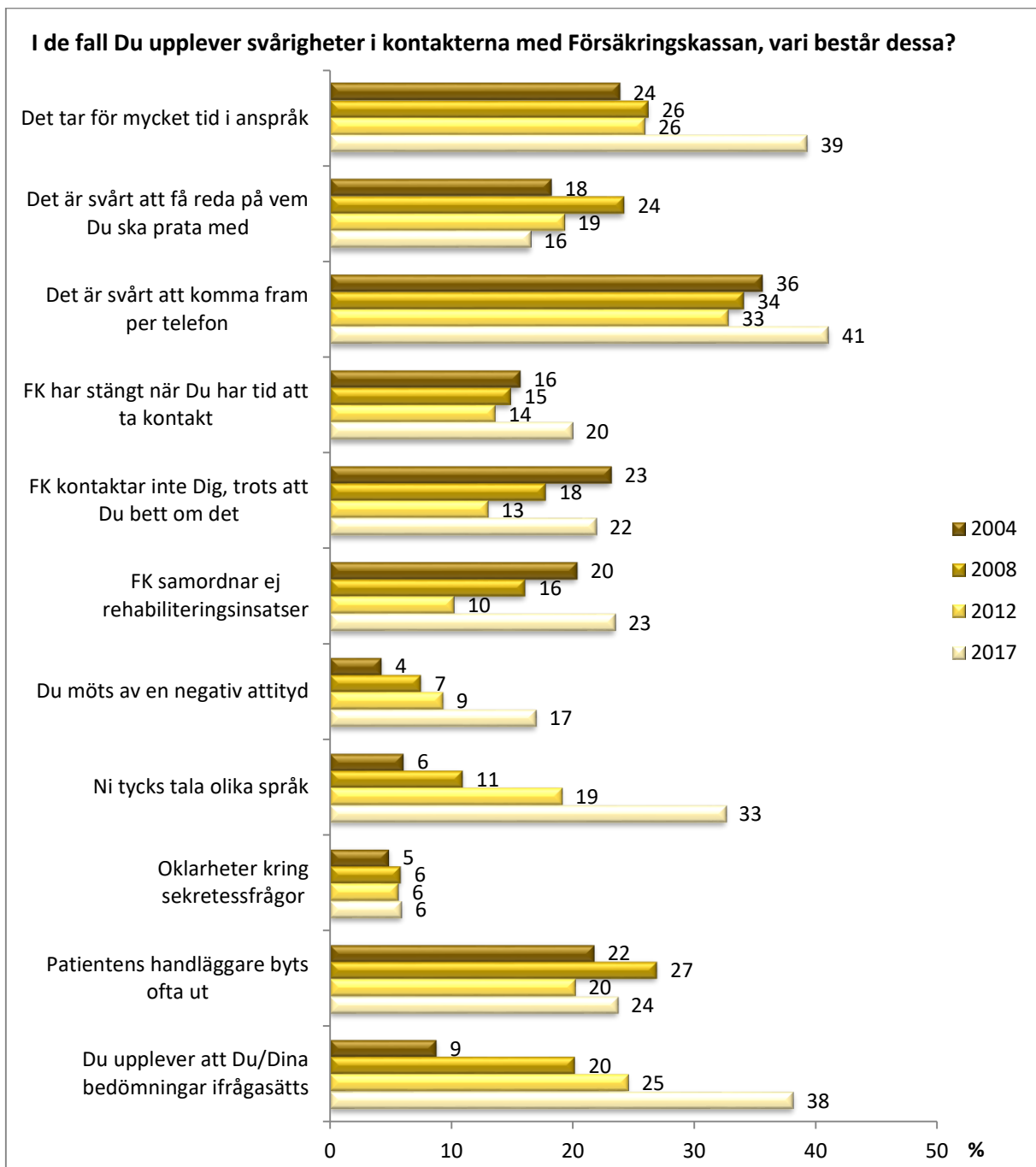
När det gäller *logistiska svårigheter*, de fem som listas högst upp i Figur 129, ses alltså en svag förbättring för två aspekter ("det är svårt att få veta vem Du ska prata med" och "Försäkringskassan kontaktar inte Dig, trots att Du bett om det") men inte för de övriga tre. Fyrtio procent svarade år 2017 att "Det är svårt att komma fram per telefon" jämfört med 33-36 procent de föregående enkätåren. Den största ökningen ses för andelen som ansåg att kontakterna "tar för mycket tid i anspråk". Åren 2004, 2008 och 2012 svarade en fjärdedel att detta var en svårighet, år 2017 var andelen 39 procent.

De största ökningarna av andelar som upplevde svårigheter kan ses i de tre frågor som kan relateras mer till *bemötande* i kontakten med Försäkringskassan och ökningen var successiv för varje enkätår. I dessa frågor ses alltså inte de minskade andelarna från 2004 till 2012 som ses för många andra frågor i detta 'gula' avsnitt.

Andelen som svarade att det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan "att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" ökade på följande sätt över de fyra enkätåren: 9, 20, 25, 38 procent, alltså mer än en fyrdubbling (29 procentenheter). För andelen som svarade "Ni tycks tala olika språk" var ökningen ännu större från 2004 (6 %), 2008 (11 %), 2012 (19 %) till 2017 (33 %) (en femdubbling (27 procentenheter). Motsvarande fyrdubbling fanns även när det gäller andel läkare som angav "Du möts av en negativ attityd" (4-17 % år 2004-2017); men på en lägre nivå, 13 procentenheter.

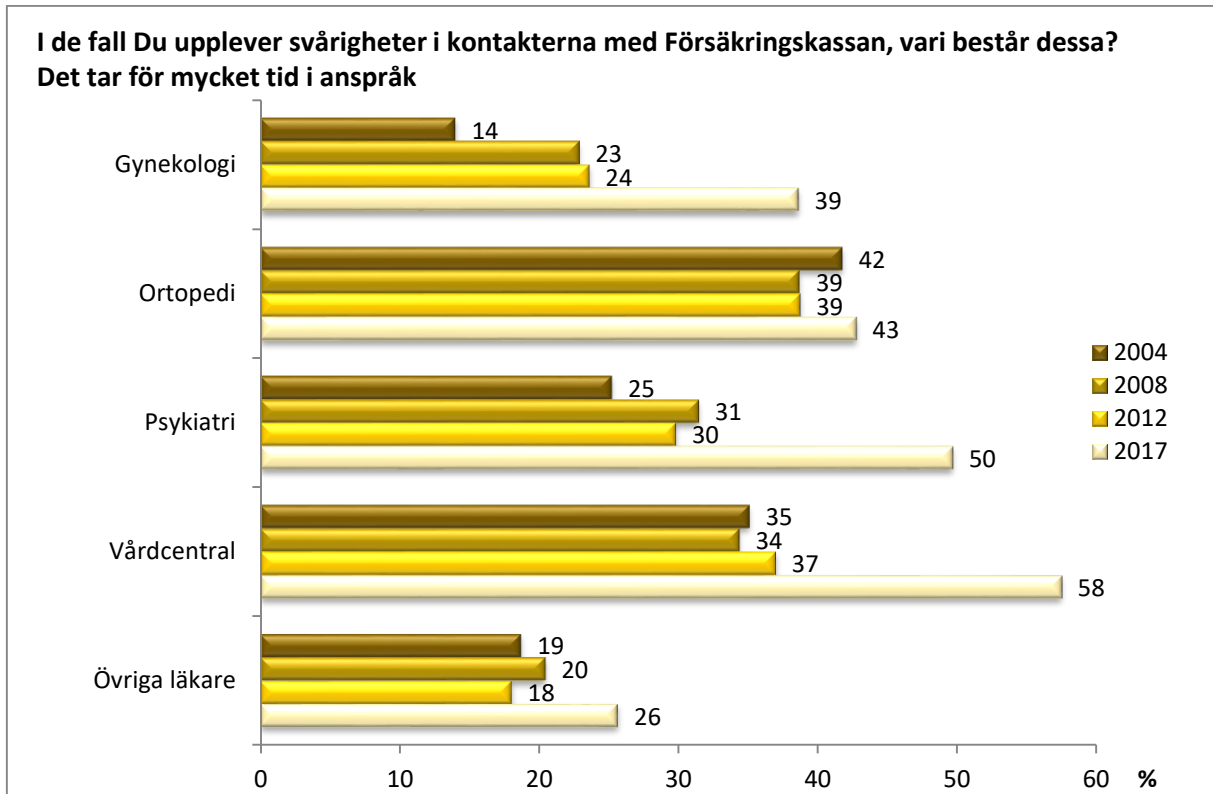
Två av svårigheterna handlar om andra aspekter av Försäkringskassans arbete: att patientens handläggare ofta byts ut (vilket en femtedel upplevt som en svårighet de olika enkätåren) samt att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser. När det gäller det senare, blev andelen som upplevde detta som en svårighet mindre de tre första enkätåren, och 2017 ökade andelen åter till en femtedel (23 %). När det gäller att uppleva oklarheter kring sekretessfrågor som en svårighet ligger den andelen konstant på 5 - 6 procent alla enkätåren.

⁵ Svartalernativet 'Annat' redovisas inte här.



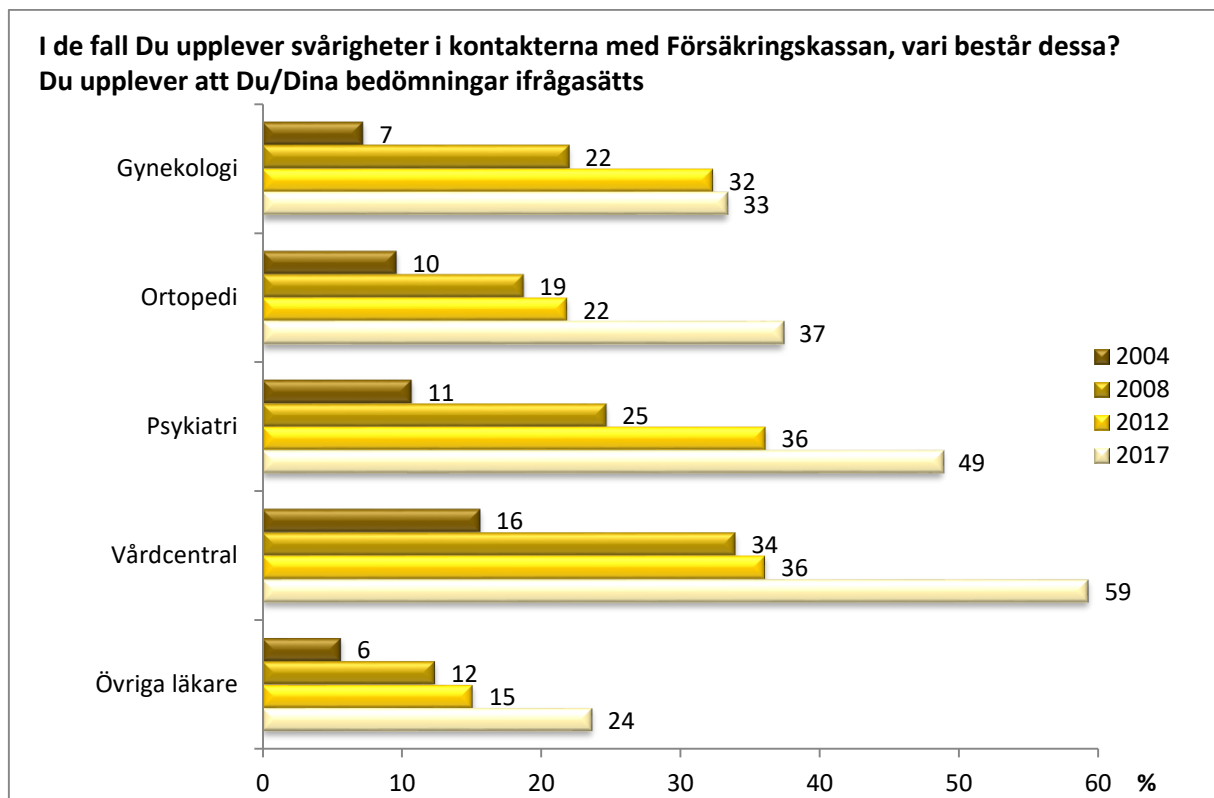
Figur 129. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Som framgår av ovanstående figur blev andelen läkare som svarade att kontakten med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk succesivt större; från 24 till 39 procent 2004-2017. Nedan, i Figur 130, visas andelarna uppdelat på de fem typerna av kliniker. De kliniker där störst andel läkare år 2017 upplevde denna svårighet var vårdcentraler (58 %), psykiatri (50 %) och ortopedi (43 %) med en större andel än tidigare år. Störst ökning mellan åren av andelen läkare som upplevde detta som en svårighet fanns inom gynekologi (14 % 2004; 39 % 2017) och psykiatri (25 % 2004; 50 % 2017).



Figur 130. Andel (%) läkare som svarade att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att ”det tar för mycket tid i anspråk”, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Även resultatet för den listade svårigheten: ”Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar” redovisas separat för de fem olika klinikgrupperna i Figur 131. För denna svårighet finns en generell trend över åren mot större andel som upplevde att deras bedömningar ifrågasätts och ökningen gäller för samtliga klinikgrupper, i något olika hög grad. Mer än hälften av läkarna inom vårdcentraler (59 %) och hälften av läkarna inom psykiatri (49 %) upplevde att deras bedömningar blev ifrågasatta 2017. För dessa typer av kliniker sågs också den största ökningen från 2004 till 2017; vårdcentral från 16 till 59 procent samt psykiatri från 11 till 49 procent.



