

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning

Resultat från en enkätstudie år 2017
Rapport 1, 2017

Kristina Alexanderson
Britt Arrelöv
Emilie Friberg
Mahbuba Haque
Christina Lindholm
Gunnar Nilsson

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



**Karolinska
Institutet**

Rapport, 1 december 2017.

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

Den kan även beställas, se Kontakt på: www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap

Karolinska Institutet

171 77 Stockholm

Telefon: 08-524 832 24

ISBN 978-91-7549-353-4

Förord

I denna rapport presenteras resultat från en omfattande enkät om läkares arbete med sjukskrivningsärenden som våren 2017 skickades hem till flertalet av de yrkesverksamma läkarna i Sverige. Detta är den fjärde sådan enkät till yrkesverksamma läkare i Sverige. Den första skickades 2004 till läkarna i två landsting; Stockholm och Östergötland. År 2008 och 2012 skickades enkäten till läkare i hela Sverige. Dessa enkätstudier, även den som enbart omfattade läkarna i Stockholm och Östergötland, är de fyra hittills största i sitt slag, även internationellt. Det innebär därmed goda möjligheter att få fördjupad kunskap om läkares erfarenheter av arbetet med sjukskrivning av patienter, och om förändringar som skett de senaste 13 åren. Många interventioner har vidtagits under dessa år för att öka kvaliteten i arbetet med sjukskrivning. Möjligheten att på detta sätt kartlägga olika aspekter av arbetet med sjukskrivning är av stor betydelse som utvärdering av vidtagna åtgärder och som bas 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 att förstå och utveckla läkares möjligheter 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
- Gunnar Nilsson, allmänläkare, med dr, professor i allmänmedicin, Centrum för allmänmedicin, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, KI

Till projektet har en *referensgrupp* varit knuten med representanter från centrala aktörer inom sjukfrånvaroområdet. Följande personer har ingått: 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 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
Sammanfattning	4
Förkortningar och begrepp	6
Bakgrund	7
Sjukförsäkringar	7
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning.....	9
Läkares olika professionella roller	10
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	11
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.....	12
Syfte	13
Metod och material.....	14
Frågeformuläret	14
Frågeområden.....	14
Studiepopulation.....	15
Datainsamling.....	15
Svarsfrekvens	15
Dataanalys	17
Resultat.....	18
1. Samtliga svarande läkare år 2017.....	19
Yrkesverksamma läkare i Sverige	21
Sjukskrivande läkare	22
2. Svar från sjukskrivande läkare	26
Frekvens av sjukskrivningsärenden	33
Sammanfattning	38
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	39
Samband mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och av att uppfatta dem som problematiska	46
Allvarlighetsgrad av specifika problem	48
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	55
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	58
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	60
Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer	60
De diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden.....	62
Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet	66
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra.....	71
Samarbete och samverkan	76

Kontakter med Försäkringskassan	83
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan.....	87
Elektronisk överföring av läkarintyg.....	91
Försäkringsmedicinsk kompetens	94
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar.....	99
Rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.....	100
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning.....	103
Tid i arbetet med sjukskrivning.....	106
Tillräckliga resurser.....	107
Rehabkoordinator	110
Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning	114
Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter.....	115
Vikten av fokus på arbetsåtergång	118
Syn på deltidssjukskrivning	121
Metodkommentarer	124
Tabell- och figurförteckning	126
Lista över tabeller.....	126
Lista över figurer.....	129
Referenser.....	132

Sammanfattning

I denna rapport presenteras resultat från en enkät till läkare om deras erfarenheter av och syn på sitt arbete med sjukskrivningar. Enkäten skickades till ca 34 000 yrkesverksamma läkare i Sverige år 2017 och ca 18 700 (54%) svarade. Majoriteten av de svarande hanterade sjukskrivningsärenden i sitt arbete.

Läkare har en mycket central roll i sjukskrivningsprocessen. Under de senaste 15 åren har stora satsningar genomförts för att stärka hälso- och sjukvårdens arbete inom detta område. Exempel på sådana satsningar, där många ingått i de så kallade sjukskrivningsmiljarderna, har varit försäkringsmedicinsk kompetensutveckling för läkare, det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB), elektronisk överföring av läkarintyg mellan läkare och Försäkringskassan, fokus på ledning och styrning av arbetet med sjukskrivning av patienter samt inrättandet av rehabkoordinatorer.

Resultaten visar att 92 procent av läkarna ansåg att hur de arbetar med sjukskrivningar är betydelsefullt för patienterna. Majoriteten (87 %) ansåg att det är betydelsefullt att ha fokus på arbetsåtergång.

Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka var störst inom ortopedi (74 %), företagshälsovård (72 %) och rehabilitering (69 %). Motsvarande siffra för vårdcentraler var 45 procent. Knappt hälften (42 %) av läkarna upplevde minst en gång per vecka att sjukskrivningsärenden är problematiska och denna andel var högst bland vårdcentralsläkare. Framförallt ansågs det problematiskt att bedöma arbetsförmåga, att hantera de två rollerna som både behandlande läkare och medicinskt sakkunnig, att göra en prognos för varaktigheten av arbetsförmågan samt att ta ställning till eventuell sjukskrivningsförlängning när en annan läkare skrivit tidigare intyg.

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

Vad gäller de specifika satsningarna som gjorts, ansåg läkarna att FMB samt den elektroniska överföringen av läkarintyg både underlättar och höjer kvaliteten på arbetet med sjukskrivningar. Närmare hälften av de läkare som haft tillgång till de nyligen införda rehabkoordinatorerna, ansåg att de har stort värde för deras hantering av sjukskrivningsärenden.

En tredjedel upplevde åtminstone varje månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till; vanligast var detta inom reumatologi, psykiatri och på vårdcentraler (40-52 %). En stor andel önskade handledning eller kurser i försäkringsmedicin och man önskade mer kunskap om olika aktörers skyldigheter och möjligheter i samband med sjukskrivning. Hälften ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten respektive om sjukskrivning till patienten (t.ex. i form av 'bipacksedel') skulle ha stort värde för deras arbete med sjukskrivning.

Drygt hälften av dem som hade kontakt med Försäkringskassan är nöjda med kontakterna. En stor andel (83 %) upplevde dock olika typer av svårigheter i kontakten. De svårigheter flest läkare angav var att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg (53 %) samt att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning (43 %).

Angående organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning, svarade endast en tredjedel av läkarna att det finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av

sjukskrivningsärenden på deras klinik. De som hade sådana rutiner/policy hade stor nytta av detta i det kliniska arbetet. En fjärdedel uppgav stort stöd från sin närmaste ledning i handläggning av sjukskrivningsärenden. En tredjedel upplevde tidsbrist dagligen i sjukskrivningsarbetet. Hälften svarade att de i stort sett har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden.

I korthet: Flertalet läkare ansåg att arbetet med sjukskrivningar är viktigt och de önskar mer försäkringsmedicinsk kompetens. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används, underlättar och höjer kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. Detsamma gäller systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan. Många var nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men majoriteten upplevde olika svårigheter, framförallt att handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg eller efterfrågar ”objektiva medicinska fynd” där sådana inte kan observeras. Behovet av instrument/mallar för bedömning av arbetsförmåga är stort.

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

Inom kort kommer vi även att sammanställa en rapport där resultaten från denna enkät jämförs med resultaten från motsvarande enkäter åren 2004, 2008 och 2012. Detta omfattande material om läkares arbete med sjukskrivningar ger möjlighet till unika tidsserieanalyser av förändringar och utvärderingar av genomförda interventioner samt till kunskapsunderlag för kommande åtgärder.

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 (1), dels diagnosspecifika beslutsstöd för specifika diagnoser, med fokus på rekommenderad sjukskrivningslängd och -grad
Gynekologi	I gynekologi som klinisk verksamhet inkluderas här även obstetrik och mödrahälsovård
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister
Klinik	För att inte tynga texten med den något otympliga ordkombinationen <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)
Psykiatri	Här ingår även beroendevård
Rehab- koordinator	Detta begrepp används som ett samlingsnamn för rehabiliteringskoordinatorer/sjukskrivningskoordinatorer – en yrkesgrupp som enligt sjukskrivningsmiljardöverenskommelserna ska införas i landstingen (2, 3).
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
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Specialist	Läkare med minst en medicinsk specialistutbildning, godkänd av Socialstyrelsen som sådan, kallas här genomgående för specialister, för att inte i onödan tynga texten
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar minst fem år
Vårdcentral	Denna term används i rapporten för både vårdcentral och husläkarmottagning

Bakgrund

I Sverige har läkare en central roll i en patients sjukfrånvaroprocess, både i rollen som patientens behandlande läkare och i rollen som medicinskt sakkunnig. 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 (4-10). Detta projekt, där en enkät 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(4). Nationellt försäkringsmedicinskt forum enades år 2008 om denna 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” (11).

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen (12-14).

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 sjukskrivning av patienter. 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 inom området som skett, och läkares syn på och attityder i arbetet med sjukskrivningar.

Sjukförsäkringar

Varje samhälle har att hantera att vuxna personer under kortare eller längre perioder inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada (15). 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 (12, 16-22). Möjligheten att vid sjukdom och skada dels ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro samt dels kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är centrala delar i de flesta välfärdssamhällen och för individers ekonomiska trygghet (4, 19, 23-28).

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 (29). 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 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 (4, 23, 24, 30, 31). Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer antas innebära olika typer av problem (32, 33), samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en 'lagom' nivå. I Sverige har sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna (4, 27). Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat (4, 5, 30, 34-43).

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 typer av 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 (44), det vill säga, den som gäller ersättning för inkomstbortfall vid sjukfrånvaro, är de första tre av de ovanstående aspekterna generösa; de flesta med inkomst från arbete, arbetslöshetsersättning, föräldrapenning, etcetera omfattas, liksom de flesta sjukdomar och skador och självriskerna 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 (44). 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.

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 och nedsatt arbetsförmåga (44). 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 arbetsförmögen 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 (4, 5, 45).

När en person behöver vara sjukfrånvarande är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten,

företagshälsovård och Arbetsförmedlingen vara involverade (4). Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal (28).

Sjukskrivning av en patient är en relativt vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige (28, 46-48). Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient (49-54). 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 (36, 54-57).

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt nedanstående sju (1, 4, 5, 28, 36, 57-59):

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställt tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt - i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra "normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden" (44, 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 (1, 61, 62))
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 andra aktörer för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av 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 (9, 10, 16, 45, 59, 63, 64). *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* (65, 66). 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 (4, 67-71), 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 (28, 70-78), 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 (79-81). Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten (13, 14, 16, 50, 77, 82, 83, 84). Tidigare studier visar även att många saknar handledning i arbetet med sjukskrivningar (28, 46, 47). För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar (85, 86). Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare (87). 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 (5, 45, 59, 88). Detta är en av anledningarna till att försäkringsmedicinsk kompetensutveckling har varit en central aspekt i de så kallade sjukskrivningsmiljarderna (2, 89, 90).

Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller (5):

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 (91-93).
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt (58, 94, 95).
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 (96).
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 (59, 97-99).

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

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

Många åtgärder har genomförts de senaste 15 åren för att förbättra kvaliteten i hantering av sjukskrivning respektive för att minska den höga sjukfrånvaron. Flertalet av de åtgärderna har

direkt eller indirekt påverkat läkares arbete med sjukskrivningar (2, 28, 57). 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 (4, 5, 100). Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär (4, 5) men några interventionsstudier har också publicerats (4, 5, 45, 101).

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 (77),
- 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) (4, 5).

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 (4, 31, 102, 103):

- *Samhällets perspektiv*, till exempel genom att studera hur ofta och för hur lång tid läkare sjukskriver patienter (24, 56, 70, 104-116).
- *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 (105, 117-125).
- *Arbetsgivares perspektiv*; hur arbetsgivare uppfattar läkares sjukskrivningspraxis och samarbetet med läkare i sådana ärenden (104, 121).
- *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 (126-141).
- *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 (142-145).
- *Medarbetare inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur andra professioner inom sjukvården ser på läkares försäkringsmedicinska praxis (3, 36, 121).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på andra läkares sjukskrivningspraxis, till exempel hur läkare inom företagshälsovård eller primärvård ser på andra läkares praxis (36, 45, 121, 146, 147).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på sitt eget arbete med sjukskrivningsärenden (36, 45, 121, 146-154).

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 (5). Samma metoder som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillämpar för sådana översikter användes, till exempel vad avser identifiering, relevansbedömning, dataextraktion, kvalitetsbedömning och bedömning av vetenskapligt stöd, så kallad evidens (155). 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 kontra 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 (108, 156); resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten (5) fann inget vetenskapligt stöd för betydelsen av läkares eller patientens kön, ålder eller attityder för 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 kunde man dock finna stora likheter i resultaten mellan olika länder (6). Anmärkningsvärt var att det endast fanns några få interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkarens sjukskrivningspraxis, i Sverige såväl som i andra nordeuropeiska länder (45, 157-160). Det har under åren gjorts ett stort antal interventioner för att påverka läkarens 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 (4, 5). Det innebär att flertalet åtgärder, på så väl individnivå som på andra strukturella nivåer fortfarande i stor utsträckning måste grundas på tyckande snarare än på vetenskapligt baserad kunskap.

Utifrån den ovan beskrivna litteraturoversikten (5), liksom i andra översikter (4, 6, 8, 9, 101, 161), är det uppenbart att det behövs mer kunskap om läkarens 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 god kvalitet i sjukskrivningsarbetet.

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

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

Syfte

Syftet med projektet var att fördjupa kunskapen om läkarens arbete med sjukskrivning och generera en bild av detta arbete och läkarens synpunkter på och attityder till det år 2017.

Bland annat söktes kunskap om:

- Frekvens av olika situationer i samband med konsultationer där sjukskrivning är aktuellt; generellt, i olika typer av kliniska verksamheter och i olika landsting
- Typ, frekvens och allvarlighetsgrad 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 med projektet var att kunna jämföra dessa svar med motsvarande för tidigare år – detta kommer att ske i nästa rapport från projektet. Denna första delrapport i projektet är en utgångspunkt för sådana, kommande jämförelser.

Metod och material

I denna rapport presenteras resultat från en enkätstudie som år 2017 riktades till drygt 34 000 yrkesverksamma läkare i Sverige. I en kommande rapport kommer svaren även att jämföras med svar från tre tidigare motsvarande enkäter genomförda år 2004, 2008 respektive 2012 (28, 46, 47).

Frågeformuläret

Ett viktigt syfte med denna enkätstudie var att få kunskap om eventuella förändringar över tid i läkares erfarenheter av och syn på arbetet med sjukskrivning av patienter. Därför var det angeläget att i så stor utsträckning som möjligt använda frågor som ingick i de tre tidigare enkätstudierna (28, 46, 47). Frågorna i de frågeformulären baserades på intervjuer med läkare (individuellt och i grupp), tidigare enkätstudier, litteraturöversikter, diskussioner med kliniker, praktiker, forskare, både från Sverige och från andra länder samt med personer från projektets referensgrupp (4, 46, 48, 59, 85, 88, 121, 147, 162-189).

Samtidigt har vissa förändringar skett när det gäller läkares arbete med sjukskrivningar sedan år 2012 när den senaste enkäten genomfördes, vilka också behövde beaktas i enkäten. 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 (190, 191). Från referensgruppen och andra intressenter inkom dessutom förslag på ett stort antal ytterligare frågor. Dessa diskuterades inom projektgruppen och med referensgruppen ett flertal gånger och olika versioner av nya frågeformulär prövades. Det fanns även önskemål om att minska antalet frågor från de 163 frågor i 2012 års enkät. Det totala antalet frågor i 2017 års enkät blev 133.

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, och vad avser med Försäkringskassan svårigheter
- 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)
- Attityder till olika aspekter i arbetet med sjukskrivningar
- Organisatoriska förutsättningar i arbetet med sjukskrivningar
- Rehabkoordinatorer
- Arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem

Studiepopulation

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

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 inklusionskriterium var att bo i Sverige.

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

Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

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

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

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

Tabell 1. Svarefrekvens (%) uppdelat på kön respektive åldersgrupper.

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

Statistiska centralbyrån (SCB) har med hjälp av postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys uppdelat på län. Svarefrekvensen varierade från 47 till 65 procent mellan länen (Tabell 2) och är tillräckligt hög för analyser på landstingsnivå i alla län. Observera att denna bortfallsanalys är baserad på läkarens boendelän, medan svaren i resultatdelen presenteras relaterat till vilket landsting läkaren har uppgett att hon eller han huvudsakligen arbetar i.

Tabell 2. Svarefrekvens (%) uppdelat på län efter läkarens bostadsort.

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

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

Dataanalys

Projektgruppen erhöll aidentifierade data (det vill säga utan personnummer, namn, adress, etcetera) från SCB och har analyserat enkätsvaren med deskriptiva statistiska analysmetoder.

I ett datamaterial av den storlek detta projekt handlar om, blir flertalet skillnader mellan olika grupper ofta starkt statistiskt signifikanta, även om skillnaden ibland bara är på en halv procent. Det innebär att det finns en stor risk för att presentera 'signifikans utan relevans'. Vi har därför valt att inte belasta rapporten med information om p-värden för skillnader i resultat, med några få undantag. Detta är också anledningen till att vi i rapporten har valt att i stor utsträckning presentera resultaten i figurform snarare än i tabellform, för att läsaren lätt ska kunna se skillnader med blotta ögat. I de fall p-värden presenteras har korrelationsanalyser genomförts med Kendalls tau-b för att undersöka eventuella samband mellan svar på vissa frågor. Då detta är en tvärsnittsstudie kan sådana korrelationsanalyser inte ge svar på eventuella orsakssamband mellan olika faktorer.

I rapporten, med undantag av tabell 1 och 2 i detta avsnitt, 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. Till exempel avrundas 15,73 till 16 och 24,47 till 24, skillnaden mellan 15,73 och 24,47 är 8,74 och avrundas till 9, men skillnaden mellan 16 och 24 är 8. I texten skrivs oftast den faktiska skillnaden, vilket då inte alltid stämmer överens med hur det ser ut i tabellen eller figuren. Denna avrundningsdiskrepans förekommer på flera ställen i rapporten.

Resultaten redovisas i två övergripande avsnitt.

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

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

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

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

Några få läkare hade enligt registerdata högre utbildningsnivå än vad de angivit och dessa har klassificerats enligt registerdata. De få läkare som kryssat i mer än ett alternativ för typ av klinik/mottagning hon eller han huvudsakligen arbetade vid, har kategoriserats till en typ av klinik/mottagning baserat på sin specialistutbildning, alternativt text i de öppna svaren. På liknande sätt har svaren justerats för det fåtal läkare som angett flera alternativ på frågan om i vilket landsting/region hon eller han hade sin huvudsakliga arbetsplats. De som inte svarat på frågan om klinik respektive om landsting redovisas i det röda avsnittet. I det blå avsnittet, det vill säga avsnittet om sjukskrivande läkare, redovisas de i tabell 8 och 9. Därefter ingår dessa få personer inte i de klinik respektive landstingsuppdelade tabellerna/figurerna.

På frågan om läkaren upplevde svårigheter i kontakter med Försäkringskassan fanns ett första svarsalternativ; 'Upplever inga svårigheter' före de olika tänkbara listade specifika svårigheterna. De som kryssat 'Upplever inga svårigheter' och sedan även angett en eller flera

specifika svårigheter, har i analyserna betraktats som att de upplevde svårigheter – detta gällde 21 procent av dem som först kryssat i 'inga svårigheter'. Samma hantering har skett av frågan "Vilken information från FMB använder Du?". De som både kryssat i svarsalternativet "Ingen alls" och även kryssat i ruta för att de använder specifik information från FMB.

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

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

Resultat

I denna rapport presenteras resultat från samtliga frågor med slutna svarsalternativ från enkäten "Läkares arbete med sjukskrivning" från år 2017. Vissa svar presenteras även uppdelat på landsting, typ av klinik/mottagning eller relaterade till svaren på andra frågor.

Landstingen presenteras i länsnummerordning och för att underlätta läsningen används då endast deras övergripande namn utan tillägg av ord som landsting eller region. Typ av klinik/mottagning/verksamhet presenteras i bokstavsordning.

Resultaten presenteras för olika områden, där svar på frågor som rör det området sammanställts.

Efter varje sådant avsnitt ges en kort sammanfattning av resultaten från respektive avsnitt.

1. Samtliga svarande läkare år 2017

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

I Tabell 3 nedan visas antal och andel svarande, totalt och uppdelat per landsting, baserat på det landsting där läkarna huvudsakligen arbetade, andel kvinnor, andel i olika åldersgrupper samt andel specialister.

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

Tabell 3. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.

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

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

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

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

Som framgår av Tabell 4 var det större skillnader mellan olika typer av kliniker än mellan landsting vad gäller andel kvinnor och andel i olika ålderskategorier. Störst andel kvinnor fanns inom gynekologi (81 %) och minst inom ortopedi (27 %). Störst andel unga (24-39 år) läkare fanns på infektionskliniker (43 %) medan störst andel äldre (55-68 år) fanns inom Försäkringskassan/försäkringsbolag (81 %). Andelen specialister var störst inom företagshälsovård (96 %) och smärtmottagningar (95 %).

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

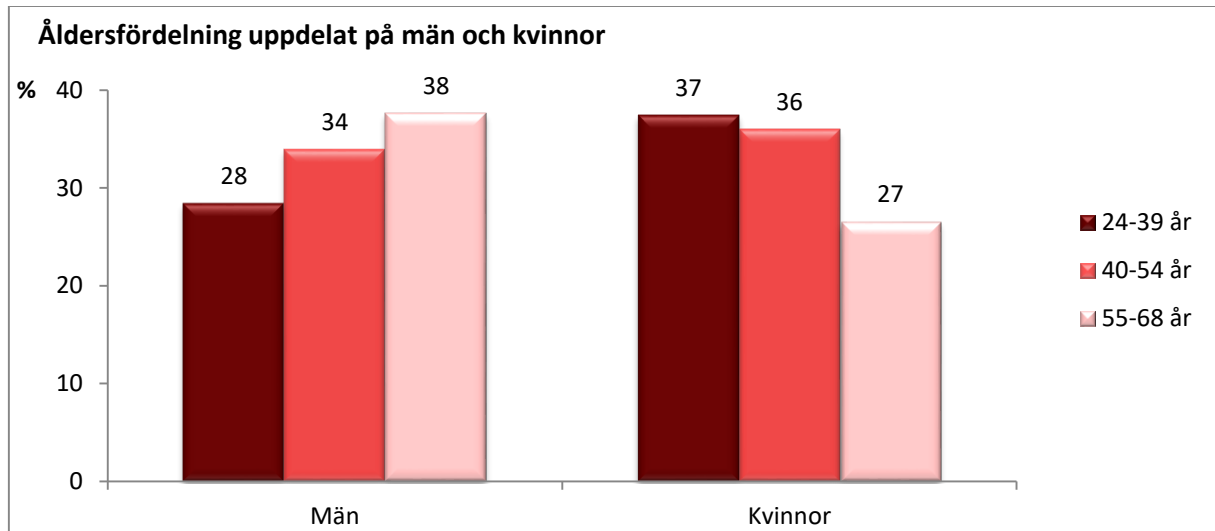
¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

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

Yrkesverksamma läkare i Sverige

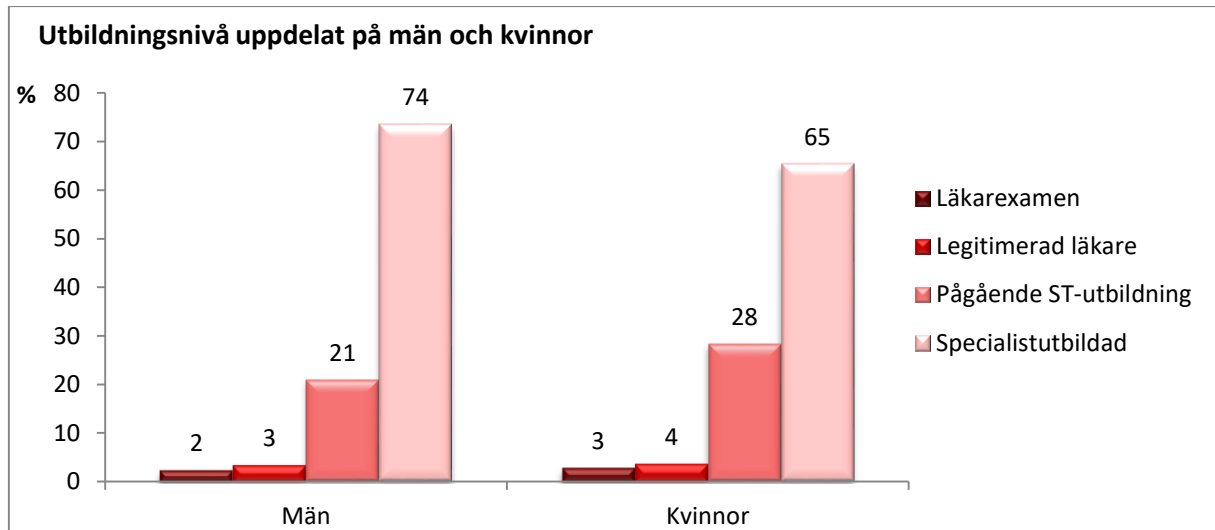
Resultatet i fortsättningen av detta avsnitt baseras på svar från de läkare (n=17 836) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och huvudsakligen arbetade i Sverige. Det innebär att de 878 läkare som uppgav att de inte har arbetat som läkare det senaste 12 månaderna (på grund av sjukdom, föräldraledighet,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

Det fanns en signifikant könsskillnad ($p < 0,001$) avseende åldersfördelningen. Av kvinnorna tillhörde den största andelen, 37 procent, den yngsta åldersgruppen, medan 38 procent av männen tillhörde den äldsta åldersgruppen (Figur 1).



Figur 1. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Sverige, uppdelat på kvinnor och män.

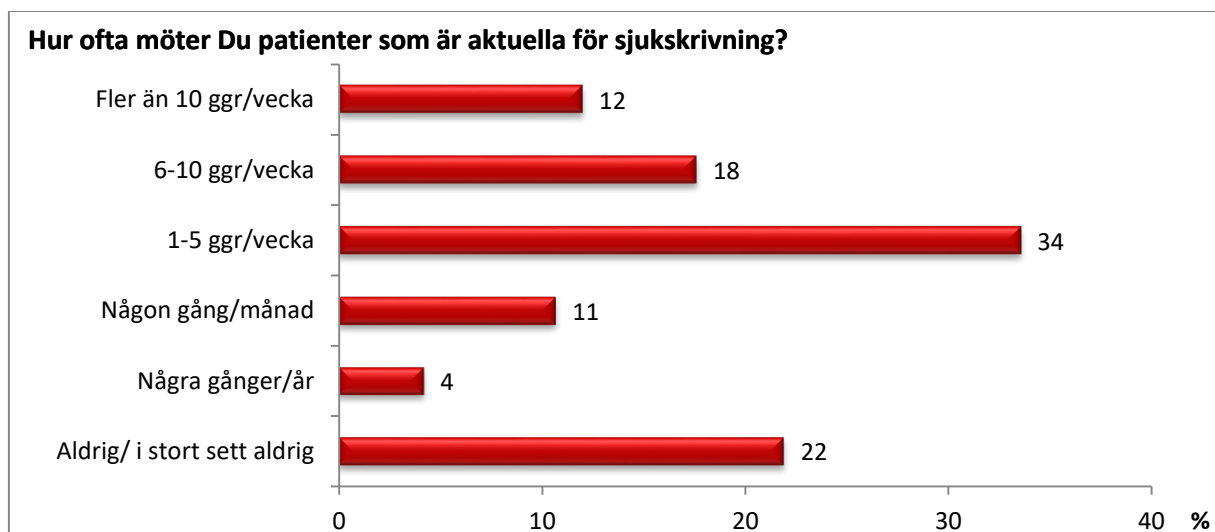
Det fanns även en könsskillnad ($p < 0,001$) när det gäller fördelningen av läkare vad avser högsta utbildningsnivå, som kan relateras till ovan nämnda åldersskillnad (Figur 2). Av männen hade 74 procent en specialistutbildning, av kvinnorna 65 procent.



Figur 2. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män.

Sjukskrivande läkare

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer kallas i denna rapport för *'sjukskrivande läkare'*, även om inte alla dessa konsultationer innebär att patienten sjukskrivs, det vill säga, diskussion om sjukskrivning kan leda till att sjukskrivning inte är det bästa alternativet. Resultatet visar att de flesta, 64 procent, hade sådana konsultationer minst en gång per vecka, medan 22 procent av de yrkesverksamma läkarna i stort sett aldrig hade detta (Figur 3). En liten andel av läkarna svarade inte på denna fråga ($n=203$, 1,1 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



Figur 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

Av de 17 633 läkarna som svarade på den frågan, var det 22 procent (n=3883) som aldrig har sjukskrivningsärenden (Tabell 5). Av dessa var 49 procent kvinnor (visas ej i tabell).

I Tabell 5 visas uppgifterna för respektive landsting. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka varierade mellan 9 procent (Gotland, Halland, Dalarna, Gävleborg) och 15 procent (Jönköping, Västra Götaland, Norrbotten). Att andelen svarande läkare som inte hade konsultationer där sjukskrivning är aktuellt var störst i Stockholm (33 %), har samband med att även läkare i icke-kliniska verksamheter i Stockholm fick enkäten.

Tabell 5. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.

