

Läkares arbete med sjukskrivning i Jönköpings län

rapport från enkät år 2017

**Kristina Alexanderson
Vanda Aronsson
Mahbuba Haque
Christina Lindholm**

**Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska
Institutet**

Rapport, 8/9 2018.

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

www.ki.se/cns/forsakringsmedicin

ISBN 978-91-7676-057-4

Förord

I denna rapport presenteras resultat från svar i en omfattande enkät som i maj 2017 skickades till de yrkesverksamma läkarna i Jönköpings län med frågor om deras arbete med sjukskrivningsärenden. Enkäten skickades även till läkarna i övriga Sverige.

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.

En stor tvärvetenskaplig grupp har jobbat med projektet [1]. Följande personer vid Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet har deltagit i denna delstudie (i bokstavsordning):

- Kristina Alexanderson, projektledare, professor i socialförsäkring, med dr
- Vanda Aronsson, forskningsassistent
- Mahbuba Haque, statistiker
- Christina Lindholm, forskare, med dr

Ända sedan år 2003 har en eller två *referensgrupper* varit knutna till projektet, med representanter från centrala aktörer inom sjukfrånvaroområdet. Följande personer ingick i referensgruppen för enkäten 2017: Karin Jacobsen, Arbetsförmedlingen, Christina Olsson Bohlin/Anna Persson, Försäkringskassan; Ove Andersson, Svenska Läkarförbundet; Bo Runeson, Svenska Läkaresällskapet; Cecilia Alfvén, Sveriges kommuner och landsting (SKL); Per Lytsy, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); Malin Josefsson, Inspektionen för socialförsäkring, samt Eleonora Fridholm Björkman, Socialstyrelsen.

Projektet har genomförts vid Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap vid Karolinska Institutet. 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 via enkäten!

Vår förhoppning är att resultaten i denna rapport kan bidra till goda sådana möjligheter i hälso- och sjukvården i Jönköpings län.

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

Innehållsförteckning

Förord	1
Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	5
Förkortningar och begrepp	7
Bakgrund	9
Sjukförsäkringar	9
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning	11
Läkares olika professionella roller	12
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	13
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	14
Situationen för 15 år sedan i Sverige	15
Åtgärder 2003-2017	16
Sjukskrivningsmiljarden	18
Läkarenkätprojektet	19
Syfte	20
Material och metod	20
2017 års enkätstudie	20
Enkäten	20
Frågeområden	21
Datainsamling	21
Svarsfrekvens	21
Dataanalys	22
Resultat från 2017 års enkät	22
Öppna svar 2017	22
Resultat	24
1. Svar från samtliga svarande läkare 2017	26
Yrkesverksamma	26
Andel som hade sjukskrivningsärenden	27
2. Svar från sjukskrivande läkare år 2017	30
Frekvens av sjukskrivningsärenden	33
Sammanfattning	36
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	36
Hur problematiska är olika situationer?	38
Frekvens av specifika situationer	41
Oro och hot	42
Sammanfattning	43
Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt	43
Sammanfattning	47
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	48
Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer	48
Användningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet	49
Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet	52
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra	55
Sammanfattning	57
Samarbete och samverkan	58
Sammanfattning	63
Kontakter med Försäkringskassan	64
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	66
Elektronisk överföring av läkarintyg	71
Sammanfattning	72

Innehållsförteckning

Försäkringsmedicinsk kompetens	73
Sammanfattning.....	75
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning	75
Rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	75
Stöd från ledningen	76
Tid till arbete med sjukskrivning.....	77
Tillräckliga resurser.....	79
Rehabkoordinator	80
Sammanfattning.....	84
Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning	84
”Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”	85
Vikten av fokus på arbetsåtergång	86
Syn på deltidssjukskrivning	87
Sammanfattning.....	88
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem	88
Sammanfattning.....	91
Avslutande kommentarer	92
Figur- och tabellförteckning	94
Lista över figurer	94
Lista över tabeller.....	97
Referenser.....	99

Sammanfattning

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

I denna rapport presenteras enkätsvar från år 2017 från läkare i Jönköpings län om deras erfarenheter av och syn på sitt arbete med sjukskrivningar. Enkäten skickades även till läkare i övriga Sverige [1].

Majoriteten av läkarna (86 %) svarade att de minst några gånger om året möter patienter som är aktuella för sjukskrivning. Dessa 459 läkare definieras i rapporten som ”sjukskrivande läkare” och nedan sammanfattas deras svar.

Majoriteten av läkarna ansåg att hur de arbetar med sjukskrivningar är betydelsefullt för patienterna (93 %) och att fokus på arbetsåtergång är viktigt (88 %).

Fyra av fem läkare svarade att de har *sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka* med störst andel bland vårdcentralsläkarna (98 %), de med lägst utbildningsnivå (92 %) och bland läkare som arbetade i privata organisationer med privat finansiering (100 %). En femtedel av övriga läkare, ST-läkare och läkare som arbetade i privata organisationer med offentlig finansiering hade sjukskrivningsärenden minst tio gånger per vecka.

Hälften av läkarna upplevde att *sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska* och detta var vanligast bland vårdcentralsläkare (72 %). Framförallt ansågs det problematiskt att bedöma patientens arbetsförmåga (68 %), särskilt om patienten var arbetslös (72 %), att göra en prognos av framtida arbetsförmåga (65 %), att hantera de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig (56 %) samt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning när en annan läkare skrivit tidigare intyg (66 %). Det som störst andel läkare (72 %) ansåg vara problematiskt var att hantera begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg, 86 procent av läkarna på vårdcentralerna och 62 procent av övriga läkare ansåg att detta är mycket eller ganska problematiskt.

En majoritet av läkarna svarade att de aldrig sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt. Bland de läkare som gjorde detta ibland var väntetid till utredning eller behandling samt brist på återbesökstider de vanligaste orsakerna.

De yrkesgrupper som flest läkare *samarbetade* med/remitterade till minst en gång per vecka var fysioterapeuter/arbetsterapeuter (26 %) och kuratorer/psykologer (24 %). En majoritet av läkarna svarade att de inte har kontakt med patientens arbetsgivare, socialtjänsten eller Arbetsförmedlingen när det gäller patientens sjukskrivning. Sextiofem procent hade tillgång till de nyligen införda *rehabkoordinatorerna*, störst andel bland vårdcentralsläkarna (98 %). Av dem med tillgång till rehabkoordinator, svarade drygt en tredjedel (36 %) att de samarbetar med/remitterar till dessa minst en gång per vecka. Majoriteten (78 %) av dem som hade tillgång till rehabkoordinatorer ansåg att de har stort värde för hög kvalitet för arbetet med sjukskrivningsärenden.

Fyra femtedelar (81 %) av läkarna svarade att de hade *kontakt med Försäkringskassan* och hälften av samtliga (50 %) var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter. En stor andel (79 %) upplevde dock olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Den vanligaste var att Försäkringskassan begärde onödiga kompletteringar av deras intyg (60 %). Mer än 40 procent svarade att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid (44 %), att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning (42 %) och att handläggare ifrågasätter deras bedömningar (42 %). För alla av de listade svårigheterna var andelen vårdcentralsläkare som upplevde dem större än bland övriga läkare. I de öppna svaren framkom bland annat att läkare upplevde att Försäkringskassan förändrat sitt arbetssätt och sin attityd senaste året på ett sätt som blev problematiskt för läkare och patienter.

Sammanfattning

Drygt hälften av vårdcentralsläkarna (53 %) upplevde åtminstone varje månad att deras *försäkringsmedicinska kompetens* inte räcker till. Motsvarande andel bland övriga läkare var 24 procent. Drygt en tredjedel svarade att handledning (37 %) och kurser i försäkringsmedicin (30 %) skulle ha stort värde. Hälften ansåg att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (53 %) och bättre information till patienten om sjukskrivning (47 %) skulle ha stort värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivningar.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd användes och upplevdes underlätta kontakterna främst med patienter (50 %), i synnerhet för dem med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation där nästan alla (92 %) upplevde detta. Av samtliga uppgav en knapp tredjedel att beslutsstödet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

I Jönköping var det 96 procent av samtliga läkare, 99 procent av vårdcentralsläkarna, som svarade att de använder den elektroniska överföringen av läkarintyg. Motsvarande siffra för läkarna från övriga Sverige, utanför Jönköpings län, är 79 procent.

En tredjedel av läkarna upplevde arbetet med sjukskrivning som ett *arbetsmiljöproblem* minst en gång per vecka och lika stor andel att det aldrig eller i stort sett aldrig är ett arbetsmiljöproblem. Nästan hälften (47 %) av läkarna på vårdcentraler upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka. I de öppna svaren beskrev flera läkare att detta arbetsmiljöproblem riskerade att leda till att läkarna själva blev sjuka/sjukskrivna eller valde bort allmänmedicin som specialitet.

Angående *organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning*, svarade 28 procent att det finns väl förankrade rutiner/gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik/mottagning, störst andel bland vårdcentralsläkarna (68 %). De som hade sådana rutiner/en sådan policy hade stor nytta av detta i det kliniska arbetet. En tredjedel uppgav stort stöd från sin närmaste ledning i handläggning av sjukskrivningsärenden, störst andel (41 %) bland vårdcentralsläkare.

En tredjedel upplevde tidsbrist så ofta som dagligen i olika aspekter av sjukskrivningsarbetet, större andelar bland vårdcentralsläkarna. De flesta hade aldrig tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor. Även i de öppna svaren kommenterade läkarna tidsbrist; de beskrev bland annat att sjukskrivningsarbetet ledde till övertidsarbete och att arbetet med sjukskrivningar gick ut över annat viktigt arbete, såsom tid med patienten. Drygt hälften instämde helt eller stort i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden.

I korthet: Majoriteten läkare ansåg att arbetet med sjukskrivningar är viktigt för deras patienter. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används, underlättar och bedöms bidra till hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. Systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan är genomfört och majoriteten anser att det fungerar bra. På vårdcentralerna är tillgången till rehabkoordinatorer nästan hundra procentig. Många var nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men majoriteten upplevde även olika svårigheter i den, framförallt att handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg eller efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras. Andelen som svarade att arbetet med sjukskrivningar innebär ett arbetsmiljöproblem visade att det främst är ett problem på vårdcentralerna där 47 procent upplevde detta, jämfört med 16 procent bland övriga läkare.

Det finns förbättringsmöjligheter, bland annat när det gäller samverkan med Försäkringskassan, samt organisatoriska förutsättningar för läkare att utveckla, vidmakthålla och tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens.

Förkortningar och begrepp

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive användning av termer:

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 [2], dels diagnosspecifika beslutsstöd för specifika diagnoser, med fokus på rekommenderad sjukskrivningslängd och -grad
HSAR	Hälso- och sjukvårdens adressregister
ICF	International Classification of Functioning; Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa [3-7]
Landsting	Termen ' <i>landsting</i> ' används i rapporten som en samlingsterm för sjukvårdshuvudmannen, och inkluderar landsting, regioner och Gotlands kommun. I texten nämns ofta endast länets namn för att underlätta läsningen, till exempel 'Jönköping' i stället för 'Region Jönköpings län'
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)
Rehabkoordinator	Detta begrepp används som ett samlingsnamn för rehabiliteringskoordinatorer/sjukskrivningskoordinatorer – en yrkesgrupp som enligt sjukskrivningsmiljardöverenskommelserna ska införas i landstingen [8-11].
SCB	Statistiska centralbyrån
Sjukskrivande läkare	Termen 'sjukskrivande läkare' används i rapporten för läkare, som minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning
Sjukskrivningsmiljarden	Begreppet används genomgående i rapporten för den överenskommelse mellan staten och landstingen, via SKL, som sedan år 2016 har kallats "En kvalitetssäker sjukskrivning och rehabiliteringsprocess" i och med att delar av rehabiliteringsgarantin då samordnades med det som tidigare kallades sjukskrivningsmiljarden.
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Specialist	Läkare med minst en medicinsk specialistutbildning, godkänd av Socialstyrelsen som sådan, kallas här genomgående för specialister, för att inte i onödan tynga texten

Förkortningar och begrepp

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
ÖL	Övriga läkare – här samtliga deltagande läkare som inte huvudsakligen arbetar på en vårdcentral.

Bakgrund

I denna rapport redovisas resultat från 2017 års enkät till läkare som då huvudsakligen arbetade i Jönköpings län, om läkarnas erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden. Rapporten är en delstudie i ett större projekt för hela landet med enkätstudier år 2004, 2008, 2012 respektive 2017. Delar av nedanstående bakgrund har även publicerats i den rapport för 2017 där enkätsvar från läkare i hela landet redovisas [1].

I Sverige har läkare en central roll i en patients sjukfrånvaroprocess, både i rollen som patientens behandlande läkare och i rollen som medicinskt sakkunnig [12]. 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 [12-18]. Detta projekt, där enkäter har skickats till läkare om deras arbete med sjukskrivning av patienter, är ett sätt att generera sådan kunskap.

Försäkringsmedicin är som kunskapsområde ett relativt nytt område, vilket innebär att flera olika definitioner av det förekommer i litteraturen [13]. Nationellt försäkringsmedicinskt forum enades år 2008 om följande definition av försäkringsmedicin:

”Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner” [19].

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen [20-22].

Nationellt försäkringsmedicinskt forum har nyligen arbetat med att ta fram en något reviderad version av definitionen, mer riktad till försäkringsmedicinsk klinisk verksamhet och beslöt den 22 november 2017 om följande sådan definition:

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

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

Sjukförsäkringar

Varje samhälle har att hantera att vuxna personer under kortare eller längre perioder inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada [23]. 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 [20, 24-30]. Möjligheten att vid sjukdom och skada dels ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro, samt dels att kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är centrala delar i de flesta välfärdssamhällen och för individers ekonomiska trygghet [13, 27, 31-36].

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 [37]. För utfall för båda dessa typer av försäkringar krävs en medicinsk utredning, vanligen genomförd av en eller flera läkare. I denna rapport är fokus på ekonomisk invaliditet, i form av att inte kunna försörja sig helt eller delvis på grund av sjukdom eller skada - och på läkares arbete med sådana ärenden.

Sjukfrånvaro, både kortvarig sjukfrånvaro och mer varaktig sådan i form av sjukersättning respektive aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension respektive sjukbidrag) har betydelse inte bara för den sjukskrivne och dennes familj, utan även för personens kollegor och arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och för samhället i stort, på lokal såväl som på nationell nivå [13, 31, 32, 38, 39]. Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer kan innebära olika typer av problem, på olika strukturella nivåer [40-42], samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en 'lagom' nivå. I Sverige har, till skillnad från i de flesta länder, sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna [13, 35]. Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat [12, 13, 38, 43-52].

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

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

När det gäller den allmänna sjukförsäkringen i Sverige [53], det vill säga, den som gäller ersättning för inkomstbortfall vid sjukfrånvaro, är de första tre av de ovanstående aspekterna generösa; de flesta personer med inkomst från arbete, arbetslöshetsersättning, föräldrapenning, etcetera, omfattas av sjukförsäkringen, liksom de flesta sjukdomar och skador och självriskan är, internationellt sett, låg. Ur ett försäkringsperspektiv brukar man då säga att det är extra viktigt att skadekontrollen fungerar bra, för att försäkringen ska anses ha legitimitet respektive inte överutnyttjas.

I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för sjukfrånvaro respektive sjuk- och aktivitetsersättning. Försäkringskassan baserar i stor utsträckning sina bedömningar av en persons rätt till ersättning eller åtgärder på den information som ges i läkarintyg. I Sverige är läkare och tandläkare de två yrkesgrupper som har rätt att skriva medicinska underlag till Försäkringskassan för bedömning av rätt till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken [53]. Sådana intyg används även som underlag av arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och försäkringsbolag när de fattar beslut om en persons rätt till ersättning och till åtgärder. För de flesta anställda är det till exempel alltid arbetsgivaren som ska genomföra denna skadekontroll under ett sjukskrivningsfalls första 14 dagar.

En person som omfattas av den svenska sjukförsäkringen, som har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som drabbas av skada eller sjukdom som nedsätter arbetsförmågan med minst 25 procent, kan ha rätt att vara sjukskriven och att få sjukpenning. Det innebär att, för att ha rätt till sjukpenning ska två förutsättningar, så kallade rekvisit, vara uppfyllda; dels ska sjukdom eller skada föreligga, dels ska denna sjukdom eller skada ha lett till nedsatt funktion som i sin tur lett till nedsatt arbetsförmåga [53]. Den allmänna sjukförsäkringen är alltså egentligen en inkomstbortfallsförsäkring.

De första sju dagarna räcker det vanligen med att personen själv intygar att han eller hon är arbetsoförmögen på grund av sjukdom eller skada. När ett sjukskrivningsfall blir längre än sju dagar ska det även finnas ett medicinskt underlag, ett så kallat läkarintyg eller sjukintyg, utfärdat av en läkare eller tandläkare, som underlag för Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning – liksom för arbetsgivarens beslut om rätt till sjuklön. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar [12, 13, 54].

När en person behöver vara sjukfrånvarande är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten, företagshälsovård och/eller Arbetsförmedlingen vara involverade [13]. Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal [36].

Sjukskrivning av en patient är en förhållandevis vanlig åtgärd inom vissa delar av hälso- och sjukvården i Sverige [36, 55-58]. Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient [59-64]. Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet [45, 64-67].

Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt nedanstående sju [2, 12, 13, 36, 45, 67-70]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämförbart tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt - i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra ”normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden” [42, 53].
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 [2, 71, 72])
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och för andra aktörer, för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om behov av att eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Alla dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens [17, 18, 24, 54, 58, 69, 73-75]. *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* [76, 77]. 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 [13, 78-83], 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 [36, 75, 81, 82, 84-89], 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 att föreligger, 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 [90-92]. Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten [21, 22, 24, 60, 75, 93, 94, 95]. Tidigare studier visar även att många saknar handledning i arbetet med sjukskrivningar [36, 55, 56]. För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar [96, 97]. Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare [98]. Läkares lärande i försäkringsmedicin sker dock fortfarande nästan uteslutande i form av så kallad rollinläring, det vill säga att man lär sig av hur mer erfarna kollegor gör, eller genom 'trial and error', snarare än genom akademiskt förankrad undervisning [12, 54, 69, 99]. Detta är en av anledningarna till att försäkringsmedicinsk kompetensutveckling har varit en central aspekt i de så kallade sjukskrivningsmiljarderna [8, 91, 92, 100, 101].

Läkares olika professionella roller

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

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 [102-104].
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [68, 105, 106].
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 [107].
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 [69, 108-110].

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 [8, 36, 67]. 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 [12, 13, 111]. Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär [12, 13] men några interventionsstudier har också publicerats [12, 13, 54, 112].

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 [75],
- 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) [12, 13].

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 [13, 39, 113, 114]:

- *Samhällets perspektiv*, till exempel genom att studera hur ofta och för hur lång tid läkare sjukskriver patienter [32, 66, 81, 115-127].
- *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 [116, 128-136].
- *Arbetsgivares perspektiv*; hur arbetsgivare uppfattar läkares sjukskrivningspraxis och samarbetet med läkare i sådana ärenden [115, 132].
- *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 [137-152].
- *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 [153-156].
- *Medarbetare inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur andra professioner inom sjukvården ser på läkares försäkringsmedicinska praxis [9, 45, 132].
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på andra läkares sjukskrivningspraxis, till exempel hur läkare inom företagshälsovård eller primärvård ser på andra läkares praxis [45, 54, 132, 157, 158].
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på sitt eget arbete med sjukskrivningsärenden [45, 54, 132, 157-165].

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 [12]. Samma metoder som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) tillämpar för sådana översikter användes, till exempel vad avser identifiering, relevansbedömning, dataextraktion, kvalitetsbedömning och bedömning av vetenskapligt stöd, så kallad evidens [166]. I översikten konstateras att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematiskt (evidensstyrka 3, där 3 är den lägsta möjliga). Det fanns även begränsat vetenskapligt stöd på mer specifik nivå för följande fem områden:

I hantering av sjukskrivningsärenden upplever läkare det problematiskt att:

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

Dessa fem är problem som är relaterade till försäkringsmedicinsk kompetens och professionalitet - och därmed problem som går att åtgärda med hjälp av interventioner på olika strukturella nivåer, framförallt inom hälso- och sjukvårdens organisation och via utbildning. Kunskapen är mycket begränsad om hur läkare bäst utvecklar sådan försäkringsmedicinsk kompetens. Det finns studier som tyder på att läkares utbildningsnivå och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt [119, 167]; resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten [12] fann inget vetenskapligt stöd för betydelsen av läkares eller patientens kön, ålder eller attityder för läkares sjukskrivningspraxis (sådana faktorer har tidigare diskuterats i detta sammanhang). Detta berodde dels på att antalet studier var för få, men även på att resultaten i studierna gick i olika riktning.