Figur 131. Andel (%) läkare som upplevde att ”Du/Dina bedömningar ifrågasätts”, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Värdet av kontakter och andra faktorer för hög kvalitet i arbetet

I Tabell 77 redovisas andel läkare som de olika enkätåren svarat att vissa faktorer skulle ha stort värde⁶ för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning. Det som störst andel läkare svarade att skulle ha stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning var, alla fyra enkätåren, att ha en gemensam mall för arbetsförmågebedömning. Både år 2012 och 2017 svarade hälften detta, en något mindre andel de två tidigare åren.

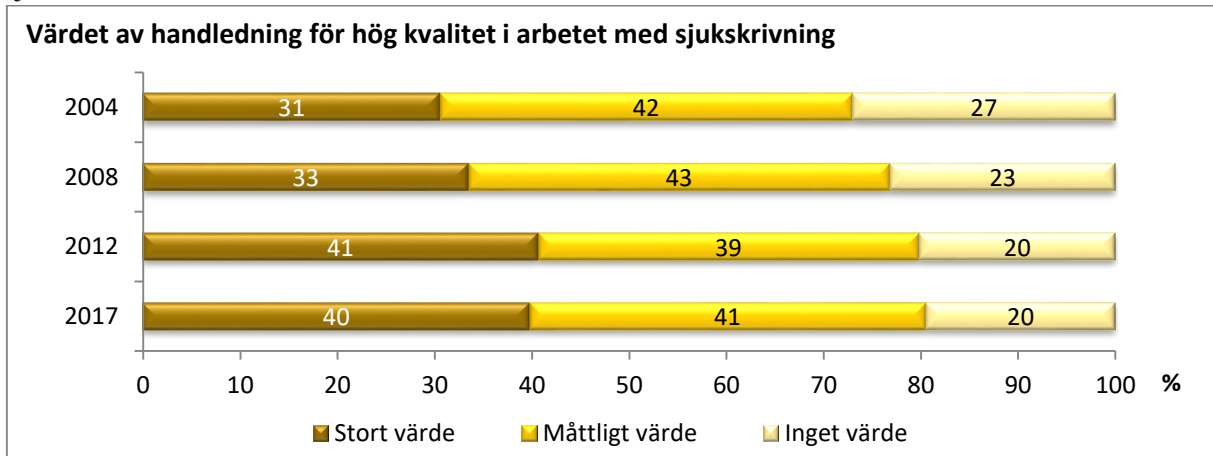
Andelen som svarade att kontakter med kollegor hade stort värde varierade mer (42 % 2004, 60 % 2008, 42 % 2012, 47 % 2017). En annan viktig faktor var handledning, vilket 40 procent av läkarna 2012 och 2017 och en tredjedel av läkarna 2004 och 2008 angav. Nästan lika stor andel (något mindre andel 2012) svarade att kontakter med Försäkringskassans handläggare hade stort värde.

Tabell 77. Andel (%) läkare som svarade att olika faktorer har stort värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen läkare som svarade att följande faktorer har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning ...	2004	2008	2012	2017
Handledning	31	33	41	40
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	45	42	51	50
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	21	17	19	23
Kurser	30	32	42	34
Samverkansmöten/avstämningsmöten	32	34	28	31
Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök	22	22	15	20
Kontakter med handläggare/utredare på Försäkringskassan	43	37	33	36
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	42	60	42	47

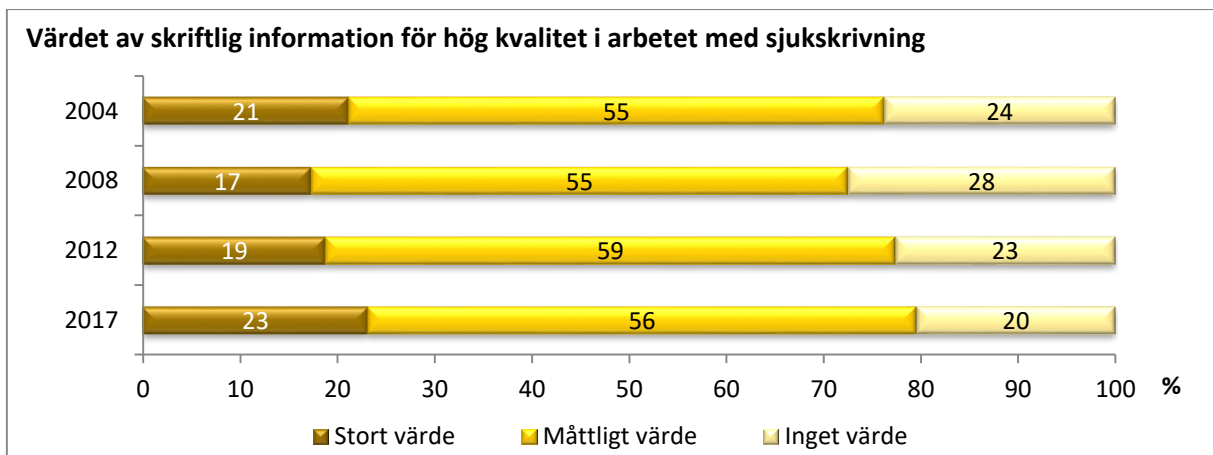
⁶ Tre svarsalternativ fanns: Stort värde, Måttligt värde, Inget värde.

Nedan redovisas även resultaten från Tabell 77 ovan med de olika svarsalternativen i Figur 132 – Figur 139. År 2004 och 2008 svarade omkring en tredjedel av läkarna att handledning när det gäller sjukskrivningsärenden skulle ha stort värde och andelen ökade till 40 procent de följande två åren (Figur 132). Andelen som svarade att handledning *inte* hade något värde minskade från drygt en fjärdedel 2004 till en femtedel 2012 och 2017.



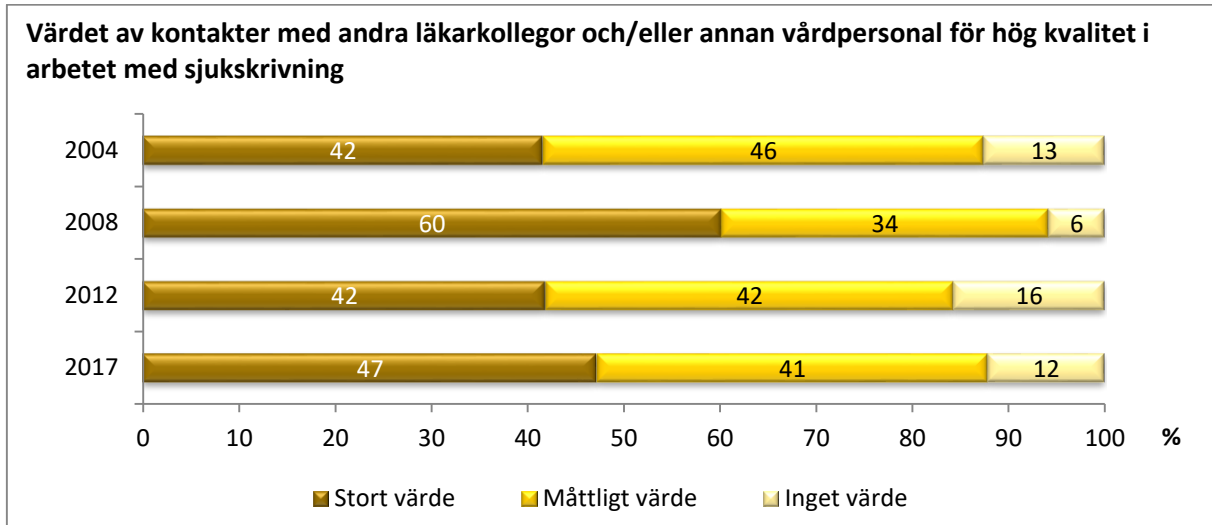
Figur 132. Andel (%) läkare som angav att handledning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen som ansåg att skriftlig information var betydelsefull för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning varierade inte mycket över de fyra enkätåren (Figur 133). Omkring en femtedel svarade att skriftlig information hade stort värde och ungefär en fjärdedel att den inte hade något värde.



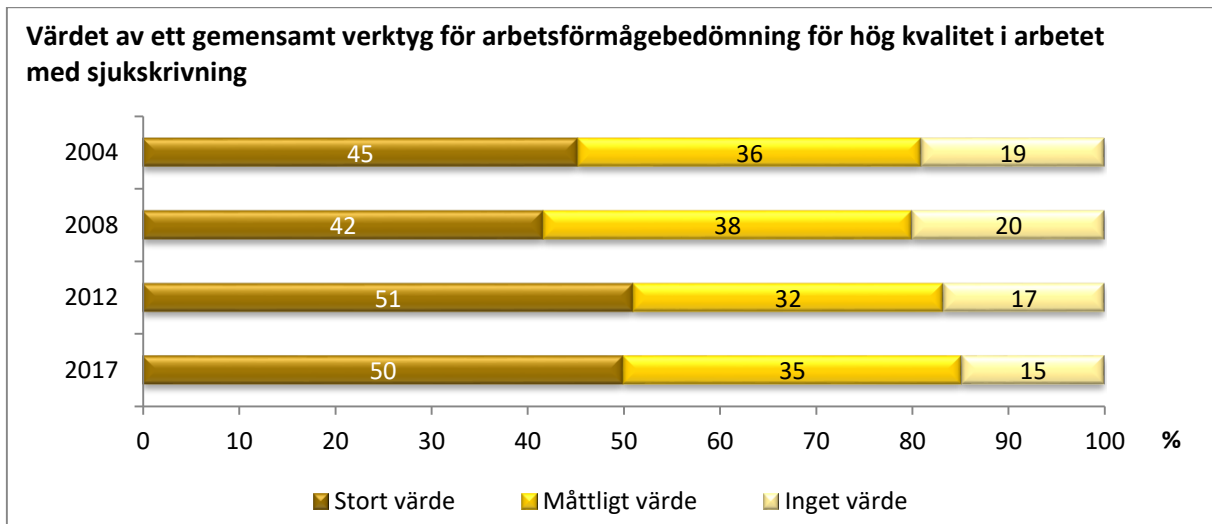
Figur 133. Andel (%) läkare som angav att skriftlig information har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Svaren på frågan om värdet av kontakter med andra läkarkollegor/annan vårdpersonal varierade inte heller mycket mellan åren, med ett undantag: år 2008 svarade en större andel, 60 procent att sådana kontakter hade stort värde (Figur 134).



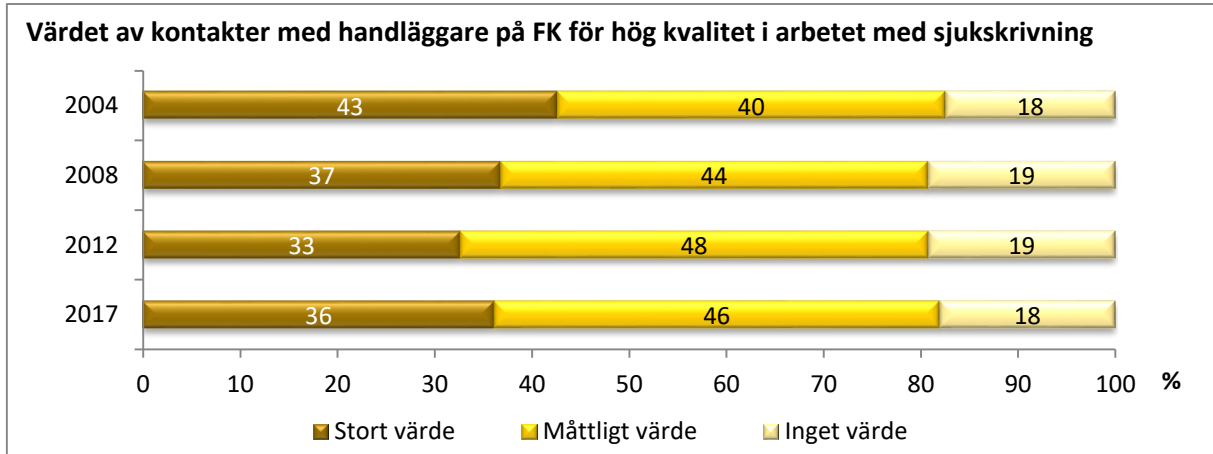
Figur 134. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

På frågan om värdet av ett gemensamt verktyg/mall som stöd i arbetsförmågebedömningar var variationen liten mellan åren (Figur 135). Åren 2004 och 2008 svarade drygt 40 procent att detta skulle ha stort värde och 2012 och 2017 hade andelen ökat till 50 procent.