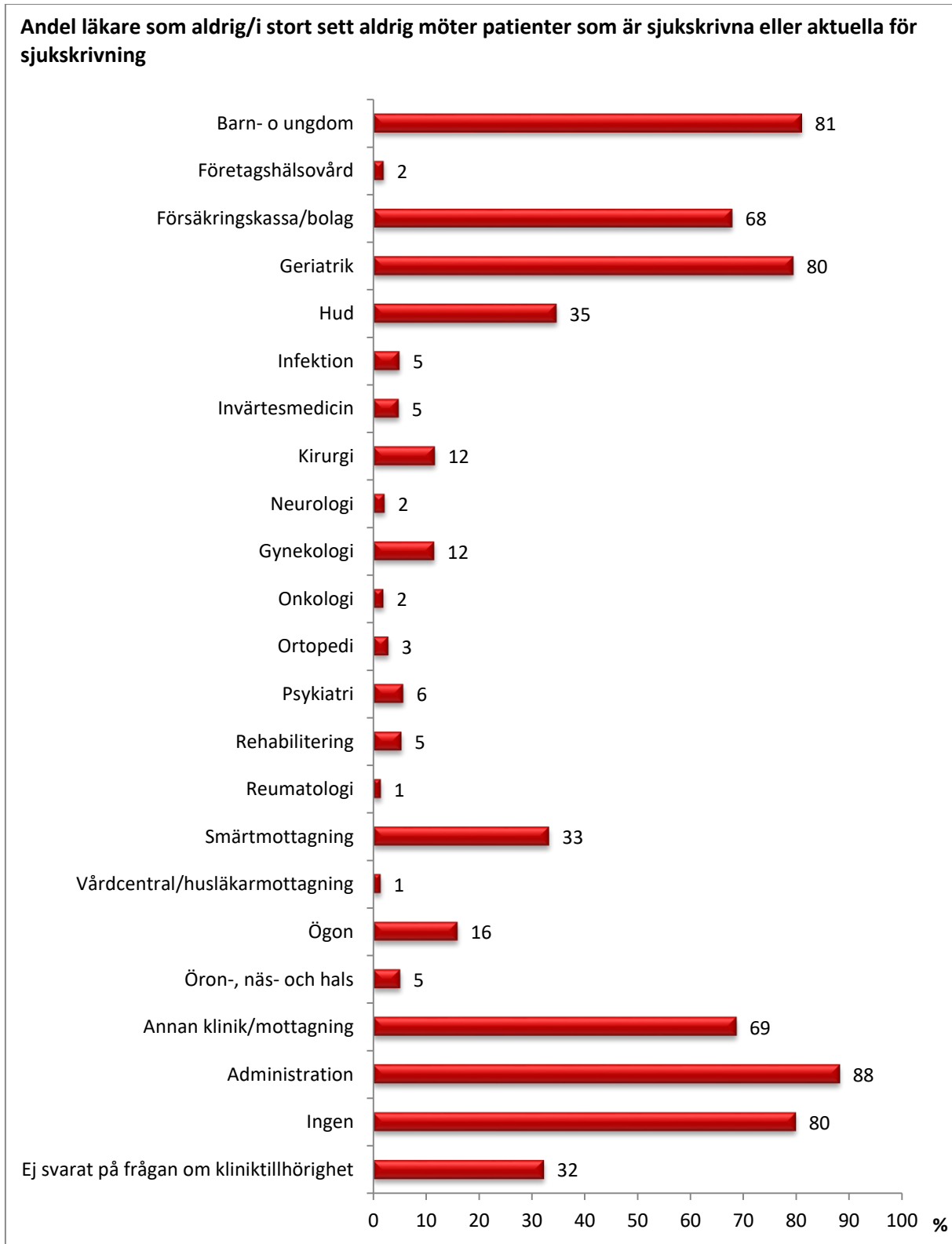
Landsting	Antal läkare	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/mån	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Stockholm	5096	12	15	28	8	4	33
Uppsala	797	11	19	35	10	4	22
Södermanland	382	10	20	40	13	4	14
Östergötland	776	10	15	38	13	4	19
Jönköping	535	15	21	35	11	4	14
Kronoberg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

Motsvarande resultat uppdelat på typ av klinik/mottagning visade en betydligt större variation än mellan landstingen (Tabell 6). De typer av kliniker/mottagningar där störst andel läkare hade konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning oftare än 10 gånger/vecka var onkologi, rehabilitering, ortopedi och företagshälsovård (36, 37, 39, respektive 50 %).

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

Andelen läkare som aldrig hade sjukskrivningsärenden varierade mellan olika typer av kliniker/mottagningar (Figur 4). Minst andel fanns inom reumatologi och på vårdcentraler, där endast en procent angav att de aldrig eller i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.



Figur 4. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

2. Svar från sjukskrivande läkare

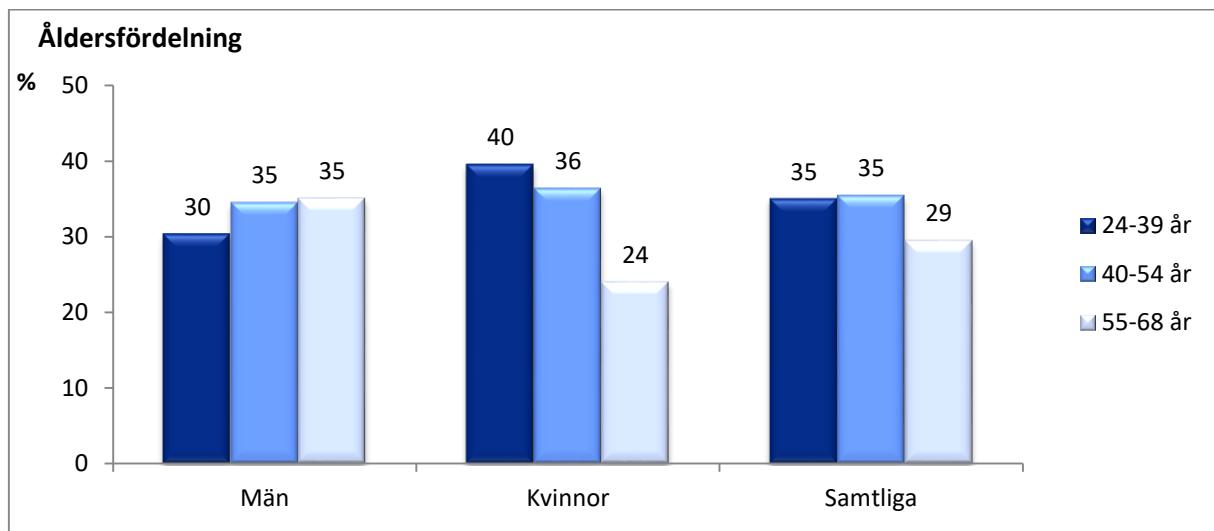
I detta avsnitt redovisas resultaten för de 13 750 läkare som svarat på enkäten och som:

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

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

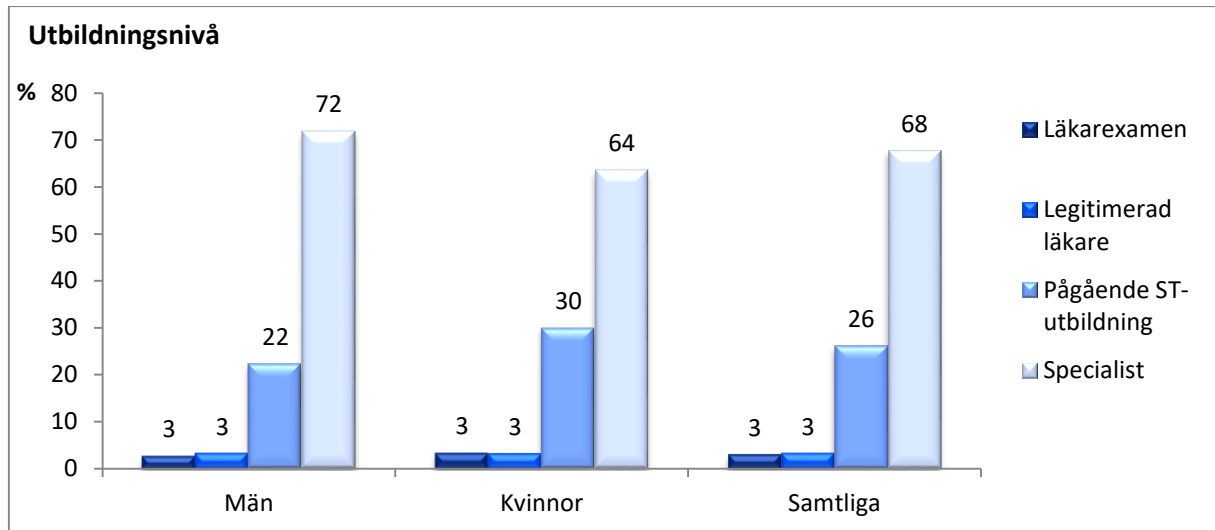
Läkare som huvudsakligen arbetade inom Försäkringskassa/försäkringsbolag var en liten grupp (≤ 8 personer). För att säkra anonymiteten i kommande redovisningar på klinisk nivå, har de inkluderats i gruppen "Annan klinik/mottagning". I den gruppen redovisas även svar från läkare som svarade att de huvudsakligen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

Som framgår av Figur 5 skilde sig åldersfördelningen mellan kvinnor och män i den yngsta och den äldsta åldersgruppen. Skillnaden i åldersfördelning är signifikant ($p < 0,001$). Bland kvinnorna tillhörde 40 procent den yngsta åldersgruppen och 24 procent den äldsta. Bland männen var fördelningen jämnare mellan åldersgrupperna där 30 procent ingick i den yngsta åldersgruppen och 35 procent i den äldsta gruppen.



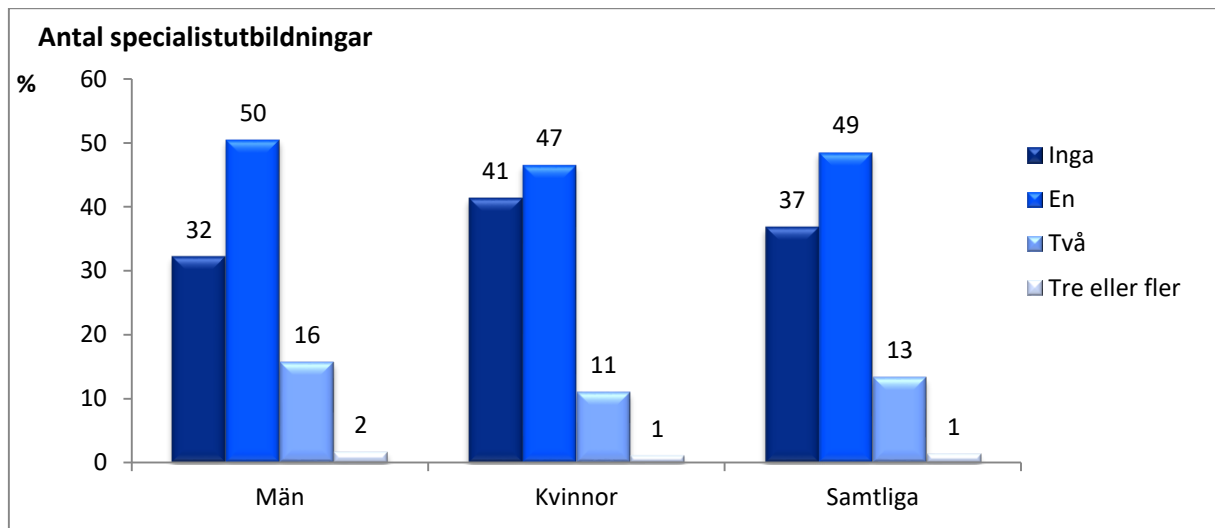
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Könsskillnaderna i åldersfördelningen kan relateras till könsskillnader i andelen med specialistutbildning. En större andel av männen hade en specialistexamen (72 %), jämfört med kvinnorna (64 %) ($p < 0,001$) (Figur 6).



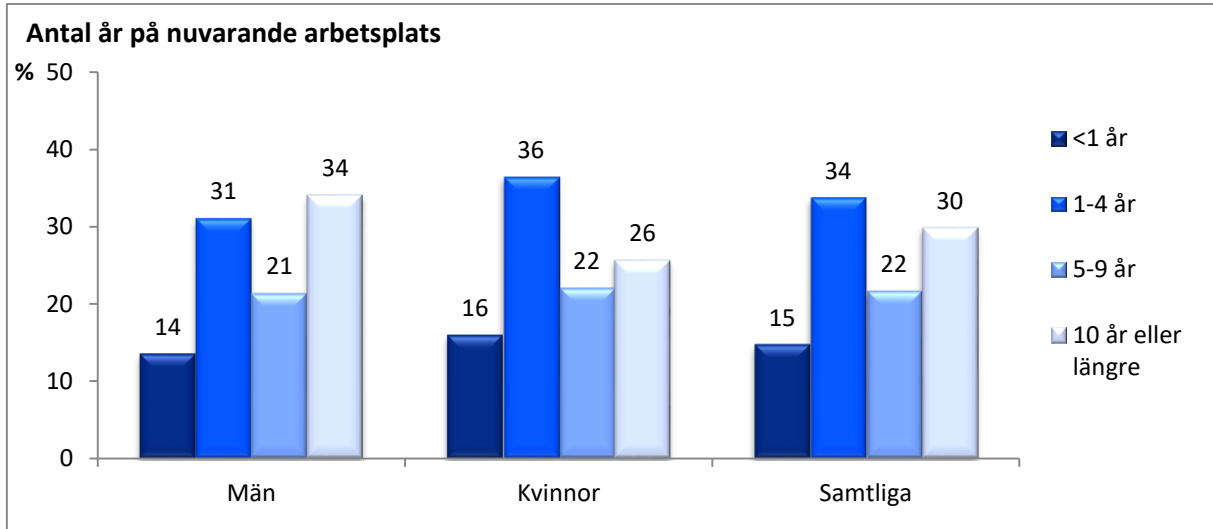
Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

I Figur 7 visas även andel med fler än en specialistutbildning. Det framgår där tydligt att andelen icke-specialister var större bland kvinnorna (41 %) än bland männen (32 %).



Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Nästan hälften (49 %) av läkarna hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, en femtedel fem till nio år och en tredjedel tio år eller längre (Figur 8). En större andel män (34 %) jämfört med kvinnor (26 %) hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats ($p < 0,001$).



Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Antalet sjukskrivande läkare i de olika *landstingen* som svarat på enkäten avspeglar landstingens befolkningsstorlek; med flest svarande från de stora regionerna; Stockholm (25 %), Västra Götaland (16 %) och Skåne (13 %) (Tabell 7). Könsfördelningen varierade något, med störst andel kvinnor i Stockholm (55 %) och minst i Örebro (43 %).

Ålderssammansättningen varierade också. Störst andel yngre läkare bland de svarande fanns i Norrbotten och Dalarna (44 % respektive 43 %), och störst andel äldre fanns på Gotland (39 %). Viss variation kan även ses i andelen specialistutbildade läkare, som var störst i Uppsala (73 %) och minst i Västerbotten och Dalarna (59 % respektive 60 %).

Tabell 7. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.

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

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

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

Skillnader i ålders- och könsfördelning mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* var betydande (Tabell 8). Störst andel svarande kvinnor återfanns inom gynekologi (81 %) och störst andel män inom ortopedi (74 %).

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

Tabell 8. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

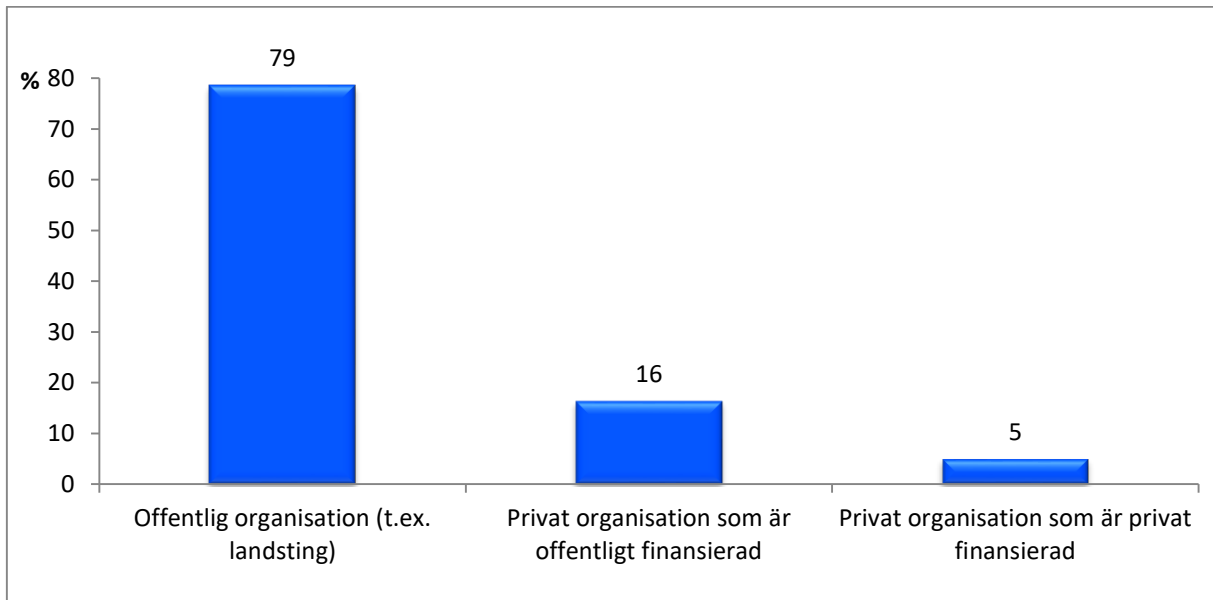
Klinik/mottagning	Antal svarande	Andel % ¹	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-68 år %	Specialistutbildad %
Företagshälsovård	338	2,5	50	4	28	68	96
Hud	171	1,2	75	29	40	32	76
Infektion	357	2,6	51	45	36	19	62
Invärtesmedicin	1661	12,1	46	41	34	24	65
Kirurgi	1285	9,3	34	37	39	24	71
Neurologi	305	2,2	46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

¹ Kolumnprocent, övriga procentsatser är radprocent.

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

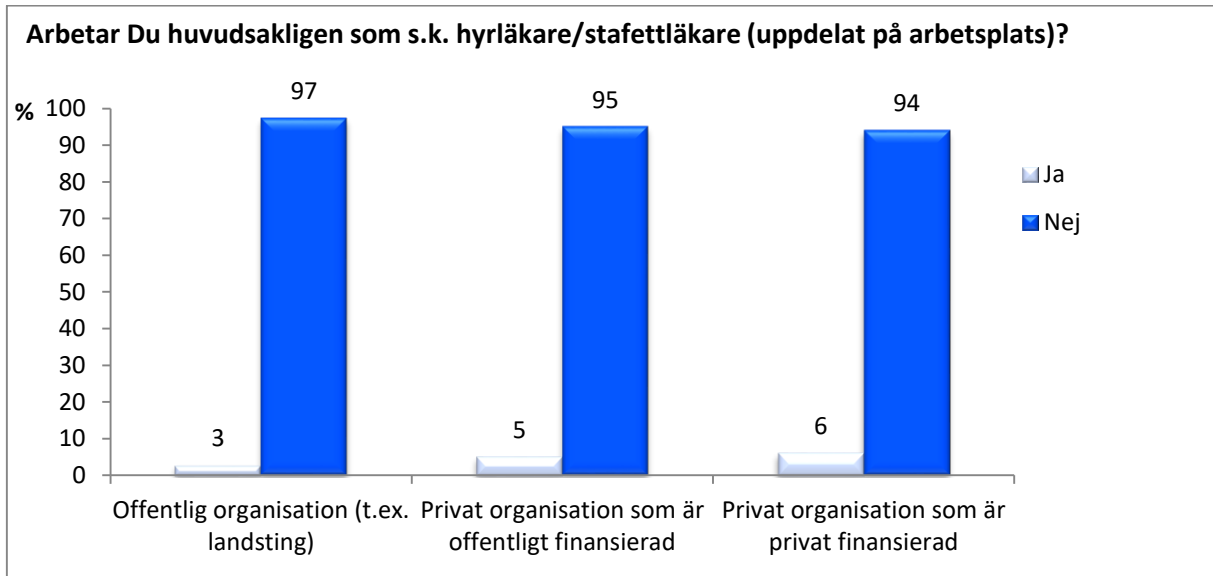
³ I gruppen "Annan klinik/mottagning" ingår de som angav Försäkringskassan/försäkringsbolag som sin huvudsakliga arbetsplats (på grund av lågt antal, n ≤8). Där ingår även läkare inom barn- och ungdomskliniker, geriatrik samt de som svarade att de inte arbetade på någon klinik.

Avseende offentlig/privat organisation respektive hyr-/stafettläkare framkom att av de svarande läkarna arbetade den absoluta majoriteten (95 %) huvudsakligen inom offentligt finansierade organisationer medan endast fem procent arbetade inom organisationer som är både privat organiserade och finansierade. Sexton procent arbetade i en privat organisation som är offentligt finansierad (Figur 9).



Figur 9. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation, en privat organisation som är offentligt finansierad respektive inom en privat organisation som även är privat finansierad.

Deltagarna fick en fråga om de huvudsakligen arbetade som så kallade hyrläkare/stafettläkare; detta definierades som att vara inhyrd högst en månad i sträck på varje ställe. Sammanlagt svarade tre procent att de arbetade som hyrläkare/stafettläkare. Av dem var 37 procent (n=165) kvinnor. I Figur 10 framgår att andelen läkare som arbetade som hyr-/stafettläkare var liten oavsett typ av organisation de huvudsakligen arbetade inom; andelen var störst inom privat organisation med privat finansiering (6 %).



Figur 10. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade som hyrläkare/stafettläkare, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.

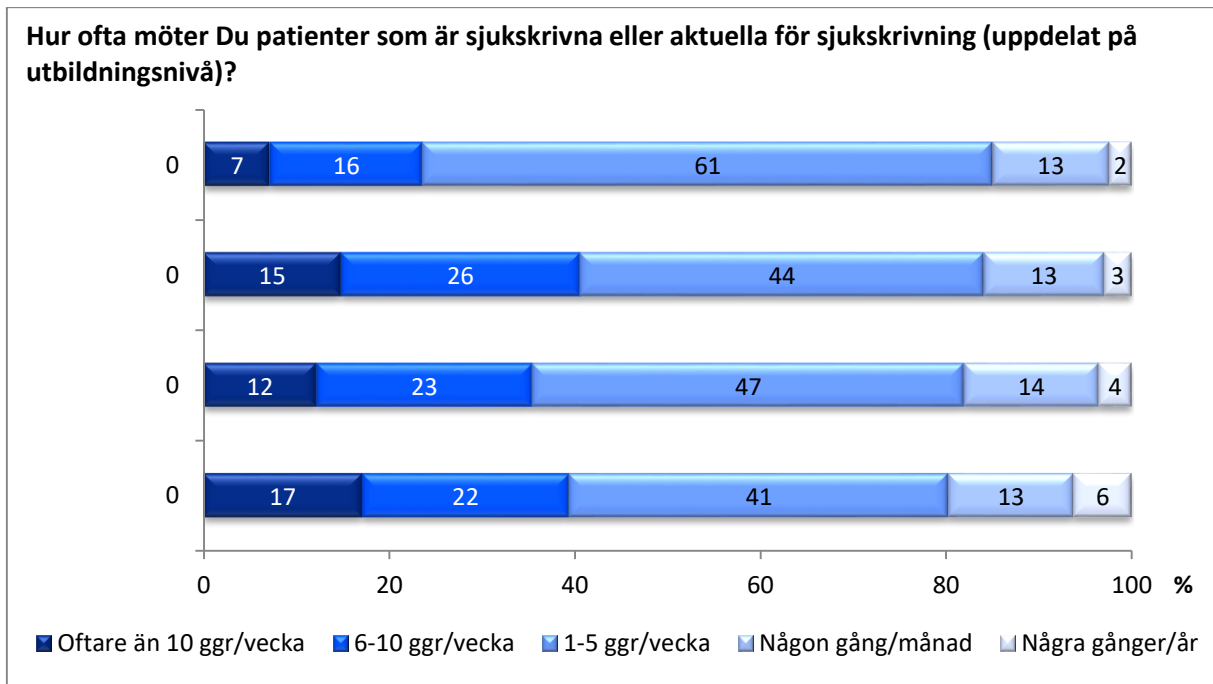
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 11 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Det framgår att drygt 80 procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka.



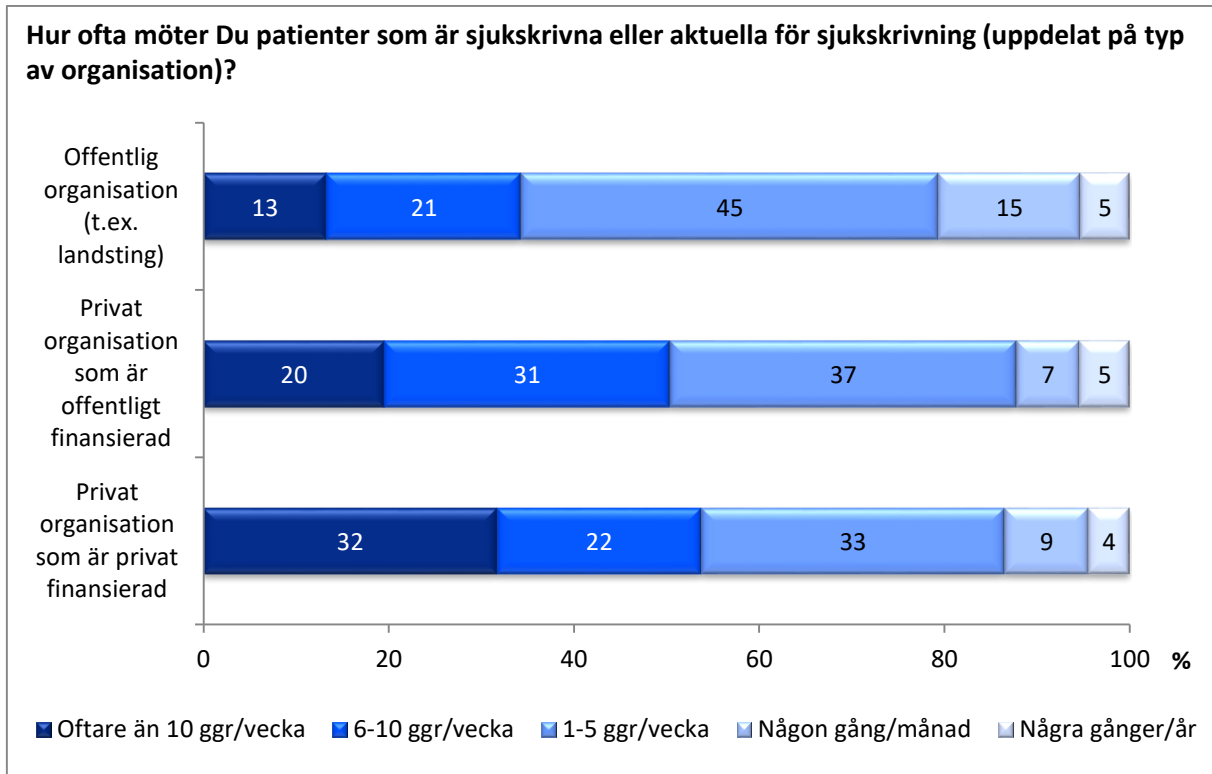
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

På frågan om hur ofta läkaren möter patienter aktuella för sjukskrivning fanns fem svarsalternativ; från 'Fler än 10 gånger per vecka' till 'Någon gång per år'. (De som svarat det sjätte alternativet: 'Aldrig/i stort sett aldrig', har exkluderats i detta avsnitt.) Det var en relativt jämn fördelning vad gäller hur ofta läkare med olika utbildningsnivå uppgav att de möter patienter aktuella för sjukskrivning för alla svarsalternativ tillsammans (Figur 12). Ett undantag är de läkare som endast har läkarexamen, de har färre sjukskrivningsärenden; sju procent av dem har det oftare än 10 gånger/vecka, jämfört med 17 procent bland specialisterna.



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

En större andel av läkarna som arbetade i privata organisationer hade sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka än av dem i offentliga organisationer, Figur 13. Störst andelen (32 %) med sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka fanns bland läkare i privata organisationer som var privat finansierade.



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

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

I Tabell 9 redovisas hur ofta läkare möter patienter som är aktuella för sjukskrivning, uppdelat på *landsting*. I Stockholm och Västra Götaland svarade 19 procent av läkarna att de har sådana konsultationer oftare än tio gånger per vecka. På Gotland och i Gävleborg var motsvarande siffra tio procent, vilket var den minsta andelen i landet.