I en litteraturöversikt kan man bara sammanställa resultat om det som faktiskt har studerats. Många frågeställningar vad gäller läkares sjukskrivningspraxis var inte studerade alls och i de flesta studier låg fokus på individfaktorer hos patienten eller läkaren, snarare än på det sammanhang läkare arbetar i och på faktorer som kan påverkas. I litteraturöversikten var det låga antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis det mest slående. Ett observandum var också att ingen av de inkluderade studierna hade mer än begränsad vetenskaplig kvalitet - ett flertal av de identifierade studierna kunde inte inkluderas alls på grund av otillräcklig vetenskaplig kvalitet. De allra flesta studier var tvärsnittsstudier och hade relativt få deltagare och i majoriteten av dem ingick endast allmänläkare. Det var en mycket stor variation mellan de inkluderade studierna vad avser studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårade jämförelser mellan studierna och möjligheten att dra slutsatser av dem. På en övergripande nivå sågs dock stora likheter i resultaten mellan olika länder [14]. Anmärkningsvärt var att det endast fanns några få interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkares sjukskrivningspraxis, i Sverige såväl som i andra nordeuropeiska länder [54, 168-171]. Det har under åren gjorts ett stort antal interventioner för att påverka läkares arbete med sjukskrivning av patienter, i Sverige såväl som i andra länder. Tyvärr har dessa interventioner sällan designats så att effekten av dem kan studeras vetenskapligt och det finns ytterst få publicerade studier om sådana interventioner [12, 13]. Det innebär att flertalet åtgärder, på såväl individnivå, som på andra strukturella nivåer fortfarande i stor utsträckning måste grundas på tyckande snarare än på vetenskapligt baserad kunskap.

Utifrån den ovan beskrivna litteraturöversikten [12], liksom i andra översikter [13, 14, 16, 17, 112, 172], är det uppenbart att det behövs mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivning. Det behövs inte bara fler studier, utan framförallt bättre studier. Centrala frågor är vilken typ av kunskap och åtgärder som behövs för att skapa förutsättningar för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet.

Det landsomfattande projektet, med upprepade enkäter till läkare i olika typer av klinisk verksamhet, är ett led i att generera sådan kunskap [1, 173].

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

Situationen för 15 år sedan i Sverige

I denna rapport presenterar vi resultat från en enkät till läkare i Jönköpings län om arbetet med sjukskrivning av patienter. Motsvarande enkäter skickades ut med 4 - 4,5 års mellanrum, den första i oktober 2004, då endast till läkarna i Östergötlands och Stockholms län. Hur var situationen i Sverige när det gäller sjukfrånvaro och sjukskrivning då? Detta finns det självklart många olika uppfattningar om, ur olika perspektiv. Nedan listas några aspekter som många då såg som problematiska när det gäller förhållanden som präglade läkares sjukskrivningspraxis (ordet praxis används här i betydelsen 'handlingsmönster i professionell praktik') [12, 45, 132]:

- En oklarhet i rollfördelningen gentemot Försäkringskassan, som endast i liten utsträckning tog sin 'grindvaksroll', det vill säga sitt skadekontrollansvar. Försäkringskassan gjorde sällan en bedömning av om en person uppfyllde kraven för att få sjukpenning [48, 134]; fanns det ett läkarintyg utbetalades nästan alltid sjukpenning, även om det av intyget inte framgick om patienten hade en sjukdom eller skada som lett till arbetsoförmåga [48, 116, 130]. Detta innebar att läkare ibland kände att grindvaksrollen kom att ligga på dem. Det innebar också att läkare sällan fick respons/feedback på läkarintygets kvalitet, det vill säga, den typ av feedback som vanligen leder till lärande [69]. Försäkringskassan höll ofta inte heller på 12-månadersgränsen, det vill säga gränsen för hur länge en person egentligen skulle kunna vara sjukskriven innan en prövning för sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension/ sjukbidrag) skulle göras. Det innebar bland annat att många sjukskrivningsfall kom att pågå mycket länge utan ställningstagande till behov av åtgärder.
- Det fanns stora problem vad gäller samverkan i sjukskrivningsärenden, såväl mellan olika enheter eller professioner inom hälso- och sjukvården som med andra aktörer, till exempel arbetsgivare, Arbetsförmedling och Försäkringskassa [45, 132, 134, 165].
- Det fanns varken vetenskapligt baserad kunskap om optimal sjukskrivningstid och -grad vid olika diagnoser för personer i olika åldrar, med multisjuklighet eller olika arbetssituationer, eller om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven eller av att ha sjukersättning [13]. När vetenskapligt baserad kunskap om optimal behandling finns utarbetar Socialstyrelsen vanligen riktlinjer för sjukvårdens arbete, men eftersom det huvudsakligen saknades vetenskaplig kunskap om optimal hantering av sjukskrivningsärenden fanns inga sådana riktlinjer [45, 59-62]. Socialstyrelsen utövade inte heller någon tillsyn över hur hälso- och sjukvården arbetade med sjukskrivningar.
- De flesta läkare hade en mycket begränsad utbildning i försäkringsmedicin, både generellt och i jämförelse med i många andra välfärdsländer [21, 22, 45, 46, 70, 93, 98, 174, 175].
- Landstingens ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning var mycket bristfällig eller saknades helt [45, 132]. Det saknades till exempel strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling, för samverkan (extern likaväl som intern) och för kunskapsgenerering när det gäller dessa komplexa arbetsuppgifter.

- Sjukfrånvaronivåerna hade fluktuerat mycket i Sverige under de senare decennierna och ökat dramatiskt sedan 1996 för att vara högre än någonsin vid sekelskiftet [13, 176, 177]. Detta diskuterades mycket i massmedia, även vad gäller läkares roll för sjukfrånvaronivåerna. Dåvarande statsminister Göran Persson förklarade vid sekelskiftet att de höga sjukfrånvaronivåerna var ett av Sveriges största problem och ett flertal åtgärder vidtogs.

- När det varken fanns riktlinjer, ledning, feedback/kontroll från Försäkringskassan eller kunskap om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven var många läkare, framförallt allmänläkare, frustrerade, kände sig utsatta och upplevde att de inte gjorde ett bra jobb när det gäller sjukskrivningsärenden [45, 80, 81, 132, 157, 178, 179].

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

Åtgärder 2003-2017

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

- På förslag från regeringen antog Riksdagen år 2003 ett *mål om att halvera sjuktalet* till år 2008 [180]. Detta följdes av specificerade mål och insatser inom olika instanser involverade i sjukskrivningsarbetet under den period som enkätstudierna har ägt rum. Sjukfrånvaron sjönk dramatiskt i Sverige fram till 2010 för att därefter åter stiga något.

- År 2015 antog regeringen ett mål om *att sjuktalet i december år 2020 inte skulle vara högre än 9,0* (medelantalet nettodagar med sjukpenning per sjukpenningförsäkrad under ett år [181, 182]. Sjuktalet har nu åter börjat minska.

- Regeringen gav statens beredning för medicinsk utvärdering (*SBU*) i uppdrag att genomföra systematiska litteraturöversikter när det gäller kunskapsbasen om sjukskrivning och konsekvenser av att vara sjukskriven, denna rapport kom 2003 [13].

- *Annonskampanjer* till allmänheten har genomförts av Försäkringskassan (till exempel om vad sjukförsäkringen omfattar och att sjukdom inte ger rätt till sjukpenning utan att sjukdomen också måste ha lett till nedsättning av arbetsförmågan) [183].

- De tidigare 21 olika regionala försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket slogs 2005 samman till *en myndighet - Försäkringskassan* – bland annat för öka enhetligheten i bedömningarna.

- Ett *nationellt försäkringsmedicinskt forum* (NFF) med representanter från aktuella myndigheter och organisationer bildades.

- På uppdrag av regeringen utövade Socialstyrelsen, för första gången någonsin, *tillsyn* av hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning av patienter [59-63, 184]. Socialstyrelsen definierade i samband med det uppdrag sjukskrivning som en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling och fann flera problem hur detta hanterades på olika nivåer inom vården.

- Regeringen gav Karolinska Institutet i uppdrag att kartlägga problem i hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Utredningen publicerades 2005 [45, 132]. Utredningen visade bland annat att problem fanns på flera strukturella nivåer.

- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden* [65, 66] för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning (se vidare nedan).

- Senare, år 2009, infördes även den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, en överenskommelse mellan

SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och regeringen [185, 186]. Liksom för sjukskrivningsmiljarden, innebar rehabiliteringsgarantin ekonomiska incitament för landstingen att i större utsträckning förmedla kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodala behandlingar med syfte att stödja personer med ångest, depression, stress eller en långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning [185, 187-193]. Efter kritik, bland annat från Riksrevisionen [194] avslutades rehabiliteringsgarantin år 2015, och under en övergångsfas lades en del av de medlen över till sjukskrivningsmiljarden.

- Antalet olika typer av *försäkringsmedicinska kurser* och liknande, riktade till läkare och andra professioner, har ökat och några universitet har även börjat ge *akademiska försäkringsmedicinska kurser* för specialistutbildade läkare [98]. År 2015 infördes Socialstyrelsen försäkringsmedicin som ett specialistövergripande delmål för läkare under deras specialiseringstjänstgöring. Det innebär att landstingen är skyldiga att utbilda ST-läkare i försäkringsmedicin [195].

- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygens kvalitet [196], särskilt de senare åren. Flera domar har också påverkat detta. Försäkringskassan har även tagit fram en ny typ av utredning av sjukskrivna personers aktivitets- och arbetsförmåga; 'Aktivitetsförmågeutredning (AFU) [197-204].

- *Försäkringskassan har tagit fram information* om vilken information som efterfrågas i läkarintyget (FK 7263), som en hjälp till läkare vid ifyllande av intyget [196].

- Socialstyrelsens *försäkringsmedicinska beslutsstöd*¹ infördes i hela landet hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats; för närvarande pågår en mer omfattande uppdatering [205-207]. Beslutsstödet består av två delar. Den ena är en generell del med övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar [2]. Den andra delen består av diagnosspecifika rekommendationer, att användas som ett stöd vid sjukskrivningsbedömningar för specifika diagnoser [2, 208-212].

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

- *Fastare tidsgränser (rehabiliteringskedjan)* och striktare regler har införts i socialförsäkringen, både för sjukfrånvaro och för sjuk- och aktivitetsersättning [213-215]. Under några år fanns även en tidsgräns för maximalt antal sjukskrivningsdagar som kunde beviljas av särskilda skäl (sammanlagt 914 dagar, 2,5 år). Denna gräns togs bort år 2016.

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

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

- Mer *forskning* har genomförts och publicerats om sjukfrånvaro, både om riskfaktorer för och konsekvenser av att vara sjukskriven, vad som påverkar återgång i arbete och om sjukskrivningspraxis [12, 13, 38, 216-218]. År 2014 etablerades Cochrane Insurance Medicine som ett 'field' inom Cochrane² - ett viktigt steg mot att försäkringsmedicin alltmer etableras som ett viktigt forskningsområde.

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

- Det har blivit ett *tydliggörande av hälso- och sjukvårdens ansvar* när det gäller hantering av patienters sjukskrivning [219].

- Många läkare har fått tillgång till statistiktjänster för att få information om hur deras sjukskrivning av patienter ser ut i jämförelse med andras [220, 221].

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

² <http://insuremed.cochrane.org/>

- En ”ny yrkesgrupp”, så kallade *rehabiliteringskoordinatorer* har införts, framförallt vid vårdcentraler, men även inom andra typer av kliniska verksamheter [9-11, 222, 223].
- Den *kraftiga minskningen av sjuktalet* fram till 2010 innebar att läkare, speciellt de vid vårdcentraler, hade färre konsultationer där sjukskrivning är aktuellt [56, 224, 225].

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

Förändringar på andra strukturella nivåer som vanligen har betydelse för sjukfrånvaro, och därmed för läkares arbete med sjukskrivningar, är förändringar på *arbetsmarknaden* och möjlighet till anställning vid funktionsnedsättningar [226], i *arbetslöshetsnivåer* och *förvärvsfrekvens* i olika åldrar [227] samt generellt i *sjukfrånvaronivåer* och andel med *sjuk- och aktivitetsersättning*.

Sjukskrivningsmiljarden

För att förbättra kvalitén i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågorna införde regeringen, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), ekonomiska incitament genom den så kallade ’sjukskrivningsmiljarden’, i en överenskommelse med SKL för åren 2006-2009. Fortsatta sådana överenskommelser har sedan gjorts varje år, hitintills till och med år 2018 [8, 65, 66, 201, 228-235]. Upp till en miljard kronor per år har fördelats till landstingen enligt vissa principer, där en del av summan är fast och en annan rörlig. Senare år har cirka hälften av ’miljarden’ i den tidigare rehabiliteringsgarantin lagts in i sjukskrivningsmiljarden, så summan har snarare varit 1,5 miljarder per år. Syftet med denna ekonomiska stimulans har varit att landstingen skulle prioritera sjukskrivningsfrågorna för att främja en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess.

I den första ’miljardöverenskommelsen’ 2006-2009 fokuserades på förstärkning av följande fyra områden inom hälso- och sjukvården; *ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan (intern och extern) i sjukskrivningsprocessen* samt *kvinnors ohälsa* (i senare överenskommelser kallad *jämställd sjukskrivning* [236]) [65]. Valet av de första tre problemområdena utgick bland annat från resultaten dels från Socialstyrelsens tillsyn av sjukvårdens hantering av sjukskrivningar [59-62], dels från en utredning om problem i hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning [45, 132], där bland annat resultat från 2004 års studie av läkares arbete med sjukskrivning ingick [55]. Valet av det fjärde området, kvinnors ohälsa, baserades på de stora skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män. En central del i sjukskrivningsmiljarden var att stimulera till samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

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

Även i den andra ’miljardöverenskommelsen’ för 2010-2011 [229] betonades vikten av att hälso- och sjukvårdens ledningssystem, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12), även skulle omfatta sjukskrivningsprocessen, som en del av vård och behandling. Därför ålades landstingen i den villkorade delen att ta fram ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen, samt att integrera sjukskrivningsprocessen i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12).

Ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen skulle även omfatta tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Under 2010 skulle varje landsting ha utarbetat ledningssystem på övergripande nivå, och under 2011 på verksamhetsnivå. Genom ledningssystemet skulle landstingen

kunna ge verksamhetscheferna ramar och vägledning för det lokala kvalitetsarbetet samt efterfråga utvärdering av resultat av kvalitetsarbetet. Med anledning av detta konstaterar SKL på sin hemsida:

”Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som sjukvården i övrigt har. Det innebär att sjukskrivning ska uppfylla kravet på god vård och omfattas av bestämmelserna för kvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen har i sin verksamhetstillsyn konstaterat att sjukskrivningsprocessen ofta faller utanför det systematiska kvalitetsarbetet” [237].

En viktig aspekt i sjukskrivningsmiljarden har alltså varit att inom hälso- och sjukvården utveckla system för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen på alla nivåer, inklusive verksamhetsnivå, för att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess [65-67, 153, 201, 228-235, 237-239]. Fokus i överenskommelserna i övrigt har under åren varit på något olika aspekter, såsom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, jämställd sjukskrivningsprocess, ökad försäkringsmedicinsk kompetens, läkarintygens kvalitet och utökat elektroniskt informationsutbyte med Försäkringskassan.

Landstingen och regionerna har successivt integrerat arbetet med sjukskrivningsmiljarden (överenskommelserna) i sin ordinarie ledningsstruktur på central nivå. Även utbildning i försäkringsmedicin med fokus på AT och ST läkare har alltmer integrerats i landstingens ordinarie utbildningsstruktur. Försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande samt försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare bistår med stöd, särskilt vad gäller utbildningsinsatser. Personer från lokala avdelningar inom Försäkringskassan är i varierande grad involverade i arbetet med sjukskrivningsmiljarden, kommittéer och utbildningsinsatser i hälso- och sjukvården. Via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bedrivs flera projekt med syfte att utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med intyg, rehabkoordinatorer [10, 240], försäkringsmedicinsk utbildning, ta fram ett elektroniskt prognosverktyg inom ramen för projektet Stöd till rätt sjukskrivning (SRS) [241, 242] samt att stärka ledning och styrning inom området för att säkerställa att arbetet med att främja hög kvalitet i hantering av sjukskrivningsärenden efter sjukskrivningsmiljardens/överenskommelsens slut.

Läkarenkätprojektet

Syftet med läkarenkätprojektet, som startade 2004, var från början främst att generera fördjupad kunskap om läkares arbete med sjukskrivning i Sverige. Utifrån de nya mål och krav som tillkom efter 2004 och framförallt de många och omfattande interventioner som sedan dess har genomförts för att förbättra sjukskrivningsarbetet, utvecklade projektgruppen enkätfrågorna för att även få kunskap om hur dessa åtgärder förändrade läkarnas arbete med sjukskrivning. Varje enkätstudie finns redovisad i varsin huvudrapport [1, 36, 55, 56].

I denna rapport redovisas resultat från enkätstudien 2017, baserat på svar från deltagare i Jönköpings län. Vissa jämförelser görs också med läkare i övriga landet.

Syfte

Syftet med projektet var att fördjupa kunskapen om läkares arbete med sjukskrivning utifrån läkares synpunkter på och attityder till det år 2017, generellt och relaterat till vårdcentralsläkare samt övriga läkare, utbildningsnivå, etcetera, för läkare som arbetade i Jönköpings län. Bland annat söktes kunskap om:

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

Material och metod

Här presenteras sammanställningar av svar från yrkesverksamma läkare som år 2017 besvarade ett frågeformulär om sitt arbete med sjukskrivningar och som i frågeformulären angav att de huvudsakligen arbetade i Jönköpings län.

Svar avseende samtliga deltagare 2017, det vill säga, från hela landet, har tidigare presenterats i en övergripande rapport [1] och i en rapport med fördjupade analyser avseende läkarnas svar om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och digitalisering av sjukintyg [173]. I denna rapport redovisas svar på de 133 frågor som förekom i enkäten 2017 för samtliga läkare (röd färg) och för sjukskrivande läkare (blå färg) i Jönköpings län samt från analyser av deras öppna kommentarer. Först beskrivs datainsamlingen och framtagningen av frågeformuläret.

2017 års enkätstudie

Enkäten 2017 skickades i maj 2017 till cirka 34 000 läkare som då bodde och arbetade i Sverige och var yngre än 68 år eller som nyligen fyllt 68 år. Av dessa var cirka 1000 från Jönköpings län. Läkare som enligt tidigare enkäter arbetade inom verksamheter där sjukskrivning av patienter förekom, samt läkare under utbildning inkluderades. Läkare inom geriatrik, barn- och ungdomsvård, laboratorieverksamhet etcetera inkluderades inte. Av misstag inkluderades inte heller de flesta läkare inom gynekologi och obstetrik, med undantag från i Stockholm [1]. Enkäten stängdes i oktober 2017. Studiepopulationen baserades på uppgifter i Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR), som administreras av QuintilesIMS.

Enkäten

Enkäten utgick från tidigare enkäter [1, 36, 55, 56] där den senaste skickades till läkarna i Sverige år 2012. Därefter har vissa förändringar skett när det gäller läkares arbete med sjukskrivningar, vilka också behövde beaktas i revidering av frågorna. 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 [243, 244]. Från referensgruppen och andra intressenter inkom dessutom förslag på ett stort antal ytterligare frågor. Det fanns även önskemål om att minska antalet frågor från de 163 frågorna i 2012 års enkät. Samtliga förslag diskuterades inom projektgruppen och med referensgruppen ett flertal gånger och olika versioner av nya frågeformulär prövades.

Frågeområden

Följande övergripande *frågeområden* ingick i enkäten:

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

Datainsamling

För att kunna genomföra enkätstudien med största möjliga anonymitet för deltagarna fick Statistiska centralbyrån (SCB) 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.

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

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

Projektet har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm.

Svarsfrekvens

Enkäten skickades ut till 34 718 läkare i hela landet i maj 2017. Det framkom att några av dessa inte ingick i studiepopulationen, till exempel på grund av att de emigrerat, inte var yrkesverksamma längre eller avlidit. Antalet läkare i studiepopulationen var således 34 585 personer. Statistiska centralbyrån (SCB) har baserat på postnummer till läkarens hemadress genomfört en bortfallsanalys uppdelad på boendelän. Svarsfrekvensen för Jönköping (60,5 %) var högre än för hela landet (54,1 %). Den skilde sig inte mellan kvinnor och män (Tabell 1). I resultatdelen presenteras svar från de läkare som i enkäten svarat att de huvudsakligen arbetar i Jönköpings län.

Tabell 1. Svarefrekvens (%) uppdelat på kön bland läkarna i Jönköpings län.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarefrekvens %
Samtliga	923	558	60,5
Kvinnor	410	246	60,0
Män	513	312	60,8

Dataanalys

Projektgruppen erhöill aidentifierade data (det vill säga utan personnummer, namn, adress, etcetera). Enkätsvaren analyserades med deskriptiva statistiska analysmetoder. Vi har i rapporten valt att i stor utsträckning presentera resultaten grafiskt i figurform snarare än i tabellform, för att läsaren lätt ska kunna se eventuella skillnader.

Resultat från 2017 års enkät

Enkätsvaren 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 Jönköping och som har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna.

Huvudsakligen redovisas resultaten för samtliga sjukskrivande läkare. Vissa resultat redovisas även uppdelat på vårdcentralernas läkare och övriga läkare eller uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.

I bearbetningen av svaren behövde några justeringar göras. Några få läkare hade enligt registerdata högre utbildningsnivå än vad de angivit; dessa klassificerades enligt registerdata. De få läkare som kryssat i mer än ett alternativ för typ av klinik/mottagning hon eller han huvudsakligen arbetade vid kategoriserades till typ av klinik/mottagning baserat på sin specialistutbildning eller text i de öppna svaren.

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

Öppna svar 2017

I 2017 års enkät fanns det möjlighet att skriva kommentarer efter åtta frågor, såväl i webbenkäten som i pappersformuläret. Från Jönköping skrev 194 av de sjukskrivande läkarna minst ett öppet svar, hälften av dem var från vårdcentralsläkare. De öppna svaren har analyserats med hjälp av kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys [245-247] och resultaten presenteras i samband med resultaten från de slutna frågor som de relaterar till.