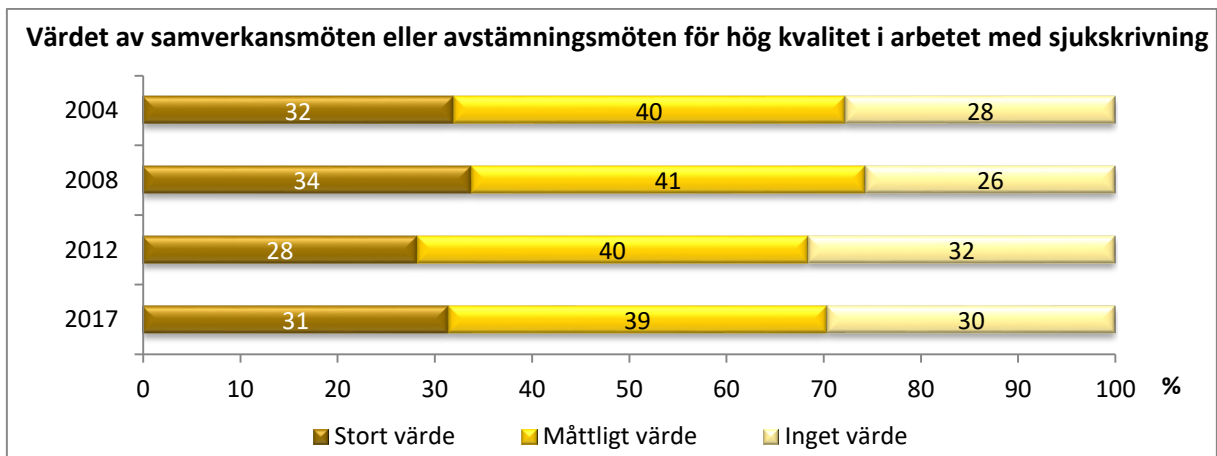
Figur 135. Andel (%) läkare som angav att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Samtliga fyra enkätår svarade knappt 20 procent av läkarna att kontakten med Försäkringskassans handläggare *inte* hade något värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Figur 136). De cirka 80 procent som svarade att sådana kontakter hade stort eller måttligt värde varierade något över åren. Andelen som svarade att kontakten hade stort värde minskade kontinuerligt 2004, 2008 och 2012 (43 %, 37 %, 33 %) men var åter större 2017, 36 procent.



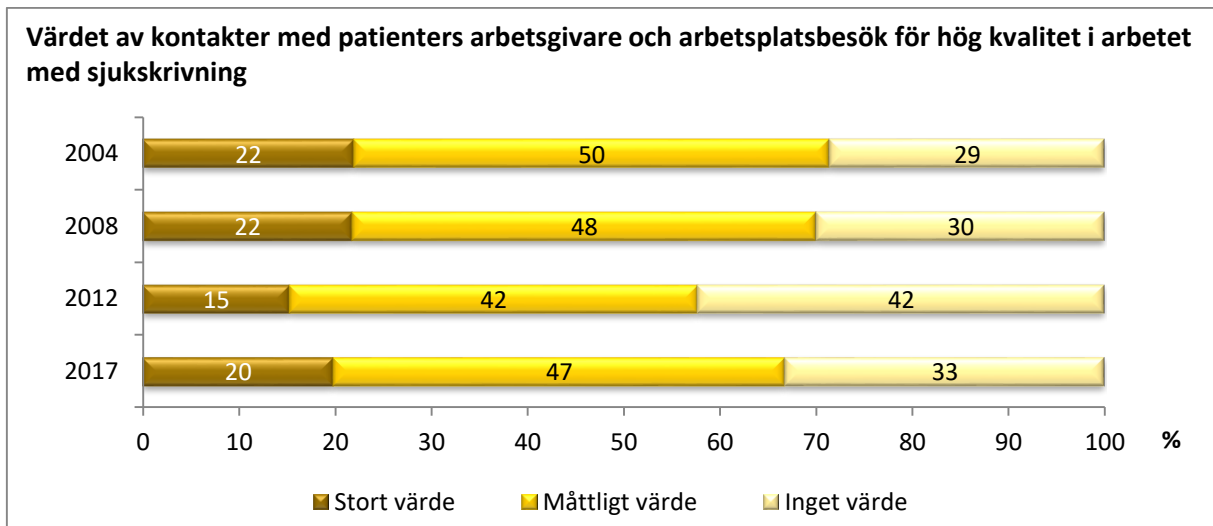
Figur 136. Andel (%) läkare som angav att kontakter med handläggare på Försäkringskassan har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Cirka en tredjedel svarade att samverkans-/avstämningsmöten hade stort värde och cirka en tredjedel att det inte hade något värde (Figur 137). Skillnaden mellan åren var liten.



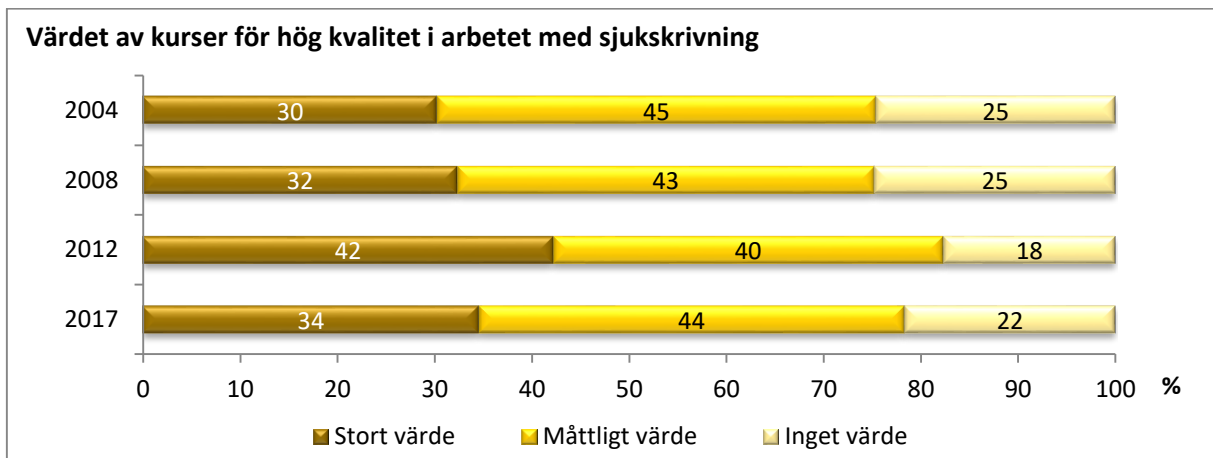
Figur 137. Andel (%) läkare som angav att samverkansmöten eller avstämningsmöten har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

På frågan om värdet av kontakt med patientens arbetsgivare svarade cirka en femtedel av läkarna att det har stort värde och cirka tredjedel att den kontakten inte har något värde (Figur 138). Svaren 2012 avvek med en mindre andel (15 %) som svarade stort värde och en större andel (42%) som svarade att det inte hade något värde.



Figur 138. Andel (%) läkare som angav att kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Cirka en tredjedel svarade att kurser i försäkringsmedicin har stort värde med måttligt ökande andelar av detta under åren (Figur 139). En fjärdedel ansåg att kurser inte har något värde. Som i ovanstående figur skiljer sig år 2012 något från övriga år. Andelen läkare som ansåg att kurser har stort värde var något större och andelen som svarade att de inte hade något värde mindre än övriga år.



Figur 139. Andel (%) läkare som angav att kurser har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

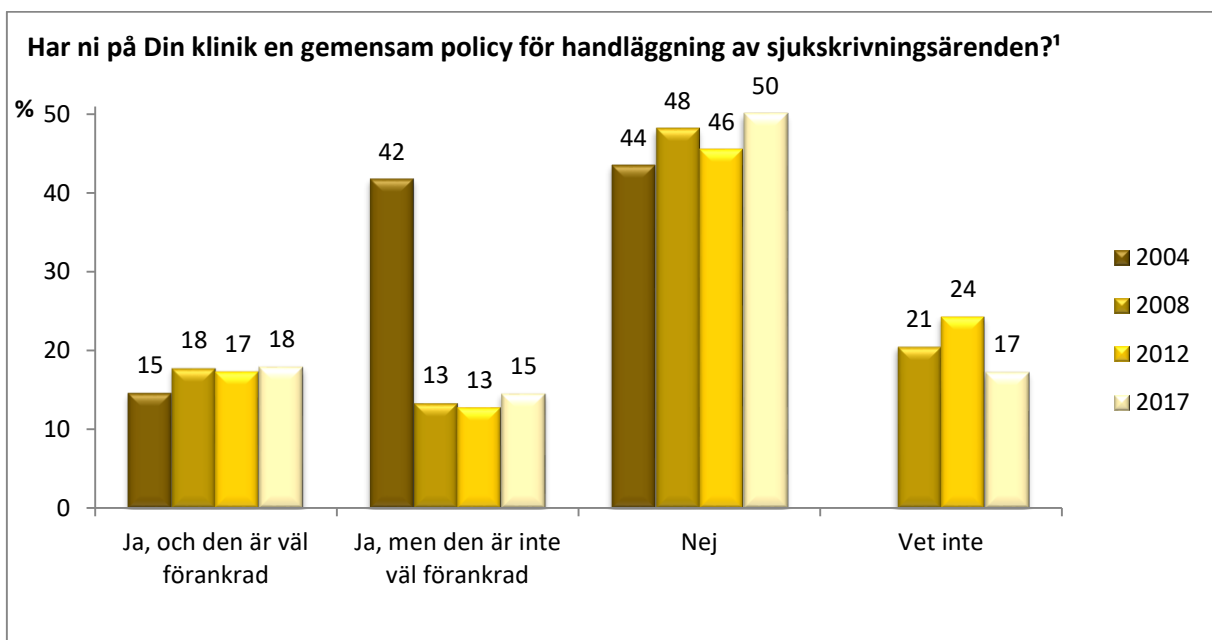
De två frågor som förekom i samtliga fyra enkäter avseende organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning är dels frågan om huruvida det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen och frågan om huruvida läkaren har stöd från den närmaste ledningen på kliniken/mottagningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

I frågan om det finns en policy för sjukskrivningsarbetet har två svarsalternativ tillkommit efter första enkäten år 2004. Från och med 2008 lade vi till följande svarsalternativ "Vet ej" och "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet". Svarsalternativet "Vet ej" redovisas i figuren för de år svarsalternativet ingår (Figur 140). De läkare som svarade "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" (2 % 2008, 1 % 2012 och 1 % 2017) har här exkluderats i analyserna. En analys med detta svarsalternativ inkluderat gav samma svarsmönster som Figur 140 (visas ej i figur).

År 2004 svarade 15 procent att det fanns en gemensam policy som var väl förankrad på deras enhet. Andelen ökade till 18 procent 2008 och låg sedan på samma nivå 2012 och 2017. Det fanns 2017 en liten ökning från de tidigare enkätåren i andelen som svarade att det inte finns någon policy, från omkring 44 procent 2004 till 50 procent 2017.

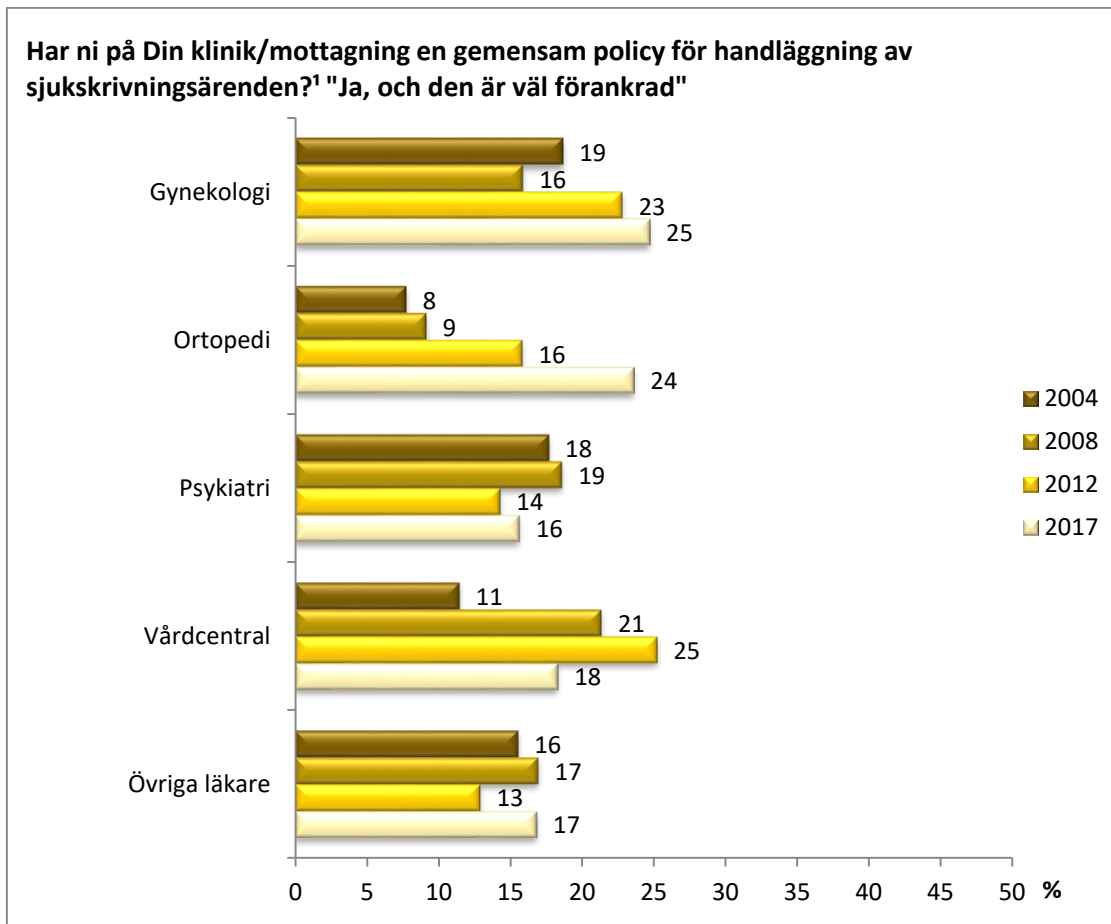
Andelar som svarat "Nej" eller "Vet inte" har legat på samma nivå (65-70 %) samtliga tre enkätår 2008, 2012 och 2017. Vi anser att det är troligt att många av dem som 2004 svarade att det fanns en policy som inte var väl förankrad hade svarat "Vet inte" om det svarsalternativet funnits då.