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

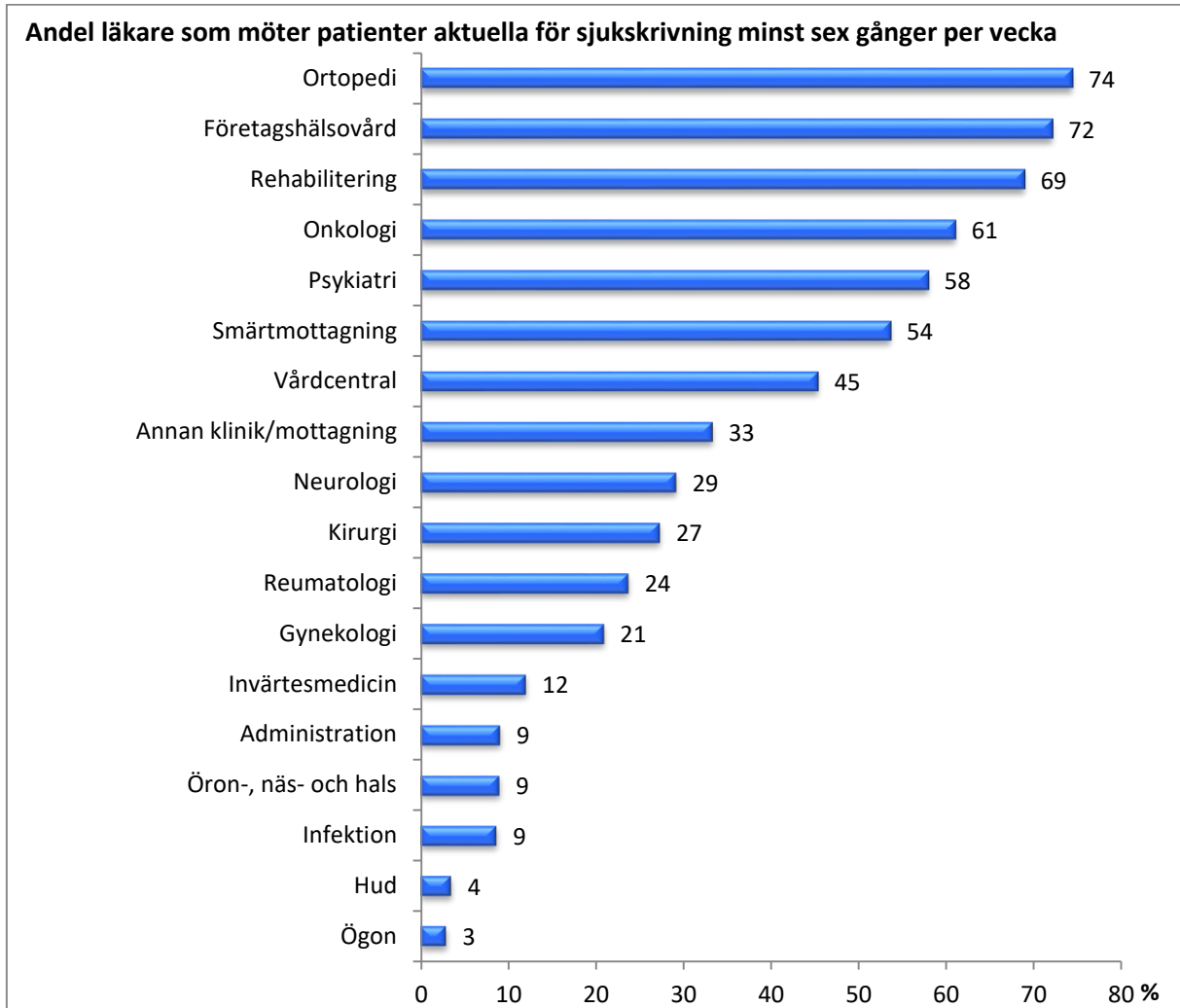
Landsting	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gång/år
Stockholm	19	22	41	12	7
Uppsala	14	25	45	12	5
Södermanland	11	24	46	15	5
Östergötland	13	19	47	16	5
Jönköping	17	25	41	13	4
Kronoberg	12	23	44	16	5
Kalmar	11	24	50	11	4
Gotland	10	24	53	11	2
Blekinge	11	18	45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

Konsultationer med patienter aktuella för sjukskrivning förekom bland läkare inom alla olika typer av *kliniker/mottagningar*, men variationen mellan olika typer av kliniker/mottagningar var betydligt större än mellan landstingen (ögon <0,5 % jämfört med företagshälsovård 51 %) (Tabell 10).

Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

I Figur 14 presenteras andelen läkare, inom olika typer av kliniska verksamheter, som uppgav att de möter patienter som är aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka. Störst andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka fanns på ortopedkliniker (74 %), inom företagshälsovård (72 %) och rehabilitering (69 %). På vårdcentraler var motsvarande andel 45 procent.



Figur 14. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Sammanfattning

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

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

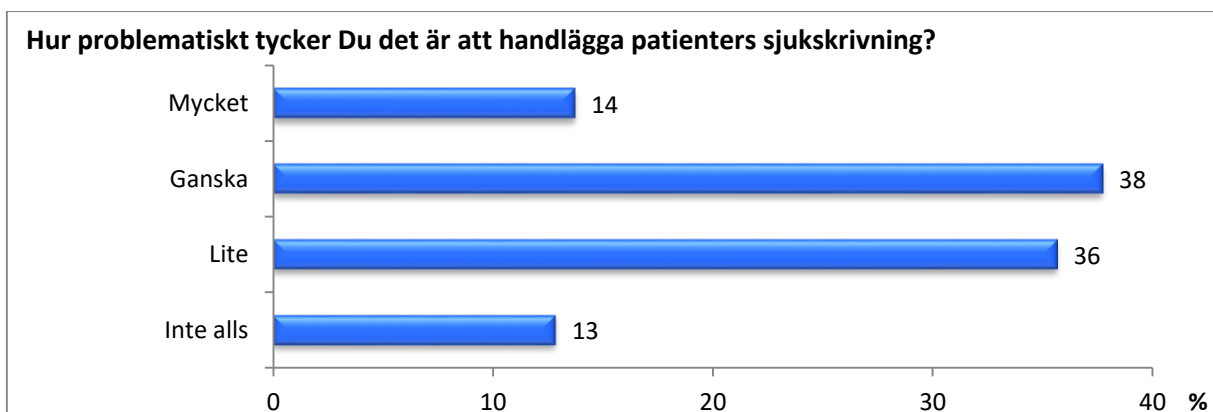
Enkäten innehöll ett flertal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden.

På en övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska svarade drygt 40 procent att de upplevde detta minst en gång per vecka (Figur 15). Nio procent svarade att sjukskrivningsärenden aldrig eller i stort sett aldrig var problematiska.



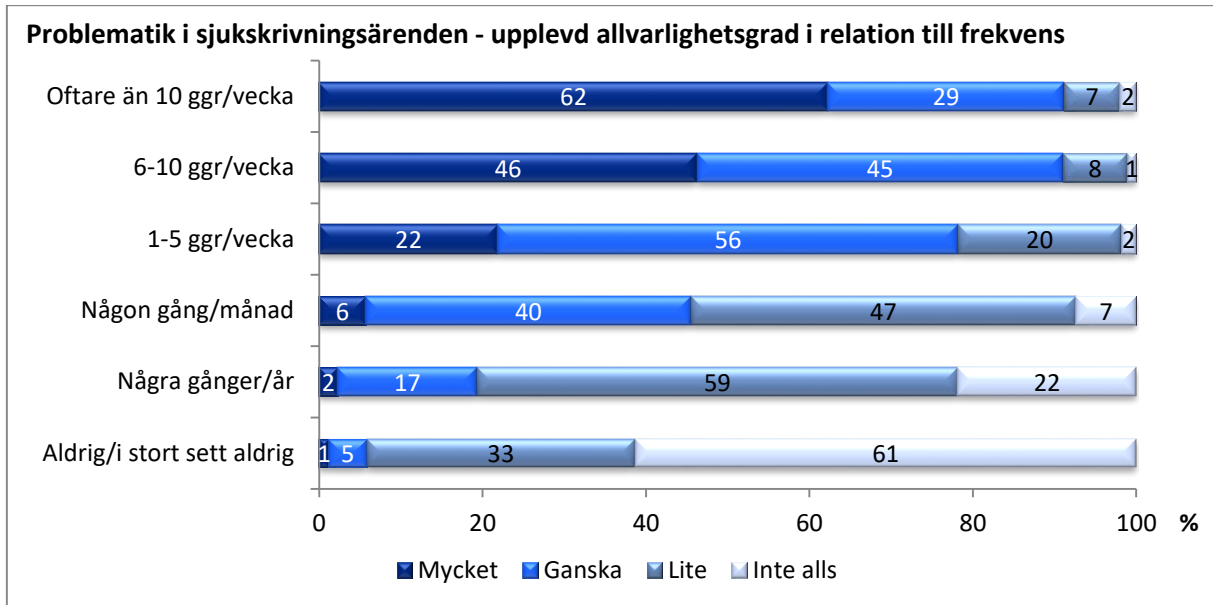
Figur 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Ovanstående resultat beskrev *hur ofta* läkare generellt tyckte att det var problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna tyckte att det var att handlägga patienters sjukskrivning. Fjorton procent tyckte det var mycket problematiskt och 13 procent att det inte alls var problematiskt. Drygt hälften av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning (Figur 16).



Figur 16. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

I Figur 17 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 sällan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska att dessa var mycket problematiska. Korrelationskoefficienten mellan svaren, beräknad med Kendalls tau-b, var 0,54, det vill säga, det fanns ett samband mellan frekvens och allvarlighetsgrad.



Figur 17. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Det fanns vissa skillnader mellan *landstingen* vad gällde hur ofta läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska (Tabell 11). Andelen läkare som gjorde detta minst en gång per vecka varierade från 36 procent (Blekinge) till 51 procent (Gotland). Störst andel läkare som aldrig/i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden var 10-12 procent i Stockholm, Västra Götaland respektive i Västerbotten.

Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på landsting.

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

Det var en stor variation mellan olika typer av klinik/mottagning i hur ofta läkare upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska (Tabell 12). Andelen varierade mellan en och 19 procent att uppleva problem med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. De typer av kliniker/mottagningar där störst andel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka var vårdcentraler (70 %), företagshälsovård (59 %) och psykiatri (57 %). Andelen som aldrig/i stort sett aldrig hade problem med sjukskrivningsärenden varierade från <0,5 procent på vårdcentral till 37 procent på hudmottagningar.

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

I Tabell 13 visas i vilken typ av organisation läkarna arbetade och hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden problematiska. Två tredjedelar av läkarna som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka arbetade i privat organisation med offentlig finansiering. Motsvarande siffra för läkare i offentlig organisation var 38 procent.

Tabell 13. Andel (%) läkares organisationstillhörighet i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

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

Skillnader mellan hyr-/stafettläkare och övriga läkare när det gällde hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska visas i Tabell 14. Minst en gång per vecka upplevde 66 procent av hyr-/stafettläkarna denna typ av problem medan motsvarande för övriga läkare var 41 procent.

Tabell 14. Andel (%) läkare som arbetar som hyrläkare/stafettläkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

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

Även svaren på *hur* problematiskt arbetet med sjukskrivningar upplevdes, det vill säga, allvarlighetsgrad av problemen snarare än frekvensen, varierade något mellan *landstingen* (Tabell 15). Sextiofem procent av läkarna i Jämtland upplevde handläggning av sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematisk, medan motsvarande andel var 45 procent i Uppsala och i Blekinge.

Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på landsting.

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

Majoriteten av läkarna på vårdcentraler (77 %) upplevde sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematiska (Tabell 16). Även inom reumatologi (68 %), psykiatri (61 %) och neurologi (60 %) var det en majoritet av läkarna som upplevde detta. Den största andelen läkare som upplevde sjukskrivningsärenden som mycket problematiska återfanns på vårdcentral (24 %), smärtmottagning (22 %) och reumatologi (20 %).

Tabell 16. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

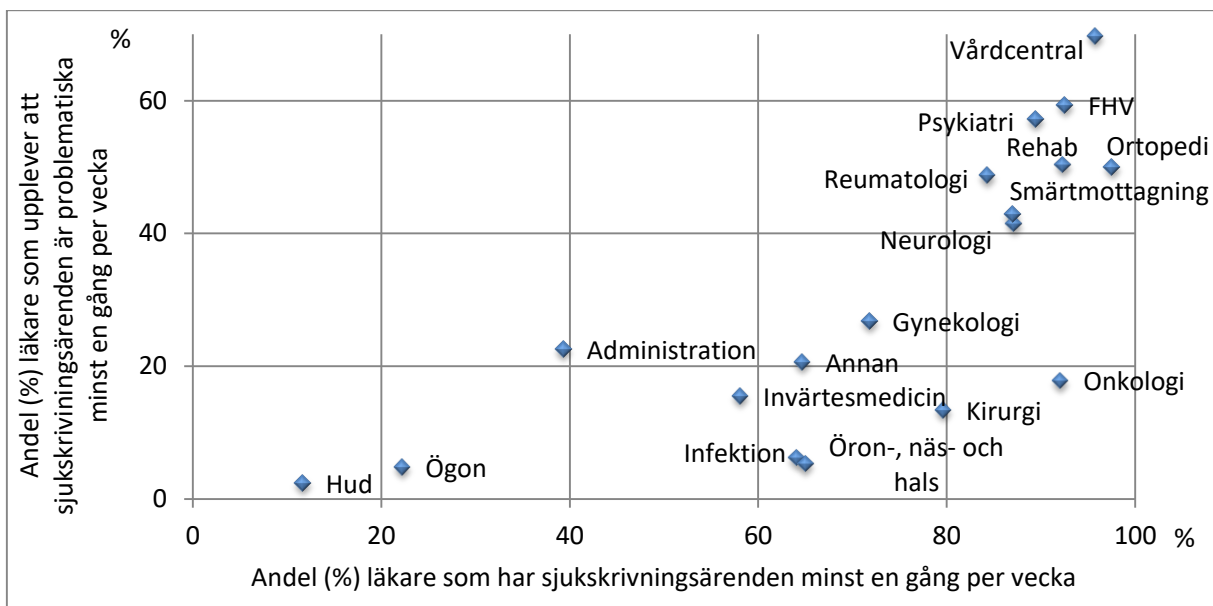
Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Företagshälsovård	10	35	39	16
Hud	4	24	54	18
Infektion	1	14	60	24
Invärtesmedicin	7	30	49	14
Kirurgi	4	19	49	28
Neurologi	14	46	34	6
Gynekologi	10	31	42	17
Onkologi	3	18	59	20
Ortopedi	12	35	43	10
Psykiatri	15	46	30	9
Rehabilitering	13	33	38	15
Reumatologi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

Samband mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och av att uppfatta dem som problematiska

I Figur 18 och Figur 19 visas relationer mellan frekvens av sjukskrivningsärenden och frekvens av att uppleva dem som problematiska, uppdelat på olika typer av kliniker/mottagningar. Korrelationen mellan frågorna om frekvens av sjukskrivningsärenden och frekvens av att uppleva dem som problematiska var 0,46.

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

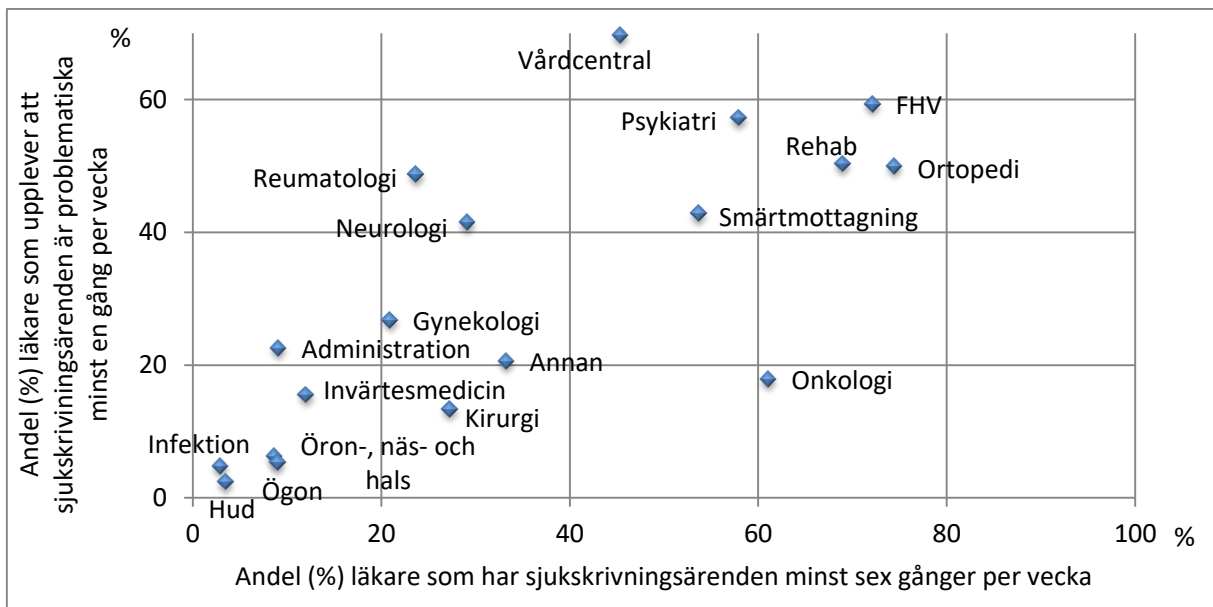
Läkare som arbetade på hudkliniker och inom ögon hade relativt få sjukskrivningsärenden och upplevde dessa sällan som problematiska. På onkolog- och kirurgkliniker hade en stor andel av läkarna sjukskrivningsärenden varje vecka och en relativt liten andel av dem upplevde dessa som problematiska. Bland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



Figur 18. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

I Figur 19 visas motsvarande samband som i Figur 18, men för andelen läkare inom olika typer av kliniska verksamheter som hade sjukskrivningsärenden *minst sex gånger per vecka* och upplevde dessa som problematiska *minst en gång per vecka*. Där utgår vi från att läkare inte upplever varje sjukskrivningsärende som problematiskt.

Då ser fördelningen något annorlunda ut och förhållandet mellan antal ärenden och hur ofta dessa upplevs som problematiska är mer linjärt, det vill säga, ju större andel som har många ärenden på kliniken, desto större andel upplevde dessa som problematiska åtminstone någon gång per vecka, med vissa undantag. Bland läkare inom onkologi hade en relativt liten andel problem varje vecka, trots att en stor andel ofta hade sjukskrivningsärenden. Läkare som arbetade på vårdcentral skiljer sig från övriga genom att andelen som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska varje vecka var störst medan andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka (45 %) var mindre än inom flera andra typer av kliniker/mottagningar. Även läkare inom psykiatri, reumatologi och neurologi avvek något från ett linjärt samband. De hade, i förhållande till antal ärenden, något större andel som upplevde problem varje vecka.



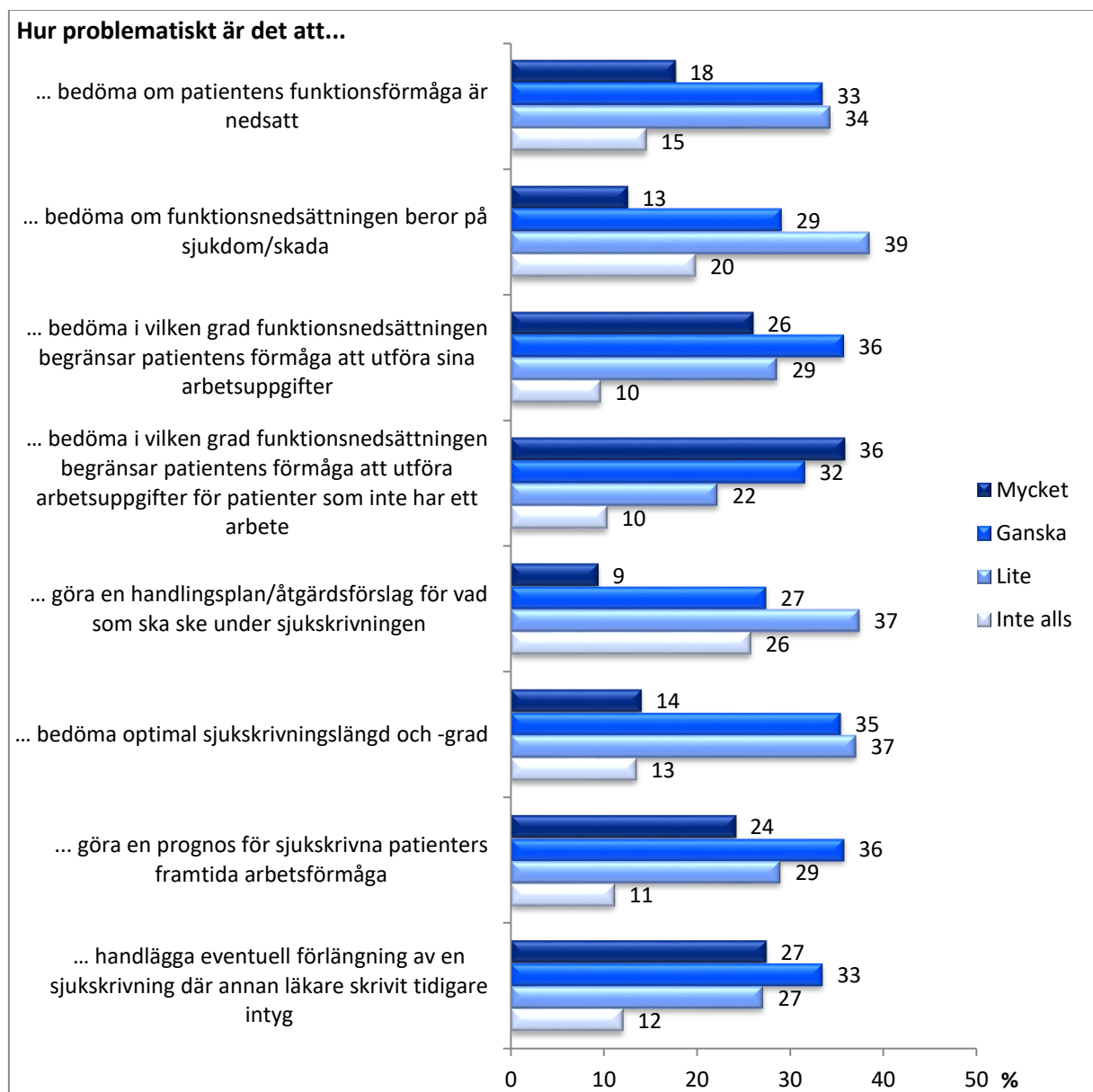
Figur 19. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Allvarlighetsgrad av specifika problem

I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i figuren nedan, medan några redovisas i avsnitten ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 60) respektive ”Samarbete och samverkan” (sidan 76) längre fram i rapporten.

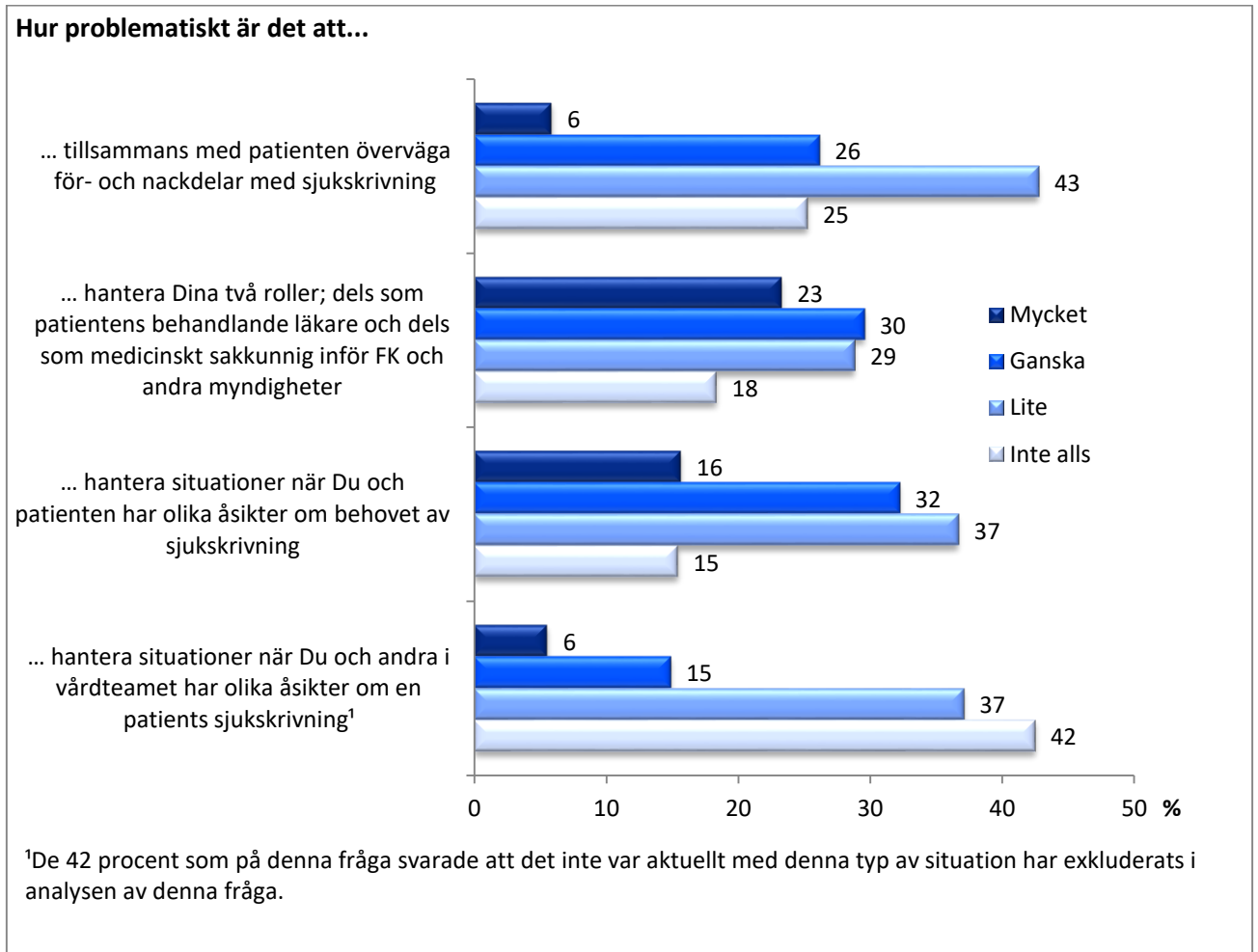
Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 36 procent angav det som mycket problematiskt och 32 procent som ganska problematiskt (Figur 20).

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



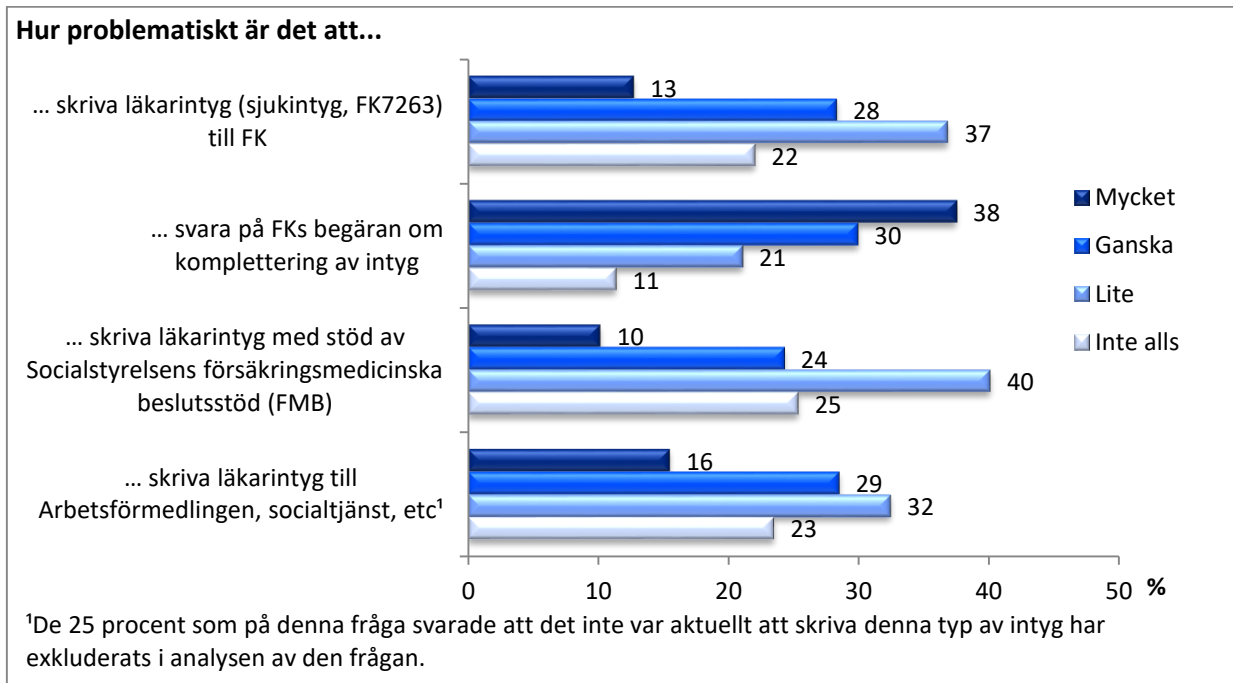
Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

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 (5, 28). Femtiofem procent angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (Figur 21). Nästan hälften angav att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där patientens och läkarens åsikt om sjukskrivningen skilde sig åt.



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

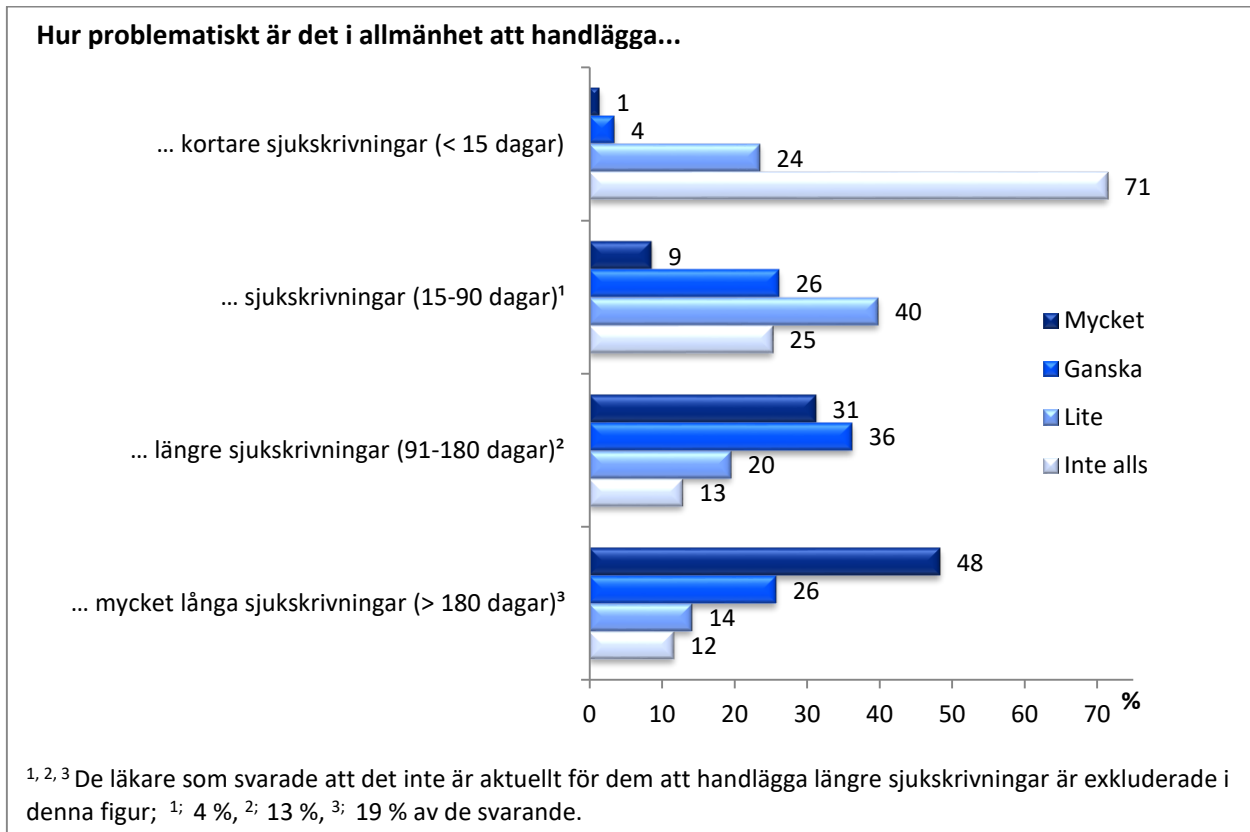
Det som angavs vara mycket eller ganska problematiskt när det gällde olika administrativa uppgifter var att svara på begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg; majoriteten (68 %) svarade detta (Figur 22). Det var ungefär lika stor andel läkare som angav att det var problematiskt att skriva läkarintyg till Försäkringskassan som att skriva intyg till Arbetsförmedlingen, socialtjänsten etcetera (41 % respektive 45 %).



Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter relaterade till sjukskrivning av patienter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.

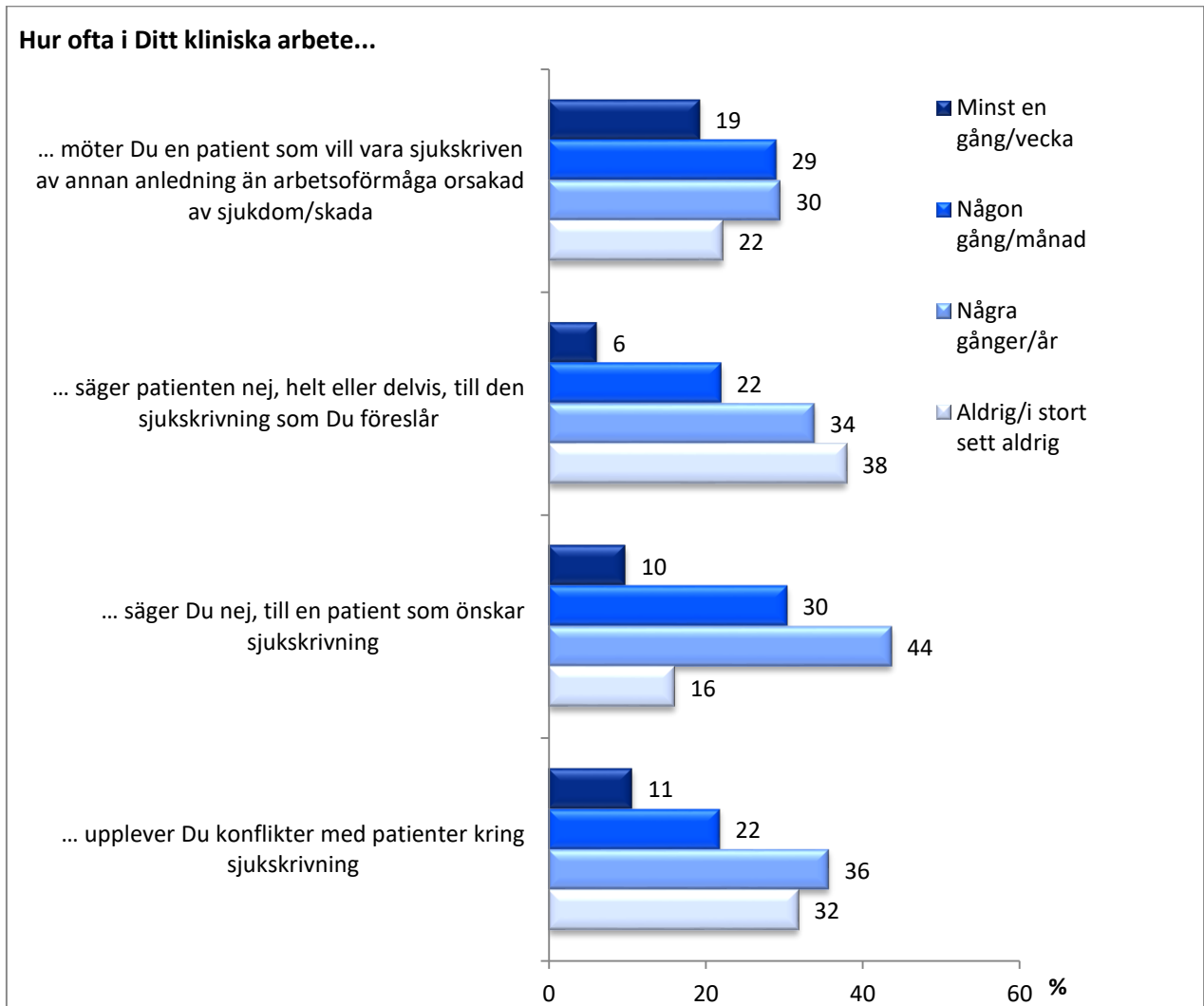
Det finns en tydlig trend när det gäller hur problematiskt läkarna upplevde att det är att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel ansåg att det är mycket problematiskt att handlägga dem (från 1 % för de kortaste till 48 % för de längsta) (Figur 23). I den figuren ingår inte de 13 respektive 19 procent av läkarna som inte hade sjukskrivningsärenden som översteg tre respektive sex månader – det vill säga, den figuren avser endast de läkare som hanterar av sjukskrivningar av respektive varaktighet.

Två tredjedelar av läkarna uppgav att det inte alls är problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna, det vill säga de som inte varade längre än två veckor.



Figur 23. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.

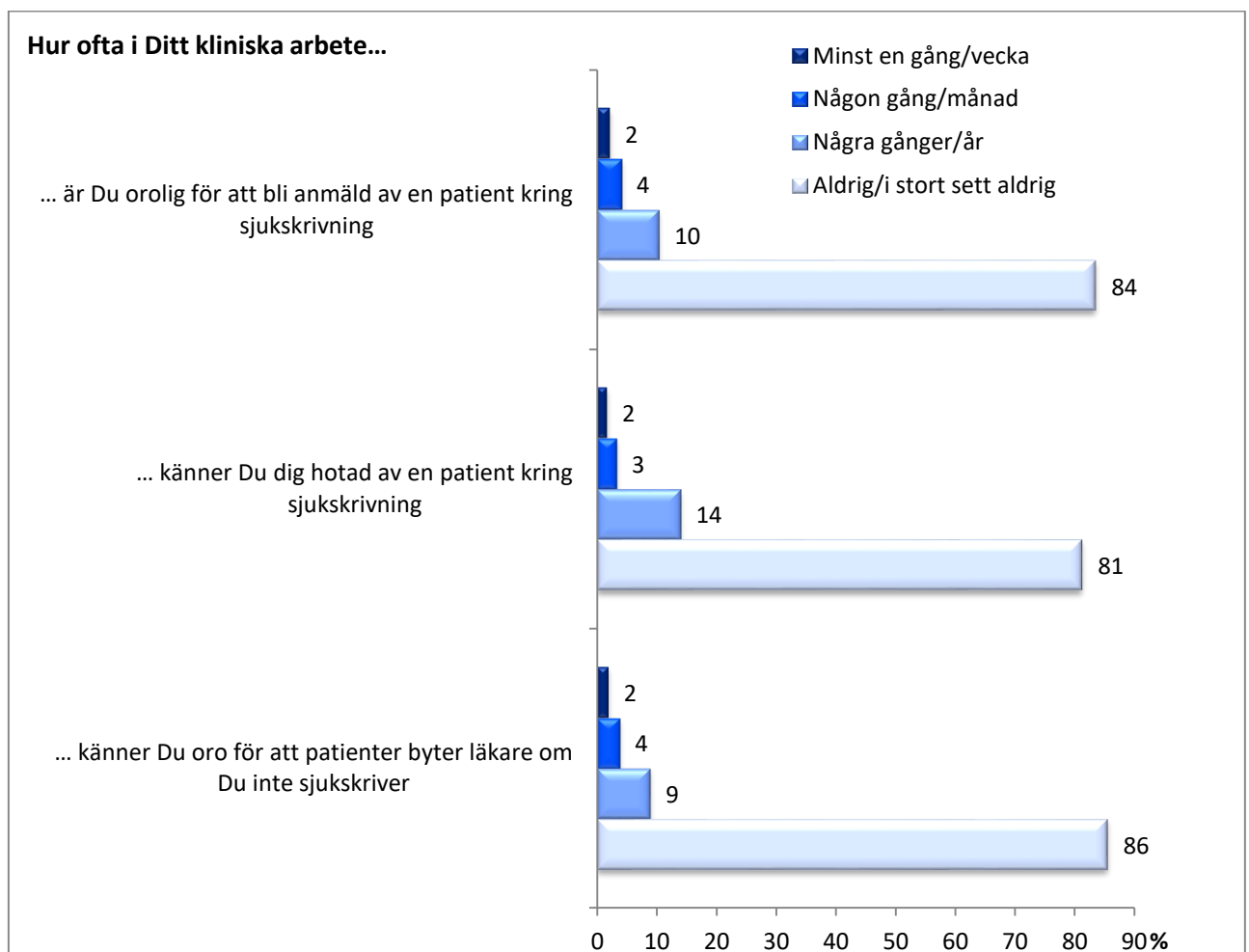
På frågorna som gällde kontakten med patienten, svarade 19 procent av läkarna att de minst en gång per vecka träffar en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada (Figur 24). Tio procent av läkarna angav att de minst en gång per vecka säger nej till en patients önskan om sjukskrivning. Så ofta hade även elva procent av läkarna konflikter med patienter kring sjukskrivning. Minst en gång per vecka var sex procent av läkarna med om att patienten helt eller delvis sade nej till den sjukskrivning läkaren föreslog.



Figur 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna.

Tre av frågorna kring problem berörde *oro eller att bli hotad* i samband med sjukskrivningsärenden. 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. Andelen läkare som minst någon gång per månad kände sig hotade och oroliga enligt minst ett av nedanstående alternativ, var störst vid vårdcentraler (18 %), inom psykiatri (15 %), inom gynekologi (11 %) samt inom reumatologi (11 %). Motsvarande andelar för dem som upplevde något av detta minst några gånger per år var störst vid vårdcentraler (48 %), inom psykiatri (41 %), inom reumatologi (29 %) och inom gynekologi (29 %).

I Figur 25 presenteras svaren för var och en av de tre frågorna. En liten andel (2 %) svarade att de upplever detta minst en gång per vecka och den absoluta majoriteten (>80 %) kände ingen oro när det gällde de beskrivna situationerna.



Figur 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.

Sammanfattning

Drygt hälften av läkarna ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning och drygt 40 procent upplevde att arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt minst en gång per vecka. De som ofta hade sjukskrivningsärenden upplevde oftare att sådana ärenden var problematiska. Det fanns dock undantag; bland läkarna inom

onkologi hade en stor andel av läkarna sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka, medan en liten andel upplevde dessa ärenden som problematiska minst en gång per vecka. Det motsatta förhållandet gällde för vårdcentralsläkare, det vill säga, en lägre andel av dem hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger/vecka, men en större andel av dem ansåg att de var problematiska. Två tredjedelar av läkarna som arbetade i privat organisation med offentlig finansiering upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, drygt 40 procent av läkarna i offentlig verksamhet gjorde detsamma. Även mellan hyr-/stafettläkare och övriga läkare fanns liknande skillnad; drygt två tredjedelar av hyr-/stafettläkarna och 40 procent av övriga läkare upplevde ovan nämnda situation.

Det fanns även ett samband mellan sjukskrivningarnas varaktighet och upplevd problematik; ju längre sjukskrivningsfall desto större andel läkare ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem. Två tredjedelar av läkarna tyckte inte att det var problematiskt att hantera de korta sjukskrivningsfallen, det vill säga, de som inte varade längre än två veckor.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt när det gällde olika bedömningsfrågor var att bedöma patientens arbetsförmåga, särskilt gällde detta för arbetslösa patienter. Även att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat upplevdes av en stor andel som problematiskt.

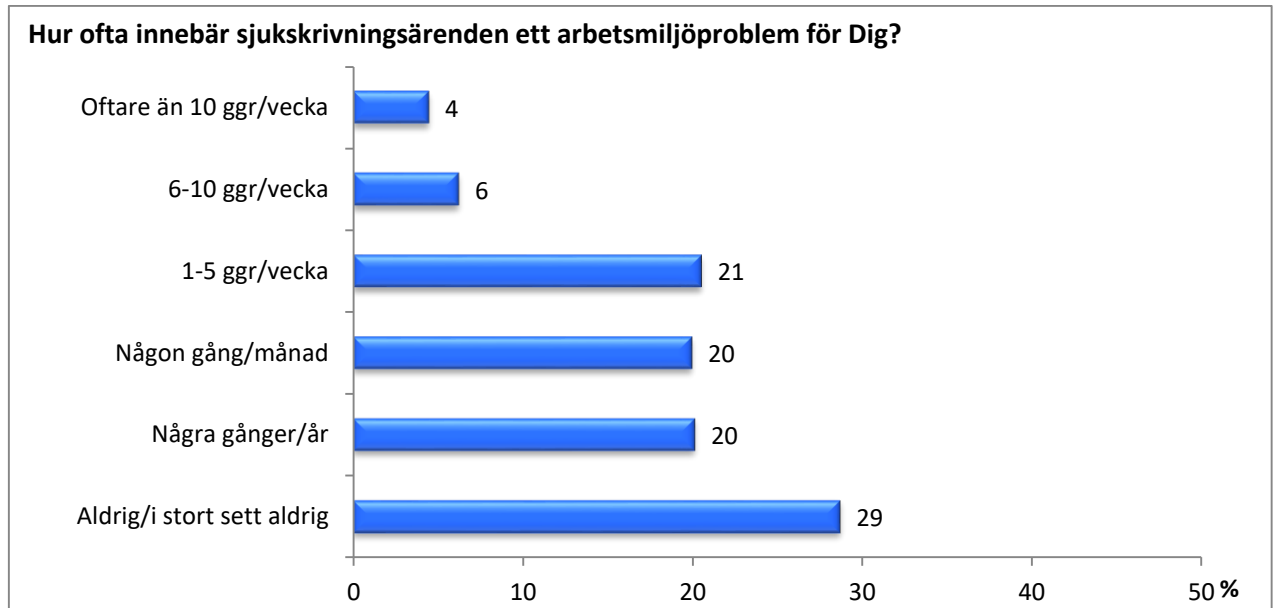
När det gällde läkarens relation till patient och andra involverade i sjukskrivningsarbetet, upplevde en stor andel läkare det problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig samt att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning. Två tredjedelar ansåg att det är problematiskt att svara på begäran om komplettering av intyg från Försäkringskassan.

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

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem (28, 45, 75, 146, 147, 192). 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 samma andel att de aldrig eller nästan aldrig är ett arbetsmiljöproblem (Figur 26).



Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.

I majoriteten av *landstingen* upplevde omkring en tredjedel av läkarna sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (Tabell 17). Blekinge hade minst andel läkare som angav sjukskrivningsärenden som arbetsmiljöproblem (20 %) och störst andel fanns i Värmland och Jämtland, vardera 41 procent.

Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på landsting.

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

Problemen med sjukskrivning varierade med typ av *klirik/mottagning* och det gjorde även frågan om hur ofta sjukskrivning sågs som ett arbetsmiljöproblem (Tabell 18). Knappt en femtedel (18 %) av läkare inom företagshälsovård, psykiatri och vårdcentral upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst sex gånger per vecka. Andel läkare som upplevde sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka varierade från två procent på hud- och infektionskliniker till 55 procent på vårdcentraler.

Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

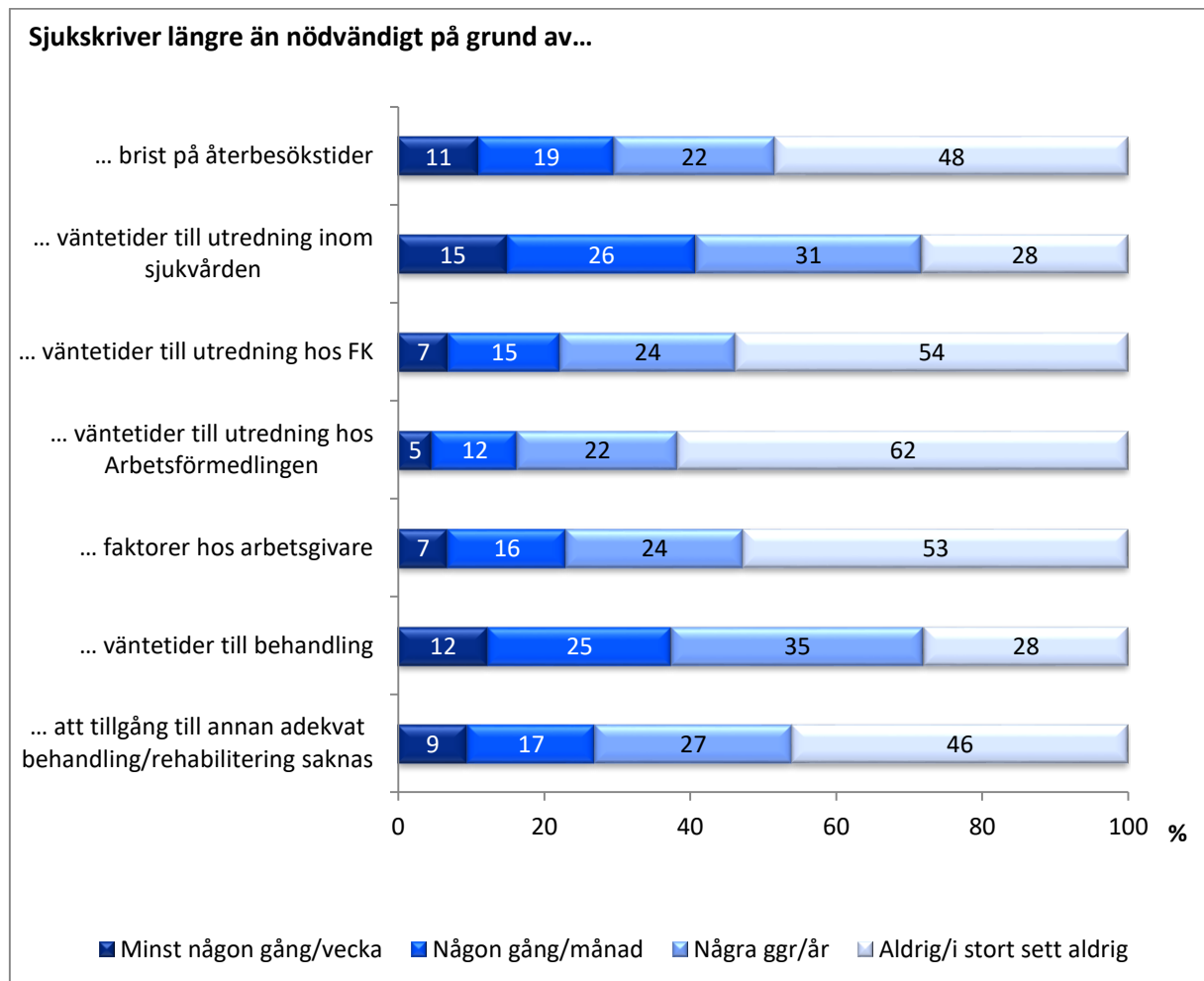
Sammanfattning

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

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. Möjliga sådana orsaker som togs upp var väntetider, bland annat till utredningar och behandlingar inom vården eller till utredningar hos andra aktörer. Resultaten i Figur 27 visar att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider till behandlingar och utredningar inom vården. Fyrtioen procent uppgav att de sjukskriver en patient längre än nödvändigt minst någon gång per månad på grund av väntetider till utredning inom sjukvården och 37 procent på grund av väntetid till behandling. Femton procent svarade att de sjukskriver längre än nödvändigt minst någon gång per vecka på grund av väntetid till utredning inom vården.

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

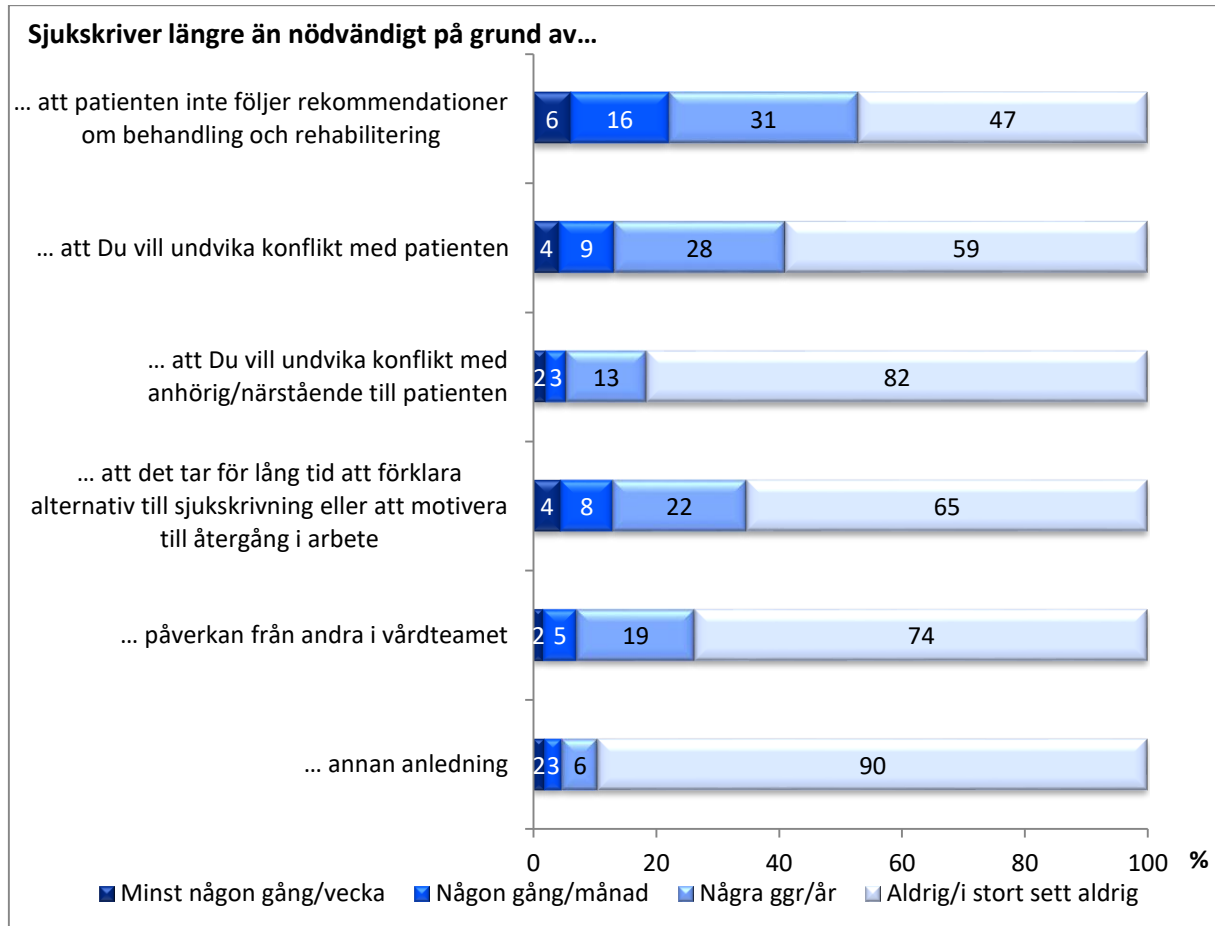


Figur 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar.

Sex ytterligare frågor ställdes om möjliga anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt. Dessa frågor handlade mer om kontakten med patienten och med det egna vårdteamet (Figur 28). De två orsaker som angavs av flest läkare att förekom minst en gång per månad, var att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering (22 %) och att läkaren vill undvika konflikt med patienten (13 %).

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

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



Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.

Sammanfattning

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

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) infördes hösten 2007 och vissa delar av det har sedan uppdaterats, både när det gäller de övergripande principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna om sjukskrivningslängd och -grad (1, 62). 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 uppgav 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 19). Det finns en liten variation mellan landstingen, 8 till 14 procent kände till de övergripande principerna i FMB mycket väl. I alla landsting utom Kronoberg (46 %) uppgav minst hälften av läkarna att de övergripande principerna ger stöd i arbetet. En femtedel av läkarna i Kronoberg, Blekinge, Västernorrland och Jämtland ansåg att de inte ärr något stöd, eftersom de var svårtillgängliga.

Tabell 19. 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 landsting.

Landsting	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? ¹		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
Stockholm	11	39	24	25	53	33	14
Uppsala	13	41	22	24	55	33	12
Södermanland	14	40	22	24	57	24	19
Östergötland	12	42	21	25	53	34	13
Jönköping	9	42	22	27	56	34	10
Kronoberg	13	40	22	25	46	34	20
Kalmar	14	38	23	25	53	35	13
Gotland	11	46	28	16	55	27	18
Blekinge	10	39	25	26	54	25	20
Skåne	12	42	22	23	50	33	17
Halland	13	38	21	29	61	25	15
Västra Götaland	10	40	23	27	59	28	13
Värmland	10	40	28	22	57	32	11
Örebro	13	38	26	23	53	36	11
Västmanland	14	35	27	25	63	22	15
Dalarna	12	37	21	31	54	32	14
Gävleborg	11	46	24	18	56	30	14
Västernorrland	13	38	23	26	55	25	20
Jämtland	9	41	20	30	53	27	20
Västerbotten	8	35	26	31	51	35	14
Norrbotten	12	43	21	25	57	25	18
Hela landet	11	40	23	25	54	31	15

¹ Andel av läkarna som angav "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning".

När det gällde att känna till FMB:s övergripande principer mycket väl var variationen betydligt större mellan de olika typerna av kliniker än mellan landstingen (Tabell 20). Störst andel läkare med denna kännedom fanns bland läkarna inom företagshälsovård (40 %) och inom rehabilitering (37 %). Minst andel läkare som kände till principerna mycket väl fanns inom infektion samt inom hud (1 respektive 2 %) samtidigt som det var inom infektion som störst andel (66 %) läkare ansåg att dessa principer ger stöd i arbetet. Över hälften av läkarna i majoriteten av de olika typerna av kliniker/mottagningar uppgav att principerna är ett stöd i arbetet. Minst andel som angav att det är ett stöd var inom reumatologi (41 %), administration (43 %) och neurologi (45 %).

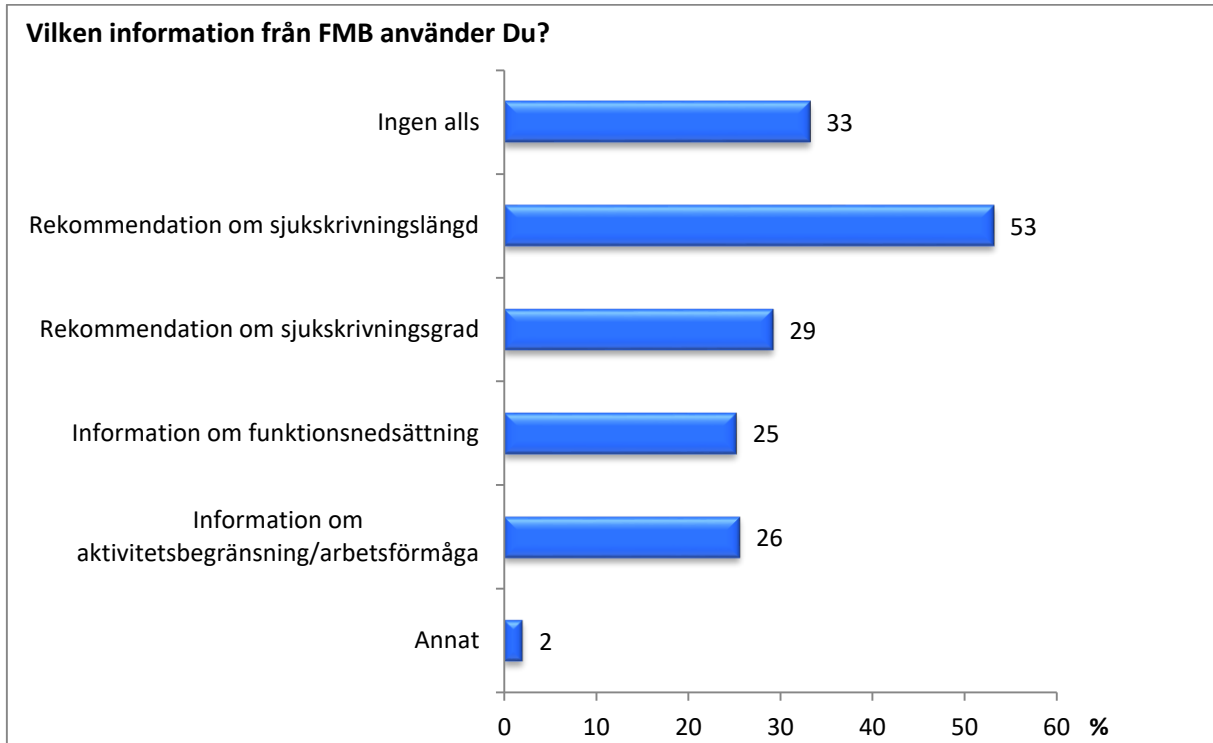
Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

¹ Andel av läkarna som angav "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning".