Några av de skrivna kommentarerna innehöll aspekter som kunde hänföras till fler än en kategori. De har då beaktats för var och en av dessa kategorier. Vi har inte redovisat kommentarer som rör förslag om införandet av andra försäkringssystem.

Citaten är direkt återgivna. För läsupplevelsen, och med respekt för att enskilda läkares säregna stavfel skulle kunna kännas igen, så har dock enklare rättning av uppenbara stavfel av texten gjorts. Om uppgifter i ett citat kunnat leda till identifiering av läkaren har dessa ersatts med XX. Förkortningar som läkaren använt har inte förklarats. I flertalet fall har vi inte redovisat all text en läkare skrivit utan valt ut delar av större textstycken. Om text mitt i ett citat tagits bort redovisas detta med /.../ mellan orden i citatet. Varje läkare som givit kommentarer har ett unikt ID nummer – detta visas efter respektive citat där VC betyder vårdcentralsläkare och ÖL betyder övriga läkare, till exempel (VC; 17028126831).

I en tidigare rapport har öppna svar och kommentarer om Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd samt om digitalisering av läkarintyg publicerats [248]. Den rapporten innehåller analyser av alla slutna och öppna svar avseende sådana kommentarer, det vill säga, även från läkare inom Jönköpings län. Här har alltså endast de öppna svaren från läkare i Jönköpings län analyserats, uppdelat på om de huvudsakligen arbetade inom vårdcentral eller inom övrig typ av klinisk verksamhet.

Resultat

Presentationen av resultaten är indelad i två avsnitt, som även markeras med rött respektive blått.

1: Samtliga läkares svar

Redovisning av svar från *samtliga* läkare i Jönköpings län som besvarade 2017 års enkät vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens för hela studiepopulationen samt uppdelat på vårdcentraler samt övriga kliniker/mottagningar.

Röda tabeller och figurer

2: Svar från sjukskrivande läkare

Redovisning av svar från 2017 års enkät för läkare i Jönköpings län som möter patienter sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning några gånger per år eller oftare, här kallade '*sjukskrivande läkare*' för att underlätta läsningen. I de flesta fall redovisas svaren för alla läkare totalt och uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Blå tabeller och figurer

1.

Samtliga svarande läkare i Jönköping 2017

1. Svar från samtliga svarande läkare 2017

Antalet läkare som besvarade enkäten och huvudsakligen arbetade i Jönköping var 541, varav 44 procent var kvinnor. Andelen kvinnor bland de deltagande i hela landet var 50 procent [1], alltså något större än i Jönköping.

Läkarnas medelålder var 44 år med en något större andel i den äldsta åldersgruppen bland övriga läkare (23 %) än på vårdcentraler (20 %) (Tabell 2). En större andel med specialistutbildning fanns bland övriga läkare (69 %) än på vårdcentraler (63 %) medan andelen under pågående ST-utbildning var större på vårdcentraler (35 %) än bland övriga läkare (28 %).

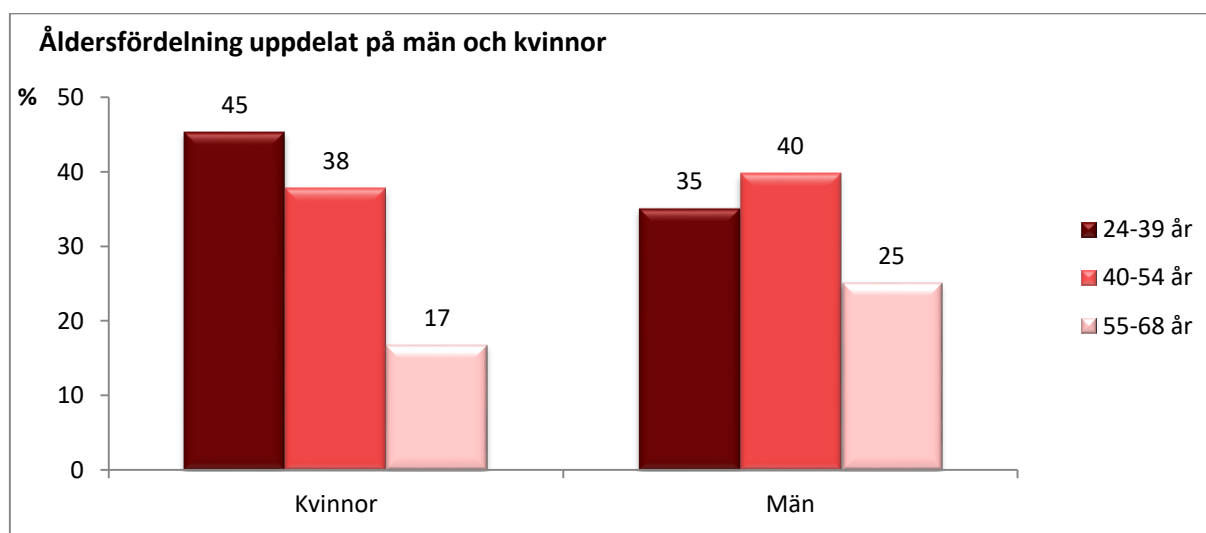
Tabell 2. Antal läkare, medelålder, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel i varje utbildningsnivå, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal svarande (n)	541	191	350
Kön	Kvinnor (%)	44	50	41
Ålder	24-39 år (%)	40	40	39
	40-54 år (%)	39	40	38
	55-68 år (%)	22	20	23
	Medelålder (år)	44	44	45
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	2	2	2
	Leg. läkare (%)	1	1	1
	Pågående ST-utbildning (%)	31	35	28
	Specialistutbildad (%)	67	63	69

Yrkesverksamma

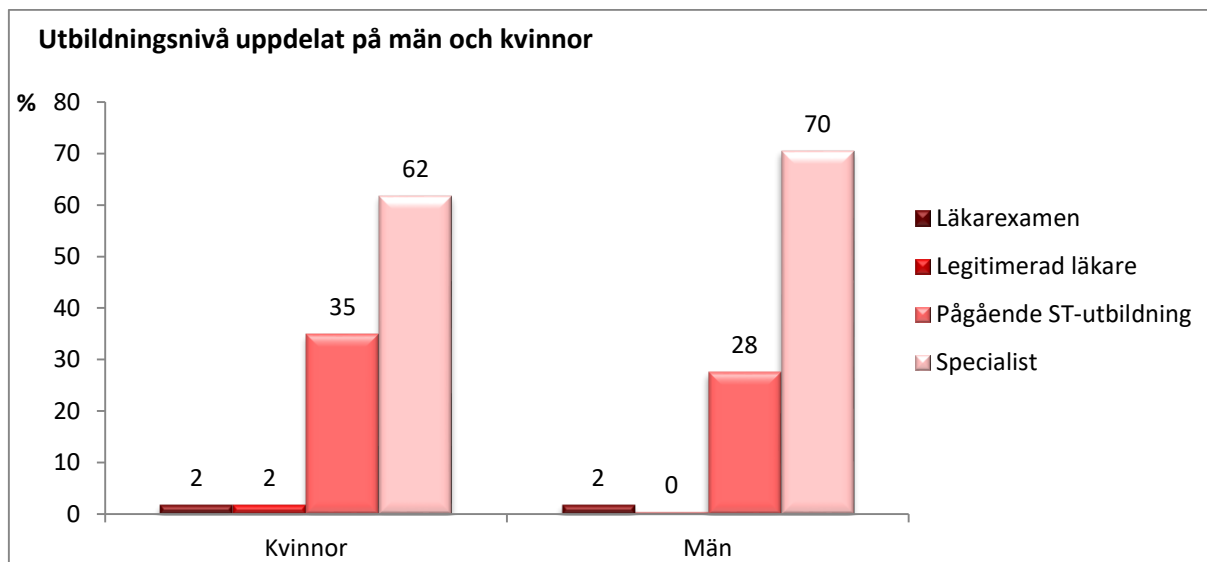
Resultatet i fortsättningen av detta avsnitt baseras på svar från de läkare (n=537) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och huvudsakligen arbetade i Jönköping.

En större andel kvinnor (45 %) än män (35 %) var 24-39 år och det omvända förhållandet gällde för den äldsta gruppen (kvinnor 17 %; män 25 %) (Figur 1).



Figur 1. Andel (%) läkare i respektive åldersgrupp, uppdelat på kvinnor och män.

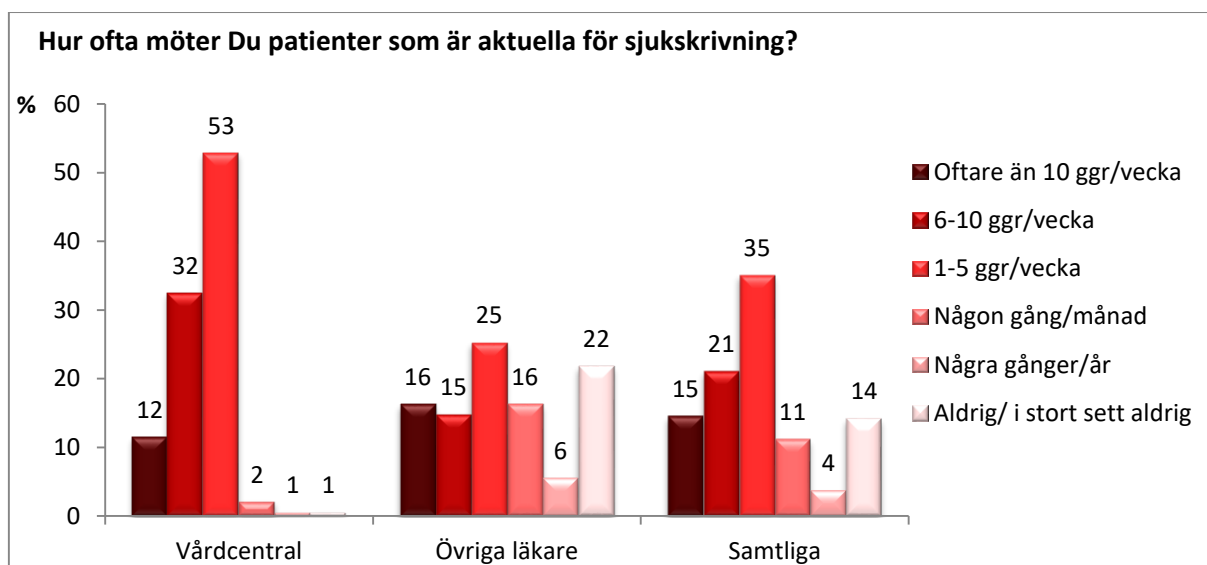
Det fanns även en viss könsskillnad avseende högsta utbildningsnivå (Figur 2). En något större andel av männen (70 %) än kvinnorna (62 %) hade specialistutbildning.



Figur 2. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, legitimerad läkare, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män.

Andel som hade sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer några gånger per år eller oftare kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer ledde till att patienten sjukskrevs, det vill säga, diskussion om sjukskrivning kan leda till att läkaren och patienten kommer fram till att sjukskrivning inte är det bästa alternativet. Resultatet visar att 71 procent av läkarna hade sådana konsultationer minst en gång per vecka (Figur 3). Skillnaden var stor mellan vårdcentraler (97 %) och övriga kliniska verksamheter (56 %). Endast 14 procent av samtliga sjukskrivande läkare svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig har sådana konsultationer. En liten andel av läkarna i Jönköping svarade inte på denna fråga (n=0,4 %); de har inte tagits med i de fortsatta analyserna.



Figur 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentral och övriga.

Resultat

2.

Svar från sjukskrivande läkare i Jönköping 2017

2. Svar från sjukskrivande läkare år 2017

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 459 läkare som svarat på enkäten och som:

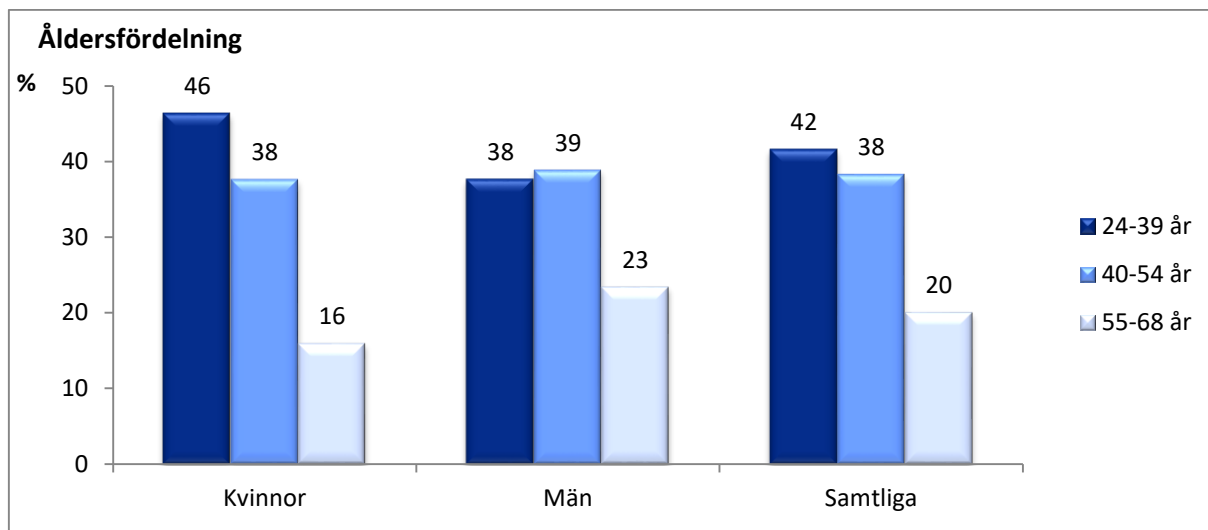
- hade adress i Sverige och huvudsakligen arbetade inom Jönköpings län
- var yrkesverksamma, det vill säga hade arbetat som läkare under den senaste 12-månadersperioden
- svarat att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning

För att underlätta läsningen kallas dessa läkare härnäst för *'sjukskrivande läkare'*. Av dem arbetade 190 (41 %) på vårdcentraler. Av de sjukskrivande läkarna var 45 procent kvinnor, av vårdcentralsläkarna var nästan hälften (49 %) kvinnor (Tabell 3). Medelåldern var 44 år både vid vårdcentraler och vid övriga kliniker/mottagningar. Sextiosex procent hade specialistutbildning, störst andel (68 %) bland dem på övriga kliniker/mottagningar. Andelen som hade läkarexamen eller var legitimerade läkare som högsta avslutade läkarutbildningsnivå utgjorde 2 respektive 1 procent av samtliga sjukskrivande. Vanligen slås resultat för dessa ihop i rapporten, de är dock få (n=12) och resultat ska tolkas med försiktighet.

Tabell 3. Antal sjukskrivande läkare, medelålder, andel (%) kvinnor, andel (%) i varje åldersgrupp och andel (%) per utbildningsnivå, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

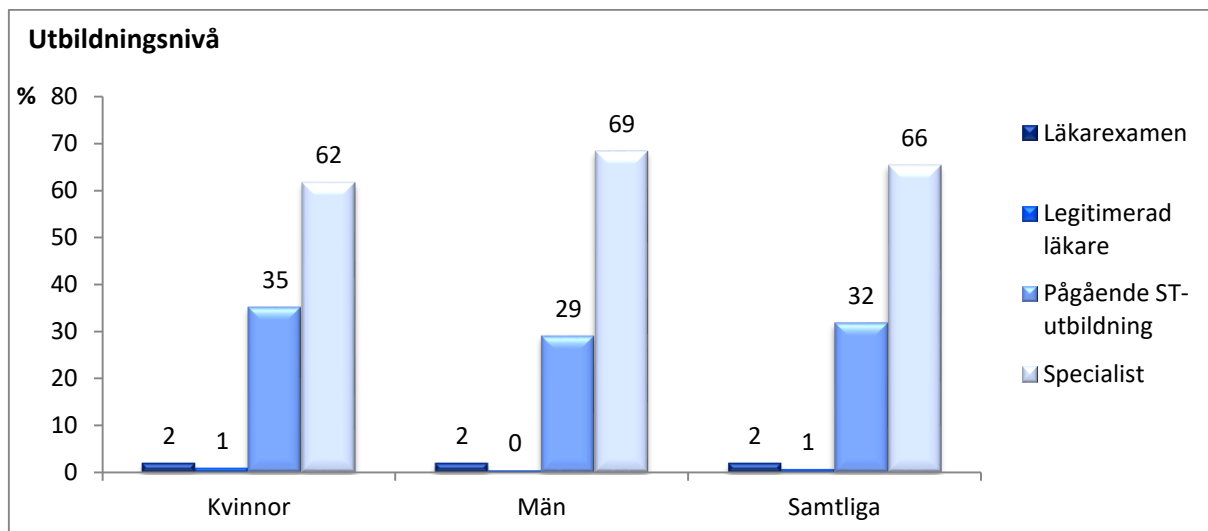
		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal svarande (n)	459	190	269
Kön	Kvinnor (%)	45	49	42
Ålder	24-39 år (%)	42	41	42
	40-54 år (%)	38	40	37
	55-68 år (%)	20	19	20
	Medelålder (år)	44	44	44
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	2	2	2
	Leg. läkare (%)	1	1	0
	Pågående ST-utbildning (%)	32	35	30
	Specialistutbildad (%)	66	63	68

Som framgår av Figur 4 skilde sig åldersfördelningen åt något mellan kvinnor och män. Bland kvinnorna tillhörde 46 procent den yngsta åldersgruppen och 16 procent den äldsta och bland männen var motsvarande andelar 38 respektive 23 procent.



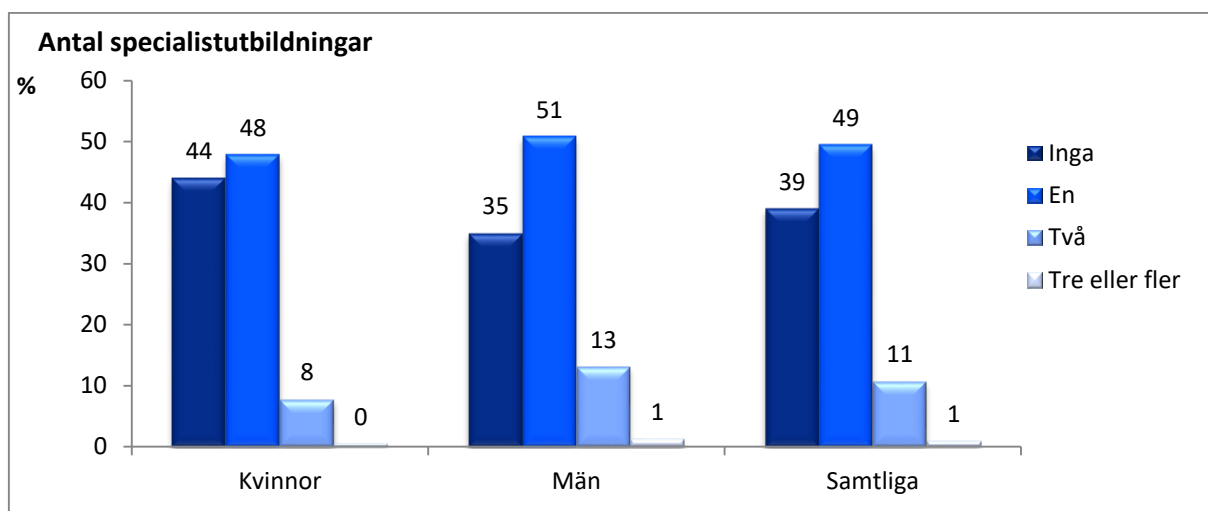
Figur 4. Andel (%) läkare i respektive åldersgrupp, för samtliga samt uppdelat på kvinnor och män.

En något större andel av männen (69 %) än kvinnorna (62 %) hade en specialistutbildning (Figur 5).



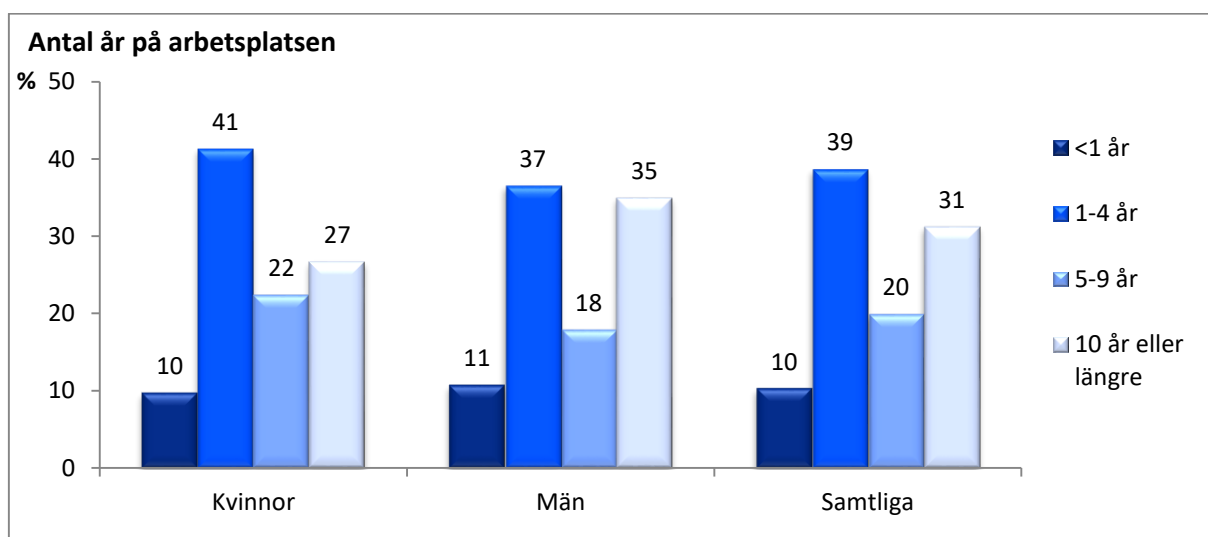
Figur 5. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, legitimerad läkare, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning, för samtliga samt uppdelat på kvinnor och män.