Figur 140. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som 2008, 2012 och 2017 angav "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats.

När det gäller frågan om det finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på den egna arbetsplatsen, finns det skillnader i svarsmönstret mellan de fem typerna av kliniker (Figur 141). Andelen vårdcentralsläkare som svarade att de har en väl förankrad policy ökade från 2004 till 2012 (11 % 2004; 21 % 2008; 25 % 2012) men år 2017 var andelen 18 procent, dvs. en minskning med 7 procentenheter mellan 2012 och 2017. Inom ortopedi finns en kontinuerlig ökning av andelen med väl förankrad policy från 8 procent 2004 till 24 procent 2017 med störst ökning mellan 2012 och 2017.

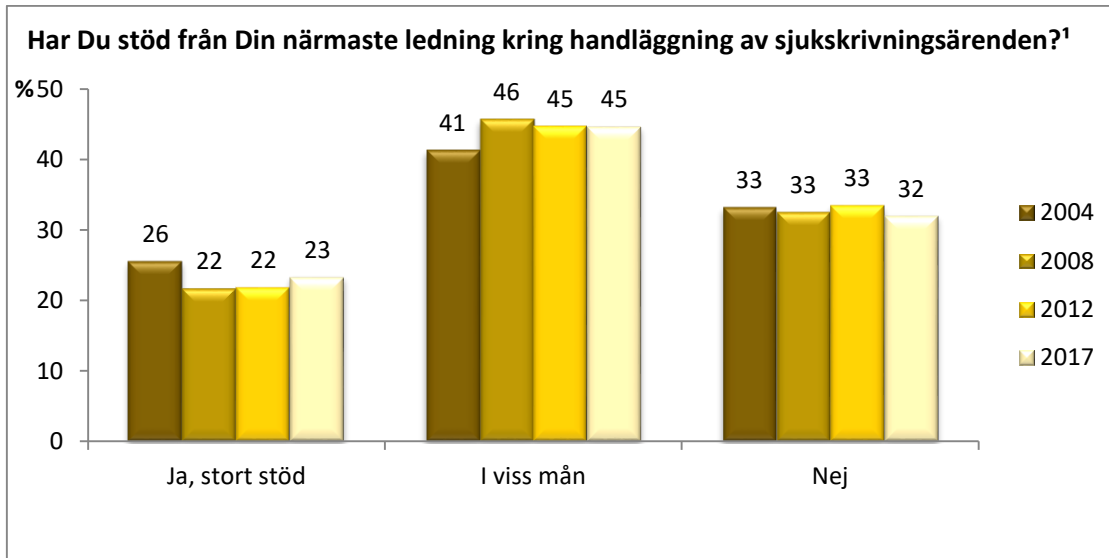


Figur 141. Andel (%) läkare som svarade att de har en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som 2008, 2012 och 2017 angav "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats.

Stöd från ledningen

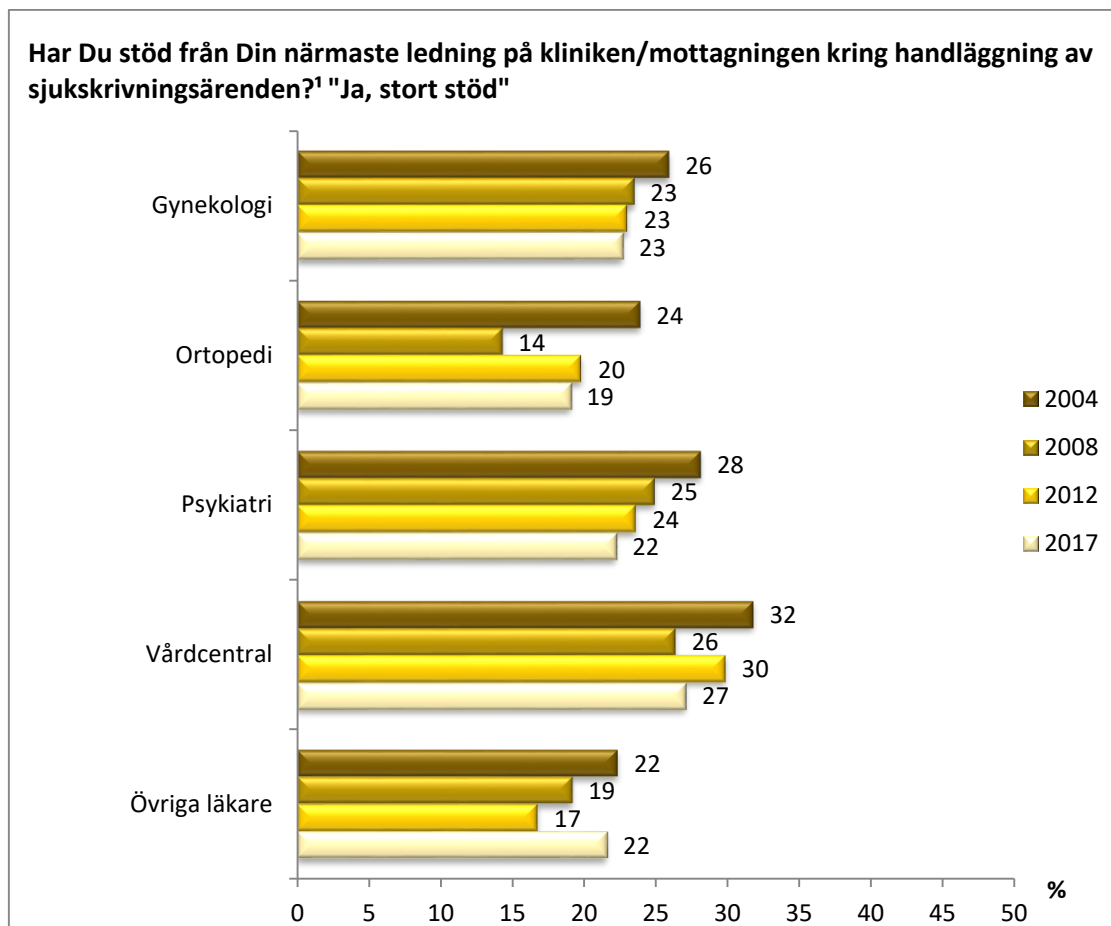
En annan central aspekt när det gäller administrativt stöd är om läkaren har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsfrågor. I Figur 142 visas svaren på den frågan de fyra enkätåren. Skillnaderna mellan enkätåren är små. En tredjedel svarade att de inte upplevde något stöd från sin närmaste ledning och omkring en fjärdedel att de kände stort stöd, störst andel 2004, det vill säga, innan sjukskrivningsmiljarden trädde ikraft med sitt starka fokus på att stärka ledning och styrning inom hälso- och sjukvården när det gäller arbetet med sjukskrivning av patienter.



Figur 142. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

¹De läkare som 2008, 2012 och 2017 angav "Ej aktuellt, har ingen chef" eller "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats. I en analys med dessa svarsalternativ inkluderades förändrades inte resultatet mer än marginellt (visas ej).

I Figur 143 redovisas andel som svarat att de har stort stöd från sin närmaste ledning, uppdelat på typ av klinik. I denna fråga är det inte stora skillnader mellan klinikerna eller över tid, även om andelen läkare som svarat att de har stort stöd minskat något över enkätåren. Psykiatri är den kliniska verksamhet där andel läkare som svarat att de har stort stöd från ledningen minskat mest för varje år; (28 % 2004, 25 % 2008, 24 % 2012, 22 % 2017). Andelen som upplever stort stöd från den närmaste ledningen var störst inom vårdcentralerna; 27 procent 2017.



Figur 143. Andel (%) läkare som svarade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

*De läkare som 2008, 2012 och 2017 angav "Ej aktuellt, har ingen chef" eller "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet" har här exkluderats.

Sammanfattning jämförelsen 2017-2012-2008-2004

I jämförelsen av svaren från de fyra enkäterna år 2017, 2012, 2008 och 2004 ingår svar från de läkare som huvudsakligen arbetade i Stockholms län och som då var yngre än 65 år. Det var sammanlagt 48 frågor som förekom i alla fyra enkäterna. För några av frågorna fanns det en trend av stegvis ökning alternativt minskning av andel läkare som gett en viss typ av svar mellan enkätåren 2004-2008-2012 och att dessa trender hade brutits år 2017.

Majoriteten av läkarna, omkring 80 procent, hade sjukskrivningsärenden minst en gång i veckan, alla enkätåren. Andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var störst inom ortopedi under alla enkätåren (80-82 %) samt inom rehabilitering där andelen minskade fram till 2012 (81 % 2004; 69 % 2008; 64 % 2012) och därefter blev större igen 2017 (80 %). Denna trend, med minskande och sedan ökande andel var tydlig även bland vårdcentralsläkare (60 % 2004; 38 % 2008; 28 % 2012; 47 % 2017). Det fanns inte några större skillnader över de tre första enkätåren i andelen läkare som svarade att sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska minst en gång i veckan (33 % 2004; 32 % 2008; 30 % 2012) medan andelen var större år 2017 (43 %). Ökningen i andel var störst inom psykiatri (60 %) och på vårdcentraler (75 %) år 2017.

Under alla fyra enkätåren svarade mer än hälften av läkarna att det var mycket eller ganska problematiskt att "bedöma patienters arbetsförmåga" och den andelen var störst år 2017 (52 % 2004;

55 % 2008; 56 % 2012; 60 % 2017). Avseende övriga potentiellt problematiska situationer fanns en betydande ökning – från cirka en tredjedel till hälften – över de fyra enkätåren av andelen läkare som upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att ”bedöma patientens funktionsförmåga” (36 % 2004 - 49 % 2017), att ”hantera sina två roller som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig” (39 % 2004 - 51 % 2017) samt att ”skriva läkarintyg till Försäkringskassan” (33 % 2004 - 41 % 2017). Bland övriga situationer som i större grad än andra uppfattades som mycket eller ganska problematiska återfinns att ”handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg” (54 % 2004; 48 % 2008; 48 % 2012; 59 % 2017) och två med en minskning över åren ”bedöma optimal sjukskrivningstid och grad” (53 % 2004 - 48 % 2017) och ”när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning” (60 % 2004 - 48 % 2017).

En majoritet sjukskrev år 2017 aldrig eller nästan aldrig en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan (59 %), Arbetsförmedlingen (66 %) eller faktorer hos arbetsgivaren (54 %), och en tredjedel aldrig på grund av väntetider till utredning (35 %) eller behandling (34 %) inom hälso- och sjukvården. Störst ökning 2017 jämfört med 2012 var dock andel läkare som angav väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården som anledningar, och resultaten skilde sig mellan typ av klink. Inom ortopedi minskade anledningen väntetider till utredning inom sjukvården (32 % 2004 - 9 % 2017) respektive behandling (39 % 2004 - 14 % 2017). Inom psykiatri var tendensen den motsatta; anledningen väntetider till utredning inom sjukvården (12 % 2004 - 23 % 2017) respektive behandling (10 % 2004 - 21 % 2017) ökade mellan enkätåren.

Upplevd oro eller hot i samband med sjukskrivningsärenden har i stort sett legat på samma nivå och majoriteten (drygt 80 %) upplevde aldrig detta de olika enkätåren. Det var främst inom psykiatri och på vårdcentraler som läkare svarat att de upplevt hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden (omkring 10 % år 2017).

Svaren på frågor om *kontakter med Försäkringskassan* följde samma mönster som många andra frågor, med nedåtgående alternativt uppåtgående trend mellan 2004-2012, och sedan en ökning alternativt minskning från 2012 till 2017. Andelen som hade kontakt med Försäkringskassan minst en gång per vecka minskade från 11 procent 2004 till 7 procent 2012 för att 2017 återgå till samma nivå som 2004 (12 %). Drygt en tredjedel hade aldrig/i stort sett aldrig kontakt med Försäkringskassan 2004-2012 för att därefter minska till en fjärdedel 2017. Inom psykiatri (54 % 2004 – 67 % 2017) och ortopedi (33 % 2004 – 60 % 2017) hade dock andel läkare som hade kontakt med Försäkringskassan varje månad ökat till år 2017.

Andel läkare som svarade att kontakterna med Försäkringskassan har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet minskade från 43 till 33 procent enkätåren 2004-2012 och ökade något till 36 procent 2017.