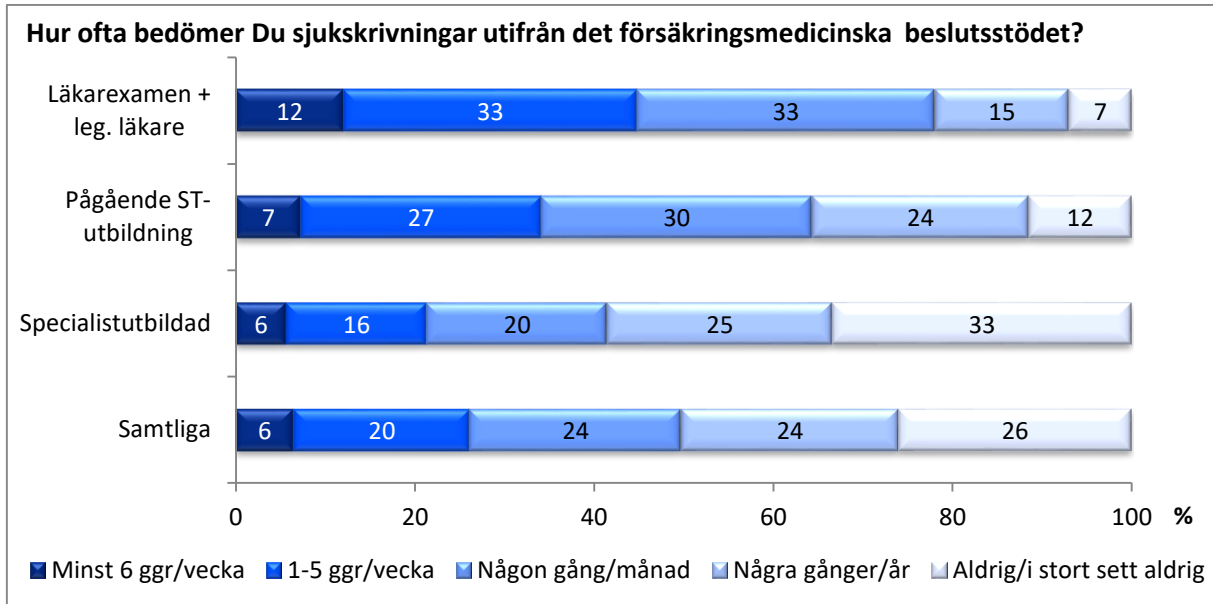
De diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöden

Det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) innehåller olika typer av information. Drygt hälften av läkarna uppgav att de använder rekommendationer om sjukskrivningslängd och en tredjedel av läkarna använder rekommendationer om sjukskrivningsgrad (Figur 29).



Figur 29. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde.

Hälften av läkarna, 50 procent, uppgav att de använder FMB i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 30). Skillnader i användningen av FMB minst någon gång per månad kan ses i relation till utbildningsnivå, från störst bland dem som enbart har läkarexamen eller läkarlegitimation (78 %) till minst bland specialister (42 %).



Figur 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga läkare.

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

Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.

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

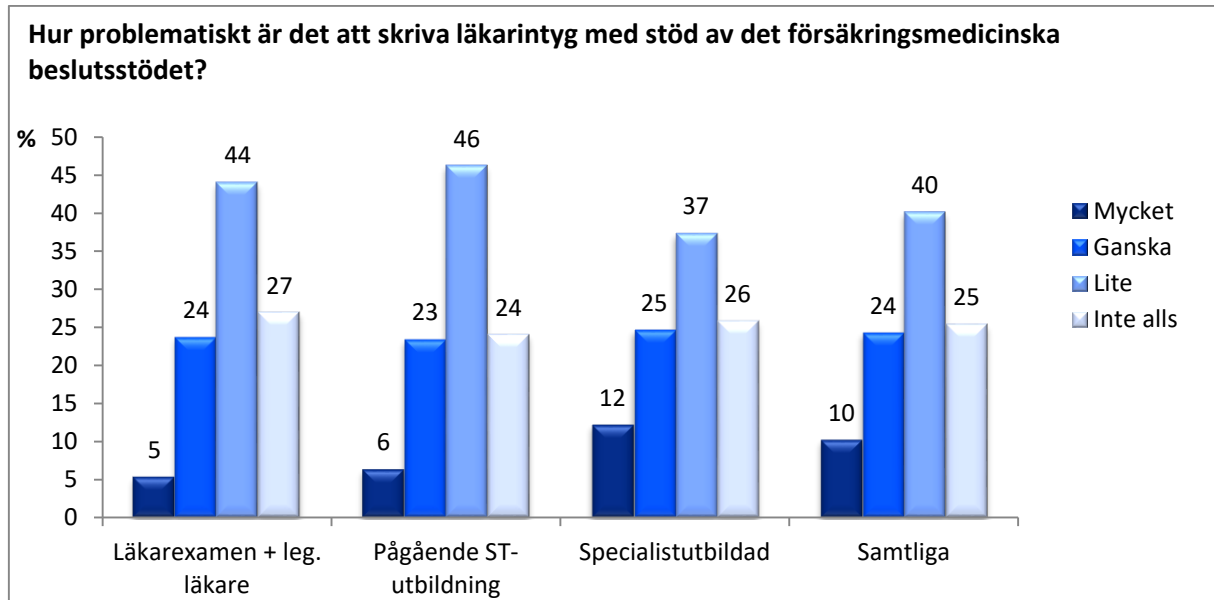
Det fanns stora skillnader mellan de olika typerna av *kliniker/mottagningar* i hur ofta FMB användes (Tabell 22). Den största andelen läkare som svarade att de använder FMB fanns bland dem som arbetade inom företagshälsovård, där 18 procent använde det minst sex gånger per vecka, 42 procent minst en gång per vecka. Nästan lika stor andel (41 %) av vårdcentralsläkarna använde FMB minst en gång per vecka. Andelen som uppgav att de aldrig eller nästan aldrig använder FMB var störst inom ögon, hud samt och öron-, näs- och hals.

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Majoriteten (65 %) av läkarna svarade att det är lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB. Tio procent uppgav att detta är mycket problematiskt och övriga (24 %) att det är ganska problematiskt (Figur 31). En större andel läkare med specialistkompetens upplevde detta som mycket problematiskt (12 %), jämfört med läkare med lägre utbildningsnivå.



Figur 31. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Andelen läkare som uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB varierade mellan *landstingen*. Fyrtiotre procent av läkarna på Gotland och 40 procent i Jämtland ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt, jämfört med 29 procent i Västernorrland och 28 procent i Blekinge (Tabell 23). De landsting där minst andel svarat att det inte alls är problematiskt var Jönköping, Värmland och Gävleborg (20 %).

Tabell 23. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.

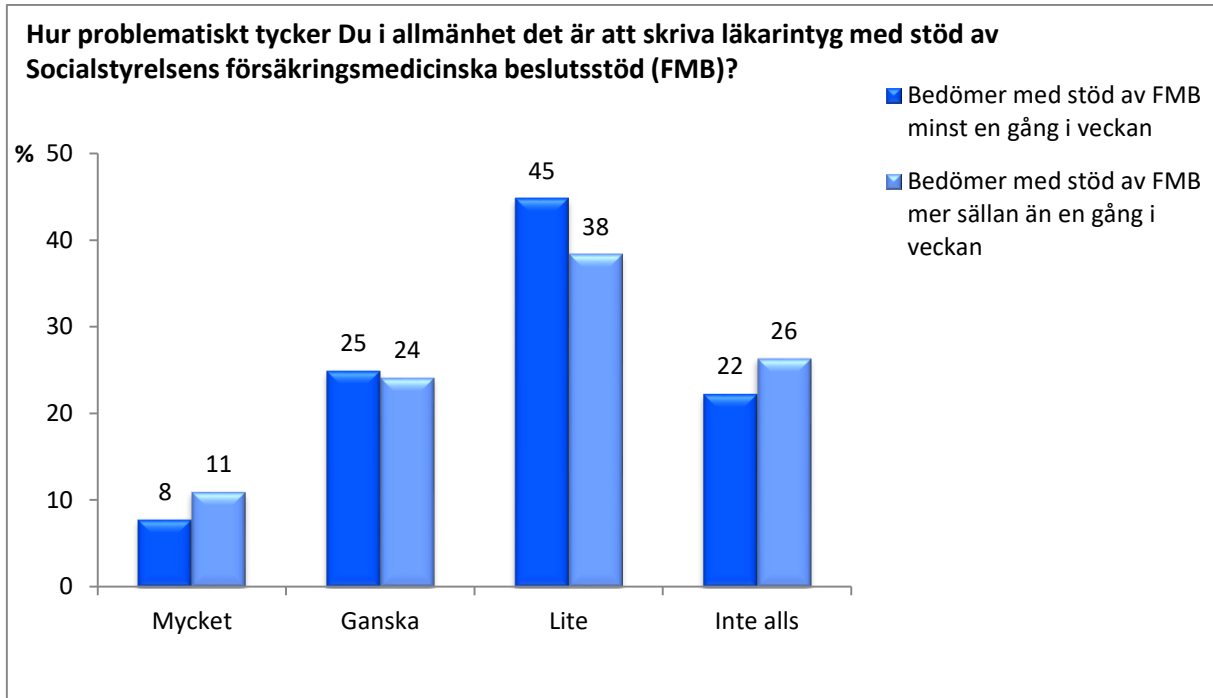
Landsting	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Stockholm	11	26	37	26
Uppsala	9	21	42	28
Södermanland	8	28	42	22
Östergötland	10	23	40	27
Jönköping	9	26	45	20
Kronoberg	12	23	41	25
Kalmar	11	21	40	27
Gotland	7	36	36	21
Blekinge	9	19	43	29
Skåne	12	24	40	24
Halland	9	21	43	28
Västra Götaland	9	24	41	27
Värmland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

Skillnaderna i svarsmönster mellan olika typer av *kliniker* var även i denna fråga något större än mellan landstingen. Drygt hälften av läkarna på smärtmottagningar och reumatologkliniker uppgav att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva intyg med stöd av FMB (Tabell 24). Inom företagshälsovård och vårdcentraler, där man använder FMB i störst utsträckning, ansåg en mindre andel läkare inom företagshälsovård (29 %) och en större andel vårdcentralsläkare (45 %), jämfört med samtliga läkare (34 %), att det är mycket eller ganska problematiskt att skriva intyg med stöd av FMB.

Tabell 24. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

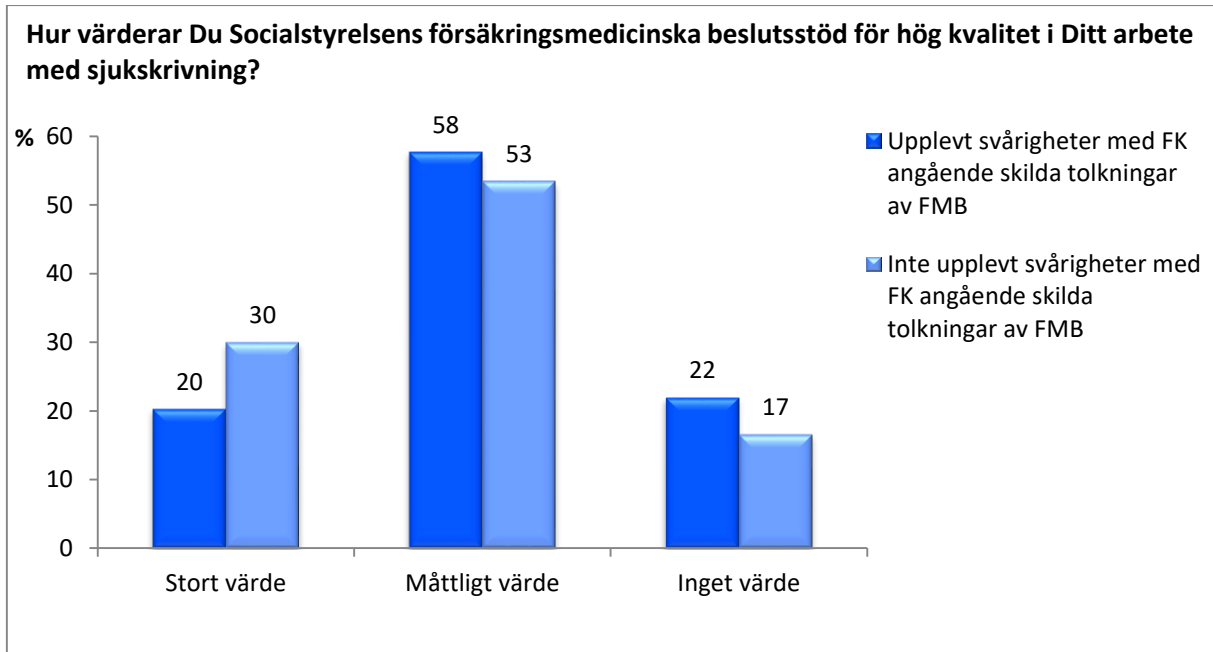
Klinik/mottagning	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Företagshälsovård	9	20	43	29
Hud	10	20	36	34
Infektion	5	18	43	34
Invärtesmedicin	8	20	40	31
Kirurgi	6	15	39	40
Neurologi	12	25	42	22
Gynekologi	9	20	39	31
Onkologi	7	18	42	33
Ortopedi	13	20	42	25
Psykiatri	12	27	41	19
Rehabilitering	12	22	43	24
Reumatologi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

I Figur 32 visas hur problematiskt läkarna ansåg det är att skriva läkarintyg med stöd av FMB relaterat till hur ofta de gör bedömningar med stöd av FMB. Drygt en tredjedel av läkarna, oavsett hur ofta de använder FMB, ansåg att det är mycket eller ganska problematiskt att använda FMB. Störst andel som angav att det inte alls är problematiskt att använda FMB var de läkare som mer sällan använder FMB (26 %).



Figur 32. Andel (%) läkare uppdelat på hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i relation till hur problematiskt de tycker att det är att skriva läkarintyg i enighet med FMB.

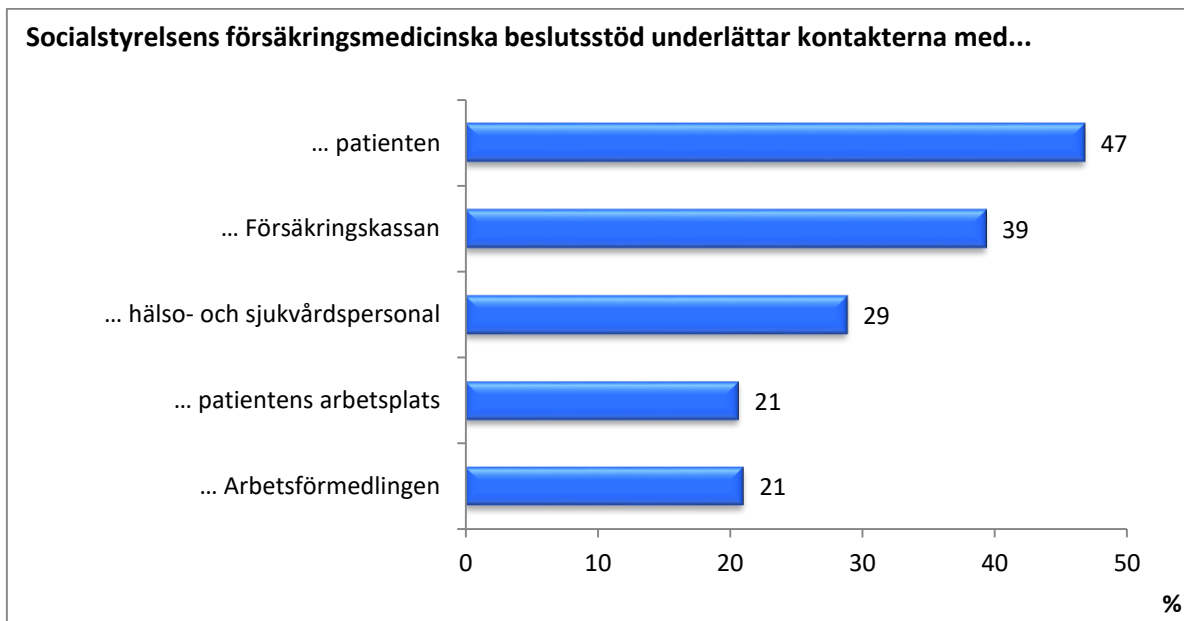
I Figur 33 framgår att bland de läkare, som upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB, svarade en mindre andel läkare (20 %) att FMB har stort värde. Motsvarande andel var 30 procent bland de läkare som inte upplevt sådana svårigheter i kontakten med Försäkringskassan.



Figur 33. 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.

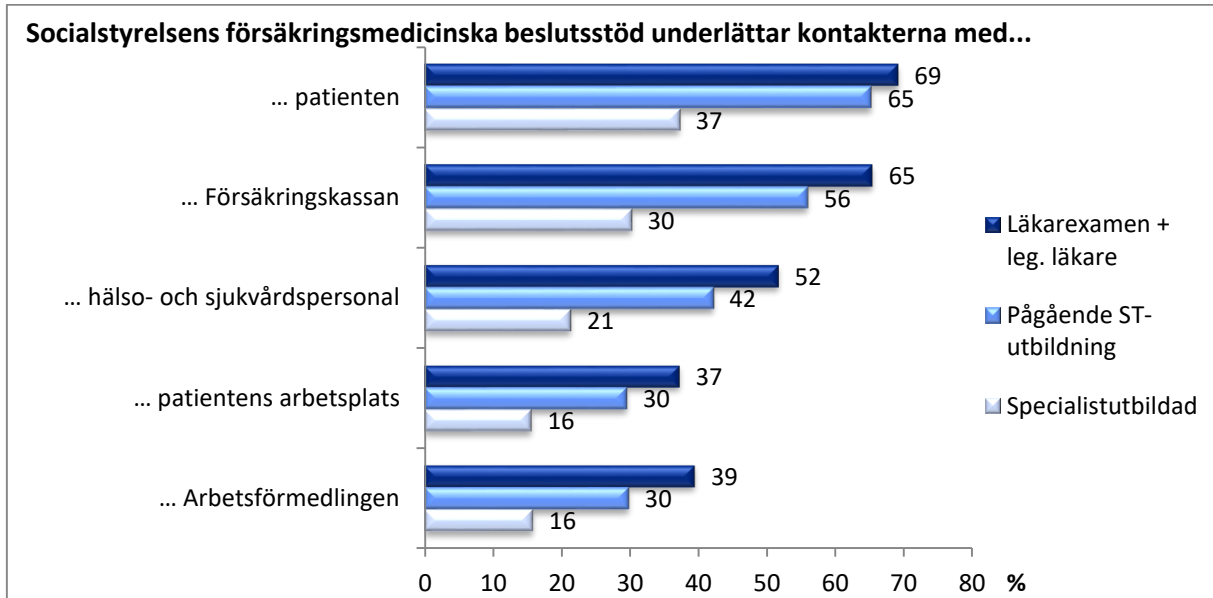
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) har visat sig ha betydelse i kontakten mellan läkare och patient, liksom med olika samarbets- och samverkansparter (28, 47). Av Figur 34 framgår att nästan hälften av läkarna svarade att FMB underlättar kontakten med patienten. En dryg tredjedel ansåg att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Även kontakter med andra aktörer underlättas av FMB, enligt minst var femte läkare. Observera att vi här inte har efterfrågat i vilken utsträckning läkaren har sådana kontakter. Att en mindre andel läkare svarat att FMB underlättar kontakterna med patientens arbetsplats och med Arbetsförmedlingen innebär inte att FMB är mindre användbart i de kontakterna, utan troligen att färre av de svarande överhuvudtaget haft sådana kontakter.



Figur 34. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.

I Figur 35 har svaren på frågan om FMB underlättar kontakten med patienter och andra samverkanspartners relaterats till läkarnas utbildningsnivå. Mer än två tredjedelar av läkarna som ännu inte var specialister ansåg att FMB underlättar kontakterna med patienten. Störst andel läkare som ansåg att FMB underlättar kontakterna även med andra aktörer var de med lägre utbildningsnivå. Minst andel som uppgav detta var specialisterna.



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

Resultaten, uppdelat på *landstingen*, visar att hälften av läkarna i vart och ett av landstingen upplevde att FMB underlättar kontakter med olika aktörer (Tabell 25). Liksom i ovanstående gällde detta främst i kontakten med patienten. Vissa skillnader fanns mellan landstingen; från 42 procent i Örebro till 57 procent av läkarna i Dalarna ansåg att FMB innebär att kontakten med patienten underlättas. Andelen för vilka FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan varierade mellan 34 procent i Örebro och 51 procent i Västmanland.

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

Tabell 25. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på landsting.

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

Det fanns även en variation mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* i hur mycket det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) ansågs underlätta kontakten med patienter och andra aktörer (Tabell 26). Att det inte finns diagnosspecifika FMB för alla diagnoser kan ha betydelse för resultatet i denna fråga.

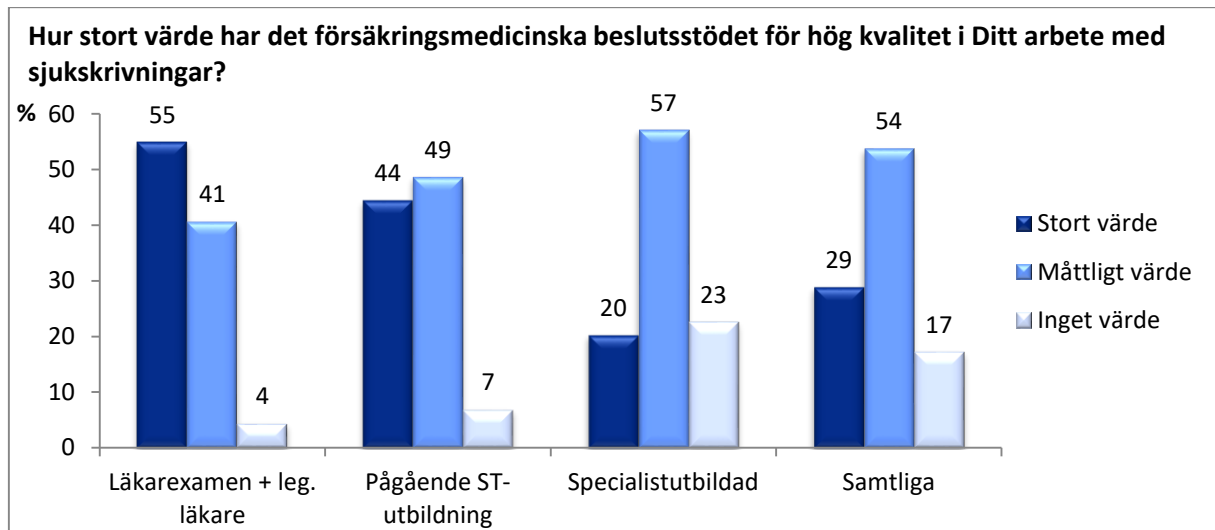
Andelen läkare som ansåg att FMB underlättar kontakten med minst en av de listade aktörerna var störst på vårdcentraler (65 %) och minst på ögonmottagningar (27 %). Det var samma förhållande när det gällde nytta av FMB i kontakten med patienter; störst andel läkare på vårdcentraler (55 %) och minst andel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

Tabell 26. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

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

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att FMB hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningsärenden, nu och i framtiden. En tredjedel (29 %) uppgav att FMB har stort värde, drygt hälften (54 %) att det har måttligt värde och mindre än en femtedel (17 %) ansåg att FMB inte har något sådant värde (Figur 36). När frågan om FMB:s värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar relaterades till högsta läkarutbildningsnivå framkom att störst andel av läkarna som uppgav att FMB har stort värde för kvaliteten (55 %) fanns bland dem som endast hade läkarexamen eller läkarlegitimation, medan störst andel (20 %) som uppgav att FMB inte har något sådant värde återfanns bland specialisterna.



Figur 36. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Sammanfattning

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

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

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

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

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

Samarbete och samverkan

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna respektive externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen¹. Som framgår av Tabell 27 förekommer det mest sådant samarbete internt, det vill säga med andra läkare eller med andra professioner inom hälso- och sjukvården. Mest förekommande var att samarbeta med/remittera till fysioterapeut eller arbetsterapeut och kurator eller psykolog vilket 20 respektive 17 procent gjorde minst en gång per vecka.

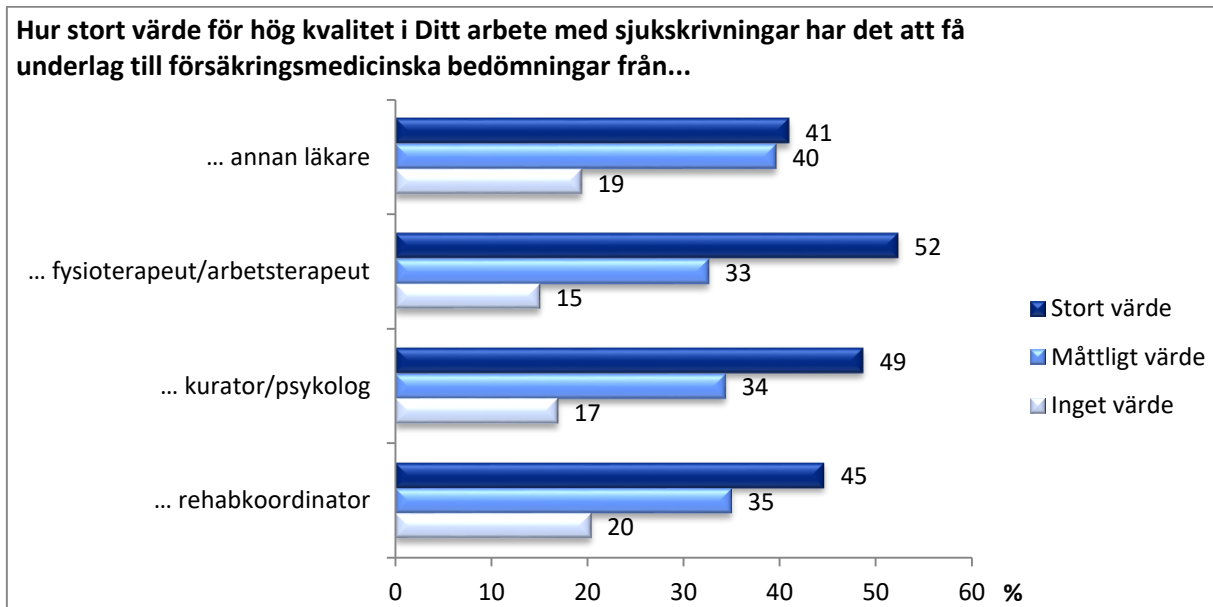
När det gäller samverkan med externa aktörer var detta minst vanligt med socialtjänsten och med Arbetsförmedlingen. Två tredjedelar av läkarna angav att de aldrig/i stort sett aldrig hade kontakt med socialtjänsten eller arbetsgivare och drygt hälften att de inte deltog i avstämningsmöten eller hade kontakt med Arbetsförmedlingen. Fyrtiotvå procent svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade eller hänvisade till företagshälsovård.

Tabell 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer.

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

¹ En intern samverkansresurs, som alltfler kliniska enheter nu har, är så kallade rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, i rapporten kallade rehabkoordinatorer. Svar på frågor om rehabkoordinatorer redovisas nedan under rubriken Rehabkoordinator, sidan 110.

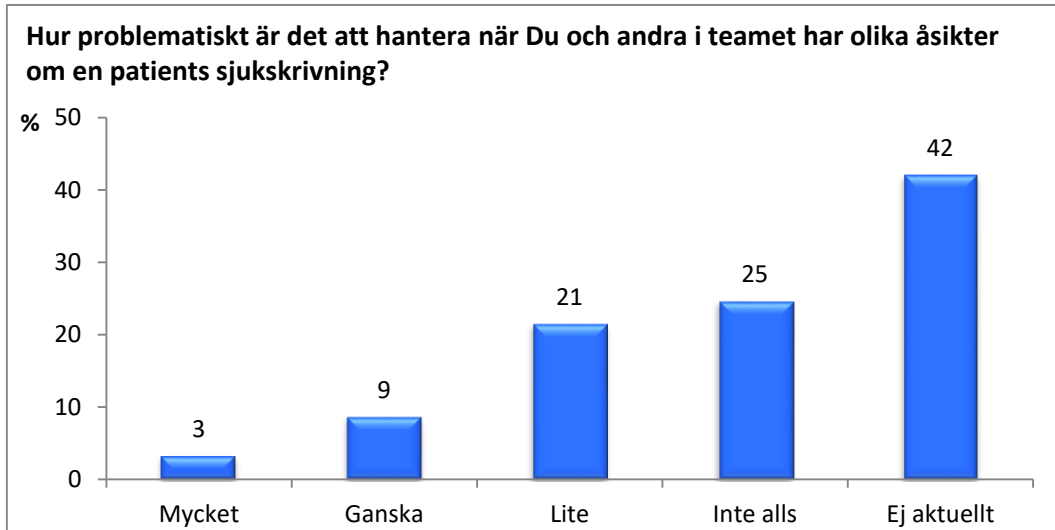
Hälften av läkarna ansåg att det är av stort värde att få underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut (52 %) eller kurator/psykolog (49 %) till sina försäkringsmedicinska bedömningar (Figur 37). Mer än fyrtio procent uppgav även att underlag från annan läkare (41 %) eller från rehabkoordinator (45 %) har stort värde.