I Figur 6 framgår det att 12 procent av läkarna hade mer än en specialistutbildning och att den andelen var något större bland männen (14 %) än bland kvinnorna (8 %).



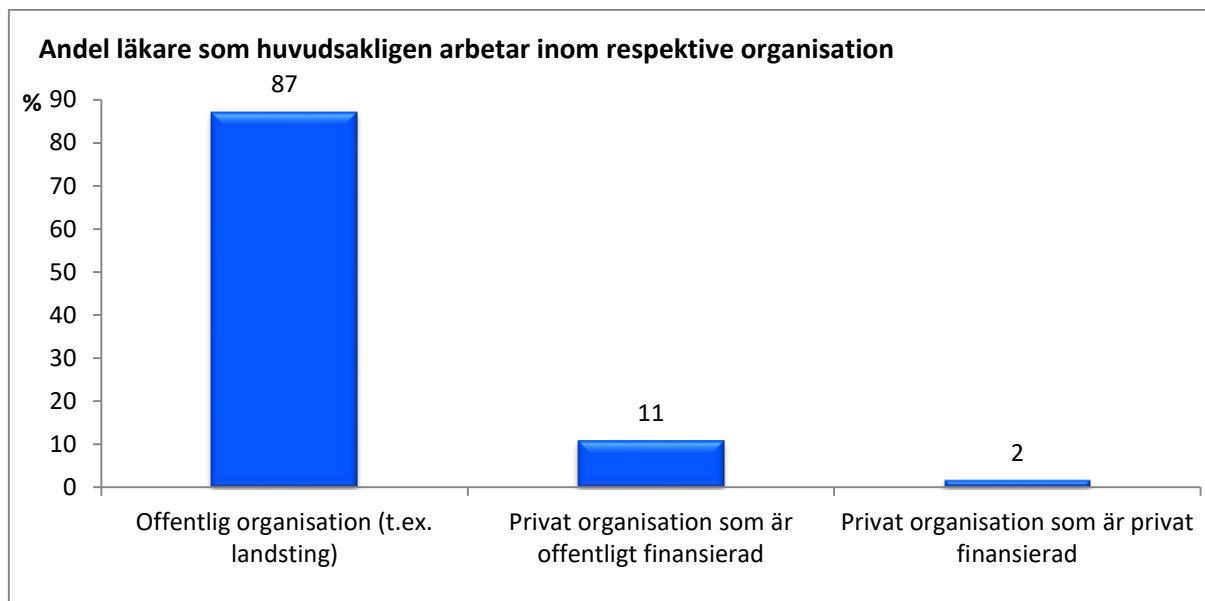
Figur 6. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, för samtliga samt uppdelat på kvinnor och män.

Hälften av läkarna hade arbetat mindre än fem år på sin nuvarande arbetsplats, en tiondel mindre än ett år och en tredjedel tio år eller längre (Figur 7). En något större andel män (35 %) än kvinnor (27 %) hade varit minst tio år på sin nuvarande arbetsplats.



Figur 7. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, för samtliga samt uppdelat på kvinnor och män.

Den absoluta majoriteten (98 %) arbetade huvudsakligen inom offentligt finansierad verksamhet; 87 procent i en offentlig organisation och 11 procent i en privat (men offentligt finansierad) organisation (Figur 8). Två procent (n=8) arbetade inom en organisation som både var privat organiserad och finansierad. I hela landet var andelen som arbetade i en privat organisation som var offentligt finansierad (16 %) och andelen som arbetade i en privat organisation som var privat finansierad (5 %) större än i Jönköping [1].

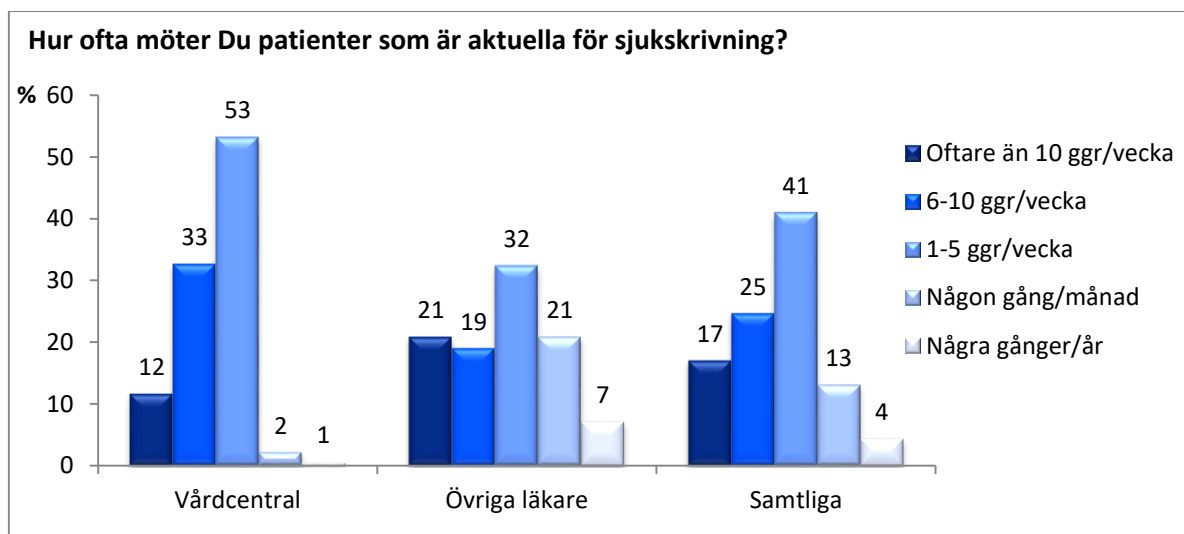


Figur 8. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation, inom en privat organisation som var offentligt finansierad respektive inom en privat organisation som var privat finansierad.

Deltagarna fick även svara på om de huvudsakligen arbetade som en så kallad hyrläkare/stafettläkare, vilket definierades som att vara inhyrd högst en månad i sträck på varje ställe. Totalt var antalet sådana hyrläkare/stafettläkare mycket lågt (färre än tio), varför vi inte särredovisar svar från dem.

Frekvens av sjukskrivningsärenden

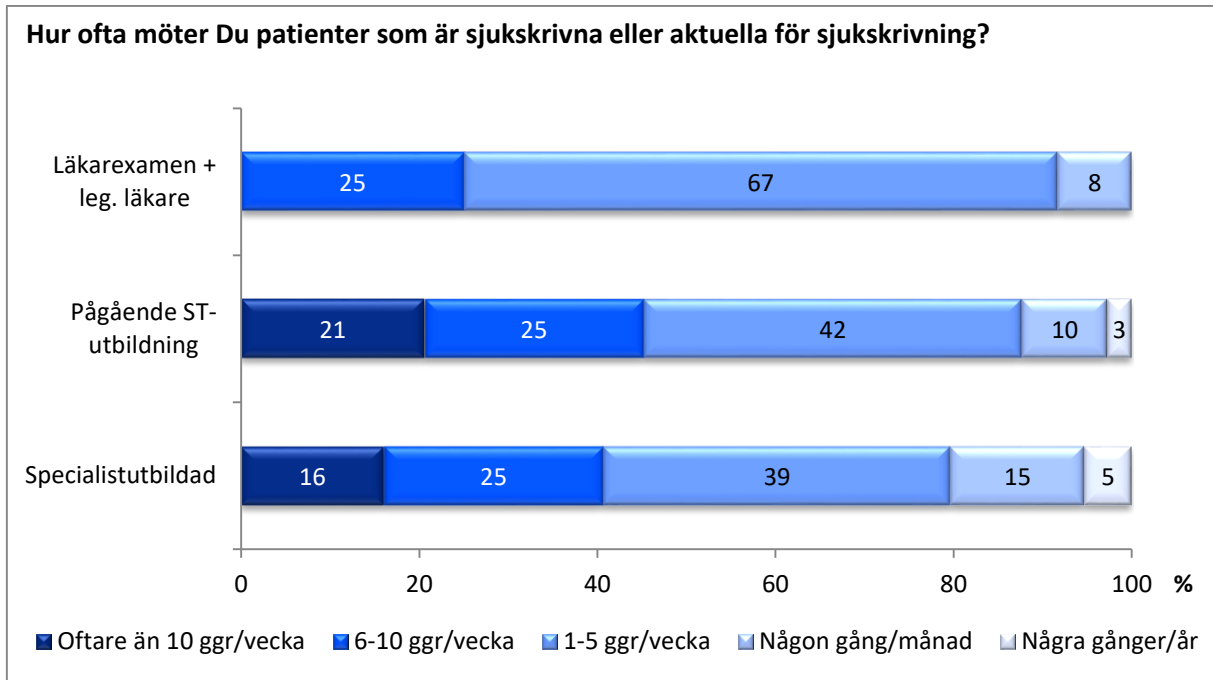
Som framgår ovan har de läkare som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning exkluderats i detta blå avsnitt. Åttiotre procent av läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka (Figur 9). Skillnaden var stor mellan läkare på vårdcentraler (98 %) och övriga läkare (72 %). Det var även stor skillnad när det gällde att ha sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka, men där var andelen större bland övriga läkare (21 %) än bland vårdcentralsläkarna (12 %).



Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

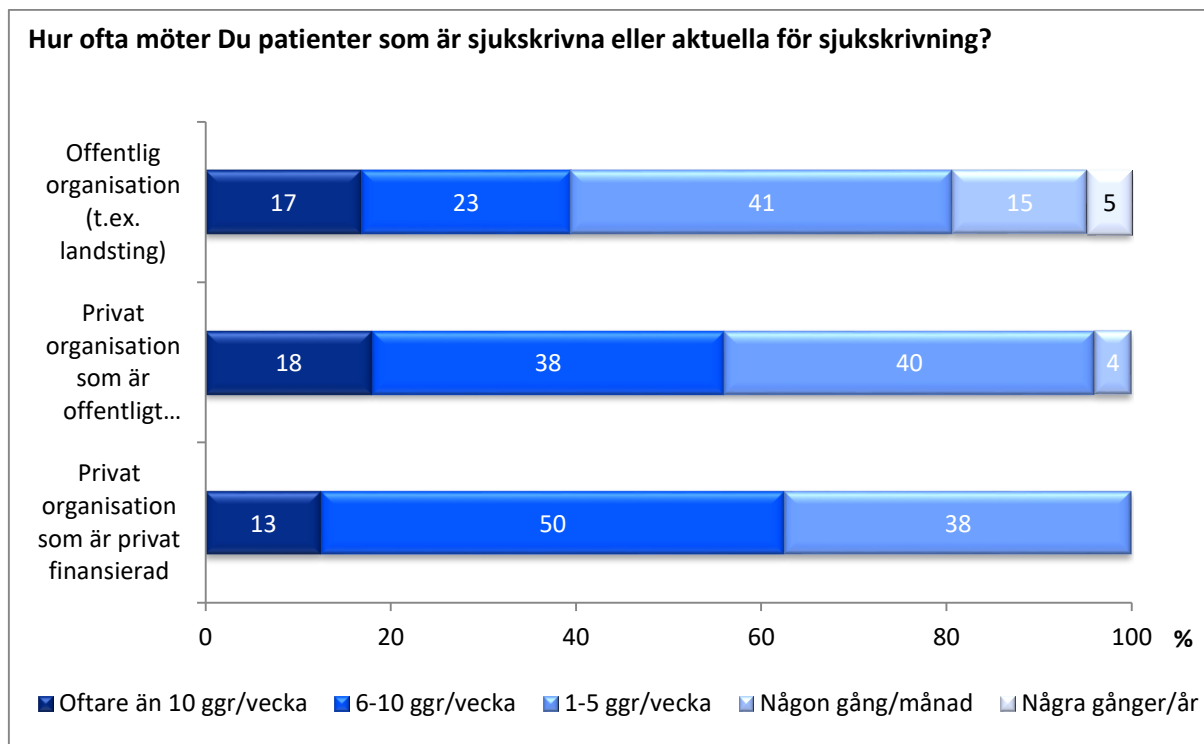
Resultat

Störst andel med sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka fanns bland dem med pågående ST-utbildning (21 %) (Figur 10). Störst andel med sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka fanns bland dem som hade endast läkarexamen eller var legitimerade läkare (92 %). Ingen av dem hade däremot sjukskrivningsärenden oftare än 10 gånger per vecka.



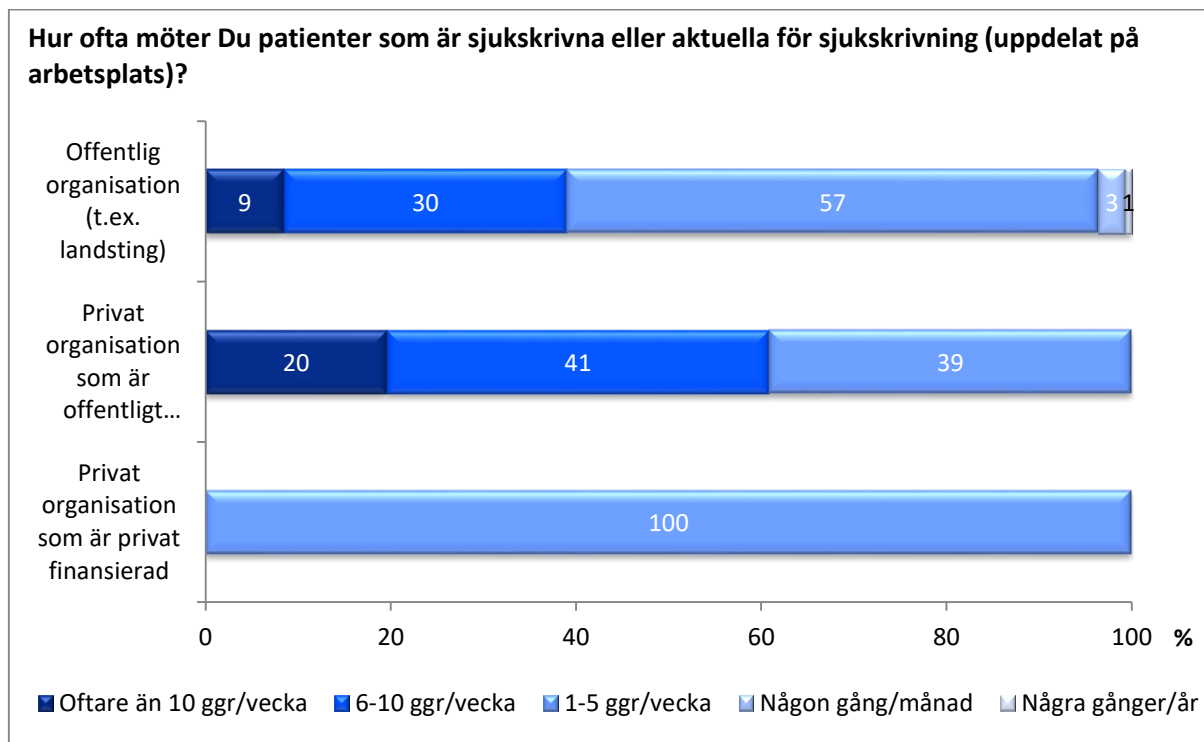
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.

En större andel av läkarna som arbetade i privata, offentligt finansierade, organisationer än läkarna som arbetade i offentliga organisationer hade sjukskrivningsärenden sex gånger per vecka eller oftare (Figur 11). Läkarna som huvudsakligen arbetade i privata organisationer som även var privat finansierade var, som framgår ovan, mycket få.



Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av organisation.

Ovanstående resultat redovisas i nedanstående figur specifikt för vårdcentralsläkarna (Figur 12). En större andel av dem som arbetar inom privat organiserade men offentligt finansierade vårdcentraler har sjukskrivningsärenden oftare.



Figur 12. Andel (%) vårdcentralsläkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av organisation.

Sammanfattning

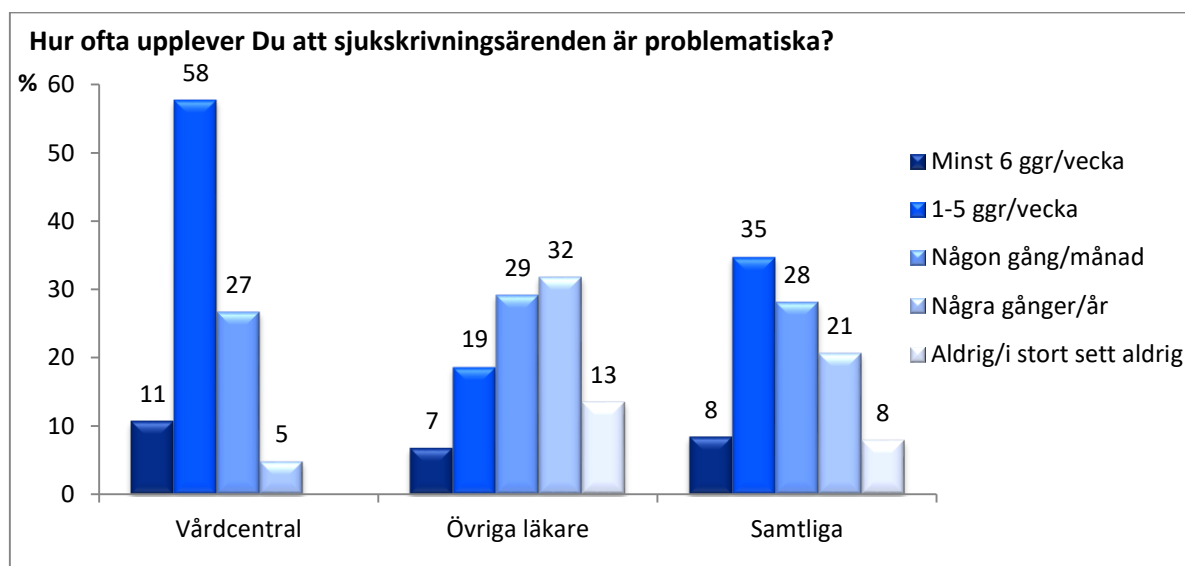
Av de sjukskrivande läkarna i Jönköping svarade fyra av fem att de har sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka med störst andel bland vårdcentralsläkarna (98 %) respektive bland dem med lägst utbildningsnivå (92 %).

Andelen som hade sjukskrivningsärenden minst tio gånger per vecka var däremot störst bland övriga läkare (21 %), bland ST-läkare (21 %) respektive bland läkare som arbetade i privata organisationer som var offentligt finansierade (18 %).

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett flertal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningsärenden. Resultat avseende detta visas för samtliga samt uppdelat för läkare på vårdcentraler och på övriga läkare.

På en övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska svarade 43 procent att de upplevde detta minst en gång per vecka (Figur 13). Av vårdcentralsläkarna svarade 69 procent detta, medan motsvarande andel bland övriga läkare var 26 procent. Åtta procent av samtliga svarade att sjukskrivningsärenden aldrig eller i stort sett aldrig är problematiska; detsamma rapporterades av 5 procent av läkarna på vårdcentraler och 13 procent av övriga läkare.