Vad avser logistiska svårigheter i kontakten med Försäkringskassan upplevde en stor och ökande andel flera olika sådana. Bara för en typ av svårigheter ses en svag minskning i andel som upplevt dem, nämligen att ”det är svårt att få reda på vem du ska prata med”. En logistisk svårighet som en något större andel upplevde 2017 (36 % 2004; 34 % 2008; 33 % 2012; 41 % 2017) är att ”det är svårt att komma fram per telefon”, en svårighet som det med dagens teknik torde vara enkelt att hantera.

Andra typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan rör upplevelse av bemötandet. Andelen som upplevde en ”negativ attityd från Försäkringskassan” har successivt fyrdubblats (från 4 % 2004 till 16 % 2017). Andelen som upplevde en svårighet i ”ni tycks tala olika språk” ökade ännu mer (6 % 2004; 11 % 2008; 19 % 2012; 33 % 2017). På liknande sätt upplevde en betydligt större andel år 2017 att ”Du/Dina bedömningar ifrågasätts” jämfört med tidigare enkätår (9 % 2004; 20 % 2008; 25 % 2012; 38 % 2017).

Den viktigaste faktorn för att ha hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet ansågs sammantaget över enkätåren vara ett gemensamt *verktyg för arbetsförmågebedömning* (45 % 2004; 42 % 2008; 51 % 2012; 50 % 2017). Högt värderades även kontakt med läkarkollegor och annan vårdpersonal (42 % 2004; 60 % 2008; 42 % 2012; 47 % 2017). En stor och ökande andel läkare angav att handledning i sjukfrånvarofrågor skulle ha stort värde för kvaliteten i arbetet med sjukskrivningsärenden (31 % 2004; 33 % 2008; 41 % 2012; 40 % 2017).

När det gäller *organisatoriska förutsättningar* för arbetet, i termer av policy/rutiner respektive stöd från närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, skedde inga större förändringar över de fyra enkätåren. En tredjedel svarade att de inte upplevde något stöd och omkring en fjärdedel att de kände stort stöd, störst andel 2004 (26 %), det vill säga, innan sjukskrivningsmiljarden trädde ikraft med sitt starka fokus på att stärka ledning och styrning inom hälso- och sjukvården när det gäller arbetet med sjukskrivning av patienter. Andelen läkare som hade en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik/mottagning har varierat en aning mellan 15 och 18 procent över enkätåren. Andelen som svarade att de inte hade någon policy var störst 2017 då hälften gav detta svar.

Avslutande kommentarer

Övergripande resultat återfinns i sammanfattningen på sidan 6 samt i slutet av var och en av de två kapitlen med jämförelser över tid. Här följer några övergripande kommentarer, framförallt av metodologisk karaktär.

De fyra olika enkäterna är tvärsnittsstudier och kan användas för tidsserieanalyser. Då det endast delvis är samma personer som ingår i respektive enkät, kan resultaten jämföras över tid på gruppnivå, till exempel vad gäller olika typer av kliniska verksamheter. Då data är avidentifierade har vi inte möjlighet att jämföra enskilda läkares svar de olika enkätåren, exempelvis i syfte att säga något om läkares utvecklingsmönster mellan enkätåren. Mellan 2004 och 2017 har det skett stora förändringar i läkarkårens sammansättning; flera av dem som var yrkesverksamma år 2004 är det inte längre 2017 medan många nya läkare har utbildats och börjat arbeta som läkare. Det innebär att även om vi hade kunnat jämföra svar på individnivå, hade den grupp som då studerats varit begränsad och inte särskilt representativ för läkarkåren som helhet.

Svarsfrekvensen har minskat över åren, framförallt mellan år 2004 och 2008 (från 71 till 59 %) och därefter ytterligare något; från 58 % 2012 till 53 % 2017. Detta följer den allmänna trenden av att svarsfrekvenser minskar i enkätstudier (311, 312). Svarsfrekvensen får dock betraktas som god i denna studie, i jämförelse med andra enkätstudier som genomförs nu.

Som oftast i enkätstudier var svarsfrekvensen högre bland kvinnor och bland äldre personer. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att unga läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har nåtts av inbjudan att delta, på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga. Möjligheten att delta via webbenkät användes av betydligt större andel år 2017 än år 2012, de två år då denna möjlighet funnits. Många av de läkare som kontaktade oss under datainsamlingen berättade att de samtidigt fick ett stort antal andra förfrågningar om att svara på enkäter. Flera av de läkare som höjde av sig till oss och som varit tveksamma till att svara på enkäten arbetade som laboratorieläkare eller i annan verksamhet där sjukskrivning inte förekom.

I 2004 års enkät satte vi en åldersgräns vid 65 år, både av ekonomiska skäl och på grund av att det var mindre vanligt då än idag att yrkesarbeta efter 65 års ålder. I 2008 års enkät inkluderades samtliga yrkesverksamma läkare som bodde i Sverige, delvis för att få kunskap om åldersspridningen och då det fanns hypoteser om att äldre läkare sjukskrev på ett annat sätt än yngre. En annan anledning till en totalundersökning var att resultaten i 2004 års enkät visade att läkare i betydligt fler verksamheter än väntat hade sjukskrivningsärenden. I jämförelserna mellan de tre senaste enkäterna har inte de som var äldre än 68 år tagits med, i jämförelserna mellan alla fyra enkätåren ingår inga läkare som var 65 år eller äldre när de svarade. I en delstudie jämfördes svarsmönstret för dem som var 65 år eller äldre med svarsmönstret för dem som var under 65 år och det framkom då endast mindre skillnader mellan grupperna (268). Vi valde ändå att i de jämförande analyserna endast inkludera personer som hade jämförbara åldrar.

Vi har fått avidentifierad information angående de som besvarat enkäten. Det innebär att vi inte haft möjlighet att kontakta de läkare som inte svarat för att ta fram ett underlag för bortfallsanalys av skillnader i svarsmönster mellan dem som inte svarade jämfört med dem som svarade. Vi vet alltså inte om de som inte svarade till exempel upplevde hantering av sjukskrivningsärenden som problematisk i större eller i mindre utsträckning än de som svarade. Dock kan det anses vara ett tillräckligt stort antal läkare som deltagit varje år för att ge underlag för åtgärder.

Varje år har ungefär hälften av de sjukskrivande läkarna varit kvinnor. I tidigare litteraturöversikter har det inte framkommit könsskillnader i hur läkare sjukskriver (20) och vi har inte analyserat data utifrån detta perspektiv i denna rapport. I den mån materialet ska användas för utvärdering av insatser respektive för planering av framtida insatser, torde fokus vara på specifika mottagningar eller kliniska

verksamheter alternativt mot läkare på specifika utbildningsnivåer, till exempel AT eller ST, snarare än till de läkare som är kvinnor eller män. Av denna anledning är analyserna inte könsstratifierade.

I 2017 års enkät ingick för första gången frågor om typ av organisation (offentlig/privat organiserad respektive finansierad) som läkaren arbetade inom och huruvida läkaren huvudsakligen arbetade som så kallad *hyrläkare/stafettläkare*. Det senare definierades som att vara inhyrd högst en månad i sträck på varje ställe. Tidsgränsen på en månad diskuterades både inom referensgruppen och med andra. Valet av denna definition baserades på att det är den som Läkarförbundet använder. Många så kallade hyrläkare eller stafettläkare är kvar på samma klinik/mottagning betydligt längre, ibland flera år. Förhoppningsvis omfattas de då också av till exempel rutiner, policys samt stöd från närmaste ledning vad gäller hantering av patienters sjukskrivning. Här var syftet istället att få en bild av situationen för de hyrläkare/stafettläkare som ofta byter arbetsplats.

I alla enkätstudier som bygger på tidigare enkäter måste betydelsen av att använda exakt samma *frågeformulering* och samma svarsalternativ i varje enkät vägas mot värdet av att försöka förbättra frågans utformning. Forskningen om läkares arbete med sjukskrivning är ännu inte särskilt utvecklad, varför det inte finns etablerade frågeformulär att tillgå. I stället har kunskap genererats i analyserna av svar i de tidigare enkäterna, både i studier av de fasta svarsalternativen och av de öppna svaren (5, 227, 269, 306, 307). Baserat på dessa har vi modifierat några frågor vad avser formulering eller svarsalternativ. Detta innebär i vissa fall en begränsning när det gäller jämförelser mellan åren, och hur vi har hanterat detta beskrivs i metoddelen (sid 29). Ibland baseras även ändringar av formuleringar på att språkbruket har förändrats. Ett exempel är att det som tidigare kallades policy, något som varje verksamhetschef ansvarar för att implementera för olika aspekter, inklusive hantering av sjukskrivningsärenden, organisation av samverkan och kompetensutveckling, etcetera, numera ofta benämns som rutiner.

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

Skillnaderna var ofta stora mellan olika typer av kliniker. Detta var förväntat, då det finns avsevärda skillnader mellan typer av kliniker vad gäller patientkaraktäristika, diagnospanorama, nedsättning av funktion respektive nedsatt arbetsförmåga och patienters behov. Det innebär också skilda behov av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, av samarbeten och kontakter och särskilt av kontakter med Försäkringskassan. I denna rapport, avseende läkare i Stockholms län, visas de flesta resultaten dels för alla och dels för fyra specificerade kliniktyper och för gruppen övriga läkare.

Över de tre första enkätåren (2004-2008-2012) minskade andelen läkare som har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. Detta är i överensstämmelse med den kraftiga nedgången av sjuktalen i Sverige sedan 2003 (43). År 2017 var andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka något större igen, vilket också är i linje med att sjuktalen har ökat något de senare åren. Andelen läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan blev också betydligt större år 2017.

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

En aspekt som behöver fördjupade analyser är frågan om huruvida arbetet med sjukskrivningar upplevs som ett *arbetsmiljöproblem*. Resultatet visade en kraftig ökning av läkare som betraktade detta som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (14 % 2012; 32 % 2017). Det finns många faktorer som kan påverka om sjukskrivningsarbetet upplevs som ett arbetsmiljöproblem. För att förstå

detta behövs fördjupade analyser av såväl de slutna som de öppna svaren, generellt och för specifika typer av kliniska verksamheter.

Våra resultat visar att andelen läkare som upplevde *olika typer av problem* inte har minskat trots de stora satsningar som gjorts inom området. Många interventioner för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar har till exempel riktats till vårdcentralsläkare. Resultaten visar dock att vårdcentralsläkare fortfarande 2017 upplevde arbetet med sjukskrivning som problematiskt i högre grad än vad läkare inom andra kliniska verksamheter gör. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som skett kan till exempel ha inneburit en ökad medvetenhet om problem i sjukskrivningsarbetet och om vad optimal hantering av sjukskrivningsärenden innebär. Som tidigare nämnts torde det även ha samband med både typ av patienter och mångfald av diagnoser samt möjlighet att remittera vidare.

En annan central del av sjukskrivningsmiljardssatsningarna har varit *försäkringsmedicinsk kompetensutveckling*. Resultaten visar att behovet av sådan kompetens fortfarande är stort. Det är även troligt att när kompetensnivån tidigare varit låg och sedan utvecklats något, genom till exempel korta kurser i försäkringsmedicin eller möjlighet att rådfråga eller få handledning av någon med sådan kompetens, så blir de egna kunskapsluckorna tydligare. Kompetens och kompetensutveckling inom försäkringsmedicin är en ständigt aktuell fråga särskilt inom kliniska verksamheter där personalomsättningen är hög. På motsvarande sätt kan förväntningarna på rutiner och policy kring hantering av sjukskrivningsärenden vid den egna mottagningen öka när läkaren får mer kunskap om vad sådana rutiner faktiskt skulle kunna innebära och innehålla.

Ett resultat i jämförelserna mellan åren är den stora och ökande andelen läkare som ansåg att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att ”*Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg*”. Andelen som ansåg det ökade med 20 procentenheter mellan enkätåren 2012 och 2017 (från 36 till 56 %) – denna fråga fanns inte med i de tidigare enkäterna. Ännu större andel (67 %) ansåg 2017 även att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera Försäkringskassans begäran om kompletteringar.

Försäkringskassan har, baserat på ett urval av 5070 av samtliga 1,5 miljoner sjukintyg gällande sjukpenning från hela landet under ett år (dvs, cirka tre promille av samtliga intyg), uppskattat att under år 2011 begärde Försäkringskassan kompletteringar av 9,3 procent av läkarintygen, 2012 av 7,2 procent och år 2017 av 9,7 procent (313). Det innebär att jämfört med 2011 är det ingen ökning av andel intyg som Försäkringskassan begärt kompletteringar av, däremot en viss ökning jämfört med 2012. Då antalet sjukskrivningsfall ökat sedan 2011 innebär det dock att antalet läkarintyg som Försäkringskassan begär komplettering av har ökat med drygt 60 procent sedan dess.