Figur 37. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

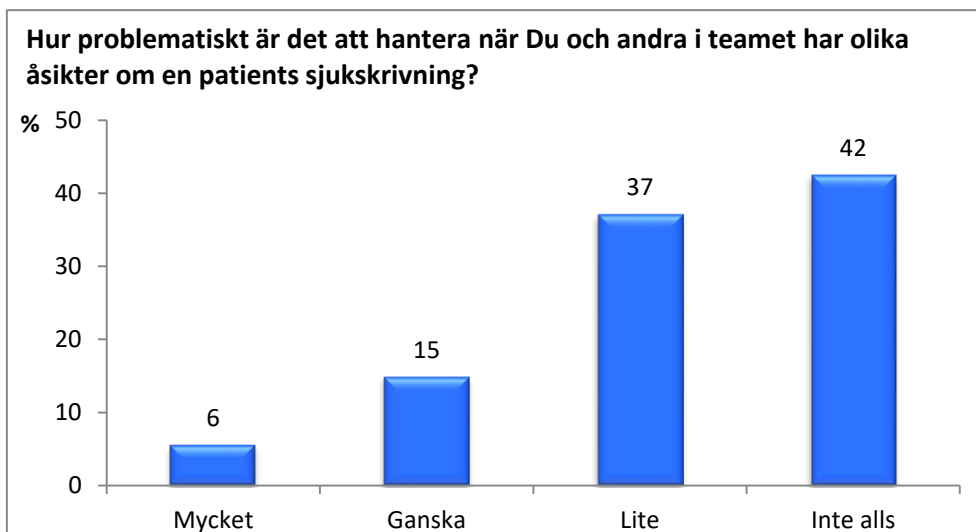
I senare avsnitt om rehabkoordinator (sid. 110) framgår att av de läkare som har tillgång till rehabkoordinator svarade 60 procent att detta hade stort värde, medan nio procent ansåg att det inte hade något värde.

En fråga gällde hur problematiskt det var att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet avseende en patients sjukskrivning (Figur 38). Fyrtiotvå procent av läkarna uppgav att sådana situationer inte var aktuella. Detta kan betyda att man oftast har samma åsikter, eller att läkaren inte har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete.



Figur 38. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning.

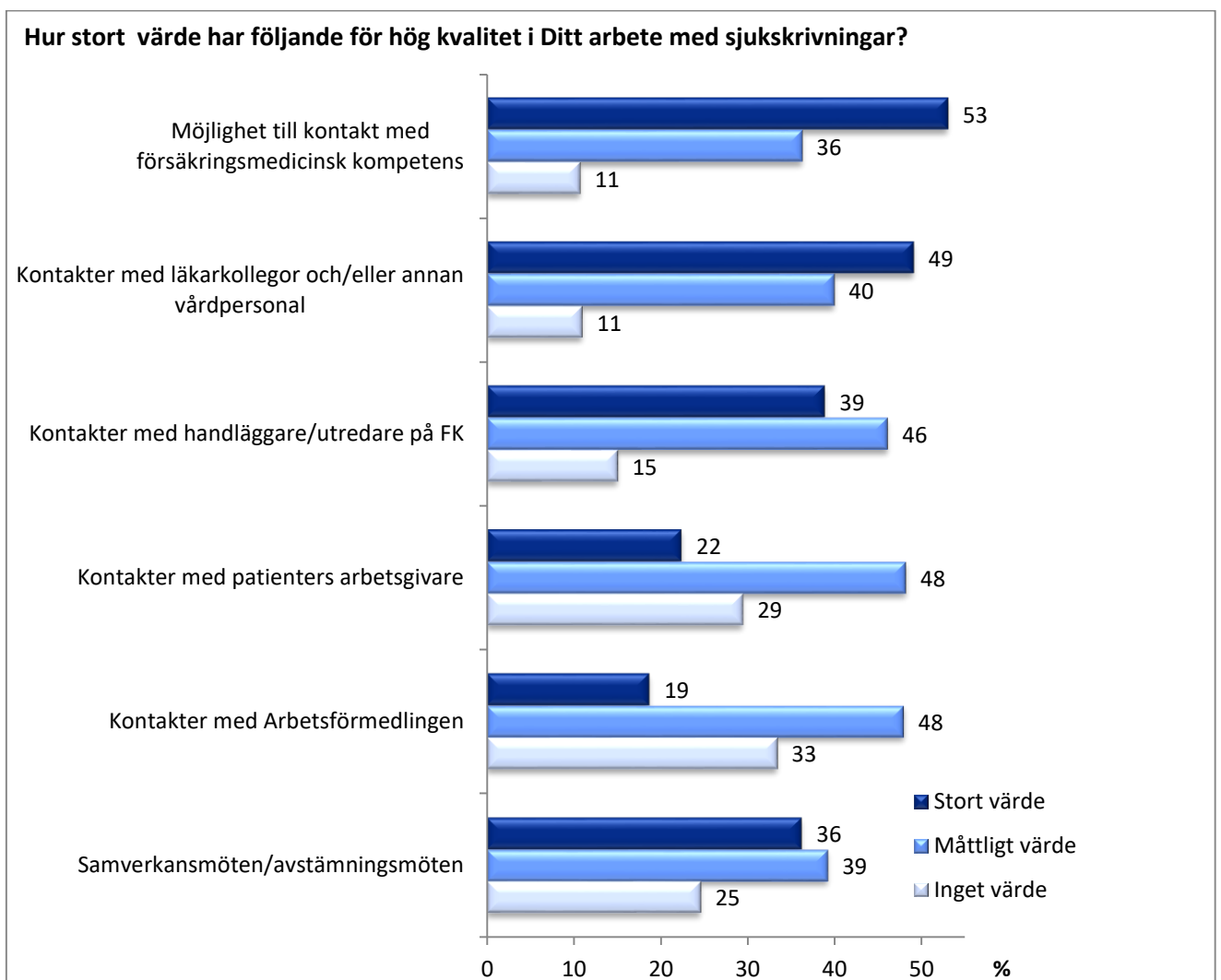
Av de tre procent av läkarna som svarade att det var mycket problematiskt att hantera situationer där läkaren och andra teammedlemmar har olika åsikter om en patients sjukskrivning, arbetade över hälften (55 %) på en vårdcentral och tolv procent inom psykiatri (visas ej i figur). I Figur 39 visas resultatet för samma fråga, där de 42 procent som svarade "Ej aktuellt" har exkluderats i analysen. En femtedel (21 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning.



Figur 39. 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.)

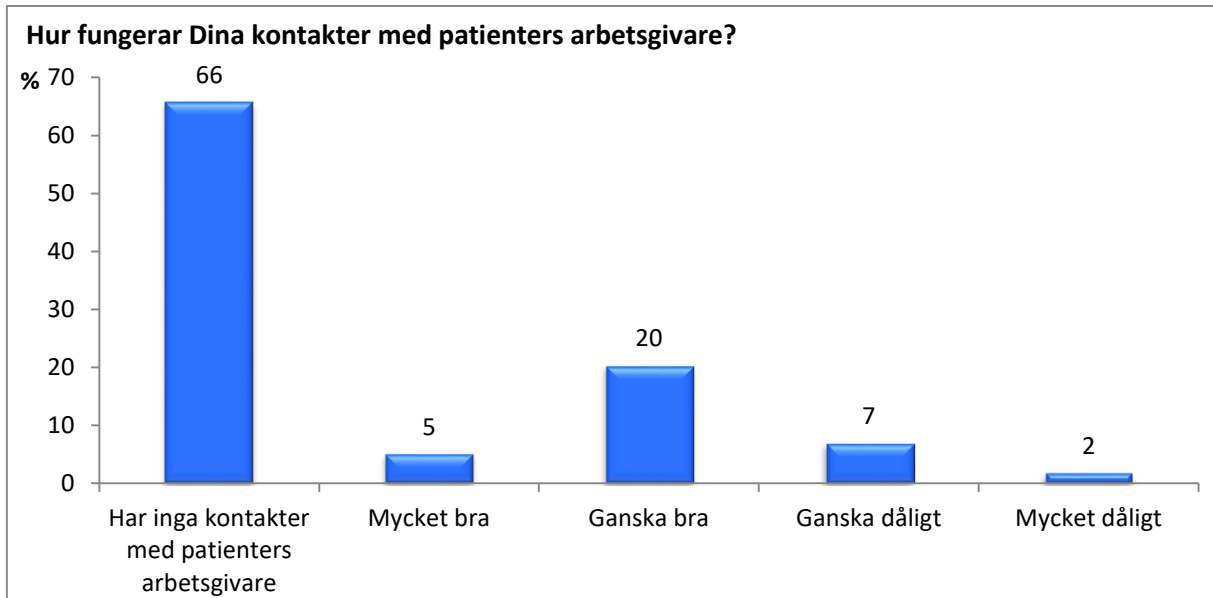
Frågor om försäkringsmedicinsk kompetens som har samband med kontakter med andra redovisas delvis här medan flertalet sådana resultat redovisas i avsnittet ovan (sidan 60).

Mer än åttio procent av läkarna uppgav att kontakter med personer med försäkringsmedicinsk kompetens (89 %), med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal (89 %) samt med handläggare och utredare på Försäkringskassan (85 %) är av stort eller måttligt värde för att hålla hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Figur 40). Drygt hälften (53 %) svarade att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde, vilket även hälften (49 %) ansåg att kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal har. En femtedel ansåg att kontakter med arbetsgivare respektive med Arbetsförmedlingen har stort värde. Samverkansmöten/avstämningsmöten ansågs inte ha något sådant värde av en fjärdedel av läkarna och en tredjedel (29 %) uppgav att kontakter med patientens arbetsgivare inte har det.



Figur 40. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Majoriteten (66 %) av läkarna svarade att de inte har några kontakter med patientens arbetsgivare. En fjärdedel uppgav att kontakten är ganska eller mycket bra (Figur 41). Läkarna ombads även att beskriva eventuella svårigheter och problem med sina kontakter med arbetsgivare och drygt 1600 gav sådana öppna svar.



Figur 41. Andel (%) läkare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade.

Majoriteten av läkarna inom samtliga *landsting*, med undantag av Kalmar, har inga kontakter med patientens arbetsgivare. Mycket eller ganska bra kontakter med patienters arbetsgivare varierade från 20 procent i Gävleborg till 40 procent i Kalmar (Tabell 28). Störst respektive minst andel som inte hade några kontakter med patientens arbetsgivare fanns i Stockholm (72 %) och i Kalmar (47 %).

Tabell 28. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på landsting.

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

Kontakten med patienters arbetsgivare varierade än mer mellan olika typer av *kliniker/mottagningar* (Tabell 29). Nittionio procent av företagsläkarna har mycket eller ganska bra kontakter med arbetsgivarna. En majoritet av läkarna inom rehabilitering (74 %) och psykiatri (52 %) angav detsamma. Minst andel som hade mycket eller ganska bra kontakter var läkare inom kirurgi (4 %) och gynekologi (5 %) vilka även hade störst andel utan kontakt med arbetsgivare (94 respektive 93 %). Drygt en tredjedel av läkarna på vårdcentral uppgav att de har mycket eller ganska bra kontakt med arbetsgivare men bland dem var också högst andel, 18 procent, som uppgav ganska eller mycket dålig kontakt med patienters arbetsgivare.

Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

Sammanfattning

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

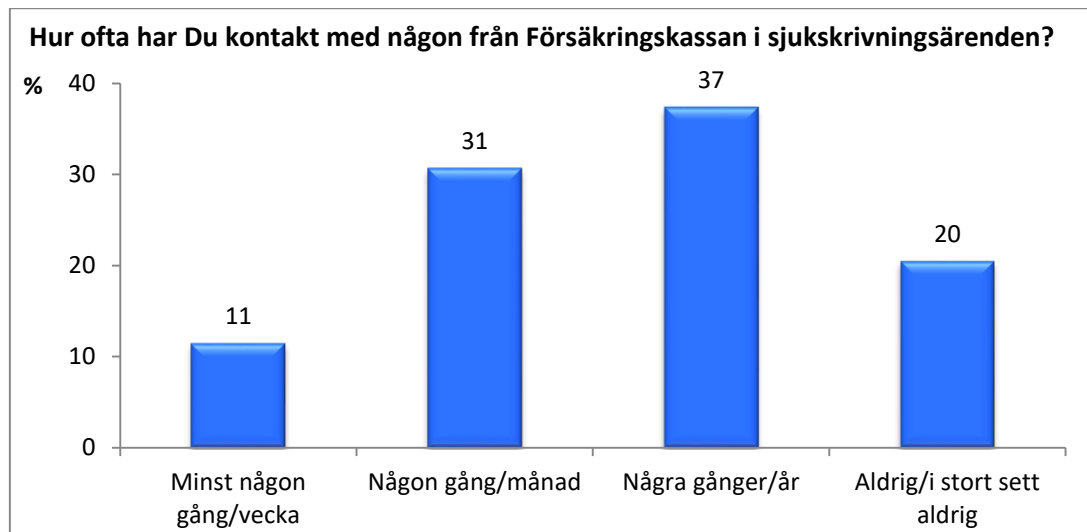
Drygt 40 procent av läkarna svarade att de aldrig/i stort sett aldrig remitterar till företagshälsovård och tre av fyra angav att de aldrig/i stort sett aldrig har kontakter med arbetsgivare eller socialtjänst i sjukskrivningsfrågor. En fjärdedel av dem som hade kontakt med patientens arbetsgivare uppgav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

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

Kontakter med Försäkringskassan

Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, frekvens av kontakter, hur kontakterna upplevs, typer av svårigheter i kontakten och hur den elektroniska överföringen av intyg fungerar. Resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet "Försäkringsmedicinsk kompetens" (sidan 94) och några har redovisats i avsnittet "Samarbete och samverkan" (sidan 76) respektive under avsnittet om "det försäkringsmedicinska beslutsstödet" (sidan 60). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av detta avsnitt.

En femtedel av läkarna uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan, medan elva procent har sådan kontakt minst en gång per vecka (Figur 42).



Figur 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.

I Tabell 30 visas hur läkare i de olika *landstingen* svarade på frågan om hur ofta de har kontakt med Försäkringskassan. Andelen läkare som hade kontakt minst någon gång per vecka varierade mellan sex procent (Jönköping, Västerbotten, Norrbotten) och 15 procent (Södermanland). Andelen som aldrig hade kontakter med Försäkringskassan varierade från 13 procent i Kalmar till 27 procent i Västernorrland.

Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

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

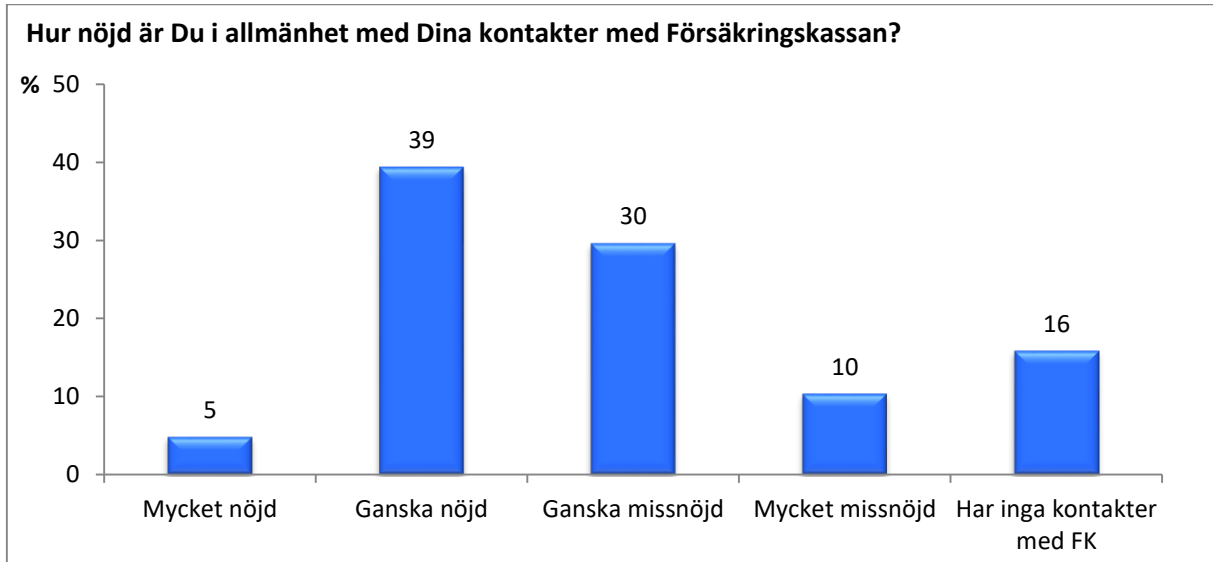
Hur ofta samverkan med Försäkringskassan sker varierade med vilken *typ av klinisk verksamhet* läkarna arbetar inom. Företagshälsovård avvek när det gällde kontakter med Försäkringskassan; 44 procent uppgav att de har kontakt varje vecka (Tabell 31) – detta ska relateras till att samtliga patienter inom företagshälsovård är i arbetsför ålder och att merparten av patienterna har en anställning. Även en relativt stor andel av läkare vid rehabiliteringskliniker (24 %) och inom psykiatri (25 %) hade kontakter med Försäkringskassan varje vecka. Andel som hade kontakt minst någon gång per månad var på motsvarande sätt störst inom företagshälsovård (83 %), vårdcentral (68 %) samt rehabilitering (59 %).

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

Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

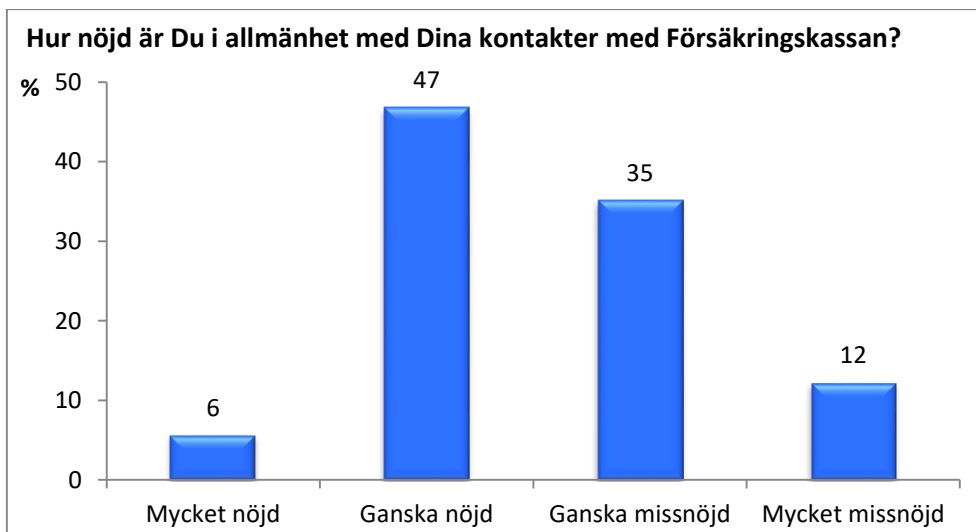
Klinik/mottagning	Minst någon gång per vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig eller i stort sett aldrig
Företagshälsovård	44	39	11	5
Hud	0	2	43	55
Infektion	0	3	50	47
Invärtesmedicin	1	12	53	35
Kirurgi	<0,5	7	52	40
Neurologi	7	37	43	13
Gynekologi	3	12	47	38
Onkologi	3	29	56	13
Ortopedi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

På frågan om hur nöjd man var med kontakterna med Försäkringskassan svarade 44 procent att de är mycket eller ganska nöjda medan 30 procent var ganska missnöjda och tio procent mycket missnöjda (Figur 43). Av stafettläkarna svarade 61 procent att de inte har några kontakter med Försäkringskassan.



Figur 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.

I Figur 44 har de 16 procent som angav att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderats. Av dem som haft kontakter med Försäkringskassan uppgav drygt hälften att de är mycket eller ganska nöjda. Andelen som var mycket nöjda var sex procentenheter lägre än andelen som var mycket missnöjda (6 vs 12 %).



Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan. De 16 procent som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

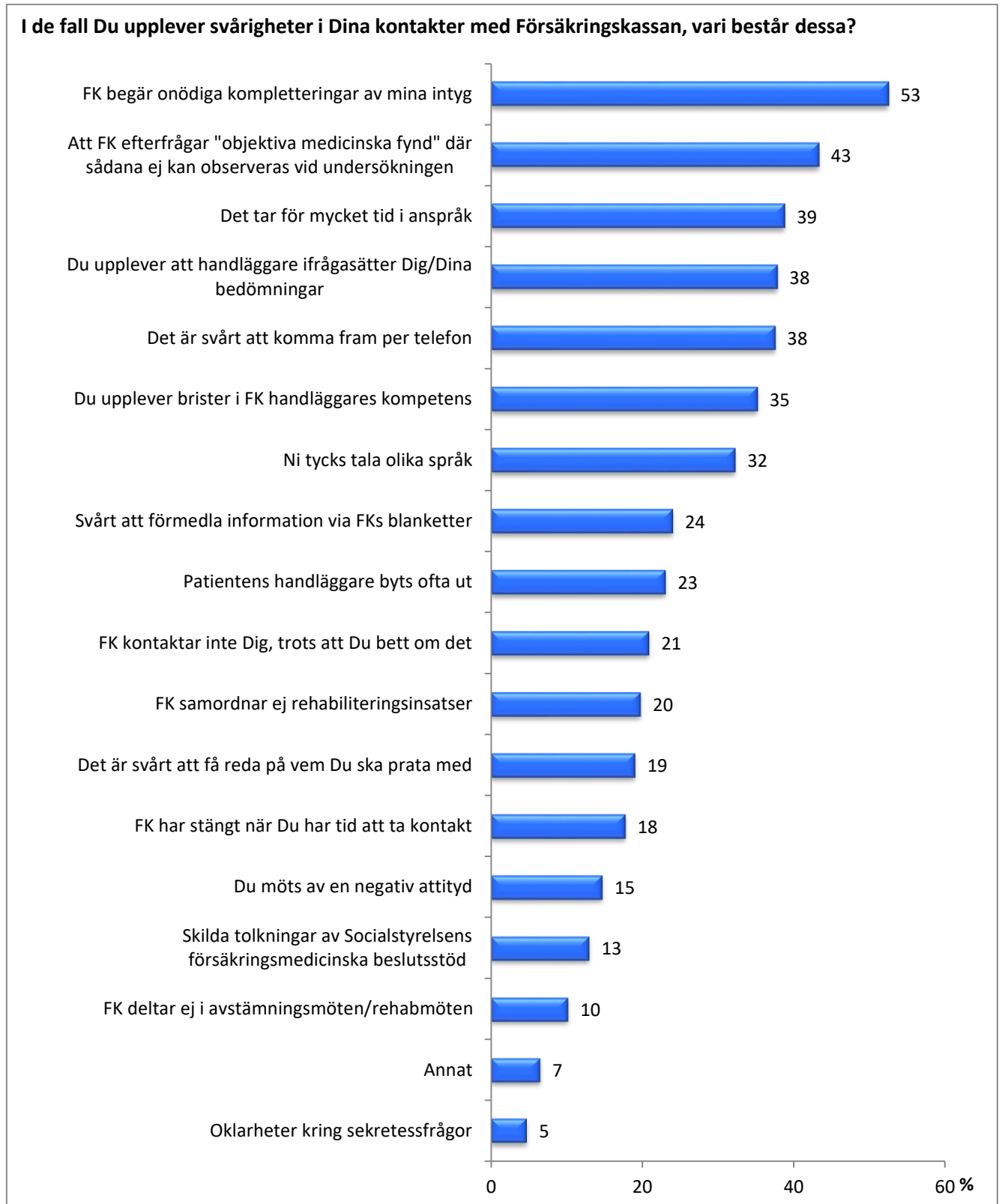
På frågan om det fanns några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan var det interna bortfallet 5,6 procent (n=775). De läkare som inte alls svarade på frågan är exkluderade ur analyserna. Av dem som svarade, var det 23 procent som uppgav att de inte upplever några svårigheter i kontakterna. Av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

I Figur 45 visas de typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan som listades i enkäten samt andel läkare som uppgav att de upplever dessa svårigheter. Störst andel (53 %) svarade att det är en svårighet att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg. Näst störst andel uppgav svårigheten att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning (43 %). Mer än en tredjedel svarade att kontakterna tar för mycket tid (39 %) och att handläggare ifrågasätter dig/dina bedömningar (38 %).

Sammanlagt svarade 83 procent att de upplevt åtminstone en av de listade svårigheterna i kontakten med Försäkringskassan (ej i figur).

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

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



Figur 45. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).

I Tabell 32 redovisas de fyra typer av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som störst andel angav att de har, uppdelat på respektive *landsting*. Störst andel läkare (59 %) som upplevde att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg fanns i Värmland och i Skåne. Störst andel (53 %) som angav svårigheter med att Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning fanns i Jämtland. Hälften (50 %) av läkarna på Gotland uppgav att kontakter med Försäkringskassan tar för mycket tid och de hade även störst andel läkare tillsammans med läkarna i Halland (46 %) som upplevde att handläggare ifrågasätter dem/deras bedömningar.

Tabell 32. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 45 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting.

Landsting	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	FK efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen	Det tar för mycket tid i anspråk	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
Stockholm	52	44	39	38
Uppsala	50	41	38	38
Södermanland	55	45	40	38
Östergötland	47	35	34	32
Jönköping	57	39	42	39
Kronoberg	56	46	42	38
Kalmar	54	41	37	37
Gotland	52	51	50	46
Blekinge	41	34	28	25
Skåne	59	49	44	42
Halland	58	46	41	46
Västra Götaland	48	37	35	35
Värmland	59	49	42	35
Örebro	54	45	37	37
Västmanland	43	37	36	30
Dalarna	50	45	39	37
Gävleborg	56	47	38	44
Västernorrland	52	45	38	34
Jämtland	57	53	46	45
Västerbotten	49	47	38	38
Norrbotten	53	52	38	38
Hela landet	53	43	39	38

De fyra svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan som störst andel läkare angav redovisas även uppdelat på olika *typer av kliniker/mottagningar* i Tabell 33.

Störst andel läkare som angav att Försäkringskassan begär in onödiga kompletteringar arbetade inom företagshälsovård, ortopedi eller vårdcentral (71-72 %). Störst andel, som angav svårigheter med att Försäkringskassan efterfrågar objektiva fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning, var läkare inom företagshälsovård (73 %), följt av vårdcentralsläkare (71 %). De sistnämnda har även störst andel som angav att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid i anspråk (53 %) vilket även motsvarande andel läkare inom reumatologi angav. Störst andel läkare som upplevde att Försäkringskassans handläggare ifrågasätter dem eller deras bedömningar arbetar på vårdcentral, inom företagshälsovård eller inom psykiatri (56, 53 respektive 50 %).

Tabell 33. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 45 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	FK efterfrågar "objektiva medicinska fynd" där sådana ej kan observeras vid undersökningen	Det tar för mycket tid i anspråk	Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar
Företagshälsovård	71	73	39	53
Hud	15	9	15	12
Infektion	22	16	16	12
Invärtesmedicin	37	26	27	24
Kirurgi	31	15	25	18
Neurologi	63	50	50	42
Gynekologi	44	32	33	29
Onkologi	49	29	30	29
Ortopedi	72	25	50	40
Psykiatri	62	58	45	50
Rehabilitering	54	46	36	47
Reumatologi	70	49	53	47
Smärtmottagning	44	46	39	35
Vårdcentral	71	71	53	56
Ögon	20	7	18	11
Öron-, näs- och hals	24	16	23	15
Annan klinik/mottagning	24	16	20	19
Administration	35	35	21	17
Samtliga läkare	53	43	39	38

Elektronisk överföring av läkarintyg

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

Majoriteten (80 %) av läkarna uppgav att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Tabell 34). I de olika *landstingen* använde mellan 84 och 96 procent av läkarna elektronisk överföring av intyg – med ett undantag; bland läkarna i Stockholm svarade 49 procent av läkarna att de använder sådan elektronisk överföring. Stockholm är det län där elektronisk överföring införts sist, delvis under år 2016 respektive under 2017.

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

Tabell 34. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på landsting. I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

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

Störst andel läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg fanns bland vårdcentralsläkarna (90 %) (Tabell 35). Dock hade vårdcentralerna minst andel läkare som uppgav fungerande integration med journalsystemet (79 %) och störst andel (11 %) utan integration. Lägst andel läkare som använder elektronisk överföring fanns inom företagshälsovård; 12 procent. Även de inom smärtmottagningar respektive inom annan klinik/mottagning låg relativt lågt (59 respektive 55 %). De flesta typer av kliniker/mottagningar har en andel över 70 procent som använder elektronisk överföring och över 80 procent av dem har elektroniska överföringen integrerat med journalsystemet.

Tabell 35. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på typ av klinik/mottagning. I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

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

Sammanfattning

Fyra av fem läkare hade kontakt med Försäkringskassan och av dem var drygt hälften ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter. Tjugotvå procent upplevde inte några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan. Den svårighet flest läkare upplevde i kontakterna är att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg, följt av att Försäkringskassan efterfrågar ”objektiva medicinska fynd” där sådana inte kan observeras vid undersökning. Inom följande kliniska verksamheter svarade över 70 procent att en svårighet är Försäkringskassans begäran om onödiga kompletteringar: företagshälsovård, ortopedi, reumatologi och vårdcentral.

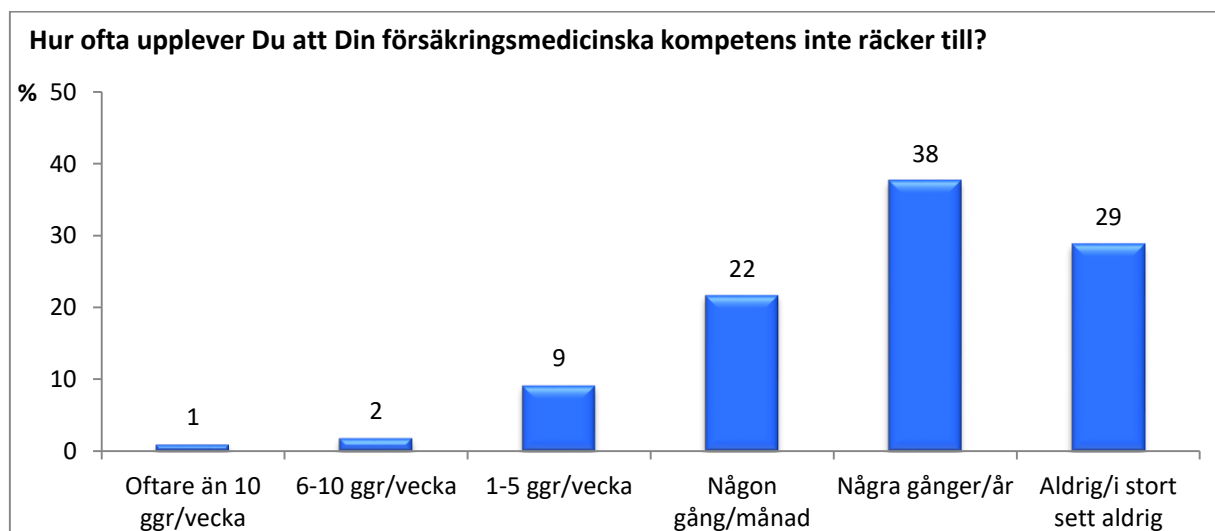
Fyra av fem läkare uppgav att de använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan med överföringen integrerad med journalsystemet och de upplevde att systemet för detta i stort sett fungerar bra. Störst andel läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg arbetar på vårdcentralerna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

Försäkringsmedicinsk kompetens

Det fanns flera frågor om olika aspekter av försäkringsmedicinsk kompetens. Svar på sådana frågor relaterade till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten ”Samarbete och samverkan” (sidan 76) respektive ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 60).