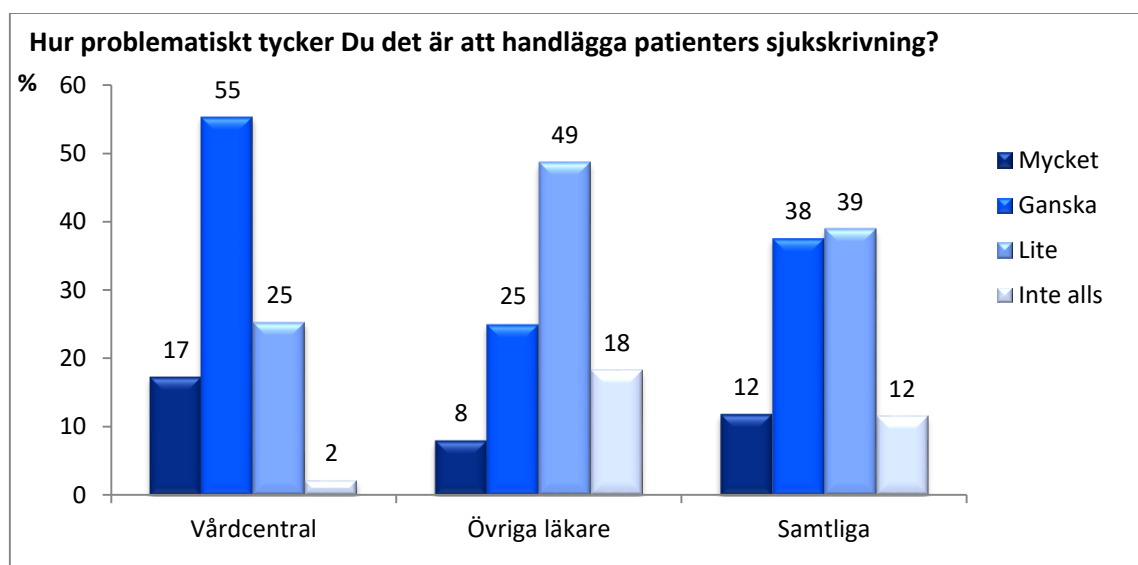
Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I Tabell 4 visas hur ofta läkarna upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska i relation till i vilken typ av organisation de huvudsakligen arbetade. Trettionio procent av läkarna i offentlig organisation och 72 procent av läkarna i privat organisation med offentlig finansiering upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Fyra procent av läkarna i privat organisation med offentlig finansiering och åtta procent av läkarna i offentlig organisation tyckte aldrig eller i stort sett aldrig att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Tabell 4. Andel (%) läkare bland dem i olika typer av organisationer i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

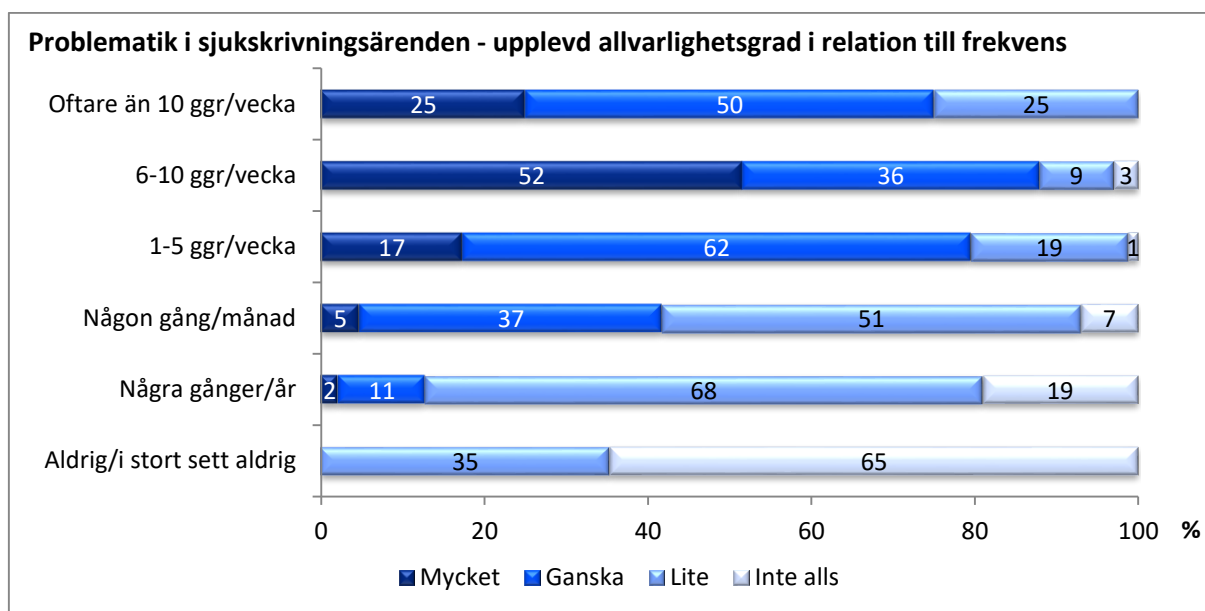
	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Offentlig organisation (t.ex. landsting)	9	30	30	23	8
Privat organisation som är offentligt finansierad	4	68	18	6	4
Privat organisation som är privat finansierad	13	38	25	0	25

I ovanstående resultat beskrivs läkares svar om hur *ofta* de ansåg att det är problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur* problematiskt läkarna tyckte att det är att handlägga patienters sjukskrivning. Tolv procent tyckte det är mycket problematiskt och en lika stor andel att det inte alls är problematiskt (Figur 14). Hälften av läkarna tyckte att det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning med en betydande skillnad (39 procentenheter) mellan vårdcentralsläkarna (72 %) och övriga läkare (33 %).



Figur 14. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I Figur 15 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematisk* handläggningen var i allmänhet. Av figuren framgår att de som ofta upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska i större utsträckning tyckte att handläggningen av patienters sjukskrivning i allmänhet var mycket problematisk. Störst andel som upplevde handläggningen av patienters sjukskrivning som mycket problematisk fanns bland dem som tyckte att sjukskrivningsärenden var problematiska 6-10 gånger per vecka (52 %); 36 procent i samma grupp uppgav att det var ganska problematiskt att handlägga sjukskrivningar.



Figur 15. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, uppdelat på hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska.

Hur problematiska är olika situationer?

I enkäten ställdes frågor om i vilken grad flera olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i figurerna nedan, medan några redovisas i avsnitten ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 48) respektive ”Samarbete och samverkan” (sidan 58) längre fram i rapporten.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter; 38 procent bedömde det som mycket problematiskt och 34 procent som ganska problematiskt (Tabell 5).

En majoritet av läkarna svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma arbetsförmågan även för patienter som hade ett arbete (68 %), att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat (66 %) samt att göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga (65 %). De fyra ovan nämnda situationerna var i högst grad mycket eller ganska problematiska både bland läkare på vårdcentraler och bland övriga läkare; däremot var omfattningen betydligt större bland vårdcentralsläkarna (80-88 %) än bland övriga läkare (53-63 %).

Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt är det att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt	Samtliga	19	36	34	10
	Vårdcentral	28	46	24	2
	Övriga läkare	12	30	42	17
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada	Samtliga	11	35	40	14
	Vårdcentral	18	46	31	5
	Övriga läkare	7	27	47	20
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	Samtliga	29	39	27	5
	Vårdcentral	43	45	10	2
	Övriga läkare	19	34	39	8
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete	Samtliga	38	34	21	7
	Vårdcentral	52	32	13	2
	Övriga läkare	28	35	27	10
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	Samtliga	9	31	39	22
	Vårdcentral	10	35	40	16
	Övriga läkare	7	28	38	27
... bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad	Samtliga	14	41	38	8
	Vårdcentral	22	44	31	3
	Övriga läkare	8	38	43	12
... göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga	Samtliga	23	42	28	8
	Vårdcentral	33	47	17	3
	Övriga läkare	15	38	37	11
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	Samtliga	29	37	26	8
	Vårdcentral	44	40	15	1
	Övriga läkare	18	35	34	13

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 [12, 36] (se sid 12). Mer än hälften svarade att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (Tabell 6); en större andel bland vårdcentralsläkare (76 %) än bland övriga läkare (41 %). Hälften ansåg även att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där patienten och läkaren har olika åsikter om behovet av sjukskrivning. Även här upplevde en större andel av vårdcentralsläkarna (61 %) än övriga läkare (44 %) detta.

Resultat

Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde nämnda situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt är det att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning	Samtliga	3	29	47	21
	Vårdcentral	4	35	51	10
	Övriga läkare	3	24	45	29
... hantera Dina två roller; dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter	Samtliga	21	35	28	16
	Vårdcentral	32	44	18	6
	Övriga läkare	13	28	36	23
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning	Samtliga	11	39	38	11
	Vårdcentral	18	43	35	4
	Övriga läkare	7	37	40	17
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning ¹	Samtliga	4	19	43	35
	Vårdcentral	5	21	53	21
	Övriga läkare	2	16	32	50

¹De 33, 18 respektive 44 procent som på denna fråga svarade att det inte var aktuellt med denna typ av situation har exkluderats i analysen.

Avseende att skriva sjukintyg var det som ansågs mest problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg (Tabell 7). Sjuttiotvå procent av samtliga, 86 procent av vårdcentralsläkarna och 62 procent av övriga läkare, svarade att detta var mycket eller ganska problematiskt. Att skriva läkarintyg till Arbetsförmedling ansågs också vara problematiskt av många.

Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde olika aspekter av att skriva sjukintyg respektive komplettera intyg som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt är det att...		Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK	Samtliga	10	32	39	18
	Vårdcentral	16	40	34	10
	Övriga läkare	7	26	43	24
... svara på FKs begäran om komplettering av intyg	Samtliga	37	35	20	8
	Vårdcentral	47	39	12	2
	Övriga läkare	29	33	25	13
... skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)	Samtliga	9	26	45	20
	Vårdcentral	10	30	49	10
	Övriga läkare	9	23	41	28
... skriva läkarintyg till Arbetsförmedlingen, socialtjänst, etc ¹	Samtliga	13	33	35	19
	Vårdcentral	18	39	34	9
	Övriga läkare	7	27	37	29

¹De 18, 3 och 30 procent som på denna fråga svarade att det inte var aktuellt att skriva denna typ av intyg har exkluderats i analysen.

Det fanns en tydlig trend gällande hur problematiskt läkarna upplevde att det är att handlägga sjukskrivningar av olika varaktighet – ju längre sjukskrivningar, desto större andel svarade att handläggningen är mycket problematisk; från 1 procent för sjukskrivningar kortare än 15 dagar till 43 procent för sjukskrivningar längre än 180 dagar (Tabell 8).

Sjuttiofyra procent av läkarna uppgav att det inte alls var problematiskt att hantera kortare sjukskrivningar (<15 dagar) medan motsvarande andel för sjukskrivningar på 15-90 dagar var 18 procent. Två tredjedelar (66-67 %) tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera längre (91-180 dagar) såväl som mycket långa (>180 dagar) sjukskrivningar; andelen var större för vårdcentralsläkare än övriga läkare både för längre (vårdcentral 80 %; övriga 55 %) och för mycket långa (vårdcentral 83 %; övriga 55 %) sjukskrivningar. Nio respektive 13 procent av läkarna hade inte sjukskrivningsärenden som översteg tre respektive sex månader, störst andel bland övriga läkare. Bland läkarna som uppgav att mycket långa sjukskrivningar var aktuella tyckte så många som 88 procent av vårdcentralsläkarna och 68 procent av övriga läkare att handläggningen av dessa var mycket eller ganska problematisk (ej i figur eller tabell).

Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt är det att handlägga...		Ej aktuellt	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)	Samtliga		1	3	22	73
	Vårdcentral		1	4	26	69
	Övriga läkare		2	2	20	76
... sjukskrivningar (15-90 dagar)	Samtliga	1	6	24	51	18
	Vårdcentral	1	7	29	54	10
	Övriga läkare	2	5	20	48	24
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)	Samtliga	9	24	42	18	8
	Vårdcentral	3	26	54	14	2
	Övriga läkare	13	22	33	20	13
... mycket långa sjukskrivningar (> 180 dagar)	Samtliga	13	43	25	12	8
	Vårdcentral	5	57	27	8	3
	Övriga läkare	19	32	23	14	11

Frekvens av specifika situationer

På frågor som gällde kontakter med patienter svarade 17 procent av läkarna att de minst en gång per vecka möter en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada, 10 procent att de minst en gång per vecka säger nej till en patients önskan om sjukskrivning och 5 procent att de minst en gång per vecka är med om att patienten helt eller delvis säger nej till den sjukskrivning läkaren föreslår (Tabell 9). Att möta patienter som ville vara sjukskrivna av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada var vanligare bland vårdcentralsläkare (25 %) än övriga läkare (11 %); för övriga situationer var svarsmonstret likartat för de två läkargrupperna.

Resultat

Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada	Samtliga	17	33	32	18
	Vårdcentral	25	46	25	4
	Övriga läkare	11	24	36	29
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår	Samtliga	5	24	37	33
	Vårdcentral	5	36	40	18
	Övriga läkare	5	16	35	44
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning	Samtliga	10	33	44	13
	Vårdcentral	9	52	37	3
	Övriga läkare	11	19	49	21
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning	Samtliga	8	24	38	30
	Vårdcentral	10	39	37	13
	Övriga läkare	6	14	38	42

Oro och hot

En liten andel av läkarna (1 %) var oroliga för att bli anmälda av en patient kring sjukskrivning, kände sig hotade av en patient kring sjukskrivning eller kände oro för att patienter bytte läkare om de inte sjukskrev minst en gång per vecka; den absoluta majoriteten (>80 %) upplevde aldrig eller i stort sett aldrig detsamma (Tabell 10). Störst skillnad mellan vårdcentralsläkarna och övriga läkare fanns för andelen som aldrig eller i stort sett aldrig kände oro för att patienten skulle byta läkare om de inte sjukskrev; det rapporterades av 73 procent av vårdcentralsläkarna och 94 procent av övriga läkare.

Sett till de tre frågorna sammantaget uppgav majoriteten av läkarna (69 %) att de aldrig eller i stort sett aldrig upplevde någon av situationerna medan nio procent uppgav att de upplevde åtminstone en av de tre situationerna minst någon gång per månad (ej i figur eller tabell).

Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning	Samtliga	1	5	13	81
	Vårdcentral	2	6	18	74
	Övriga läkare	1	3	9	87
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning	Samtliga	1	4	14	81
	Vårdcentral	2	5	21	72
	Övriga läkare	1	3	9	87
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver	Samtliga	1	3	10	85
	Vårdcentral	3	5	20	73
	Övriga läkare	0	2	3	94

Sammanfattning

Hälften av samtliga läkare svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning; en större andel bland vårdcentralsläkarna (72 %) än bland övriga läkare (33 %). I likhet med läkare i hela landet upplevde drygt 40 procent av läkarna i Jönköpings län minst en gång per vecka att arbetet med sjukskrivningsärenden var problematiskt, andelen var störst bland vårdcentralsläkarna (69 %) [1]. Sjuttiofyra procent av läkarna som arbetade i privat organisation med offentlig finansiering och 40 procent av läkarna i offentlig verksamhet upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka.

Den uppgift i samband med sjukskrivningsärenden som flest läkare upplevde som mycket eller ganska problematisk var att bedöma hur patientens funktionsnedsättning begränsade arbetsförmågan; både för arbetslösa patienter (72 %) och för patienter som hade ett arbete (68 %). Även att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat (66 %) och att göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga (65 %) upplevdes som mycket eller ganska problematiskt av en majoritet. Skillnaderna mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare var stora; 80-88 procent av vårdcentralsläkare och 53-63 procent av övriga läkare svarade att dessa arbetsuppgifter är mycket eller ganska problematiska.

En majoritet (56 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig och hälften (50 %) att hantera situationer när de och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning. Även här var andelen större på vårdcentralerna där 76 respektive 61 procent upplevde detta som problematiskt.

Sjuttiofyra procent ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg; 86 procent av vårdcentralsläkarna och 62 procent av övriga läkare.

Knappt tre fjärdedelar (73 %) av läkarna svarade att det inte alls är problematiskt att hantera de korta sjukskrivningsfallen (<15 dagar) och detsamma rapporterades av nästan en femtedel (18 %) när det gällde sjukskrivningar på 15-90 dagar. Bland de läkare som hanterade längre sjukskrivningsfall (>180 dagar) upplevde 78 procent att handläggningen av dem var mycket eller ganska problematisk.

En förhållandevis liten andel kände sig hotade av eller var oroad för att bli anmälda av patienter i samband med sjukskrivning, eller var orolig för att patienter skulle byta läkare om de inte sjukskrev dem. Även om de flesta läkare inte upplevde hot eller oro i samband med sjukskrivningsärenden, rapporterade drygt en fjärdedel av vårdcentralsläkarna att de gjorde detta några gånger per år.

Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. För samtliga orsaker var skillnaderna betydande mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Resultaten i Tabell 11 visar att de vanligaste orsakerna till att minst någon gång per månad sjukskriva längre än nödvändigt var väntetider till utredningar inom vården (42 %) och väntetider till behandlingar (37 %). För båda var andelen större bland vårdcentralsläkarna (63 % respektive 56 %) än bland övriga läkare (56 % respektive 24 %). Samma mönster återfanns för andelen som minst någon gång per månad sjukskrev längre än nödvändigt på grund av brist på återbesökstider, vilket rapporterades av 46 procent av vårdcentralsläkarna och 22 procent av övriga läkare.

Det motsatta gällde för andelen som aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredningar inom vården (vårdcentral 3 %; övriga 36 %) eller väntetider till behandlingar (vårdcentral 5 %; övriga 37 %), vilket alltså nästan inte förekom bland vårdcentralsläkare.

Sju procent sjukskrev minst någon gång per vecka patienter längre tid än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Försäkringskassan; ytterligare 16 procent gjorde detta någon gång per

Resultat

månad. Här fanns även den största skillnaden mellan andelen vårdcentralsläkare (21 %) och övriga läkare (71 %) som aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detta.

Tabell 11. 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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider	Samtliga	9	23	23	45
	Vårdcentral	13	33	25	29
	Övriga läkare	6	16	22	56
... väntetider till utredning inom sjukvården	Samtliga	13	29	36	22
	Vårdcentral	19	44	34	3
	Övriga läkare	8	18	38	36
... väntetider till utredning hos FK	Samtliga	7	16	27	50
	Vårdcentral	11	29	40	21
	Övriga läkare	4	8	17	71
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedlingen	Samtliga	4	13	24	59
	Vårdcentral	8	22	39	31
	Övriga läkare	2	6	14	78
... faktorer hos arbetsgivare	Samtliga	5	15	29	51
	Vårdcentral	8	27	43	22
	Övriga läkare	3	7	20	70
... väntetider till behandling	Samtliga	9	28	39	24
	Vårdcentral	13	43	40	5
	Övriga läkare	6	18	39	37
... att tillgång till annan adekvat behandling/rehabilitering saknas	Samtliga	7	18	28	47
	Vårdcentral	11	28	41	20
	Övriga läkare	5	11	19	65

Sex ytterligare frågor ställdes om andra möjliga anledningar till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt. Dessa frågor handlade om kontakten med patienten och med det egna vårdteamet (Tabell 12). De två orsaker som i störst utsträckning uppgavs förekomma minst en gång per månad var att patienten inte följde rekommendationer om behandling och rehabilitering (20 %) samt att det tog för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete (10 %).

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

Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering	Samtliga	4	16	33	47
	Vårdcentral	6	24	46	24
	Övriga läkare	2	9	25	64
... att Du vill undvika konflikt med patienten	Samtliga	3	6	33	58
	Vårdcentral	3	7	43	47
	Övriga läkare	3	5	26	66
... att Du vill undvika konflikt med anhörig/närstående till patienten	Samtliga	1	3	14	82
	Vårdcentral	0	3	15	81
	Övriga läkare	2	3	14	82
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete	Samtliga	2	8	26	63
	Vårdcentral	4	11	31	54
	Övriga läkare	1	7	23	70
... påverkan från andra i vårdteamet	Samtliga	1	7	26	67
	Vårdcentral	0	10	37	53
	Övriga läkare	1	5	18	76
... annan anledning	Samtliga	1	2	6	91
	Vårdcentral	1	3	10	87
	Övriga läkare	2	1	4	93

I en analys av de öppna svar som rörde längre sjukskrivning än vad som egentligen skulle vara nödvändigt framkom följande sex övergripande kategorier av svar: a) orsaker hos arbetsgivaren, b) väntetider inom vården, c) faktorer hos Försäkringskassan/regelverket, d) för få läkare vid vårdcentralen, e) andra inom vården ger patienten sjukskrivningsförväntningar, samt att f) specialistvården inte tar emot remisser. De sex olika kategorierna presenteras nedan, inklusive exempel på öppna kommentarer inom respektive kategori.

a) **Orsaker hos arbetsgivaren.** Här fanns två underkategorier; dels att arbetsgivare är ovilliga att göra anpassningar för att underlätta återgång i arbete, såsom nya arbetsuppgifter i organisationen eller att möjliggöra deltidsarbete, dels att arbetsgivare beskrevs sakna incitament för detta och att inte känna till sina skyldigheter.

Arbetsgivaren /.../ kan inte omplacera till andra arbetsuppgifter trots att de är en stor arbetsgivare, ffa kommunen med 10 000 anställda, så kan de inte hitta andra arbetsuppgifter. Ex. har en sjukskriven undersköterska med utmattningssyndrom som arbetar på demens avd på äldreboende. Hon är intresserad av att pröva t ex jobb med barn/ungdomar men får ingen hjälp – inte ens av FHV. (VC; 17028100216)

Att arb.giv. ej kan anpassa arbetsuppgifterna. (VC; 17028126831)

Faktorer hos arbetsgivaren: oförmåga till anpassade arbetsuppgifter. Bristande engagemang. Situation där arbetsgivaren vill lägga över allt ansvar på patienten. Bristande kunskap hos arbetsgivaren om lagstadgade skyldigheter. Avsaknad av strukturerad arbetsbeskrivning. (VC; 17028314635)

Arbetsgivaren kan inte erbjuda uppgifter på 25 %, 50 % eller arbetsgivare rädd för patientens liv eller hälsa (t.ex. om pt fick misshandel och livet är hotad vid återgång till arbete om gärningsmannen inte är gripen). (VC; 17028279531)

Det är inte ovanligt att patienter som jag bedömer kan börja jobba deltid och sannolikt utföra flertalet av sina arbetsuppgifter hävdar att deras chef inte vill ha dem tillbaks förrän de är helt

Resultat

återställda. Jag vet inte om chefen har sagt så eller om det är patienten som hittar på. Sedan finns det många fall när jag tänker att de kan jobba, en lärare borde väl kunna jobba även om hennes hand är skadad? Men patienten kanske inte håller med och när jag väljer att inte sjukskriva har jag noterat att någon kollega har gjort det senare. (ÖL; 17028316002)

Jag är hematolog och majoriteten av de pat jag sjukskriver är mkt svårt sjuka - genomgår t ex tung cellgiftsbeh pga lymfom eller annan malign hematologisk sjuk.

De flesta ggr jag och pat är oense om sjukskrivning så är det att pat vill arbeta medan jag tycker hen skall vänta.