Den modesta skillnaden mellan enkätåren, med tendens till försämring snarare än förbättring, vad gäller svaren på frågorna om *organisatoriska förutsättningar* för arbete med sjukskrivningsärenden kan ha samband med flera faktorer, som behöver utvärderas med fördjupade analyser av dessa data liksom av andra data (52, 72, 155, 157, 314). Dessa resultat kan ses som anmärkningsvärda, då förbättrad ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning har varit det främsta målet i sjukskrivningsmiljarderna, inklusive på verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess. Det kan finnas flera anledningar till dessa resultat. En är att det faktiskt inte skett någon förändring över åren, en annan är att interventionerna för att påverka detta varit verkningslösa alternativt inte haft någon effekt ännu på denna nivå, längst ut i organisationerna. Vissa resultat från en tidigare studie tyder på det att det senare kan vara en delförklaring (72). En annan möjlig orsak kan vara att detta inte är ett optimalt sätt att mäta sådana förändringar. Det kan också vara så att den kompetensutveckling som skett inom läkarkåren under de senare 15 åren har inneburit att läkare har en djupare förståelse för komplexiteten i de olika arbetsuppgifterna som hör hit och därmed har mer kunskap och högre förväntningar på både vad gemensamma rutiner/policy och vad stöd från ledning i det arbetet skulle kunna innebära. Ytterligare en anledning kan vara att kraven på läkare i

deras arbete med handläggning av sjukskrivningsärenden har ökat mycket de senare åren – och därmed förväntningar på organisatoriskt stöd.

Andelen läkare som inte har kontakt med arbetsgivare alternativt Arbetsförmedling kan tyckas hög. I många fall är detta dock inte aktuellt, till exempel på grund av diagnosens karaktär eller arbetsförmågenedsättningens förväntade duration.

Det framkommer att två typer av interventioner under de senaste åren, införandet av *det försäkringsmedicinska beslutsstödet* och av *elektronisk överföring av läkarintyg* generellt uppfattats som positiva. Den första interventionen har varit positiv såtillvida att beslutsstödet i stor utsträckning används och upplevs som användbart. När det gäller läkare från övriga Sverige, använde 90 procent elektronisk överföring av läkarintyg, de hade detta integrerat med journalsystemet och var nöjda med denna intervention. I Stockholms län påbörjades införandet elektronisk överföring av intyg betydligt senare, och var inte helt genomfört våren 2017, vilket avspeglas i att endast hälften av läkarna svarade att de har tillgång till det, jämfört med 90 procent i övriga landet.

Införandet av yrkeskategorin *rehabkoordinatorer* i hälso- och sjukvården upplevdes som positivt av flertalet av dem som har tillgång till dem, samtidigt som endast 16 procent svarade att de har tillgång till den resursen. Stockholm utmärker sig gentemot övriga landet när det gäller läkare inom ortopedi. I hela Sverige hade 34 procent av läkarna inom ortopedi tillgång till rehabkoordinator, i övriga Sverige (utan Stockholm) 29 procent - i Stockholm var motsvarande siffra 53 procent. Detta avspeglar den tydliga satsning som gjorts av Stockholms läns landsting på rehabkoordinatorer inom just ortopedi, vid samtliga ortopediska verksamheter (17). I detta sammanhang bör det noteras att en större andelar läkare oftare samverkade med kuratorer/psykologer respektive fysioterapeuter/arbetsterapeuter – och att en större andel av läkarna ansåg att det hade stort värde för deras arbete med sjukskrivningar att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från dessa än från rehabkoordinatorer.

Tabell 78. Andel (%) läkare i tre typer av kliniska verksamheter som svarat att de har tillgång till rehabkoordinator, i hela landet samt uppdelat på Stockholm respektive övriga Sverige, år 2017.

	Tillgång till rehabkoordinator		
	Hela Sverige	Stockholm	Övriga Sverige
Alla	31	16	37
Ortopedi	34	53	29
Psykiatri	26	10	34
Vårdcentral	64	30	73

I rapporten har övergripande resultat från projektet redovisats. Materialet är omfattande och ger utrymme för många fördjupade analyser av frågekomplex i läkares arbete med hantering av patienters sjukskrivning. I denna rapport har exempelvis inte några resultat redovisats från de öppna svar som 2040 läkare i Stockholm har lämnat i 2017 års enkät.

Stora delar av de enkäter som ligger till grund för denna rapport har även översatts till andra språk och använts i andra länder, såsom i Norge (303), i Schweiz (302) och i Finland (315), vilket innebär goda möjligheter att jämföra resultaten från detta projekt även med resultat från andra länder.

Figur- och tabellförteckning

Lista över figurer

Figur 1. En översiktsbild för illustration av de fyra resultatavsnitten i rapporten; röd, blå, grön, respektive gul.	35
Figur 2. Åldersfördelning (%) bland de svarande som var yrkesverksamma i Sverige, uppdelat på kvinnor och män.	42
Figur 3. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män.	42
Figur 4. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden.	43
Figur 5. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig har sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	45
Figur 6. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	49
Figur 7. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	50
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	50
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.	51
Figur 10. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation, en privat organisation som är offentligt finansierad respektive inom en privat organisation som även är privat finansierad.	52
Figur 11. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade som hyrläkare/stafettläkare, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.	52
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.	53
Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.	53
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.	54
Figur 15. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	56
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	57
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på de olika klinikgrupperna.	57
Figur 18. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.	58
Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på de olika klinikgrupperna.	59
Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	59
Figur 21. Andel (%) läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på fem typer av kliniker.	60

Figur- och tabellförteckning

Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	61
Figur 23. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	62
Figur 24. Andel (%) läkare som upplevde olika aspekter av att skriva sjukintyg respektive komplettera intyg som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	63
Figur 25. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.	64
Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna.	65
Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.	66
Figur 28. Andel (%) läkare som minst några gånger per år kände sig hotade eller oroliga i sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	66
Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.	68
Figur 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.	70
Figur 31. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde.	72
Figur 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga läkare.	73
Figur 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på fem typer av kliniker.	73
Figur 34. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	74
Figur 35. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), uppdelat på fem typer av kliniker.	75
Figur 36. Andel (%) läkare uppdelat på hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i relation till hur problematiskt de tyckte att det är att skriva läkarintyg i enlighet med FMB.	75
Figur 37. Andel (%) läkare uppdelat på hur de bedömde värdet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i relation till att ha upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.	76
Figur 38. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.	77
Figur 39. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	77
Figur 40. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på fem typer av klinisk verksamhet.	78
Figur 41. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	79

Figur 42. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem kliniska verksamheter.	79
Figur 43. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.....	81
Figur 44. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.	82
Figur 45. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning	82
Figur 46. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.....	83
Figur 47. Andel (%) läkare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade.	84
Figur 48. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.....	85
Figur 49. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker.....	86
Figur 50. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.	86
Figur 51. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.	87
Figur 52. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på fem typer av kliniska verksamheter.	87
Figur 53. Andel (%) läkare som svarade att de inte har några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, samtliga och uppdelat på fem typer av kliniker.	88
Figur 54. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), listade i storleksordning efter andel som upplevt dem.	89
Figur 55. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.	92
Figur 56. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på fem typer av kliniker.	93
Figur 57. Andel (%) läkare som angav att de ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.....	94
Figur 58. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	95
Figur 59. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.....	96
Figur 60. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.	98
Figur 61. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.....	99
Figur 62. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker.	99
Figur 63. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet....	100
Figur 64. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på fem typer av kliniker.....	100

Figur- och tabellförteckning

Figur 65. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.	101
Figur 66. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker.	102
Figur 67. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå samt för samtliga.	103
Figur 68. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker.	103
Figur 69. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	105
Figur 70. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på fem typer av kliniker.	105
Figur 71. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	106
Figur 72. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker.	106
Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	107
Figur 74. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på fem typer av kliniker.	107
Figur 75. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.	108
Figur 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på fem typer av kliniker.	109
Figur 77. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.	113
Figur 78. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.	114
Figur 79. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.	114
Figur 80. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	116
Figur 81. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2008, 2012 respektive 2017. .	117
Figur 82. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.	118
Figur 83. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	119
Figur 84. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008, 2012 respektive 2017.	120
Figur 85. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på läkare med och utan specialistutbildning, år 2008, 2012 respektive 2017.	121
Figur 86. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på sjukskrivningslängd, år 2012 respektive 2017. .	125

Figur 87. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.....	131
Figur 88. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.....	131
Figur 89. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	132
Figur 90. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.....	133
Figur 91. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	133
Figur 92. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.....	134
Figur 93. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	135
Figur 94. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	136
Figur 95. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.	139
Figur 96. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.....	140
Figur 97. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2008, 2012 respektive 2017.	142
Figur 98. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.....	147
Figur 99. Andel (%) läkare som svarade att det finns en väl förankrad policy på deras klinik/mottagning, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	148
Figur 100. Andel (%) läkare som svarade att de har nytta av policyn i sitt arbete, år 2012 respektive 2017.....	149
Figur 101. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.	150
Figur 102. Andel (%) läkare som svarat att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	151
Figur 103. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, år 2008, 2012 respektive 2017.	153
Figur 104. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	153
Figur 105. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, år 2012 respektive 2017.....	154
Figur 106. Andel (%) läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på fem typer av kliniker, år 2012 respektive 2017.....	154

Figur 107. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2012 respektive 2017.....	155
Figur 108. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden <i>aldrig</i> innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2008, 2012 respektive 2017.....	156
Figur 109. Åldersfördelningen (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	161
Figur 110. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	162
Figur 111. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	164
Figur 112. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	165
Figur 113. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	166
Figur 114. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger/vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång/vecka, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	167
Figur 115. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	170
Figur 116. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	171
Figur 117. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	171
Figur 118. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningstiden, år 2004, 2012 respektive 2017.....	172
Figur 119. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att bedöma optimal längd och grad av sjukskrivningen, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	172
Figur 120. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	173
Figur 121. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera sina två roller som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig inför Försäkringskassan och andra myndigheter, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	173
Figur 122. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer där läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	174
Figur 123. Andel (%) läkare som tyckte att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	174
Figur 124. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som vill vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	175
Figur 125. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde konflikter med en patient kring sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	175
Figur 126. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av sex olika anledningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	178

Figur 127. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hänvisade patienter till företagshälsovård, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	180
Figur 128. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	181
Figur 129. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	184
Figur 130. Andel (%) läkare som svarade att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att ”det tar för mycket tid i anspråk”, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	185
Figur 131. Andel (%) läkare som upplevde att ”Du/Dina bedömningar ifrågasätts”, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	186
Figur 132. Andel (%) läkare som angav att handledning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	187
Figur 133. Andel (%) läkare som angav att skriftlig information har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	187
Figur 134. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	188
Figur 135. Andel (%) läkare som angav att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	188
Figur 136. Andel (%) läkare som angav att kontakter med handläggare på Försäkringskassan har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	189
Figur 137. Andel (%) läkare som angav att samverkansmöten eller avstämningsmöten har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	189
Figur 138. Andel (%) läkare som angav att kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	190
Figur 139. Andel (%) läkare som angav att kurser har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	190
Figur 140. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	191
Figur 141. Andel (%) läkare som svarade att de har en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	192
Figur 142. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	193
Figur 143. Andel (%) läkare som svarade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	194

Lista över tabeller

Tabell 1. Studiepopulation avseende deltagarna från Stockholm, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter från år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.....	24
Tabell 2. Svarsfrekvens (%) uppdelat på kön respektive åldersgrupper bland läkarna i Stockholm. ...	26
Tabell 3. Antal svarande läkare i Stockholm, antal och andel av dem som är sjukskrivande samt antal och andel som ingår i jämförelserna.....	29
Tabell 4. Antal svarande läkare i Stockholm, antal och andel av dem som är sjukskrivande samt antal och andel som ingår i jämförelserna.....	29
Tabell 5. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	41
Tabell 6. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	44
Tabell 7. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	51
Tabell 8. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	55
Tabell 9. Andel (%) läkares organisationstillhörighet i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	58
Tabell 10. Andel (%) läkare som arbetar som hyrläkare/stafettläkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	58
Tabell 11. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket eller ganska problematiskt, uppdelat på typ av kliniska verksamheter.	64
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt minst någon gång per månad, på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.	69
Tabell 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt minst någon gång per månad på grund av olika anledningar, uppdelat på fem typer av kliniska verksamheter.....	71
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på typ av klinik.....	72
Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer.	81
Tabell 16. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	84
Tabell 17. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 46 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på fem typer av kliniker.....	90
Tabell 18. Andel (%) läkare som svarat att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om hanteringar respektive svarat att begäran om kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.	90
Tabell 19. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	91
Tabell 20. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden samt andel av dem som har policy som också har nytta av den, uppdelat på fem typer av kliniker.....	96
Tabell 21. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	97

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.	97
Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på fem typer av kliniker.	98
Tabell 24. Andel (%) läkare med tillgång till rehabkoordinator i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.	102
Tabell 25. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel per åldersgrupp samt andel specialistutbildade.	113
Tabell 26. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	115
Tabell 27. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare per typ av klinik/mottagning som de huvudsakligen arbetade vid, år 2008, 2012 respektive 2017.	115
Tabell 28. Andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	116
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	118
Tabell 30. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	120
Tabell 31. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.	121
Tabell 32. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	122
Tabell 33. Andel (%) läkare som upplevde tre nedan beskrivna aspekter i kontakter med patienter i sjukskrivningsärenden som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.	123
Tabell 34. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	123
Tabell 35. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.	124
Tabell 36. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket eller ganska problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	124
Tabell 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.	125
Tabell 38. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot eller oro i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.	126
Tabell 39. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad upplevde olika typer av hot och oro i sjukskrivningsärenden minst någon gång varje månad, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	126
Tabell 40. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008, 2012 respektive 2017.	127
Tabell 41. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, minst någon gång/månad, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	128
Tabell 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2008, 2012 respektive 2017.	129