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

Var tredje läkare (34 %) upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, medan nästan en tredjedel (29 %) aldrig/i stort sett aldrig upplevde detta (Figur 46).



Figur 46. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.

Det var inga stora skillnader mellan *landstingen* avseende hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till (Tabell 36). Störst andel som upplevde detta minst någon gång per månad fanns på Gotland (43 %), och minst andel fanns i Östergötland (27 %).

Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på landsting.

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

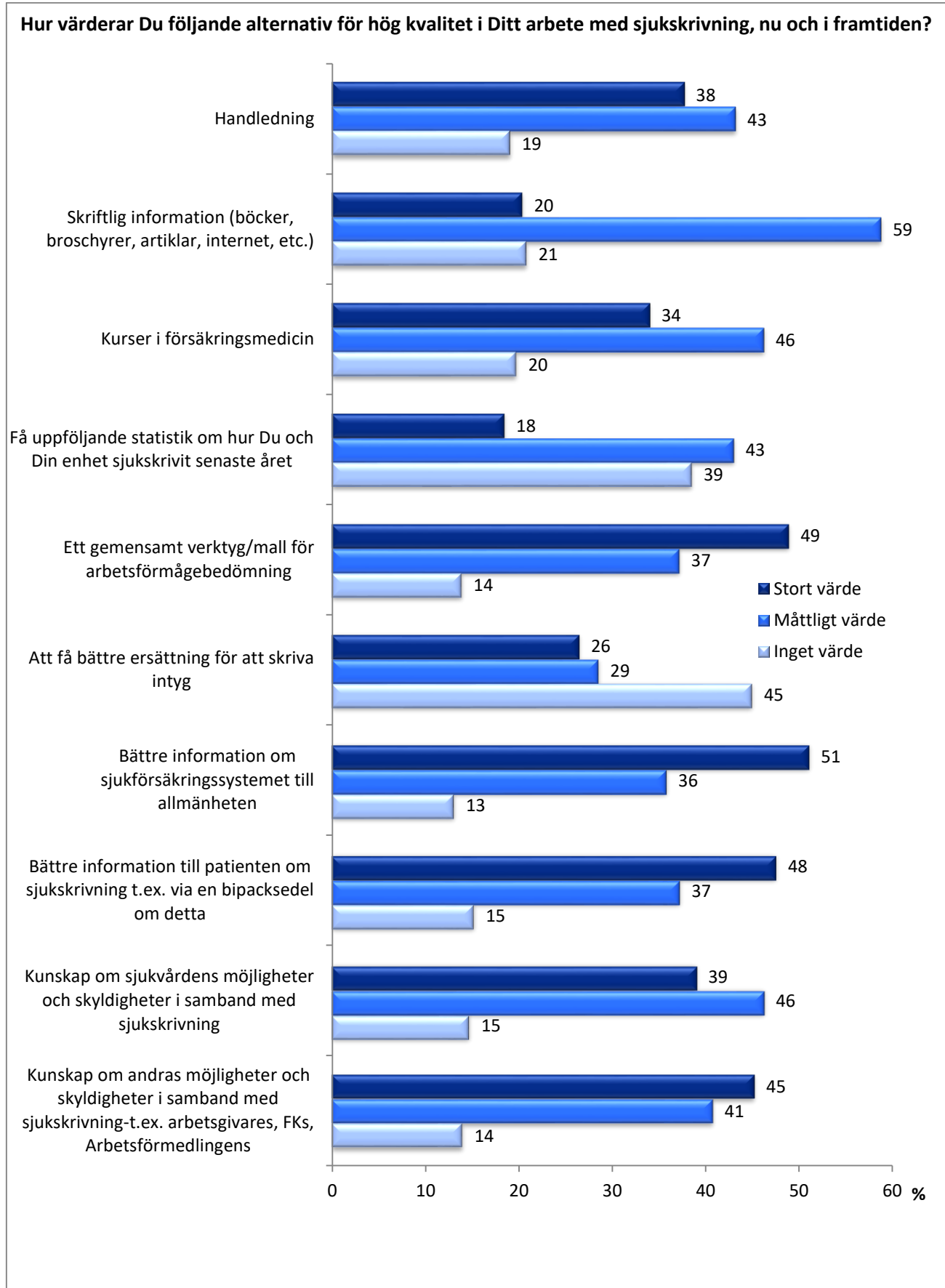
Variationen avseende hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till var stor mellan olika typer av kliniker/mottagningar (Tabell 37). Störst andel läkare som minst en gång per månad upplevde detta fanns inom reumatologi, psykiatri och på vårdcentraler (40, 42, 52 %). Läkare inom hud och inom ögon hade störst andelar som aldrig/i stort sett aldrig upplevde att deras kompetens inte räcker till.

Tabell 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar olika faktorer för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Det som störst andel läkare ansåg skulle vara av stort värde är bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (51 %) samt bättre information om sjukskrivning till patienten, till exempel via en så kallad bipacksedel (48 %), något som alltfler börjat använda under senare år (Figur 47). Hälften ansåg att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (49 %) skulle ha stort värde. Däremot ansåg nästan hälften att bättre ersättning för att skriva intyg inte skulle ha något värde.

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



Figur 47. Andel (%) läkare som angav att de ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Sammanfattning

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

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

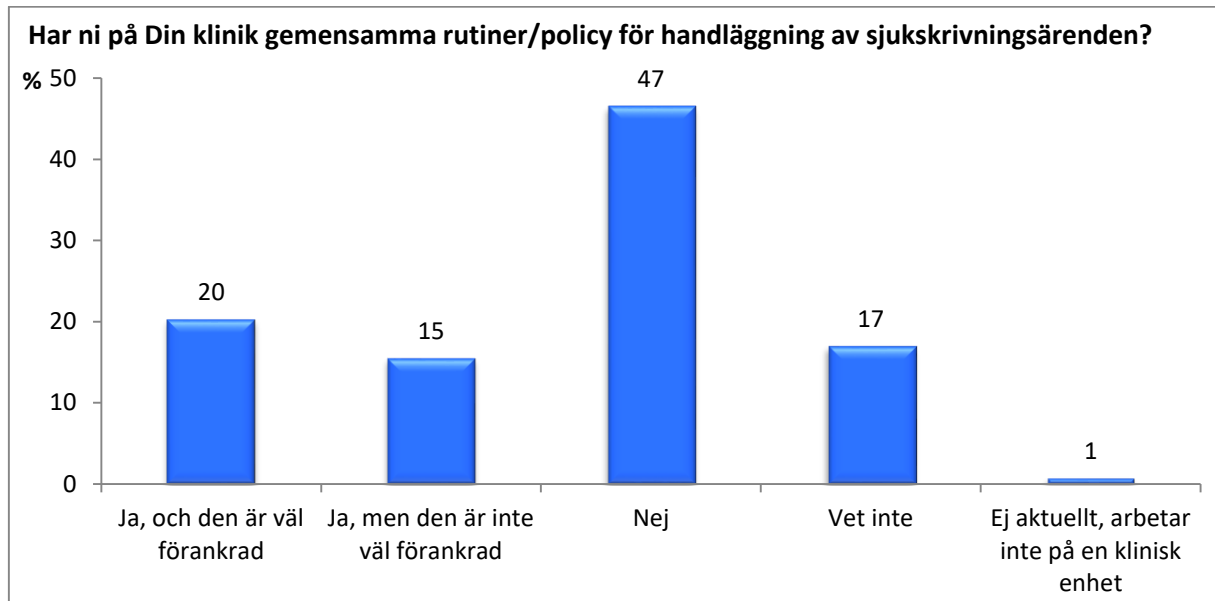
De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare önskade är handledning och kurser i försäkringsmedicin.

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

Inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden har landstingen sedan 2006 haft ett uppdrag att förbättra de organisatoriska förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för optimalt arbete med sjukskrivning av patienter (54, 55, 193). Detta innebär att det har varit ökat fokus på ledning och styrning av detta område. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning och tre av frågorna berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst på läkarens arbetsplats av gemensamma rutiner/en gemensam policy för arbetet med sjukskrivning och i en följdfråga till dem som svarat att en sådan fanns, huruvida rutinerna/policyn upplevdes vara till nytta i det kliniska arbetet. En annan fråga handlade om huruvida läkaren upplevde stöd från den närmaste ledningen i sjukskrivningsarbetet. Dessutom fanns frågor om tid/tidsbrist i olika aspekter av sjukskrivningsarbetet.

Rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller gemensam policy på kliniken/mottagningen för handläggning av sjukskrivningsärenden svarade 35 procent att en sådan finns och av dem uppgav 20 procent att den även är väl förankrad (Figur 48). Nästan hälften, 47 procent, svarade att det inte finns några sådana rutiner/någon sådan policy på deras arbetsplats och ytterligare 17 procent att de inte visste. Bland dem som huvudsakligen arbetade som hyrläkare/stafettläkare var de andelarna 37 respektive 25 procent (ej i figur).



Figur 48. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.

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

Det landsting där störst andel läkare uppgav att de har rutiner/en gemensam policy (*Ja, väl förankrad* och *Ja, men ej väl förankrad*) var Södermanland (50 %) och det landsting där minst andel läkare uppgav att de har detta var Norrbotten (21 %) (Tabell 38). Av dem som svarade att de har rutiner/en sådan policy - väl eller inte väl förankrad - på sin klinik/mottagning, har majoriteten nytta av den i sitt kliniska arbete; från 70 procent av dem i Skåne till 87 procent av dem i Kronoberg.

Tabell 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och om de har nytta av den, uppdelat på landsting.

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

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

Det fanns även skillnader mellan olika typer av kliniker/mottagningar. I Tabell 39 framkommer att gemensamma rutiner/en gemensam policy (*Ja, väl förankrad* och *Ja, men ej väl förankrad*) var vanligast förekommande på smärtmottagningar (68 %), rehabilitering (52 %) och vårdcentraler (51 %). Motsvarande andel var minst för infektionskliniker (9 %). Andelen läkare som hade nytta av rutinerna/policyn varierade mellan 70 procent (invärtesmedicin) och 94 procent (smärtmottagning).

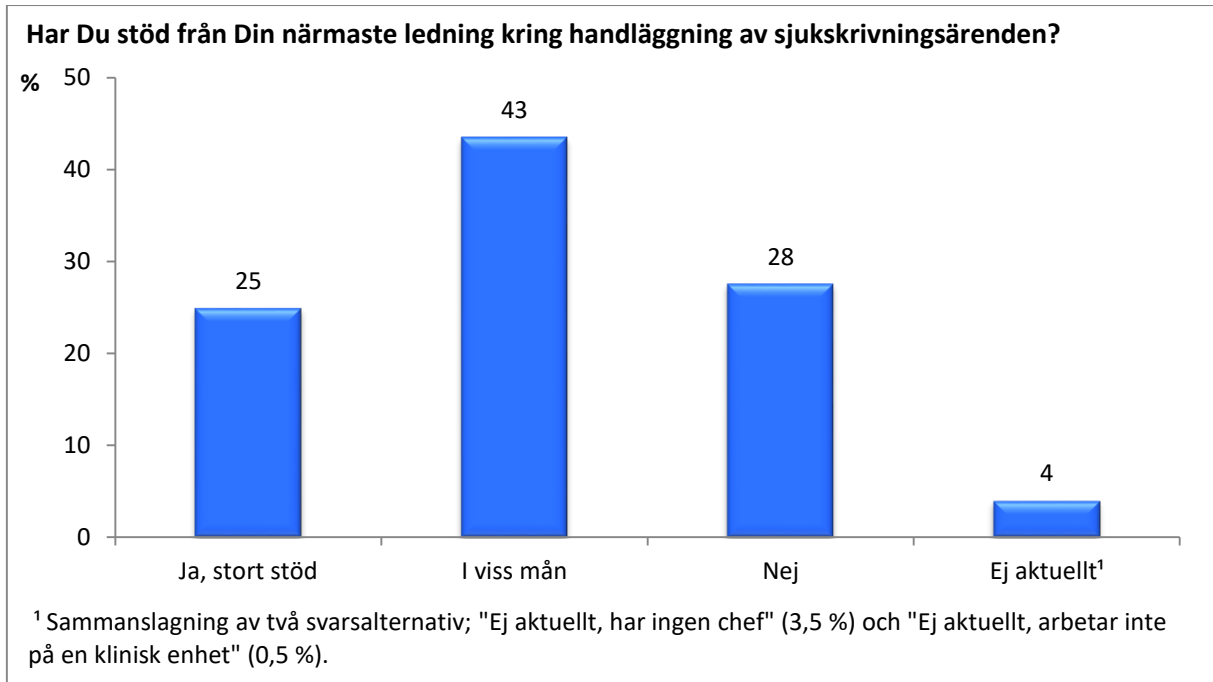
Tabell 39. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och om de har nytta av den, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

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

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En fråga ställdes om huruvida läkaren hade stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 49 visas att en fjärdedel av läkarna kände stort stöd, medan 43 procent uppgav att de i viss mån har stöd i sitt sjukskrivningsarbete. En knapp tredjedel (28 %) uppgav att de inte har något stöd i detta arbete.



Figur 49. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

Andelen läkare som svarade att de har stort stöd i sjukskrivningsarbetet varierade något mellan landstingen. Den enda större avvikelserna var Kalmar där störst andel läkare (35 %) uppgav att de känner stort stöd i sjukskrivningsarbetet från sin ledning. Den minsta andelen fanns i Gävleborg och på Gotland med 21 procent (Tabell 40).

Tabell 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

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

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

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

Tabell 41. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

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

Tid i arbetet med sjukskrivning

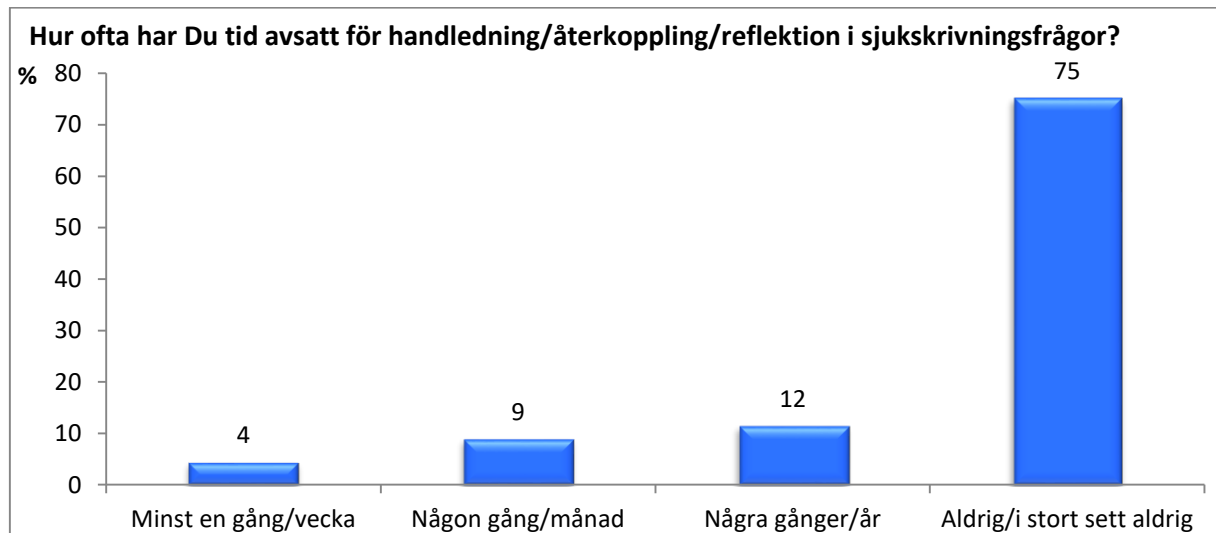
En central del av läkares organisatoriska förutsättningar i arbetet är tid (57). Enkäten innehöll tre frågor om tidsbrist. Dessa avsåg frekvens av tidsbrist i hur ofta läkarna upplevde tidsbrist i den direkta patientkontakten, tidsbrist i den patientrelaterade tiden av sjukskrivningsärendet (till exempel när intyg ska skrivas eller kontakter med andra aktörer ska tas), samt tidsbrist för kompetensutveckling, handledning och reflektion i sjukskrivningsfrågor.

Av Tabell 42 framgår att en tredjedel dagligen upplevde tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller patientrelaterad tid (34 %) och kompetensutveckling (30 %). För det direkta patientarbetet uppgav 27 procent av läkarna att de har sådan tidsbrist dagligen.

Tabell 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.

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

På frågan om hur ofta läkare hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsärenden framkom att 75 procent av läkarna aldrig eller i stort sett aldrig har tid avsatt för detta (Figur 50). Endast 13 procent har tid avsatt för detta någon gång per månad eller oftare.

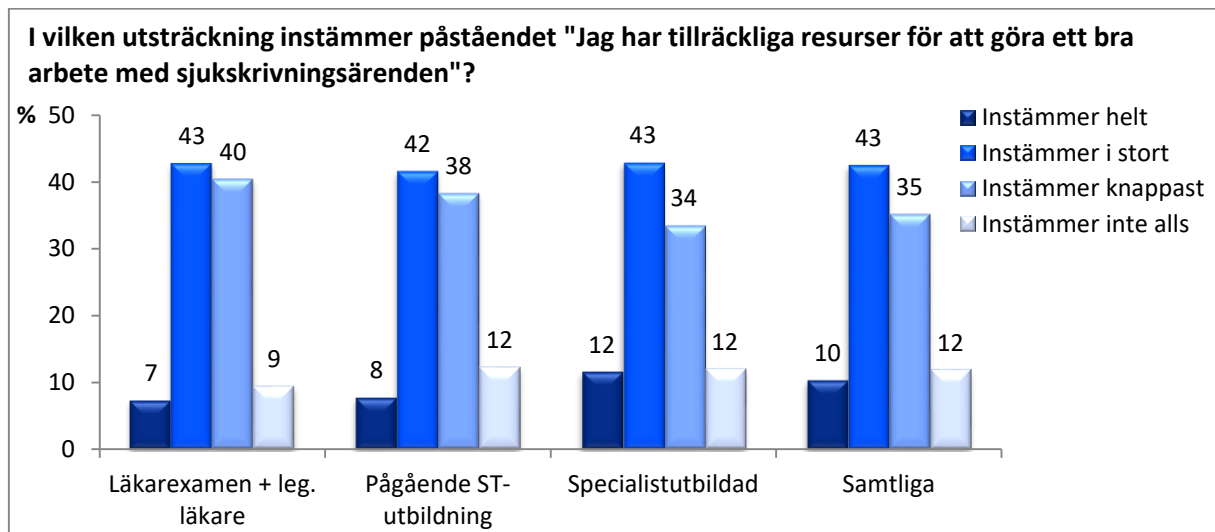


Figur 50. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.

Tillräckliga resurser

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

För denna fråga var svarsfördelningen relativt lika mellan läkare med olika utbildningsnivå (Figur 51). Specialistutbildade hade högst andel (12 %) som instämde helt i att de har tillräckliga resurser och minst andel som uppgav detsamma var de med läkarexamen/leg. läkare (7 %). Hälften av läkarna med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation och bland de under ST-utbildning instämde knappast eller inte alls i att ha tillräckliga resurser och även en nästan lika stor andel av specialisterna (46 %).



Figur 51. Andel (%) läkare som helt, delvis 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.

Hälften av läkarna instämde helt eller i stort att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden och hälften uppgav att de knappast eller inte alls instämmer i påståendet (Tabell 43). Det fanns en variation mellan *landstingen* från 42 till 56 procent som instämde helt eller i stort att de har tillräckliga resurser.

Tabell 43. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.

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

Variationen mellan *typer av kliniker/mottagningar* i frågan om tillräckliga resurser i arbetet med sjukskrivning var större än mellan landstingen; mellan 38 och 85 procent instämde helt eller i stort att de har tillräckliga resurser i detta arbete (Tabell 44). Störst andel som instämde på detta sätt var läkare på företagshälsovården (85 %) följt av infektionsklinik/mottagning och rehabilitering (77 %). Av dem som knappast eller inte alls instämde fanns störst andel på vårdcentral (62 %) och neurologen (61 %).

Tabell 44. 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 typ av klinik/mottagning.

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

Sammanfattning

Drygt en tredjedel av läkarna angav att det finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen och av dem svarade en femtedel att de/den är väl förankrad. Mer än hälften uppgav 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.

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

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

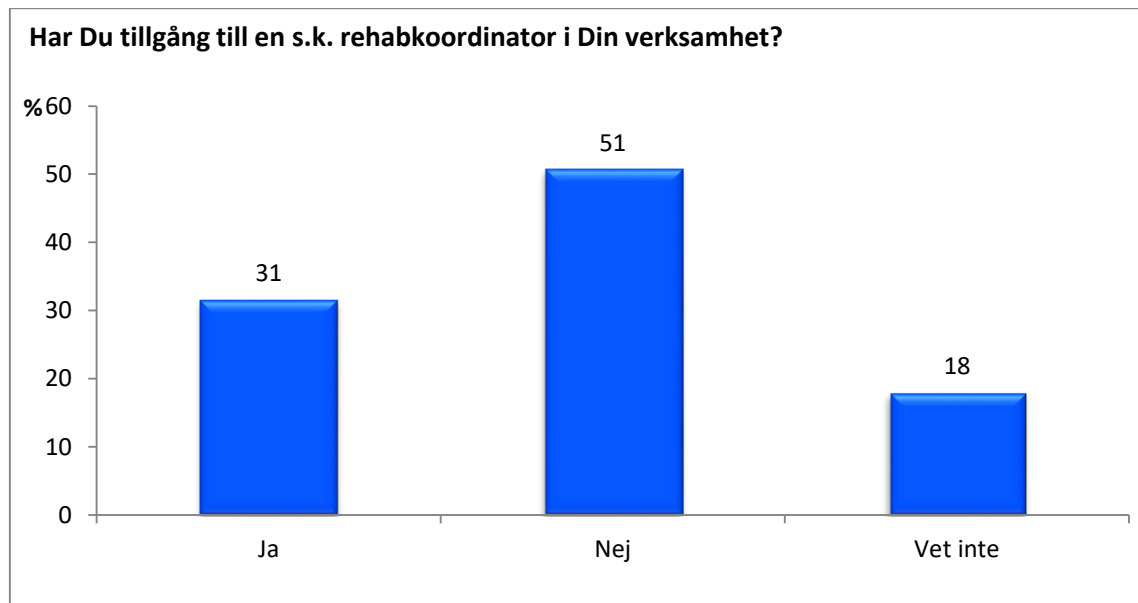
smärtmottagning kände stort stöd medan samma andel på neurologen inte hade något stöd i arbetet med sjukskrivning.

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

Rehabkoordinator

I de senaste överenskommelserna mellan regering och landstingen inom ramen för sjukskrivningsmiljarden ska rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, här kallade rehabkoordinatorer, finnas inom ett flertal kliniska verksamheter (2, 3). Vi har valt att samla alla enkätfrågorna om rehabkoordinatorer i ett avsnitt, i anslutning till avsnittet om organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning, då rehabkoordinatorerna är avsedda att vara ett sådant stöd inom hälso- och sjukvården (2).

Av Figur 52 framgår att en tredjedel av läkarna hade tillgång till en rehabkoordinator medan en femtedel (18 %) svarade att de inte visste om de hade detta.



Figur 52. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet.

Skillnaden i tillgång till rehabiliteringskoordinator varierade stort mellan *landstingen* (Tabell 45), från 13 procent i Västmanland till 65 procent i Jönköping. Mer än hälften av läkarna i Södermanland och Kalmar svarade att de har tillgång till koordinator medan mindre än en femtedel av läkarna i Stockholm, Dalarna och Norrbotten har tillgång till en sådan.

Tabell 45. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, uppdelat på landsting.

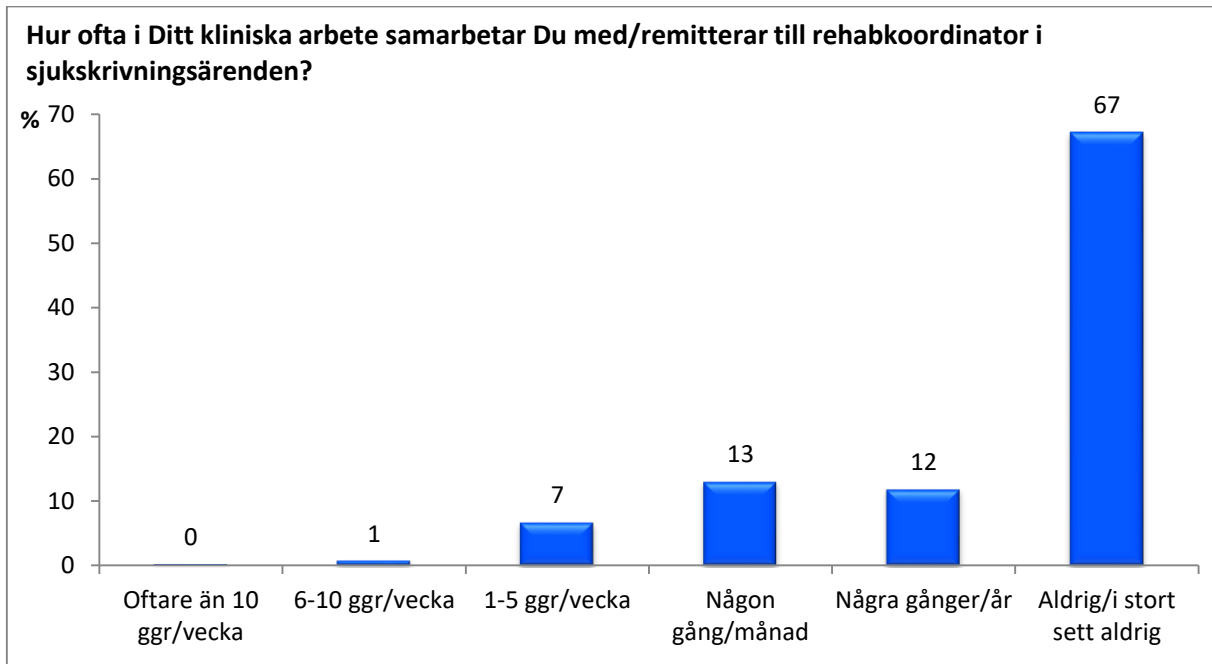
Landsting	Ja	Nej	Vet inte
Stockholm	16	68	16
Uppsala	23	52	25
Södermanland	56	27	17
Östergötland	29	55	16
Jönköping	65	22	13
Kronoberg	40	41	20
Kalmar	52	36	12
Gotland	37	44	19
Blekinge	38	35	28
Skåne	26	51	23
Halland	40	41	19
Västra Götaland	47	36	17
Värmland	49	38	13
Örebro	20	63	17
Västmanland	13	60	27
Dalarna	17	66	17
Gävleborg	48	40	12
Västernorrland	43	42	16
Jämtland	44	38	18
Västerbotten	41	41	18
Norrbotten	16	68	16
Hela landet	32	51	18

Skillnaden i tillgång till rehabkoordinator var stor även mellan olika *typer av kliniker/mottagningar*, vilket torde spegla att fokus i Sjukskrivningsmiljarden har varit att sådana först och främst ska finnas inom vårdcentraler (Tabell 46). Störst andel läkare som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator fanns därför bland vårdcentralsläkarna (64 %). Näst störst andel fanns inom företagshälsovård (42 %). Minst andel läkare med tillgång till rehabkoordinator arbetade inom hud respektive gynekologi (2 %).

Tabell 46. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

Klinik/mottagning	Ja	Nej	Vet inte
Företagshälsovård	42	56	2
Hud	2	73	26
Infektion	3	73	24
Invärtesmedicin	7	62	31
Kirurgi	6	58	35
Neurologi	21	61	18
Gynekologi	2	76	22
Onkologi	19	54	28
Ortopedi	34	49	17
Psykiatri	26	58	16
Rehabilitering	24	67	9
Reumatologi	19	68	14
Smärtmottagning	25	67	8
Vårdcentral	64	30	6
Ögon	4	62	34
Öron-, näs- och hals	4	69	28
Annan klinik/mottagning	8	68	23
Administration	28	48	23
Samtliga läkare	31	51	18

På frågan om hur ofta samarbete med/remittering till rehabkoordinator sker, svarade två tredjedelar att detta aldrig/i stort sett aldrig sker (Figur 53). En femtedel (21 %) av läkarna uppgav att de gör detta minst någon gång per månad. Andelen som uppgav detta samarbete är något mindre än de som samarbetar/remitterar till företagshälsovård och till annan läkare och cirka hälften av andelen som samarbetar/remitterar till kurator/psykolog eller till fysioterapeut/arbetsterapeut. Dessa andelar ska jämföras med de från motsvarande frågor i det ovanstående avsnittet "Samarbete och samverkan" sidan 76.



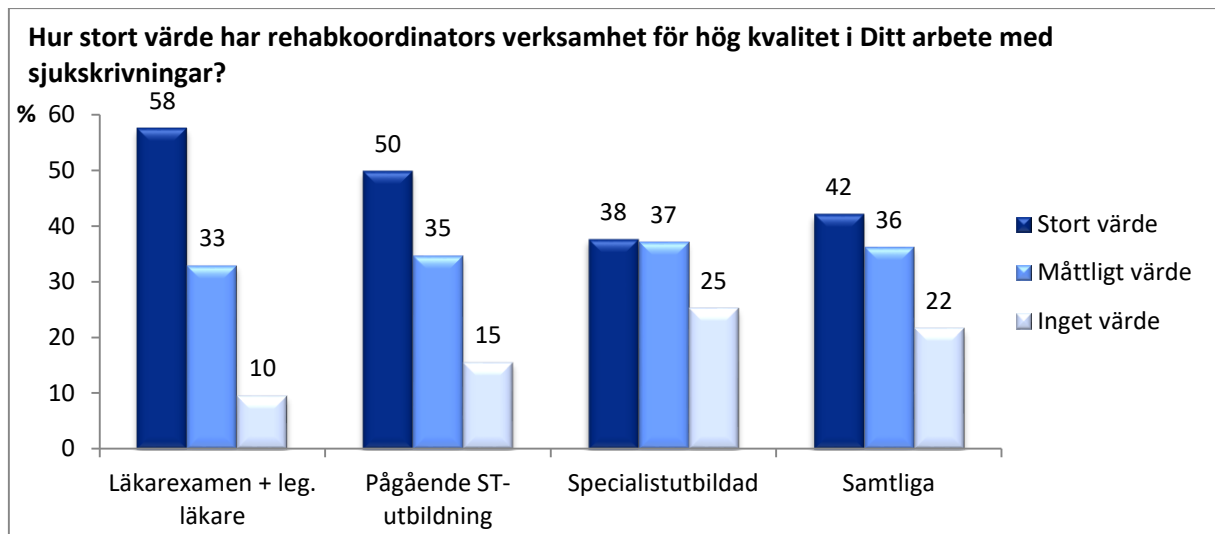
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.

I ovanstående figur ingår samtliga sjukskrivande läkare. I Tabell 47 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 har tillgång till rehabkoordinator uppgav en fjärdedel att de samarbetar med eller remitterar till koordinatörn minst en gång per vecka.

Tabell 47. Andel (%) läkare med tillgång till rehabkoordinator i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.

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

Det ingick även en fråga om betydelsen av rehabkoordinator för att kunna göra ett bra arbete med sjukskrivningar. I Figur 54 relateras svar på värdet av rehabkoordinators verksamhet till läkarens utbildningsnivå. En betydligt större andel (58 %) bland läkarna med lägst utbildningsnivå angav att denna verksamhet har stort värde än bland specialisterna (38 %).



Figur 54. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

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

Sammanfattning

På frågan om tillgång till rehabkoordinator svarade en tredjedel av läkarna att de har sådan tillgång medan en knapp femtedel att de inte visste om de har detta. Skillnaden var stor mellan landstingen och varierade från 16 till 65 procent. Detsamma gällde mellan olika typer av kliniker/mottagningar: från 2 till 64 procent. Knappt en fjärdedel av de läkare som hade tillgång till rehabkoordinator samarbetar/remitterar till dessa minst en gång per vecka. Fyrtiotvå procent ansåg att rehabkoordinators verksamhet har stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. Läkare som ännu inte var specialister värderade rehabkoordinatorer högst.

Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning

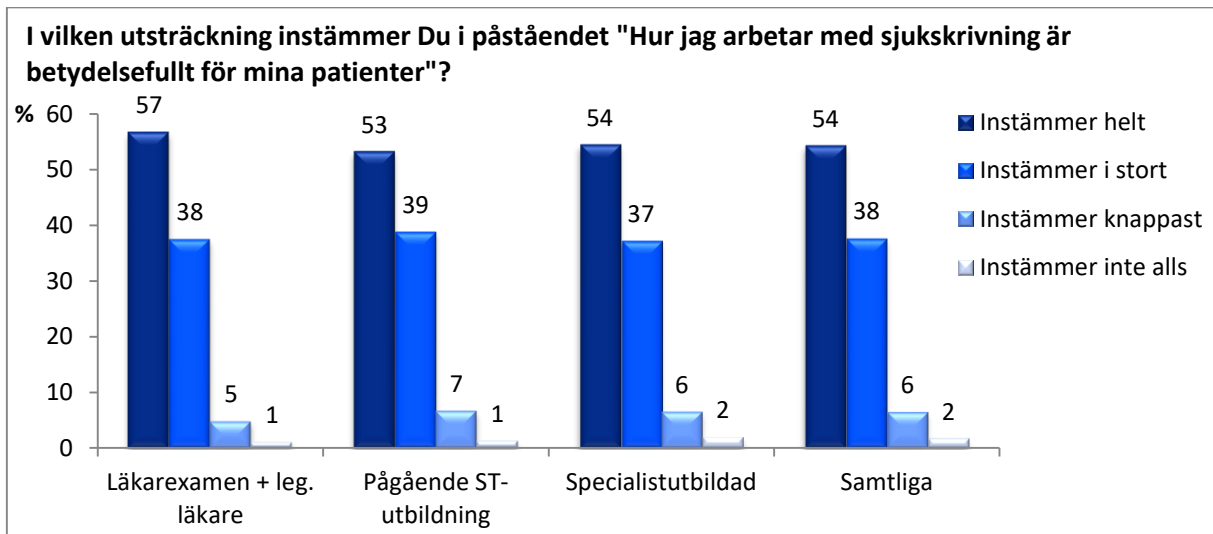
Det fanns ett flertal frågor i enkäten om läkares syn på och attityder till olika aspekter i arbetet med sjukskrivning av patienter. Nedan redovisas svaren för tre av frågorna om detta, där läkaren ombads svara på i vilken utsträckning hon eller han instämde i tre påståenden. Dessa tre var: Hur jag arbetar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

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

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

Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter

Mer än 90 procent av läkarna, oavsett utbildningsnivå, instämde helt eller i stort att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter (Figur 55).



Figur 55. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Jämförelsen mellan *landstingen* visar att andelen läkare som helt instämde i påståendet om betydelsen av sjukskrivningsarbetet är störst i Halland (60 %) och minst i Gävleborg (50 %) (Tabell 48). Andelen som inte alls eller knappast instämde i påståendet är störst i Stockholm (10 %) och minst på Gotland (5 %).

Tabell 48. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på landsting.

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

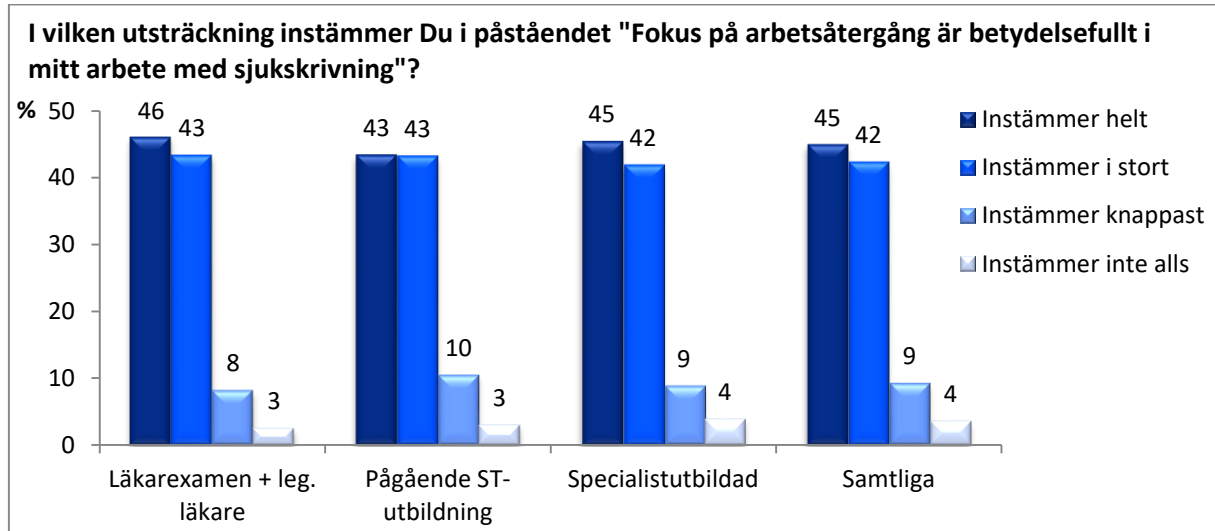
I Tabell 49 framgår att det inte heller finns några större skillnader mellan olika *typer av kliniker/mottagningar* i uppfattningen av hur betydelsefullt arbetet med sjukskrivning är för deras patienter sett till om de instämde helt eller i stort i påståendet. Däremot är det en större variation i andelen som instämde helt i påståendet. Andelen som instämde helt var störst bland läkare inom företagshälsovård (85 %) och rehabilitering (74 %) medan minst andel fanns inom ögon (36 %) och kirurgi (37 %).

Tabell 49. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

Vikten av fokus på arbetsåtergång

Av samtliga läkare instämde 87 procent, helt eller i stort, i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning. I Figur 56 visas dessa resultat även för läkare med olika utbildningsnivåer. Skillnaden är liten mellan de olika grupperna.



Figur 56. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

Den absoluta majoriteten (87 %) av läkarna i alla *landsting* instämde helt eller i stort i påståendet ”Fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i mitt arbete med sjukskrivning”. Störst andel som knappast eller inte alls instämde i påståendet fanns bland läkare i Stockholm och Gävleborg (15 %) och minst i Blekinge, Västmanland och Dalarna (9 %) (Tabell 50).

Tabell 50. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på landsting.

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

Liksom i tidigare frågor är skillnaderna större mellan olika *typer av kliniker/mottagningar* än mellan landsting (Tabell 51). Andelen läkare som instämde helt i påståendet varierade mellan 25 procent inom onkologi och 87 procent inom företagshälsovård. Variationerna var även stora när det gällde att inte alls instämma i påståendet, där minst andel fanns inom företagshälsovård (0 %) samt vårdcentral och rehabilitering (1 %) och störst i 'annan klinik' (20 %) och gynekologi (14 %). Svaren speglar i stor utsträckning klinikernas/mottagningarnas olika inriktningar.

Generellt så instämde flest i att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt och andelarna som inte instämde var låg i de flesta verksamheter.

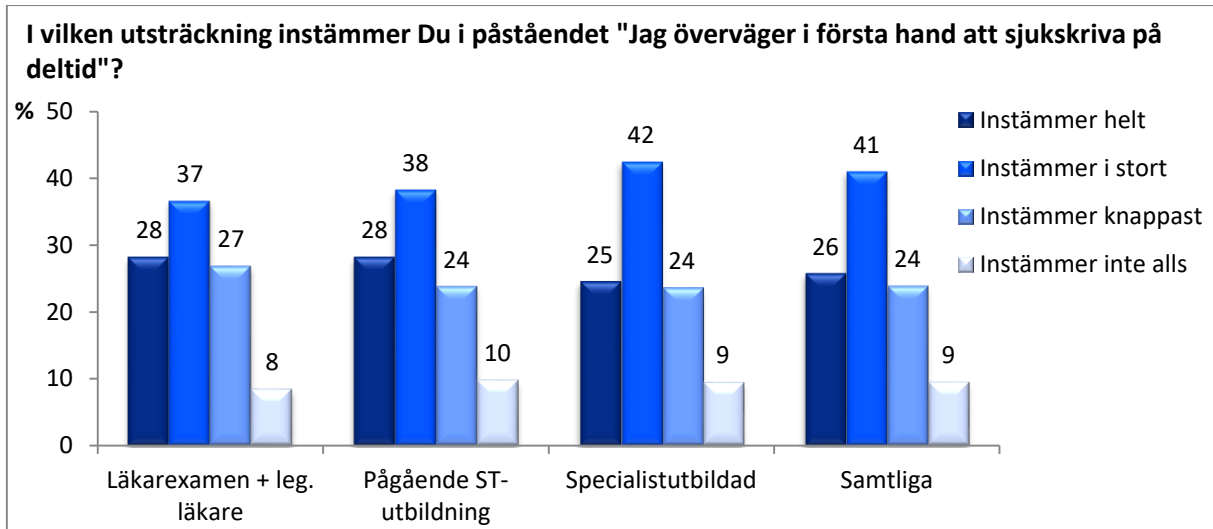
Tabell 51. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

Syn på deltidssjukskrivning

Ett tredje sådant påstående handlade om att i sjukskrivningsärenden i första hand överväga deltidssjukskrivning. En fjärdedel instämde helt i detta och ytterligare 41 procent instämde i stort (Figur 57).

Inte heller här var det någon egentlig variation i svar relaterat till läkarnas utbildningsnivå; en något större andel bland dem med lägre utbildning instämde helt i påståendet.



Figur 57. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.

När det gällde att i första hand överväga sjukskrivning på deltid, uppdelat på *landsting*, var andelen som instämde helt i detta störst på Gotland (32 %) och minst i Gävleborg, Västernorrland och Norrbotten (21 %) (Tabell 52).

Tabell 52. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på landsting.

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

När det gäller *typ av klinisk verksamhet* var det stor variation i svarsmönstret vad avser om deltidssjukskrivning övervägs i första hand. Störst andel som instämde helt i att de i första hand överväger deltidssjukskrivning, var läkare i företagshälsovård (46 %) och reumatologi (40 %) och minst andel inom kirurgi (9 %) infektion, onkologi respektive ögon (11 %) (Tabell 53).

Endast två till tre procent av läkarna inom vårdcentral, reumatologi, företagshälsovård och neurologi instämde inte alls i detta påstående.

Tabell 53. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på typ av klinik/mottagning.

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

Sammanfattning

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

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

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

Metodkommentarer

Resultaten i denna rapport bygger på enkätsvar från ca 18 700 yrkesverksamma läkare i Sverige, 2017. Materialet är omfattande och ger utrymme för fördjupade analyser av situationer, problem, samverkan, kompetensaspekter och organisatoriska förutsättningar i läkares arbete med hantering av patienters sjukskrivning, generellt och i olika verksamheter. De drygt 15 000 öppna svaren innebär ytterligare möjligheter till fördjupade analyser. Det finns en gedigen forskningsförankring som grund för enkätstudien. I bakgrunden finns kunskapsläget redovisat med hänvisning till studier som gjorts om läkares sjukskrivningspraxis.

Svarsfrekvensen för denna enkät var drygt 54 procent. Det är fyra procentenheter lägre än i motsvarande enkät från år 2012 ⁽²⁸⁾. Skillnaden i svarsfrekvens mellan de två olika åren för enkäten ligger i linje med en generell trend med minskande svarsfrekvensen från enkäter ⁽¹⁹⁴⁾. Svarsfrekvensen kan dock anses vara god i jämförelse med andra, liknande enkäter. Den förhållandevis höga andelen och stora antalet deltagare kan tolkas som att ett mycket stort antal läkare anser att detta är ett mycket angeläget område.

Det kan finnas olika anledningar till att man inte har svarat. Under studiens gång blev vi kontaktade av många läkare som berättade att de har fått ett stort antal andra enkäter att besvara under denna enkäts insamlingsperiod, vilket minskade deras beredvillighet att svara. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att juniora läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har fått frågeformuläret, på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga.

I rapporten redovisar vi också skillnader i svarsfrekvens och i svar mellan olika landsting. Dessa skillnader kan ha ett flertal orsaker. Dels kan skillnader i befolkningssammansättning och arbetsmarknader ge olika frekvens och problembild i sjukskrivningsarbetet. Dels finns det en variation mellan landstingen vad avser vilka typer av klinisk verksamhet som finns i varje landsting, särskilt avseende vilka typer av specialistkliniska verksamheter som finns i respektive landsting. När det gäller svaren finns det, för många frågor, avsevärda skillnader mellan olika typer av kliniska verksamheter. Detta kan bland annat relateras till skillnader vad gäller diagnospanorama, patienters ålderssammansättning och därmed behov av hantering av sjukskrivningsfrågor.

I denna rapport har vi ingen möjlighet att uttala oss om huruvida svarsmönstret för dem som inte svarade hade varit annorlunda jämfört med svarsmönstret för dem som svarade, till exempel vad gäller olika typer av problem i handläggning av sjukskrivningsärenden.

Separata analyser för varje landsting, liksom fördjupade jämförelser mellan landsting kan och bör göras. Skillnaderna var dock ofta större mellan olika typer av kliniker/mottagningar än mellan olika landsting. Det innebär också skilda behov av olika stödfunktioner, till exempel av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB), i samarbete med andra professioner och i samverkan med externa aktörer. Ingående analys av skillnaderna mellan olika typer av kliniker/verksamheter bör göras i kommande studier av materialet.

I denna enkät ingick frågor om typ av organisation 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. Fokus i detta projekt är istället på hyrläkare/stafettläkare som ofta byter arbetsplats.

Hälften av de sjukskrivande läkarna var kvinnor. I tidigare litteraturöversikter har det inte framkommit könsskillnader i hur läkare sjukskriver ⁽⁵⁾ och vi har inte analyserat data utifrån detta perspektiv. 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 i rapporten inte könsstratifierade.

I föreliggande rapport ges en beskrivning av arbetet med sjukskrivning år 2017. Hur detta relaterar till tidigare år och de insatser som gjorts de senaste 15 åren för att förbättra arbetet kommer att analyseras i rapport två i projektet, där svaren från 2017 års enkät kommer att jämföras med svaren från de tre tidigare enkäterna från år 2004, 2008 respektive 2012 ^(28, 46, 47) för de frågor som var gemensamma i respektive enkät. I Tabell 54 ges en övergripande bild av inkluderade läkare, svarsfrekvens och antal frågor i de fyra enkäterna.

Tabell 54. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkares arbete med sjukskrivning av patienter från år 2004, 2008, 2012 respektive 2017.

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

Stora delar av dessa enkäter har även översatts till andra språk och använts i andra länder, såsom i Norge ⁽¹⁸⁷⁾, i Schweiz ⁽¹⁸⁶⁾ och i Finland ⁽¹⁹⁵⁾, vilket innebär goda möjligheter att jämföra resultaten även med dem från andra länder.

Tabell- och figurförteckning

Lista över tabeller

Tabell 1. Svansfrekvens (%) uppdelat på kön respektive åldersgrupper.	16
Tabell 2. Svansfrekvens (%) uppdelat på län efter läkarens bostadsort.	16
Tabell 3. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.	19
Tabell 4. Antal och andel (%) svarande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	20
Tabell 5. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.	23
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.	24
Tabell 7. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på landsting.	29
Tabell 8. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel specialister, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	30
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på landsting.	36
Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	37
Tabell 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på landsting.	41
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	42
Tabell 13. Andel (%) läkarens organisationstillhörighet i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	43
Tabell 14. Andel (%) läkare som arbetar som hyrläkare/stafettläkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	43
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på landsting.	44
Tabell 16. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	45
Tabell 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på landsting.	56
Tabell 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	57
Tabell 19. 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 landsting.	60
Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	61
Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.	64

Tabell 22. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	65
Tabell 23. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på landsting.	67
Tabell 24. Andel (%) läkare som ansåg det vara mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	68
Tabell 25. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på landsting.	73
Tabell 26. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, samt minst en av dessa aktörer, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	74
Tabell 27. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer.....	76
Tabell 28. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på landsting.	81
Tabell 29. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter fungerade med patienters arbetsgivare, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	82
Tabell 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.....	84
Tabell 31. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	85
Tabell 32. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 45 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på landsting.	89
Tabell 33. Andel (%) läkare som uppgav de fyra vanligast angivna typerna av svårigheter (enligt Figur 45 ovan) i kontakten med Försäkringskassan (FK), uppdelat på typ av klinik/mottagning.	90
Tabell 34. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, uppdelat på landsting. I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.	92
Tabell 35. 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.	93
Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på landsting.	95
Tabell 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	96
Tabell 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och om de har nytta av den, uppdelat på landsting.	101

Tabell 39. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och om de har nytta av den, uppdelat på typ av klinik/mottagning...	102
Tabell 40. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.	104
Tabell 41. 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.	105
Tabell 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning.	106
Tabell 43. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på landsting.	108
Tabell 44. 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 typ av klinik/mottagning.	109
Tabell 45. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, uppdelat på landsting.	111
Tabell 46. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	112
Tabell 47. Andel (%) läkare med tillgång till rehabkoordinator i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.	113
Tabell 48. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på landsting.....	116
Tabell 49. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	117
Tabell 50. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på landsting.....	119
Tabell 51. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	120
Tabell 52. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på landsting.....	122
Tabell 53. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	123
Tabell 54. Studiepopulation, svarsfrekvens och antal enkätfrågor i de fyra olika enkäterna om läkarens arbete med sjukskrivning av patienter från år 2004, 2008, 2012 respektive 2017. ...	125

Lista över figurer

Figur 1. Åldersfördelning (%) bland yrkesverksamma läkare i Sverige, uppdelat på kvinnor och män.	21
Figur 2. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män....	22
Figur 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.....	22
Figur 4. Andel (%) läkare som svarade att de aldrig/i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på typ av klinik/mottagning.	25
Figur 5. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	26
Figur 6. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	27
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	27
Figur 8. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	28
Figur 9. 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.....	31
Figur 10. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade som hyrläkare/stafettläkare, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.....	32
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.....	33
Figur 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.....	34
Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.....	35
Figur 14. Andel (%) läkare som mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	38
Figur 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.....	39
Figur 16. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk.....	39
Figur 17. 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.....	40
Figur 18. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst en gång per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	46
Figur 19. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger per vecka i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, uppdelat på typ av klinik/mottagning.....	47
Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.....	48
Figur 21. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.....	49

Figur 22. Andel (%) läkare som upplevde olika administrativa uppgifter relaterade till sjukskrivning av patienter som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	50
Figur 23. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska.	51
Figur 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna.	52
Figur 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer.	53
Figur 26. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.	55
Figur 27. 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.	58
Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar.	59
Figur 29. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde.	62
Figur 30. 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.	63
Figur 31. 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.	66
Figur 32. Andel (%) läkare uppdelat på hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i relation till hur problematiskt de tycker att det är att skriva läkarintyg i enighet med FMB.	69
Figur 33. 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.	70
Figur 34. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen.	71
Figur 35. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	72
Figur 36. 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.	75
Figur 37. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.	77
Figur 38. 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.	78
Figur 39. 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.)	78
Figur 40. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.	79
Figur 41. Andel (%) läkare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade.	80

Figur 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan kring sjukskrivningsärenden.	83
Figur 43. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan.	86
Figur 44. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan. De 16 procent som svarade ”Har inga kontakter med FK” har här exkluderats.	86
Figur 45. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK).	88
Figur 46. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.	94
Figur 47. Andel (%) läkare som angav att de ovan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.	98
Figur 48. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden.	100
Figur 49. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden.	103
Figur 50. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor.	106
Figur 51. Andel (%) läkare som helt, delvis 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.	107
Figur 52. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet.	110
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.	113
Figur 54. Andel (%) läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	114
Figur 55. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	115
Figur 56. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	118
Figur 57. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå och för samtliga.	121

Referenser

1. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
2. 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.
3. 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.
4. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
5. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
6. 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.
7. Zwerver F. Development and evaluation of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression [Doctoral]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008. Report No.: 031830-2008 Contract No.: 031830-2008.
12. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
13. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkarsällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
14. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen; 2005.
15. 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.
16. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
17. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. Socialmedicinsk tidskrift. 2000;6:505-15.

18. Stone D. The disabled state. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
19. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
20. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
21. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
22. Rehabilitation and return to work: Europe's systems and policies. European Agency for Safety and Health at Work.
23. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
24. 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.
25. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
26. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
27. Socialförsäkringen i siffror 2017. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
28. 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.
29. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
30. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz. E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011.
31. Elrud R, Ljungquist T, Alexanderson K. Litteraturöversikt, grå litteratur. Bilaga till förstudierapport SRS. Stockholm: Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
32. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
33. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
34. 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.
35. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU; 2000. Report No.: SOU 2000:5.
36. 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.
37. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet: SOU 2002:5; 2002. Report No.: SOU 2002:5.

38. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66; 2008. Report No.: SOU 2008:66.
39. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
40. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
41. Analyser av sjukförsäkringens utveckling 2013. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
42. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
43. Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet. Stockholm: Försäkringskassan; 2015.
44. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
45. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
46. 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.
47. 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.
48. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skånér 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).
49. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
50. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Report No.: Artikelnummer 2005-109-2.
51. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
52. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
53. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
54. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
55. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.

56. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. SKL; 2009.
57. 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.
58. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
59. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
60. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Fritzes; 2009.
61. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan; 2011.
62. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; diagnosspecifika rekommendationer <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen; 2017 [
63. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. Occupational medicine. 2010;60(2):152-5.
64. Friberg E, Alexanderson K. Forskning om försäkringsmedicinska utredningar. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
65. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
66. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
67. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos; 2010.
68. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2005;19(4):655-70.
69. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. Br Med Bull. 2006;77-78(1):55-69.
70. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.
71. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. J Insur Med. 2007;39(2):109-20.
72. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
73. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. Report No.: 166/1.
74. Utmattningsyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
75. 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.
76. Johannisson K. Om begreppet kultursjukdom. Läkartidningen. 2008(44):3129-32.

77. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC public health*. 2012;12:702.
78. Nilsson E, Söderberg E, Normelli H, Öberg B. Description of functioning in sickness certificates. *Scand J Public Health*. 2011;39(5):508-16.
79. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan; 2010.
80. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan; 2011.
81. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan; 2012.
82. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
83. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health*. 2005;3(3):201-4.
84. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen*. 2001;98(11):1262-3.
85. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
86. Handlingsplan för kompetensutveckling i försäkringsmedicin. Stockholms läns landsting; 2012.
87. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2009;6:518-28.
88. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39:245-54.
89. 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.
90. 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.
91. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
92. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
93. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
94. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
95. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.

96. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund; 2006.
97. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
98. 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.
99. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
100. 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.
101. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.
102. Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability. Prevention and management.: Springer; 2013.
103. Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning. En vänbok till Staffan Marklund. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
104. Palmer E, editor. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv (SKA-projektet): Försäkringskassan; 2006.
105. 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.
106. 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.
107. 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.
108. 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.
109. 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.
110. Waddell G, Burton AK, Kendall N. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when? ; 2008.
111. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudéau S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006;124(3):330-7.
112. 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.
113. 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.

114. 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.
115. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Froom P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occupational medicine*. 2006;56(1):46-50.
116. 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.
117. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahrnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2002.
118. 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.
119. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahrnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004. Report No.: 2.
120. Söderberg E, Shahrnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2003.
121. 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.
122. Hensing G, Alexanderson K, Åhlgren M, Timpka T. Vardagens Problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa. *Socialmedicinska avd, samhällsmed. inst. Hälsouniv, Lkpg*; 1996.
123. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
124. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006;23(1):125-30.
125. 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.
126. 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.
127. Svensson A-K. Läkarnas möte med patienten påverkar sjukskrivningens längd. *Läkartidningen*. 2003;100(17):1509.
128. 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.
129. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work*. 2004;22:247-54.

130. 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.
131. 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.
132. Östlund G. Promoting return to work [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2002.
133. 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.
134. Mussener 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.
135. 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.
136. 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.
137. Lynoe 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.
138. 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.
139. 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.
140. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014. Report No.: :9.
141. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
142. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention; 2007.
143. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelse med 2007 (Management of how healthcare handle sickness certification of patients)(In Swedish). Division of Insurance medicine, Institutet K; 2013.
144. 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).

145. von Knorring M, Alexanderson K, Eliasson MA. Healthcare managers' construction of the manager role. The manager role in relation to the medical profession. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
146. 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.
147. 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.
148. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).
149. 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.
150. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2002;122(19):1874-9.
151. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn*. 2007;29(4):497-514.
152. Breen A, Austin H, Champion-Smith C, Carr E, Mann E. "You feel so hopeless": a qualitative study of GP management of acute back pain. *Eur J Pain*. 2007;11(1):21-9.
153. 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.
154. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
155. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
156. 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.
157. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *Bmj*. 2004;328(feb):461-2.
158. 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.
159. 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.
160. 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.

161. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbrunn 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.
162. 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.
163. 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.
164. Löfgren A. Läkares arbete med sjukskrivning - problem och önskemål inom olika kliniska verksamheter. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2006.
165. 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.
166. 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.
167. 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.
168. 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.
169. Swartling M. Physician sickness certification practice focusing on views and barriers among general practitioners and orthopedic surgeons [Doktorsavhandling]. Uppsala: Uppsala universitet; 2008.
170. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
171. 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.
172. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlns läns landsting/ Försäkringskassan; 2006. Report No.: 49.
173. Karlsryd E, Östling E. Läkare anser - om kontakter med Försäkringskassan i samband med sjukskrivningsärenden. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005. Report No.: 47.
174. 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.

175. 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.
176. 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).
177. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Lofgren A, Skaner Y, Lindholm C, Hinas E, Alexanderson K. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care*. 2011;29(4):227-33.
178. 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.
179. 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.
180. 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.
181. 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).
182. 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.
183. 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.
184. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
185. Kjeldgård L, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Västernorrlands län. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2013.
186. 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.
187. 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.
188. Snöljung SK, J, Hinas E, Alexanderson K. Neurologists dealing with sickness certification: experiences of problems and need of competence. *Brain and Behavior*. 2017;Accepted.

189. Gustavsson C, Hinas E, Ljungquist T, Alexanderson K. Obstetricians/Gynecologists' Problems in Sickness Certification Consultations: Two Nationwide Surveys. *Obstetrics and Gynecology International*. 2016.
190. Elrud R, Hinas E, Alexanderson K. Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, med fokus på förtroende. Försäkringskassan; 2015.
191. 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.
192. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. *Society of Occupational Medicine*; Belfast2011.
193. Ledning och styrning av sjukskrivningar: SKL; 2013
[\[http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1:\]](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1:)
194. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. Statistiska centralbyrån; 2011.
195. Hinkka K, editor Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. European Public Health Conference; 2017; Stockholm: *European Journal of Public Health*



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

ISBN 978-91-7549-353-4