Figur- och tabellförteckning

Tabell 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, minst någon gång/månad, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	130
Tabell 44. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	135
Tabell 45. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, år 2008, 2012 respektive 2017.....	137
Tabell 46. Andel (%) läkare som samarbetade med/remitterade till andra professioner eller organisationer <i>minst en gång/månad</i> , uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	138
Tabell 47. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	139
Tabell 48. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	141
Tabell 49. Andel (%) läkare som upplevde att handläggare ifrågasätter deras bedömning var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	143
Tabell 50. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	143
Tabell 51. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	144
Tabell 52. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	144
Tabell 53. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	145
Tabell 54. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	145
Tabell 55. Andel (%) läkare som angav stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning för tre sätt att få ökad försäkringsmedicinsk kompetens, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	146
Tabell 56. Andel (%) läkare som svarade att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från vissa yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.	146
Tabell 57. Andel (%) läkare som svarade att det har stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från vissa yrkesgrupper, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2012 respektive 2017.....	146
Tabell 58. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.....	152
Tabell 59. Andel (%) läkare som upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning minst en gång i veckan, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.	152
Tabell 60. Andel (%) läkare, av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg, som hade det systemet integrerat med sitt journalsystem, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2012 respektive 2017.	155
Tabell 61. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2012 respektive 2017.....	156
Tabell 62. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden <i>aldrig</i> innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2008, 2012 respektive 2017.....	157

Tabell 63. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2004-2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp samt andel specialistutbildade.	161
Tabell 64. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare vid olika typer av kliniker/mottagningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	162
Tabell 65. Andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	163
Tabell 66. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplever sjukskrivningsärenden som problematiska, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2012.	166
Tabell 67. Andel (%) läkare som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	168
Tabell 68. Andel (%) läkare som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	169
Tabell 69. Andel (%) läkare som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera olika specificerade situationer i samband med sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	170
Tabell 70. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka upplever följande två situationer, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	176
Tabell 71. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	176
Tabell 72. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden minst någon gång per månad, uppdelat på fem typerna av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	176
Tabell 73. Andel (%) läkare i relation hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	177
Tabell 74. Andel (%) läkare som minst någon gång per vecka sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av sex olika anledningar, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	179
Tabell 75. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hänvisade patienter till företagshälsovård, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	181
Tabell 76. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de har kontakt med Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på fem typer av kliniker, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	182
Tabell 77. Andel (%) läkare som svarade att olika faktorer har stort värde för hög kvalitet i deras sjukskrivningsarbete, år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.	186
Tabell 78. Andel (%) läkare i tre typer av kliniska verksamheter som svarat att de har tillgång till rehabkoordinator, i hela landet samt uppdelat på Stockholm respektive övriga Sverige, år 2017.	200

Referenser

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Svärd V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018.: Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2018.
2. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2017.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Alexanderson K, Ekmer A, Hinas E, Lindholm C, Löfgren A. AT- och ST-läkares önskemål om kompetens och kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivningar. Rapport avseende Stockholms län.; 2010.
8. 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.
9. Löfgren A, Hagberg J, Alexanderson K. AT och ST-läkares problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2006.
10. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
11. WHO. ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
12. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversion ICF-CY. Stockholm: Socialstyrelsen, WHO; 2010.
13. Fresk M, Arrelöv B, Skånér Y, Backlund L, Nilsson G. ICF-verktyg bra för att beskriva aktivitetsbegränsning vid sjukskrivning. Läkartidningen. 2013;27-28(110).
14. Grimby G. ICF som utgångspunkt för rehabilitering. Socialmed tidskrift. 2002(6):498-503.
15. Smedby B, Dahl T. En presentation av ICF. Socialmed tidskrift. 2002(6):486-95.
16. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. In: Socialdepartementet, editor.: Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
17. Elrud R, Alexanderson K. Utvärdering av ett ettårigt projekt (2014-2015) med rehabkoordinatorer vid Verksamhetsområdet Ortopedi, Södersjukhuset i Stockholm. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015. Contract No.: ISBN 978-91-7549-356-5.
18. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
19. Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator - Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting och HealthNavigator, forsknings- och utvecklingsstöd; 2018 April 2018.
20. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
21. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.

22. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian journal of primary health care*. 2010;28:67-75.
23. Zwerver F. Development and evaluation of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression [Doctoral]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
24. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer W, Busse J, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *The Cochrane Library*. 2017.
25. Barth J, de Boer E, Busse J, Hoving J, Kedzia S, Couban R, Fischer K, von Allmen D, Spanjer J, Kunz R. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *Bmj*. 2017;356:14.
26. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *The European journal of general practice*. 2012;18(4):219-28.
27. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008. Report No.: 031830-2008 Contract No.: 031830-2008.
28. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradshälsöbygdens tryckeri; 2002.
29. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
30. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen; 2005.
31. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. *Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet*. 2010:1. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174-95.
32. Järholm B, Olofsson C, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
33. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
34. Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
35. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. *Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990*. Lund: Studentlitteratur; 1990.
36. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
37. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
38. Rehabilitation and return to work: Europe's systems and policies. European Agency for Safety and Health at Work.
39. *Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen*; 2009.
40. Black C. Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. London: The Stationary Office; 2008.
41. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
42. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
43. *Socialförsäkringen i siffror 2017*. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
44. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
45. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011.
46. Elrud R, Ljungquist T, Alexanderson K. Litteraturoversikt, grå litteratur. Bilaga till förstudierapport SRS. Stockholm: Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
47. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
48. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
49. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. *Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*. Fritzes; 2009.
50. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of rehabilitation medicine*. 2009;41:115-21.
51. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. Report No.: SOU 2000:5.

52. 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.
53. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5; 2002. Report No.: SOU 2002:5.
54. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66; 2008. Report No.: SOU 2008:66.
55. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
56. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
57. Analyser av sjukförsäkringens utveckling 2013. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
58. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
59. Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet. Stockholm: Försäkringskassan; 2015.
60. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
61. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
62. 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).
63. Starzmann K. The physician and the sickness certification [Doctoral]. Gothenburg: Sahlgrenska Academy; 2018.
64. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
65. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Report No.: Artikelnummer 2005-109-2.
66. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
67. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
68. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
69. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
70. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
71. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. SKL; 2009.
72. 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.
73. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
74. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
75. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom. Socialförsäkringsrapport: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
76. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan; 2011.
77. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; diagnosspecifika rekommendationer <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>. Socialstyrelsen; 2017 [
78. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. Occupational medicine. 2010;60(2):152-5.
79. Friberg E, Alexanderson K. Forskning om försäkringsmedicinska utredningar. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.

80. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC public health*. 2012;12:702.
81. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
82. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
83. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos; 2010.
84. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
85. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006;77-78(1):55-69.
86. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
87. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
88. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
89. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. Report No.: 166/1.
90. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
91. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occupational medicine*. 2010;60(2):121-6.
92. Johannisson K. Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen*. 2008(44):3129-32.
93. Nilsson E, Söderberg E, Normelli H, Öberg B. Description of functioning in sickness certificates. *Scand J Public Health*. 2011;39(5):508-16.
94. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan; 2010.
95. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan; 2011.
96. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan; 2012.
97. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
98. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
99. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
100. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
101. Handlingsplan för kompetensutveckling i försäkringsmedicin. Stockholms läns landsting; 2012.
102. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2009;6:518-28.
103. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.
104. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
105. Sjukskrivningsmiljarden: "Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015". Stockholm: Regeringskansliet Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
106. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
107. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
108. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
109. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
110. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.

111. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund; 2006.
112. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
113. 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.
114. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
115. Wheat HC, Barnes RK, Byng R. Practices used for recommending sickness certification by general practitioners: A conversation analytic study of UK primary care consultations. *Social science & medicine*. 2015;126:48-58.
116. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.
117. Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability. Prevention and management.: Springer; 2013.
118. Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning. En vänbok till Staffan Marklund. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
119. Palmer E, editor. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv (SKA-projektet): Försäkringskassan; 2006.
120. 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.
121. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. General practitioners' knowledge of their patients' socioeconomic data and their ability to identify vulnerable groups. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1998;317:28-32.
122. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract*. 2008;9:3.
123. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scandinavian journal of primary health care*. 2006;24(2):104-9.
124. Arrelöv BE, Borgquist L, Svardsudd KF. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *European journal of public health*. 2005;15(5):470-4.
125. Waddell G, Burton AK, Kendall N. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when? ; 2008.
126. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudreau S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006;124(3):330-7.
127. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006;23(2):246-52.
128. Löfvander M, Engström A. An observer - participant study in primary care of assessments of inability to work in immigrant patients with ongoing sick leave. *Scandinavian Journal Prim Health Care*. 2003(21):1 - 6.
129. Reiso H, Nygård FJ, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice*. 2000;17(2):139-44.
130. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Fromm P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occupational medicine*. 2006;56(1):46-50.
131. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):495-502.
132. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahirnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2002.
133. Söderberg E, Vimarlund V, Alexandersson K. Stöd för uppföljning av kontakter mellan handläggare på Försäkringskassan och läkare på vårdcentral i sjukskrivningsärenden. Rapport 2003:3. Linköping: Institutionen för datavetenskap, ekonomiska informationssystem, Försäkringsmedicinskt centrum; 2003.
134. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004. Försäkringskassan, Östergötland. Report No.: 2.
135. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2003.
136. 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.
137. Hensing G, Alexanderson K, Åhlgren M, Timpka T. Vardagens Problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa. Socialmedicinska avdelningen, samhällsmed. inst. Hälsouniv, Linköpings universitet; 1996.

138. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
139. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006;23(1):125-30.
140. Joling C, Groot W, Janssen PP. Waiting for the doctor: gender differences in the timing of an intervention by the occupational physician. *Journal of occupational rehabilitation*. 2003;13(1):45-61.
141. Svensson T, Müssener U, Alexanderson K. Pride, empowerment and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work*. 2006;27:57-65.
142. Svensson A-K. Läkarnas möte med patienten påverkar sjukskrivningens längd. *Läkartidningen*. 2003;100(17):1509.
143. Svensson T, Karlsson A, Alexanderson K, Nordqvist C. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *Journal of occupational rehabilitation*. 2003;13(3):183-95.
144. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work*. 2004;22:247-54.
145. Upmark M, Borg K, Alexanderson K. Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare. A study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007;35:577-84.
146. Östlund G, Alexanderson K, Cedersund E, Hensing G. "It was really nice to have someone": Lay people with musculoskeletal disorders request supportive relationships in rehabilitation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2001;29(4):285-91.
147. Östlund G. Promoting return to work [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2002.
148. Östlund G, Borg K, Wide P, Hensing G, Alexanderson K. Clients' perceptions of contacts within health care and social insurance offices. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(4):275-82.
149. Müssener U, Svensson T, Söderberg E, Alexanderson K. Encouraging Encounters: Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. *Soc Work Health Care*. 2008;46(2):71-87.
150. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract*. 2008.
151. Lynöe N, Wessel M, Juth N, Alexanderson K, Helgesson G. Wrongful encounters and return to work - empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare Manuscript. 2011.
152. Lynöe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ open*. 2011;1(2):e000246.
153. Lynöe N, Juth N, Alexanderson K, Wessel M, Olsson D, Tannsjö T. Duelling with doctors, restoring honour and avoiding shame? A cross-sectional study of sick-listed patients' experiences of negative healthcare encounters with special reference to feeling wronged and shame. *Journal of Medical Ethics*. 2013;39(10):654-7.
154. Wessel M, Helgesson G, Olsson D, Juth N, Alexanderson K, Lynöe N. When do patients feel wronged? Empirical study of sick-listed patients' experiences with healthcare encounters. *European J Public Health*. 2013;23(2):230-5.
155. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014. Report No.: :9.
156. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
157. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention; 2007.
158. 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 personskadeprevention, Karolinska Institutet; 2013.
159. von Knorring M, de Rijk A, Alexanderson K. Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare. *BMC health services research*. 2010;20(271).
160. von Knorring M, Alexanderson K, Eliasson MA. Healthcare managers' construction of the manager role. I: *The manager role in relation to the medical profession*. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
161. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian journal of primary health care*. 2008;26(1):22-8.

162. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *Bmj*. 2004;328(7431):88.
163. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).
164. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care*. 2007;25(1):20-6.
165. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002;122(19):1874-9.
166. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn*. 2007;29(4):497-514.
167. Breen A, Austin H, Campion-Smith C, Carr E, Mann E. "You feel so hopeless": a qualitative study of GP management of acute back pain. *Eur J Pain*. 2007;11(1):21-9.
168. Bollag U, Rajewaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*. 2007;137(23-24):341-6.
169. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
170. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
171. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and rehabilitation*. 2002;24(16):867-74.
172. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *Bmj*. 2004;328(feb):461-2.
173. Aylward M, Waddell G, editors. *Health, Work and Inactivity: Current context and developing solutions. A UK Perspective*. 13th Annual European Public Health Association Meeting; 2005; Graz, Austria: European Journal of Public Health.
174. Osteras N, Gulbrandsen P, Benth JS, Hofoss D, Brage S. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009;10:31.
175. Osteras N, Gulbrandsen P, Kann IC, Brage S. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2010;38(2):192-9.
176. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS one*. 2012;7(11):e49760.
177. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen*. 2000;97(46):5324-7.
178. de Boer W, Brenninkmeijer V, Zuidam W. Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control. Hoofddorp: TNO Work and Employment; 2004.
179. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers: Sweden*. OECD; 2010.
180. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*. OECD; 2010.
181. Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. *Läkartidningen*. 2005 november, 2005:3666-74.
182. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
183. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35. 2002.
184. Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Regeringskansliet; 2015.
185. Lidwall U. Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2011.
186. Ekenvall L, Alexanderson K. Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. En litteraturgenomgång. In: Alexanderson K, editor. Bilaga till rapporten Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
187. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen; 2008.

188. Rehabiliteringsgarantin 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
189. Rehabiliteringsgarantin 2014. Vad innebär den nationella överenskommelsen? Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
190. Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta. Sveriges kommuner och landsting; 2008.
191. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Delrapport II. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.
192. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Lund; 2011.
193. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
194. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingets insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
195. Rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2012.
196. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgarantin. Kartläggning ur aktuella regelverk. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
197. Rehabiliteringsgarantin fungerar inte - tänk om eller lägg ner. Stockholm: Riksrevisionen; 2015.
198. Läkarnas specialiseringsjämföring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
199. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat. Försäkringskassan; 2013.
200. Manual för genomförande av Aktivitetsförmågeutredningar (AFU). Försäkringskassan; 2013.
201. En utvärdering av AFU - Handläggare och läkares upplevelser av att arbeta med AFU. En rapport baserad på djupintervjuer med handläggare och läkare. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
202. Aktivitetsförmågeutredningen (AFU). Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2015.
203. Aktivitetsförmågeutredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras - ett genusperspektiv. Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.
204. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
205. Friberg E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande i samband med aktivitetsförmågeutredningen. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
206. Ljungquist T. Utvärdering av utvidgad sjukgymnastisk undersökning inom aktivitetsförmågeutredning (AFU). Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
207. Jonsson J, Westin M, Alexanderson K. Psykologers och läkares arbete med psykologutredningen vid aktivitetsförmågeutredning (AFU) - svårigheter och utmaningar. Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
208. Alexanderson K, Hinas E, Nilsson K. Faktisk sjukskrivningslängd för vissa diagnoser i det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet. Rapport från en inledande studie år 2016.: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2016.
209. Karlsson Vargas M, Dahlin S. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsen; 2013.
210. Alexanderson K, Friberg E, Haque M, Josefsson P, Nilsson K, Sjölund S. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd; underlag för utvärdering. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2017.
211. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Socialstyrelsen; 2007.
212. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008. Socialstyrelsen; 2009.
213. 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.
214. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
215. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, diagnosspecifikt. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen.
216. Tidsbegränsning av sjukpenning. Försäkringskassan; 2013.

Referenser

217. Rahman S. Disability pension due to common mental disorders - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour [Doctoral]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
218. Wang M. Sickness absence - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
219. Floderus F, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of rehabilitation medicine*. 2005;37:291-9.
220. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(3):233-9.
221. Jonsson U, Mittendorfer-Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013. Report No.: S2010:04.
222. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen.: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
223. Intygstjänster 2017. Delrapport 2. Inera; 2017.
224. Rapporter i Statistiktjänsten. Inera; 2016.
225. Gyllensten H, Norlund A, Alexanderson K. Beräkning av kostnader för hälso- och sjukvårdens koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
226. Socialdepartementet. En ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. 2018:5 D, editor. Stockholm: Regeringskansliet; 2018.
227. 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.
228. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
229. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
230. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
231. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. <http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6overenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
232. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
233. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
234. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
235. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
236. Regeringen. Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningen för hälso- och sjukvården för år 2000. Regeringens skrivelse 1999/2000:21. Stockholm; 1999.
237. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
238. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
239. Ledning och styrning av sjukskrivningar: SKL; 2013 [http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1];
240. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2011.
241. Ledning och styrning av landstings/regioners försäkringsmedicinska uppdrag. SKL; 2018.
242. Att leda funktion för koordinering. Stöd för verksamhetschefer och landstingsledning. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2017.
243. Frågor och svar. Villkor 5 - Stöd för rätt sjukskrivning 2017-2017. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2016.
244. Stöd för rätt sjukskrivning. Stockholm: Försäkringskassan, SKL; 2016 2016-10-04. Report No.: Version 1.0 Contract No.: Dnr SKL: 14/3621.

245. Ögat på sjukskrivning - åtgärder för minskad sjukfrånvaro. Redovisning av aktiviteter i projektet under 2007-2010. Slutrapport.: Stockholms läns landsting; 2010.
246. Hur får vi bra kvalitet i sjukskrivningsprocessen? Dokumentation från seminarium arrangerat av Ögat på sjukskrivning/Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i samverkan med Produktionssamordning/Landstingsstyrelsens förvaltning. 2009.
247. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen - Nuläge, utvecklingsbehov, koordinering; Redovisning av villkor i sjukskrivningsmiljarden. Stockholms läns landsting; 2013.
248. Redovisning av villkor 1, Sjukskrivningsmiljarden 2014. En jämställd sjukskrivningsprocess, Uppföljning och handlingsplan. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms Läns Landsting; 2014 2014-11-10.
249. Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen Stockholms läns landsting/Health Navigator; 2018.
250. Arrelöv B, Falkenberg A, Laur A, Andreen Sachs M. Sjukskrivningsaudit 2008 Stockholm: Stockholms läns landsting; 2009.
251. Arrelöv B, Laur A. Utfärdande av läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) och andra intyg - en studie av tid- och resursåtgång. Ögat på sjukskrivning. Delrapport 1. Stockholm: Stockholms läns landsting FORUM/HSN förvaltning; 2007.
252. Falkenberg A. Rapport från seminarier - Ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen för verksamhetschefer i samverkan med SKL den 27 januari och 10 februari 2009. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2009.
253. Falkenberg A, Wenke J. Kan samtalsstöd i grupp användas i förebyggande syfte för att minska risken för långtidssjukskrivning? - erfarenheter från en central satsning inom landstinget på samtalsstöd för kvinnliga läkare. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2009.
254. Fresk M, Backlund L. Sjukskrivningsmönster och kvalitetsuppföljning av sjukintyg inom primärvården 2012. Stockholms läns landsting; 2013.
255. Grönqvist A-C. Implementering av Nationellt Försäkringsmedicinskt Beslutsstöd, Seminarier under hösten 2008 - slutrapport. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008.
256. Grönqvist A-C. Slutrapport seminarier om det Nationella Försäkringsmedicinska Beslutsstödet. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008.
257. Khan J, Arrelöv B, Laur A, Rehnberg C. Landstingets kostnader för sjukskrivningsuppdraget - medicinska och försäkringsmedicinska kostnader samt samhällsekonomiska aspekter. Centrum för folkhälsa, Enheten för Hälsoekonomi och Centrum för Vårdutveckling; 2008.
258. Landstingsrevisorerna. Sjukvårdens/landstingets roll i sjukskrivning- och rehabiliteringsprocessen - en översiktlig genomgång. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
259. Norén A-M, Hytter-Landahl Å. Redovisning av villkor 3 i sjukskrivningsmiljarden 2014. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Organisation och koordinering. Stockholms läns landsting; 2014.
260. <http://www.uppdragsguiden.sll.se/auktorisering>. 2009 [
261. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 1 - Sjukskrivningsaudit 2006 - en beskrivning av deltagande läkare, deras svar på frågor om sjukskrivningar samt synpunkter på autditmetoden. 2007.
262. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 1 - Utfärdande av Läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH) och andra intyg - en studie av tid- och resursåtgång. 2007.
263. Arrelöv B, Laur A. Delrapport 2 - Samverkansmöten kring sjukskrivna patienter - en studie av tid- och resursåtgång. Stockholm; 2007.
265. Arrelöv B. Sjukvården har möjlighet att påverka sjukskrivningarna. Läkarna anser att de borde vara mer restriktiva med att sjukskriva. Läkartidningen. 2007;104(39):2788 - 91.
266. Utvärdering av behandling av stressrelaterad psykisk ohälsa inom Stressnätverket Stockholm 2008-2009. Stockholms läns landsting; 2011.
267. <http://www.viss.nu/> 2013
268. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
269. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlms läns landsting/ Försäkringskassan; 2006. Report No.: 49.
270. 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).
271. Handlingsplan för kompetenssatsning i försäkringsmedicin, redovisning av villkor i sjukskrivningsmiljarden. Stockholms läns landsting; 2013.

Referenser

272. Kiessling A, Arrelöv B, Larsson A, Henriksson P. Quality of medical certificates issued in long-term sick leave or disability in relation to patient characteristics and delivery of health care. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013;41(4):412-20.
273. ICF Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen, WHO; 2003.
274. Arrelöv B. Tjänsteutlåtande, svar till patientnämnden. Stockholms läns landsting; 2011.
275. Sammanställning av patientnämndsärenden som behandlar sjukskrivning, 2011, arbetsgruppen för rehabilitering och sjukskrivning. Stockholms läns landsting; 2013.
276. Redovisning av villkor om att införa lokala ledningssystem i hälso- och sjukvården Stockholms län. Stockholms läns landsting; 2011.
277. Redovisning av åtgärder enligt handlingsplan för en jämställd sjukskrivningsprocess 2010-2011. Stockholms läns landsting; 2011.
278. Handlingsplan för jämställda sjukskrivningar, 2012-13. Stockholms läns landsting; 2012.
279. Upmark M. Kvinnors ohälsa - är sjukskrivning medicinen? Sjukvårdens roll och möjligheter att förbättra sjukskrivningsprocessen. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2008.
280. Pilotprojektet: Jämt sjukskriven - ett genusperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Slutrapport. Stockholms läns landsting; 2010.
281. Kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Statistikrapport för Stockholms län, 2011. 2012.
282. Axelsson K, Lundman L. Rehabkoordinatorer inom ortopedi - för en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess. Verksamhetsområde Ortopedi, Södersjukhuset; 2015.
283. Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator - Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting och HealthNavigator, forsknings- och utvecklingsstöd; 2017.
284. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scandinavian journal of primary health care*. 2007;25(3):178-85.
285. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2006.
286. Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlstrom RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007;17(3):398-408.
287. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009;37(1):57-63.
288. Löfgren A. Delstudie 3 - Företagsläkares syn på hanteringen av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. In: Alexanderson K, 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.
289. 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.
290. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
291. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: (doktorsavhandling) Karolinska Institutet; 2012.
292. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC public health*. 2007;7(147):273.
293. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005. Report No.: 47.
294. 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(92)1007-16.
295. 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. *Scandinavian journal of primary health care*. 2011;29(4):227-33.
296. 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.

297. Ljungquist T, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus AL, Nilsson GH, Alexanderson K. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ open*. 2012;2(2):e000704.
298. Ljungquist T, Hinas E, Arrelöv B, Lindholm C, Wilteus A, Nilsson G, Alexanderson K. Sickness certification of patients - a work environment problem among physicians? . *Occupational medicine*. 2012;63:23-9.
299. Bränström R, Arrelöv B, Gustavsson C, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G, Alexanderson K. Reasons for and factors associated with issuing sickness certificates for longer periods than necessary: results from a nationwide survey of physicians. *BMC public health*. 2013;13(478).
300. Nilsson G, Arrelöv B, Lindholm C, Ljungquist T, Kjeldgård L, Alexanderson K. Psychiatrists' work with sickness certification: frequency, experiences and severity of the certification tasks in a national survey in Sweden. *BMC health services research*. 2012;12.
301. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län. *Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet*; 2013.
302. Kedzia S, Kunz R, Zeller A, Rosemann T, Frey P, Sommer J, Herzig L, Alexanderson K, de Boer W. Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physicians. *Swiss medical weekly*. 2015;145:w14201.
303. Winde L, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgård L, Löfgren Wilteus A, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification: A comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Family Practice*. 2012;13:10 doi:10.1186/1471-2296-13-1.
304. Snöljung SK, J, Hinas E, Alexanderson K. Neurologists dealing with sickness certification: experiences of problems and need of competence. *Brain and Behavior*. 2017;Accepted.
305. Gustavsson C, Hinas E, Ljungquist T, Alexanderson K. Obstetricians/Gynecologists' Problems in Sickness Certification Consultations: Two Nationwide Surveys. *Obstetrics and Gynecology International*. 2016.
306. Elrud R, Hinas E, Alexanderson K. Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, med fokus på förtroende. *Försäkringskassan*; 2015.
307. Söderberg E, Hinas E, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med enkäter från 2008 och 2014. *Karolinska Institutet & Linköpings universitet*; 2013.
308. Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator. *Stockholms Läns Landsting, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*; 2016.
309. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie. *Sveriges Kommuner och Landsting*; 2015.
310. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. *Society of Occupational Medicine*; Belfast 2011.
311. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. *Statistiska centralbyrån*; 2011.
312. Arkhede S, Bové J, Bové K, Jansson D. SOM-undersökningarna 2016 - En metodöversikt. *SOM-institutet, Göteborgs universitet*; 2017.
313. Svar på regeringsuppdrag Rapport - Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. *Stockholm: Försäkringskassan*; 2017. 2017-12-12.
314. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. *Stockholm: Försäkringskassan*; 2014.
315. Hinkka K, editor Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *European Public Health Conference*; 2017; Stockholm: *European Journal of Public Health*. 2017. Suppl.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7676-054-3