Ganska många pat skulle kunna återgå i arbete tidigare om arb-givaren kunde bereda uppgifter som inte innebär infektionsrisk. (ÖL; 17028121261)

Arbetsgivaren tar inte sitt rehabiliteringsansvar, motarbetar patienten, följer ej rekommendationer från FK mm. (ÖL; 17028158792)

Arbetsgivare har dåliga möjligheter/incitament att tillhandahålla anpassade arbetsuppgifter som skulle möjliggöra återgång till arbete betydligt snabbare. (ÖL; 17028196529)

Andra åsikter fanns också:

Arbetsgivaren medverkar ofta oväntat bra. (VC; 17028216780)

Särskilt när det gällde privat sektor:

Vidare är offentlig verksamhet sämst när det gäller arbetsmiljö och anpassning vid återgång. Privata företag lyssnar ofta uppmärksamt vid avstämningsmöten och följer de råd vi ger från teamets sida. (VC; 17028173064)

b) Många läkare skrev om att långa **väntetider** ledde till längre sjukskrivningar än nödvändigt. I synnerhet till behandling (t ex psykolog, psykosocial resurs, sjukgymnast) och till andra specialister, men även till Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Lång flera månaders väntetid till sjukgymnaster knutna till VC, veckolånga väntetider till kurator ,mer än 6 månaders väntetid till operationer ,månadslånga väntetider till specialistläkare.

Hemskt när patienterna når 180-dagars gränsen när det beror på väntan till operation som pat inte kan göra något åt när man uttalat att patienten förväntas bli fullt arbetsför i nuvarande arbete efter operation (VC; 1702859560)

Tillgång till tidig beh./rehab. av Rehab. medicinska kliniken är alldeles för dålig när det gäller smärttillstånd. De vill se patienten först när det är kroniskt! Då har det ju gått för lång tid oftast! (VC; 17028100216)

För närvarande har vi remiss-stopp till vårdcentralens psykosociala team vilket påverkar behandlingstiden och därmed sjukskrivningstiden. (VC; 17028133423)

Vissa patienter skulle behöva mer avancerad rehabilitering än den vi kan erbjuda på vårdcentralen och tillgång till rehab. på annan vårdnivå är begränsad eller har lång väntetid (innebärande risk för längre sjukskrivning än avsett). (VC; 17028141533)

Väntetider är alldeles för långa hos Af och Fk när det är dags för arbetsträning gemensam kartläggning etc. Oerhört frustrerande när vi kämpat hårt för att få patienten åter i arbete. Ofta oflexibelt förhållningssätt från handläggare, ofta krävs stort mått av individualisering. (VC; 17028173064)

Tillgång till adekvat rehabilitering saknas: Dålig tillgänglighet på smärtenheten. Brist på smärtläkare /.../ långa väntetider till bedömning av arbetsförmåga på rehabiliteringsenheten. (VC; 17028314635)

brist på tillgång till psykosocial resurs som skulle underlätta cancerpatienter att återgå till arbetet efter kompletterande onkologisk behandling i kurativt syfte. (ÖL; 1702817236)

c) **Regelverket och Försäkringskassans handläggning** innebar också ofta mer sjukskrivning än vad som egentligen skulle varit nödvändigt.

Flexibiliteten i sjksk ärenden avgörs mer av olika kompetens/ åsikter hos olika FK handläggare kring handläggning av cancerpatienter. Jag upplever också att sjkskr blanketten är dåligt utformad för dessa patienter som ofta måste sjkskrivas innan start av behandling pga förväntade / möjliga biverkningar även om inte alla drabbas av förväntade biverkningar i den

grad som gör att arb förmågan är helt nedsatt. Blanketter och regler är dåligt anpassade till denna patientgrupp med kronisk cancer i palliativt stadié där arb förmåga skulle kunna bevaras om större flexibilitet tilläts också i blankett/ intygsförfarandet. Det är lättare att sjskiva längre tid på heltid även om patienten hade kunnat arbeta vissa dagar. Blanketten om särskild rehabiliterande behandling/ befrielse av karensdag är inte heller anpassad till cancerpatienter och patienterna stöter ofta på problem med denna. (ÖL; 17028189862)

De följande tre kategorierna förekom endast bland vårdcentralsläkare:

d) En kategori gällde att **få läkare vid vårdcentralerna** av olika anledningar medför längre sjukskrivningar.

Många kollegor har slutat och vi saknar besökstider och sedan kommer ledighet och detta gör att det ibland blir längre sjukskrivningar än vad som skulle behövas. (VC; 17028234577)

Kraven på vad primärvården skall sköta och de resurser vi får skiljer sig åt diametralt. Det finns alldeles för få läkare verksamma inom primärvården. (VC; 17028143232)

Förlänger ofta sjukskrivningar på kollegors patienter fram till planerat återbesök då jag finner det orimligt att sätta mig in i en ny patient. Bättre för alla om de kan vänta så man kan väga in alla faktorer. (ÖL; 17028253437)

Tycker försäkringskassan kidnappat mitt jobb alldeles för mycket med sina krav på ständiga återbesök och krav på kompletteringar. På en underbemannad vårdcentral med tillfälliga doktorer som skriver intyg som sedan ska kompletteras inom 1-2 veckor när doktorn har försvunnit och tid för återbesök hos ordinarie doktor inte finns på 1-2 månader, då kan man bli uppgiven. (VC; 1702878057)

e) En ytterligare kategori var att **andra inom vården hade givit patienten förväntningar om att bli sjukskriven**.

Kurator/psykolog har på min vårdcentral ett helt annat synsätt på sjukskrivningar än vad vi doktorer har. Flera patienter kommer med rekommendation från någon av dem att bli sjukskrivna vilket gör att det blir oerhört svårt för mig som doktor att säga motsatsen. Det händer också ofta att kurator på ex FHV eller sjukhuset (ibland också läkarkollegor på sjukhuset) hänvisar för sjukskrivning på vårdcentralen, inte sällan har de också uttalat sig om hur länge, upptrappningsschema osv. Oerhört frustrerande! (VC; 17028227381)

f) Ytterligare en kategori, som framförallt vårdcentralsläkare stod för, handlar om att **specialistvården inte tog emot de komplicerade ärendena**, vilket ledde till att patienter inte fick tillgång till stöd eller kompetens enligt behov.

Specialistvård tar inte emot patient när det blir för komplicerad, särskild inom psykiatri och neurologi. (VC; 17028167397)

Haft två patienter med förvärvat hjärnskada som inte någon specialistklinik ville ta hand om, varken neurolog eller rehabmedicin, utan det ska lösas i primärvården, vars kompetens inte räcker! (VC; 17028213522)

Patienter med somatiseringsstörningar valsar gärna runt i vården in flera år utan att någon tar tag i deras problematik. (VC; 17028213522)

Sammanfattning

Av de 13 möjliga anledningarna som listades i enkäten till att sjukskriva längre än vad som egentligen var nödvändigt svarade en majoritet att de aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detta för åtta av dem. Genomgående förekom länge sjukskrivningar än vad som skulle vara nödvändigt i större utsträckning bland vårdcentralsläkare än bland övriga läkare.

De vanligaste anledningarna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning och behandling inom sjukvården; 42 procent respektive 37 procent gjorde detta minst någon gång per månad. Bland vårdcentralsläkare fanns den största andelen som gjorde detta minst någon gång per månad; 63 procent på grund av väntetid till utredning inom sjukvården och 56 procent på grund av väntetid till behandling. Knappt hälften av vårdcentralsläkarna

Resultat

(46 %) och knappt en fjärdedel av övriga läkare (22 %) svarade att längre sjukskrivningar på grund av brist på återbesökstider förekom lika ofta. En femtedel av läkarna svarade att de minst någon gång per månad sjukskrev längre än nödvändigt på grund av att patienten inte följde rekommendationer om behandling och rehabilitering; även det var vanligare bland vårdcentralsläkare (30 %) än bland övriga läkare (11 %).

I de öppna svaren framkom ytterligare, mer preciserade anledningar till att sjukskrivningar blev längre än vad som egentligen var nödvändigt. Det rörde sig dels om att arbetsgivare inte var villiga att anpassa arbetsuppgifterna för att underlätta patientens återgång i arbete; något som upplevdes vanligare i kontakten med offentliga arbetsgivare. Bland vårdcentralsläkarna fanns även erfarenheter av att specialistvården inte tog emot de komplicerade ärendena. Ytterligare kategorier av svar som förekom endast bland vårdcentralsläkarna var att bristande resurser på vårdcentralerna och att patienter fått förväntningar på en viss sjukskrivning från andra inom hälso- och sjukvården bidrog till längre sjukskrivningar än vad som egentligen var nödvändigt.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) infördes hösten 2007 och har sedan dess delvis uppdaterats; både när det gäller de övergripande principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna om sjukskrivningslängd och -grad [2, 72]. I enkäten fanns ett flertal frågor om det försäkringsmedicinska beslutsstödet, dess användning och betydelse. Förkortningen FMB används för att underlätta läsningen.

Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer

Hälften av läkarna svarade att de känner till FMBs övergripande principer för sjukskrivning mycket väl eller något, knappt en fjärdedel att de känner till dem men inte läst dem och drygt en fjärdedel att de inte känner till dem (Tabell 13). Bland vårdcentralsläkarna var det 60 procent som kände till principerna mycket väl eller något, medan motsvarande andel för övriga läkare var något lägre (44 %). Drygt hälften av de läkare som kände till FMBs övergripande principer svarade att de är ett stöd i sjukskrivningsarbetet, med störst andel (58 %) bland övriga läkare.

Tabell 13. 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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

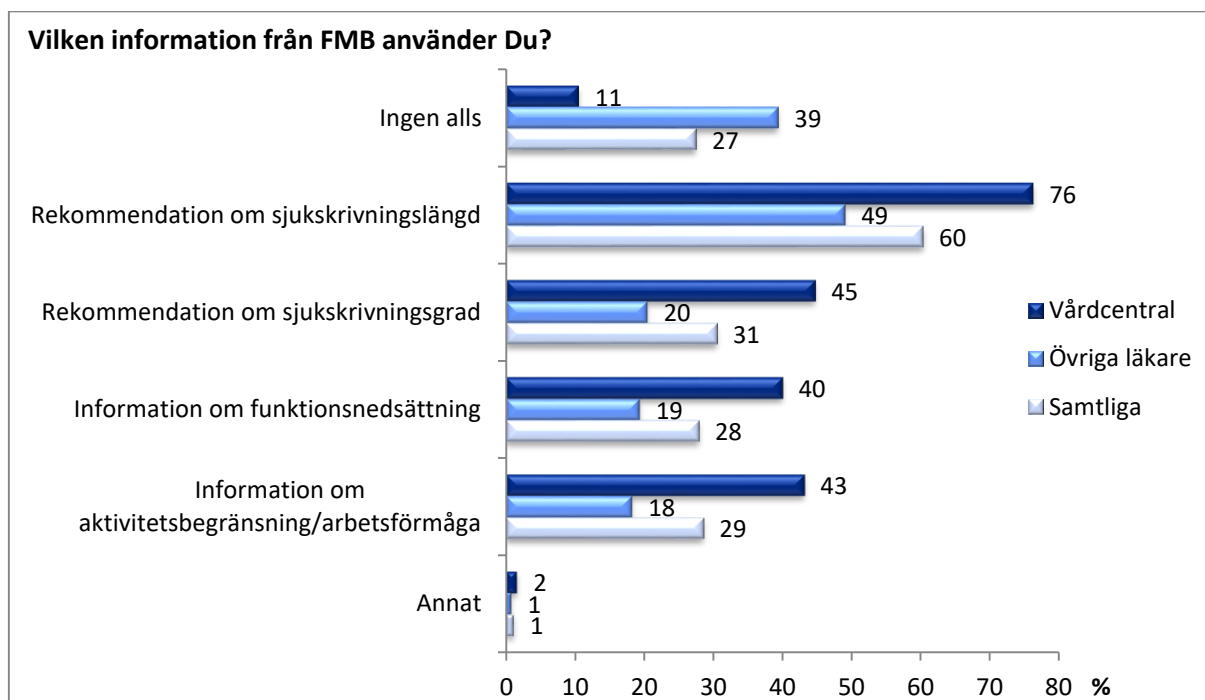
Klinik/mottagning	Känner Du till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning"?				Ger de Dig stöd i Ditt sjukskrivningsarbete? (andel (%) av de läkare som svarade "Ja, mycket väl" eller "Ja, något" på frågan ifall de känner till principerna)		
	Ja, mycket väl	Ja, något	Ja, men har inte läst dem	Nej	Ja	Nej, är inte användbara	Nej, är svårtillgängliga
Vårdcentral	11	49	20	20	53	39	8
Övriga läkare	7	37	24	32	58	30	12
Samtliga läkare	9	42	22	27	56	34	10

I de öppna svaren om Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning framkom tidsbrist som en orsak att inte ha tagit del av dem. Det fanns även förslag till hantering av detta, nämligen:

För mycket text. Gör dom enklare. (ÖL; 17028309270)

Användningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Rekommendationer om sjukskrivningslängd var den information från FMB som läkarna använde i störst utsträckning (60 %) (Figur 16). Andelen var större bland vårdcentralsläkarna (76 %) än bland övriga läkare (49 %). Övrig information användes av 28-31 procent av läkarna; även den i större grad av vårdcentralsläkarna (40-45 %). En dryg fjärdedel (27 %) svarade att de inte använder någon information från FMB, något som var vanligare bland övriga läkare (39 %) än bland vårdcentralsläkarna (11 %).



Figur 16. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Bland de öppna kommentarerna om FMB framkom följande fem kategorier av synpunkter: a) att fler diagnoser skulle ingå i FMB, b) FMB för samsjuklighet, c) Försäkringskassans tolkning av FMB och förtydligande av att patienters omständigheter varierar, d) hur ifyllningen av intyg kunde underlättas, e) tid att läsa och utbildas om FMB, samt f) minska textmassan i FMB.

a) En önskan från läkarna var att beslutsstödet skulle utökas så att det innefattade **fler diagnoser** (exempelvis neurologi, njurmedicin, hudsjukdomar såsom eksem, huvud/hals cancer).

Det finns inga FMB för min vanligaste patientgrupp. (ÖL; 17028219768)

Önskar att ännu fler diagnoser inbegrips i beslutsstödet. (ÖL; 17028330821)

Mer diagnoser och rekommendationer kring dessas handläggning. (ÖL; 17028344160)

Mer fyllig information vid stressrelaterad ohälsa, kring rehabilitering, kring komplicerande faktorer. (VC; 17028343550)

Jobbar framförallt med gravida kvinnor och upplever att det inte finns någon större förståelse för att vissa graviditetsrelaterade besvär som tex foglossning sällan blir bättre ju längre graviditeten går. (ÖL; 170284350)

b) det fanns motsvarande önskemål om att FMB ska behandla **samsjuklighet**, vad olika typer av samsjuklighet kan innebära för arbetsförmåga och behov av sjukskrivning.

Fler diagnoser! Samsjuklighet – hänsyn till det. (VC; 17028326472)

Resultat

c) Flera av kommentarerna handlade om **hur Försäkringskassan använde FMB** snarare än om FMB i sig. Det fanns önskemål om att det i FMB skulle vara tydligare att en individuell bedömning ska göras i varje ärende och att beslutsstödet inte beskriver en absolut sanning.

Att försäkringskassan tar mer hänsyn till patienten ifråga. FMB är faktiskt inte hugget i sten, ingen absolut sanning och ett tillstånd kan te sig olika och alla är nog heller inte överens om de olika sjukdomarnas behandling och prognos. (VC; 1702879600)

Det måste framgå att FMB är en rekommendation med stor individuell spridning. FK använder FMB som en bibel och även en överläkare kan stå på sig blodig om inte FMB 'godkänner' sjukskrivning. De faktiska omständigheterna kring en patient är för FK helt ointressant utan dom bedömer endast via FMB dvs ett statistiskt genomsnitt. Problemet är att ofta är FK så pass okunniga att dom inte förstår hur okunniga dom är... (VC; 17028184392)

Tydligare info om att individer är olika och att sjukskrivningsgrad och -längd kan behöva anpassas efter individen och andra sjukdomar. (VC; 17028228421)

Det fanns även motsvarande önskemål om att standardiseringar borde accepteras vid standardingrepp.

Kirurgiska standardingrepp ger ett stöd för standardmallar för respektive diagnos och ingrepp.

FK motsätter sig detta och anger att ett sjukintyg är personligt och ska skrivas individuellt. Sedan motsäger sig FK då man vill att vi använder just standardmallar för beslutsstödet... till exempel så görs 18 000 ljumskbråcksoperationer och 12 000 gallstensoperationer årligen bara i Sverige. Standardingrepp som ger likartad postoperativ smärta och instruktion vad gäller belastning etc.

Man skulle alltså spara en väsentlig tid på att använda en standardmall istället för att varje gång i lång skrift förklara för ngn uppenbart olärlig vad denna typoperation innebär för den enskilde patienten.

Individuellt, mer utförligt intyg bör dock användas vid ingrepp som är utanför rutin, komplikationer eller annat som leder till >4 veckors sjukfrånvaro. (ÖL; 17028150278)

d) Det fanns även förslag för att göra ifyllningen av intyg snabbare, exempelvis **mallar och en direkt koppling mellan FMB och intyget**.

Det borde räcka med diagnos-kod op-kod och sedan schablon! (ÖL; 1702856129)

Färdiga mallar för sjukintyget (VC; 7028133423)

Det är inte övergripande principer jag behöver utan detaljerade färdigskrivna intyg så jag inte behöver rabbla upp samma förbestämda ord i rutorna varje gång. För skriver jag begripligt för mig själv och patienten godkänns det inte. (VC; 1702879600)

Direkt koppling när man angivit diagnoskod i intyget. (ÖL; 17028233231)

e) Även här uttrycktes att det behövdes **mer tid**; både för att läsa FMB och för att få utbildning om FMB.

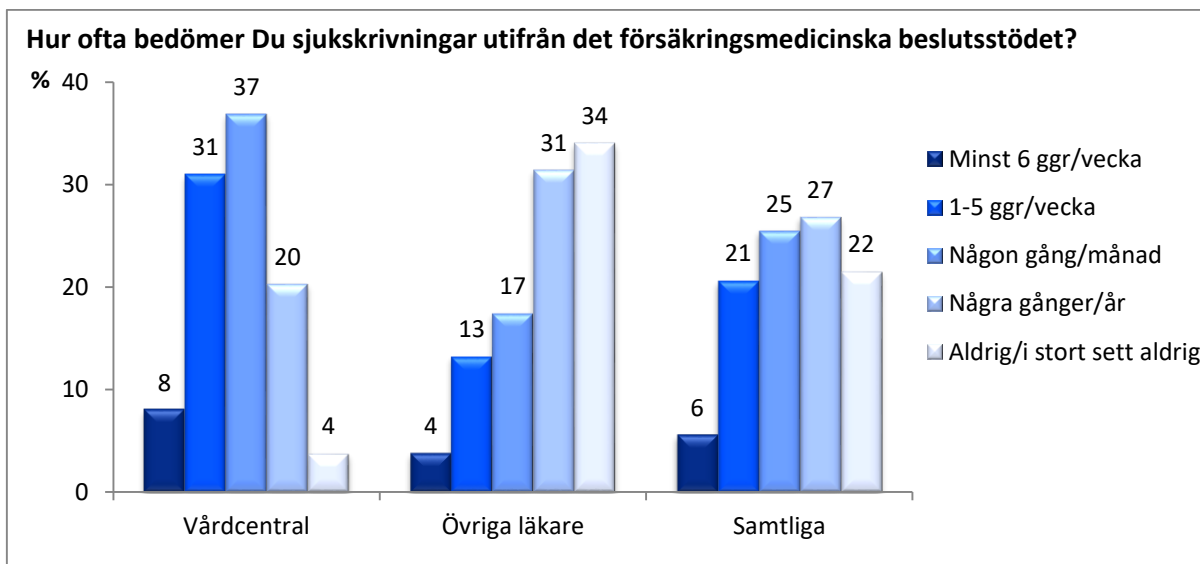
Tid att läsa! (VC; 17028192361)

Mer avsatt tid för utbildning om FMB. Svårt att hinna gå igenom under pågående mottagning. (ÖL; 17028344590)

f) Slutligen rörde en kategori av svar önskingar om **mindre textmassa i FMB**

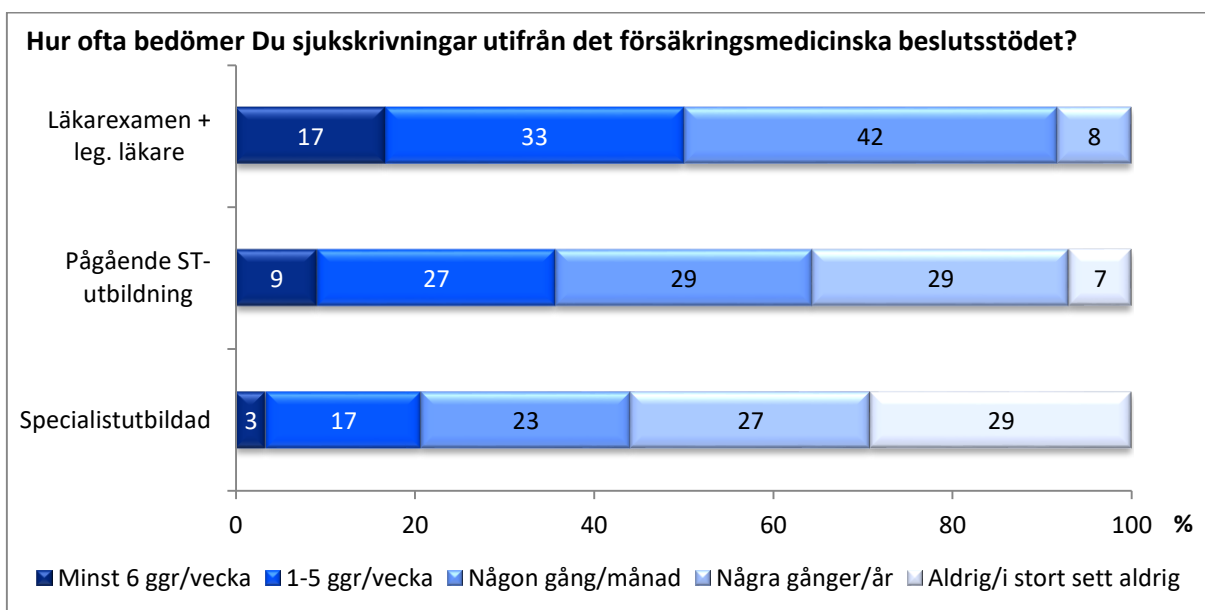
En enkel överskådlig "lathund" med tidsintervallen för de vanligaste diagnoserna (utan en massa brödtext). En laminerad A4-sida el. liknande. (VC; 1702867001)

Drygt hälften av läkarna (52 %) använde beslutsstödet minst någon gång i månaden (Figur 17) och generellt användes beslutsstödet i störst utsträckning av vårdcentralsläkarna. Andelen som minst en gång per vecka använde FMB var 39 procent bland vårdcentralsläkarna och 17 procent bland övriga läkare medan andelen som aldrig eller i stort sett aldrig använde FMB var 4 procent bland vårdcentralsläkarna och 34 procent bland övriga läkare.



Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

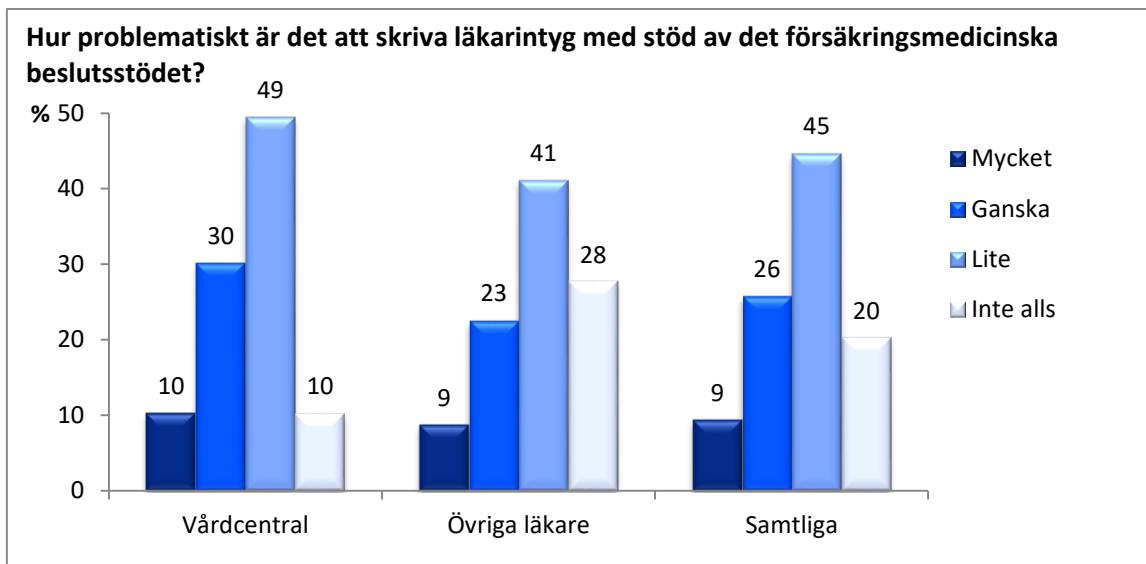
Skillnader i användningen av FMB minst en gång per vecka kan även ses i relation till utbildningsnivå, där användningen var störst bland dem som enbart har läkarexamen eller läkarlegitimation (50 %) och minst bland specialistutbildade (20 %) (Figur 18). En knapp tredjedel (29 %) av läkarna med specialistutbildning använde aldrig eller i stort sett aldrig beslutsstödet.



Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

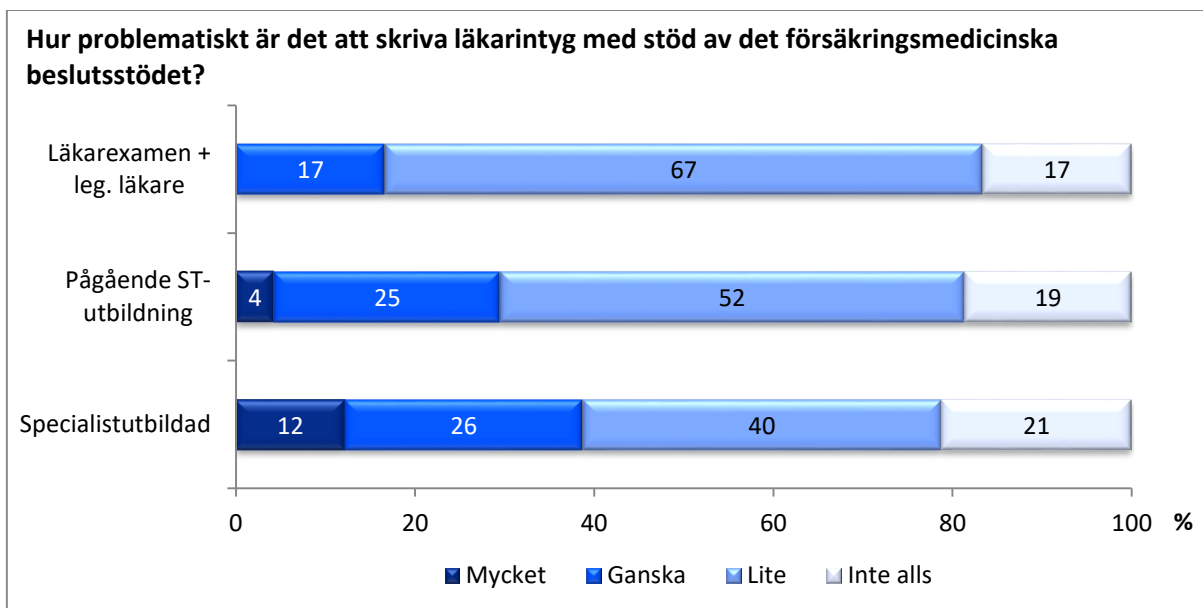
Problem med att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Majoriteten av läkarna (65 %) svarade att det är lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB (Figur 19). Trettiofem procent svarade att det var mycket eller ganska problematiskt. Fyrtio procent av vårdcentralsläkarna och 32 procent av övriga läkare svarade att det var mycket eller ganska problematiskt och 10 respektive 28 procent att det inte alls var problematiskt.



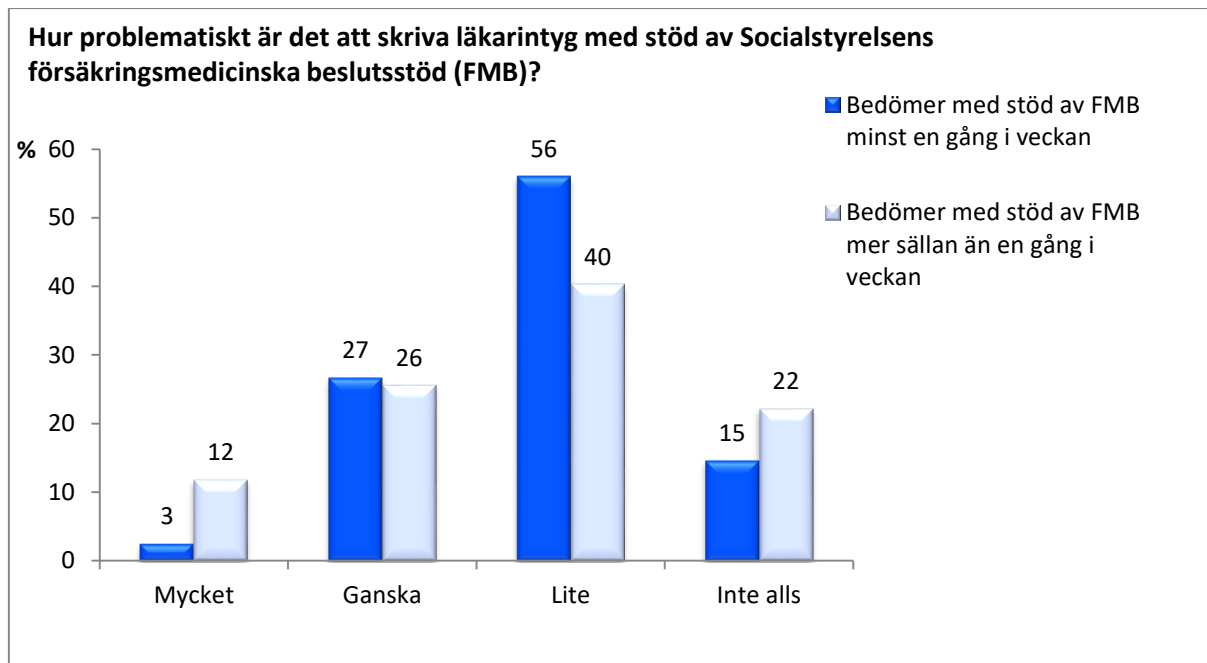
Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Störst andel bland dem som hade läkarexamen eller läkarlegitimation som högsta uppnådda läkarutbildningsnivå (84 %) och minst andel bland dem med specialistutbildning (61 %) tyckte att det var lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB (Figur 20). Tolv procent av de specialistutbildade uppgav att det är mycket problematiskt medan läkare med lägre utbildningsnivåer inte upplevde det.



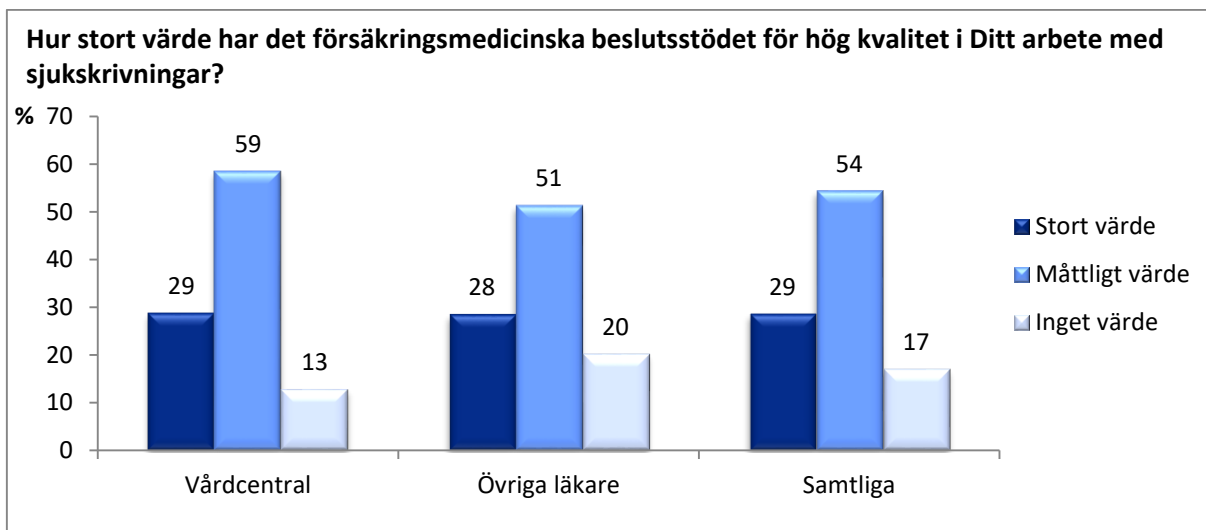
Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), uppdelat på högsta utbildningsnivå.

I Figur 21 relateras svaren på hur problematiskt läkarna ansåg att det är att skriva läkarintyg med stöd av FMB till hur ofta de gjorde bedömningar med stöd av FMB. Bland dem som skrev läkarintyg med stöd av FMB mer sällan fanns störst andelar som tyckte att det var mycket (12 %) såväl som inte alls (22 %) problematiskt; vilket kan jämföras med tre respektive 15 procent bland de som skrev läkarintyg med stöd av FMB oftare. Andelen som tyckte att det var lite problematiskt var däremot störst bland dem som oftare skrev läkarintyg med stöd av FMB.



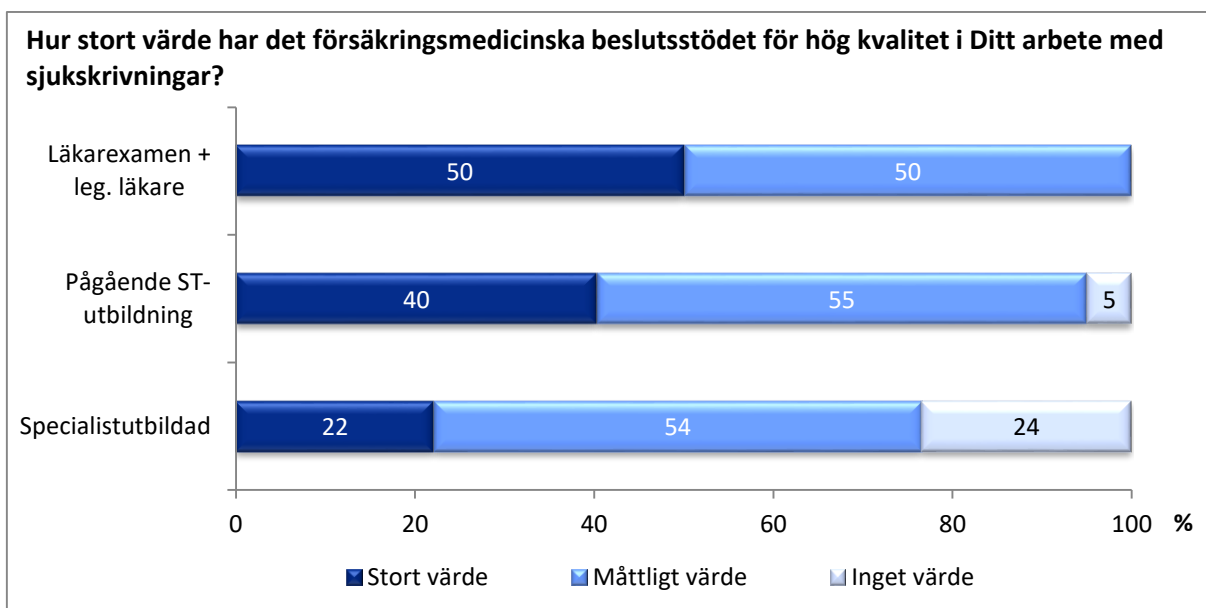
Figur 21. Andel (%) läkare uppdelat på hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i relation till hur problematiskt de tyckte att det är att skriva läkarintyg i enlighet med FMB.

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att FMB hade för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden. En tredjedel (29 %) ansåg att FMB har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, drygt hälften (54 %) att det har måttligt värde och mindre än en femtedel (17 %) att FMB inte har något värde (Figur 22). Det fanns inga större skillnader i andelen vårdcentralsläkare och övriga läkare som tyckte att det hade stort värde (28-29 %), medan störst andel vårdcentralsläkare tyckte att det hade måttligt värde (vårdcentral 59 %; övriga 51 %) och störst andel övriga läkare inte tyckte att det hade något värde (vårdcentral 13 %; övriga 20 %).



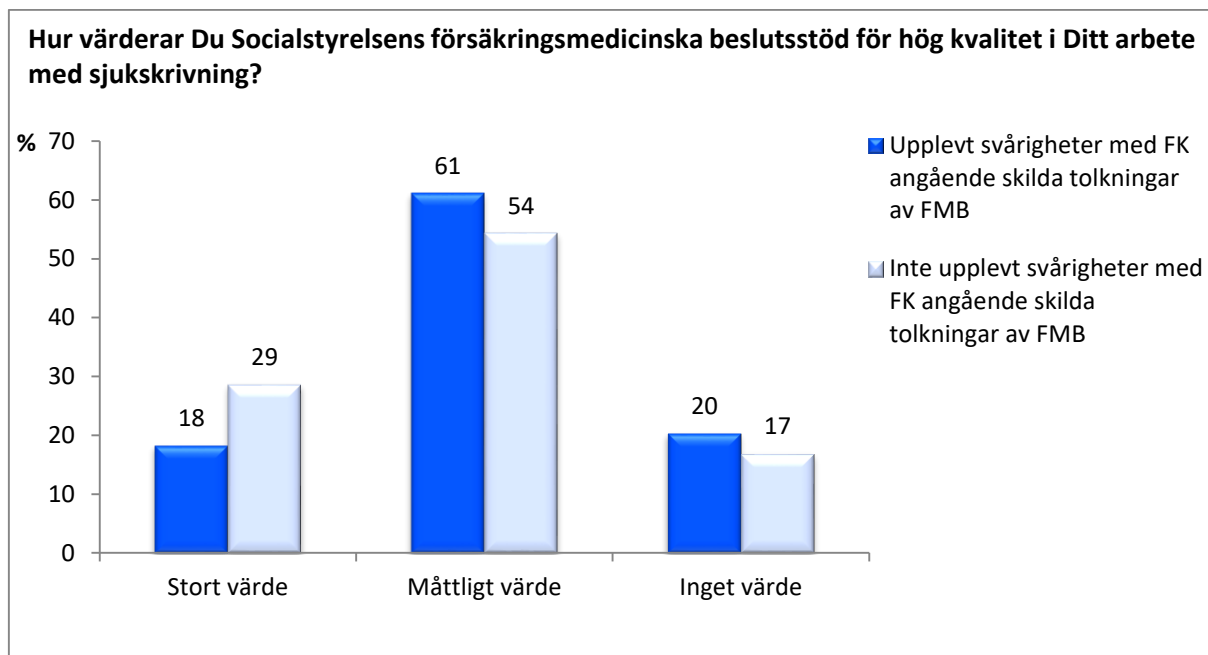
Figur 22. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Störst andel av läkarna som ansåg att FMB hade stort värde för kvaliteten fanns bland dem som hade läkarexamen eller läkarlegitimation (50 %), medan andelen för läkare med specialistutbildning var drygt en femtedel (22 %) (Figur 23). Däremot tyckte en fjärdedel (24 %) av läkarna med specialistutbildning att FMB inte hade något värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.



Figur 23. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Bland de läkare som upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB (Figur 34) svarade en femtedel (18 %) att FMB har stort värde för god kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar (Figur 24). Motsvarande andel var större bland de läkare som inte upplevt sådana svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (29 %).

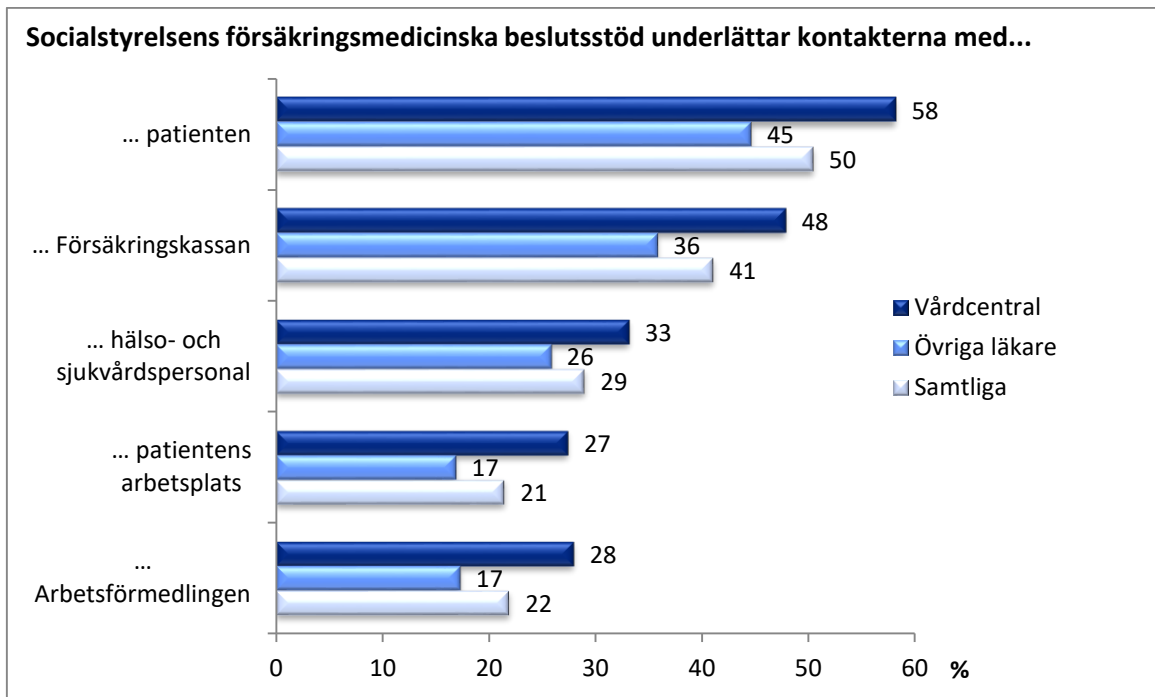


Figur 24. Andel (%) läkare uppdelat på hur de bedömde värdet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i relation till att ha upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB.

Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra

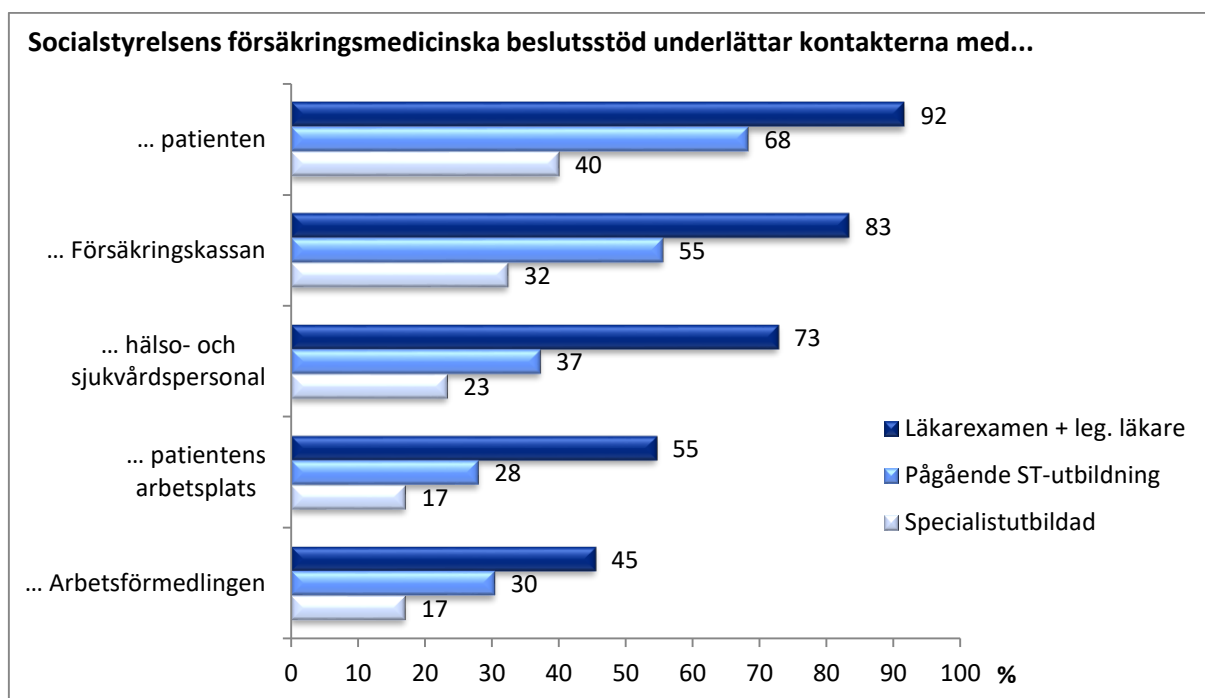
Bland läkarna i Jönköping svarade hälften att FMB underlättar kontakterna med patienten, 41 procent att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan och en tredjedel att FMB underlättar kontakterna med hälso- och sjukvårdspersonal (Figur 25). Även kontakterna med patientens arbetsplats och Arbetsförmedlingen underlättades av FMB enligt var femte läkare. Att en mindre andel läkare svarat att FMB underlättar kontakterna med patientens arbetsplats och med Arbetsförmedlingen ska relateras till att betydligt färre läkare har sådana kontakter.

En större andel vårdcentralsläkare än övriga läkare svarade att FMB underlättar olika typer av kontakter. Störst var skillnaden för i vilken utsträckning FMB underlättade kontakterna med patienter (vårdcentral 58 %; övriga 45 %) och med Försäkringskassan (vårdcentral 48 %; övriga 36 %).



Figur 25. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättade kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Svaren på om läkaren upplevde att FMB underlättade de olika typerna av kontakter varierade med utbildningsnivå (Figur 26). En klar majoritet av läkarna med de lägsta utbildningsnivåerna tyckte att FMB underlättade kontakten med patienten (92 %), Försäkringskassan (83 %) och hälso- och sjukvårdspersonal (73 %). Motsvarande andelar för specialistutbildade var 40, 32 respektive 23 procent. Det var även vanligare bland dem med lägst utbildningsnivå än bland dem med specialistutbildning att svara att FMB underlättade kontakten med arbetsplatsen (55 % respektive 17 %) och kontakten med Arbetsförmedlingen (45 % respektive 17 %).



Figur 26. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Ännu finns inte ICF (International Classification of Functioning) integrerat med FMB [3-7, 207]. Nedan ses en kommentar om detta:

Önskar att Fk kunde lära sig använda ICF-koder. (VC; 17028173064)

Ett annat förslag är att samla all information läkaren behöver om sjukskrivning på ett ställe

Det skulle vara av stort värde att samla all information om bästa sättet att handlägga sjukskrivning på en enda internet-sida/adress. Nu tittar jag i FMB på Socialstyrelsens hemsida, på intranätet i Regionen för hjälp att skriva bra intyg för olika diagnoser med förslag på ICF-koder. På denna internetsida skulle även den utredning/beh./rehab. som är mest lämplig vid olika diagnoser också beskrivas. (VC; 17028100216)

Sammanfattning

Hälften av läkarna svarade att de kände till Socialstyrelsens *övergripande principer* för sjukskrivning [2] mycket väl eller något; störst var andelen bland vårdcentralsläkarna (60 %). Av läkarna som kände till de övergripande principerna ansåg mer än hälften att principerna ger stöd i arbetet med sjukskrivning; störst andel bland övriga läkare (58 %).

Hälften av läkarna använde det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) i arbetet med sjukskrivningar minst någon gång per månad. Vanligast var detta bland dem med läkarexamen eller läkarlegitimation som högsta avslutade utbildningsnivå bland vilka hälften använde FMB minst någon gång per vecka. Trettionio procent av läkarna på vårdcentralerna använde FMB minst en gång per vecka. Motsvarande andel bland övriga läkare var 17 procent. Rekommendationer om sjukskrivningslängd var den information som användes i högst grad, bland 60 procent av vårdcentralsläkarna och 49 procent av övriga läkare.

Fyrtio procent av vårdcentralsläkarna och drygt en tredjedel av övriga läkare upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB. Andelen som angav att det inte alls är

Resultat

problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB var störst bland de läkare som bedömde sjukskrivningar utifrån FMB mindre än en gång per vecka (22 %).

En tredjedel av läkarna ansåg att FMB har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar, med små skillnader mellan läkargrupperna. En betydligt större andel av läkare som ännu inte var specialistutbildade (40-50 %) än specialisterna (22 %) svarade att FMB hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Beslutsstödet upplevdes underlätta kontakten med patienten för drygt 40 procent av läkarna; 58 procent av vårdcentralsläkarna och 45 procent av övriga läkare. En något mindre andel uppgav att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan (vårdcentral 48 %; övriga 36 %). De med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation var de som i högst grad upplevde att kontakten med patienten (92 %) och Försäkringskassan (83 %) underlättas av FMB.

I de öppna svaren framkom bland annat att läkarna önskade att FMB skulle finnas för fler diagnoser liksom för samsjuklighet. Tidsbrist för att läsa och utbilda sig om FMB var ytterligare en tydlig kategori av svar.

En annan kategori som identifierades var att Försäkringskassans handläggare använde FMB som en ”absolut sanning” eller ”lag” snarare än som ett stöd som beskrev en genomsnittspatient och skulle anpassas individuellt [248].

Samarbete och samverkan

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna respektive externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen.³ Som framgår av Tabell 14 förekom sådant samarbete internt med olika professioner inom hälso- och sjukvården. Samarbete eller remittering minst någon gång per vecka var vanligast med/till fysioterapeut eller arbetsterapeut (26 %) och kurator eller psykolog (24 %). Uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare var andelen 49 respektive 6 procent som samarbetade med eller remitterade till fysioterapeut eller arbetsterapeut och 47 procent respektive 11 procent med/till kurator eller psykolog minst någon gång per vecka.

Andelen som någon gång per månad eller oftare hade kontakt med de externa listade aktörerna låg mellan 6-31 procent. Fyrtiosex procent av samtliga svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterade eller hänvisade till företagshälsovård och en nästan lika stor andel (42 %) deltog (i stort sett) aldrig i så kallade avstämningsmöten. Hälften hade heller inte kontakt med patientens arbetsgivare på annat sätt. En uppdelning i de två läkargrupperna visar att andelen som aldrig eller i stort sett aldrig deltog i avstämningsmöten var betydligt större bland övriga läkare (67 %) än bland vårdcentralsläkare (4 %) och att samma mönster återfanns för andelen som (i stort sett) aldrig hade kontakt med patientens arbetsgivare på annat sätt (övriga 75 %; vårdcentral 17 %).

Tjugotre procent av vårdcentralsläkarna hade kontakt med Arbetsförmedlingen någon gång per månad eller oftare medan motsvarande andel för övriga läkare var mindre än en tiondel.

³ En ytterligare intern samverkansresurs, som alltfler kliniska enheter nu har infört, utifrån de senaste sjukskrivningsmiljarderna, är så kallade rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, vanligen kallade **rehabkoordinatorer**. Svar på frågor om rehabkoordinatorer redovisas nedan under rubriken Rehabkoordinator, sidan 80.

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralläkare och övriga läkare.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...		Minst någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... hänvisar Du till företagshälsovård?	Samtliga	2	15	37	46
	Vårdcentral	5	32	49	14
	Övriga läkare	0	3	28	69
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	24	21	18	37
	Vårdcentral	49	36	11	4
	Övriga läkare	6	10	23	60
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	26	25	20	29
	Vårdcentral	47	39	12	2
	Övriga läkare	11	15	25	48
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	6	21	40	33
	Vårdcentral	7	35	39	19
	Övriga läkare	5	12	40	44
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	6	25	27	42
	Vårdcentral	8	52	36	4
	Övriga läkare	4	7	22	67
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	6	14	29	51
	Vårdcentral	10	28	46	17
	Övriga läkare	4	5	17	75
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	1	5	27	67
	Vårdcentral	0	8	48	44
	Övriga läkare	2	3	12	83
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	1	14	36	49
	Vårdcentral	1	22	53	24
	Övriga läkare	<0,5	8	25	66

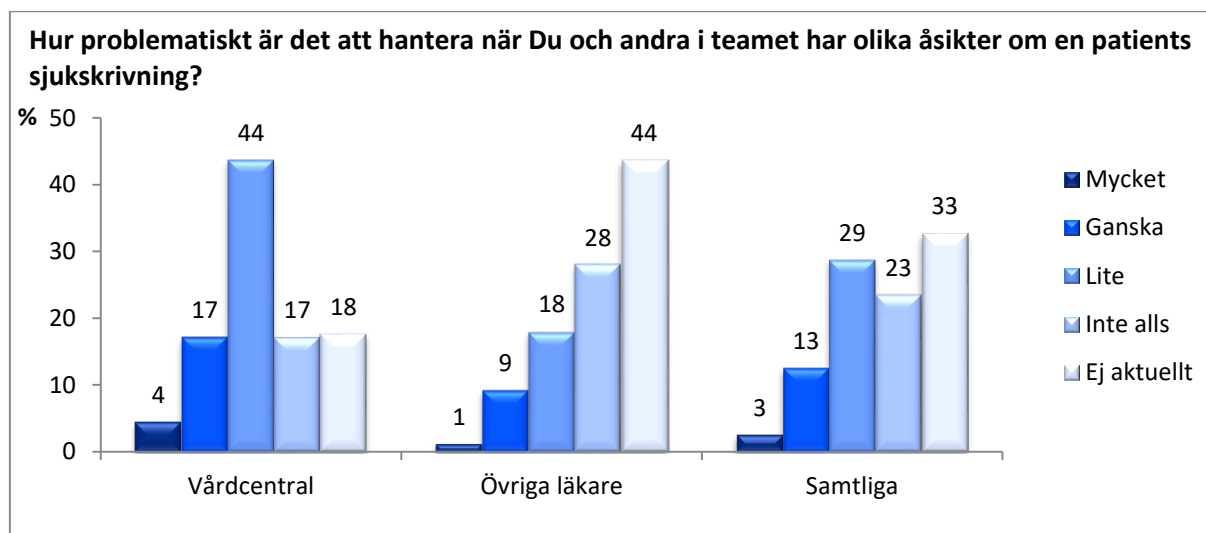
Cirka hälften av läkarna ansåg att det var av stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från fysioterapeut eller arbetsterapeut (54 %), rehabkoordinator (53 %) respektive kurator eller psykolog (48 %) (Tabell 15). Skillnaden mellan vårdcentralläkare och övriga läkare var störst när det gällde i vilken utsträckning de värdesatte underlag från kurator eller psykolog; 68 procent av vårdcentralläkarna och 33 procent av övriga läkare svarade att det har stort värde.

Resultat

Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur stort värde för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivningar har det att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från...		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
... annan läkare	Samtliga	34	44	21
	Vårdcentral	43	47	10
	Övriga läkare	28	42	29
... fysioterapeut/arbetsterapeut	Samtliga	54	31	15
	Vårdcentral	69	29	2
	Övriga läkare	43	32	25
... kurator/psykolog	Samtliga	48	35	16
	Vårdcentral	68	29	3
	Övriga läkare	33	40	26
... rehabkoordinator	Samtliga	53	33	14
	Vårdcentral	68	30	2
	Övriga läkare	42	35	23

En fråga gällde hur problematiskt det var att hantera situationer när läkaren inte har samma åsikter avseende en patients sjukskrivning som andra i vårdteamet (Figur 27). Tjugo procent av vårdcentralsläkarna och 10 procent av övriga läkare ansåg att sådana situationer var mycket eller ganska problematiska. Trettiofyra procent av läkarna svarade att sådana situationer inte var aktuella, vilket kan betyda att man oftast hade samma åsikter eller att läkaren inte hade tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete. Uppdelat på läkargrupperna visade det sig att det var vanligare bland övriga läkare (44 %) än bland vårdcentralsläkarna (18 %) att uppge att problematik där de och andra i teamet hade olika åsikter om en patients sjukskrivning inte var aktuell.



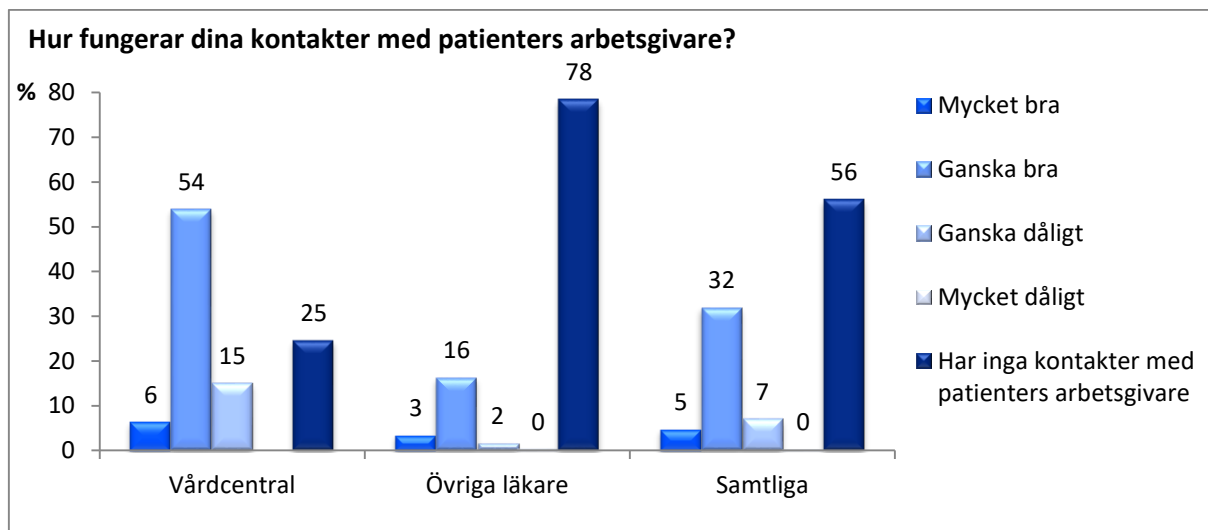
Figur 27. Andel (%) läkare som angav att det är mycket, ganska, lite, inte alls problematiskt eller ej aktuellt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Läkarna satte i störst grad stort värde vid möjligheter till kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens (53 %) och kontakter med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal (49 %). För dessa kontakter var skillnaden mellan de två läkargrupperna inte så stor, medan en större andel av vårdcentralsläkarna satte stort värde vid kontakterna med övriga externa aktörer. Störst skillnad fanns för i vilken utsträckning de värdesatte samverkansmöten eller avstämningsmöten, där 55 procent av vårdcentralsläkarna och 23 procent av övriga läkare angav att de hade stort värde.

Tabell 16. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

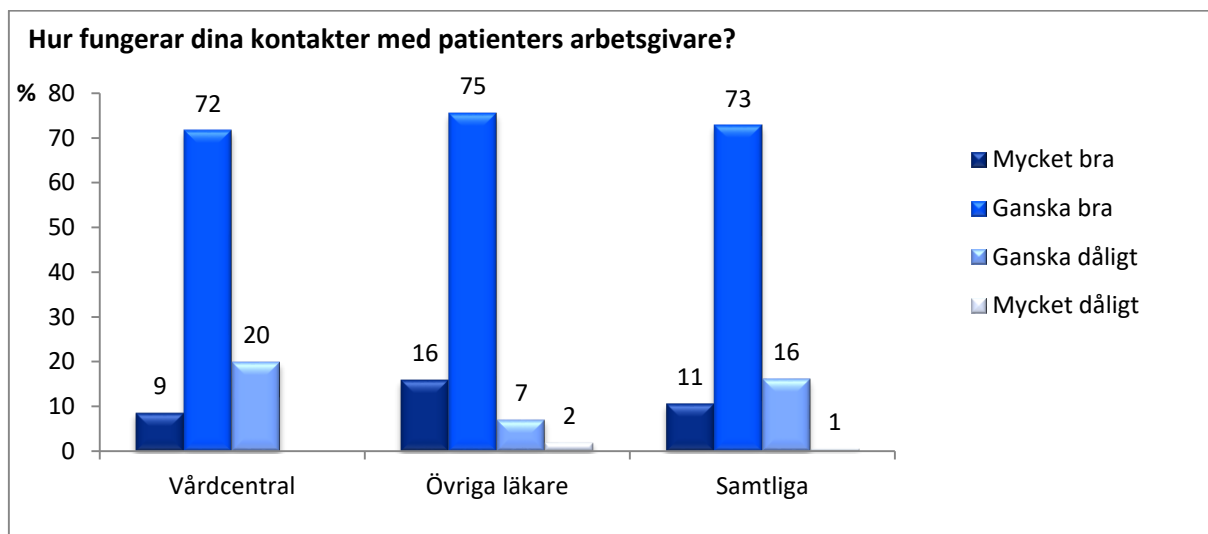
Hur stort värde för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivningar har följande		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
	Samtliga	53	38	9
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	Vårdcentral	57	38	5
	Övriga läkare	50	38	12
	Samtliga	49	44	7
Kontakter med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Vårdcentral	54	42	4
	Övriga läkare	45	45	10
	Samtliga	39	50	12
Kontakter med handläggare/utredare på FK	Vårdcentral	50	47	4
	Övriga läkare	30	52	18
	Samtliga	23	51	26
Kontakter med patienters arbetsgivare	Vårdcentral	38	53	10
	Övriga läkare	12	50	38
	Samtliga	16	54	30
Kontakter med Arbetsförmedlingen	Vårdcentral	24	63	13
	Övriga läkare	10	47	43
	Samtliga	37	43	20
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Vårdcentral	55	41	4
	Övriga läkare	23	45	32

Majoriteten av läkarna (56 %) svarade att de inte har några kontakter med patienters arbetsgivare, en större andel av övriga läkare (78 %) än vårdcentralsläkare (25 %) (Figur 28). Få ansåg att kontakterna fungerade mycket eller ganska dåligt (15 respektive 0 % bland vårdcentralsläkarna, 2 respektive 0 % bland övriga läkare) Sextio procent av vårdcentralsläkarna och 19 procent av övriga läkare uppgav av kontakten fungerade mycket eller ganska bra.



Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Detta kan relateras till att större andel av vårdcentralsläkarna hade kontakter med patienters arbetsgivare. I Figur 29 visas ovanstående motsvarande andelar för dem som faktiskt hade kontakter med patienters arbetsgivare. Störst andel som tyckte att kontakterna fungerade mycket bra (16 %) och ganska bra (75 %) fanns bland övriga läkare (jämfört med 9 respektive 72 % bland vårdcentralsläkarna) och störst andel som tyckte att kontakterna fungerade ganska dåligt (20 %) fanns bland vårdcentralsläkarna (jämfört med 7 % bland övriga läkare).



Figur 29. Andel (%) läkare som hade kontakt med patienters arbetsgivare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I öppna svar om läkarnas kontakter med arbetsgivare identifierades fyra kategorier. De var: a) att kontakterna ofta skedde via rehabkoordinatören, b) att kontakterna var få, på grund av tidsbrist, c) att det fanns stor variation i kontakten beroende på arbetsgivaren samt c) att patienten skulle kunna gynnas av fler kontakter.

a) En kategori var att **kontakterna** med patienters arbetsgivare **ofta sker via rehabkoordinatören**. Vissa uttryckte att det upplevdes som ett stöd och fungerade bra.

Rehab.samordnare sköter nästan alla arbetsgivarkontakter. (VC; 1702867001)

Ofta bra med avstämningsmöten vid längre sjukskrivningar men svårt att få tid till detta. Rehabsamordnaren hos oss håller ofta kontakten med arbetsgivaren. (VC; 1702878057)

Dessa kontakter sköts i huvudsak av rehab.samordnare på min vårdcentral. (VC; 17028254187)

Jag har inte tid att prata med arbetsgivaren och vill faktiskt inte heller ha det ansvaret då jag hellre lägger tid på annat. Däremot är det mycket bra att rehab.samordnare har en sådan kontakt. (VC; 17028227381)

b) En annan kategori var att kontakterna var på grund av **tidsbrist**.

Saknar tid att ha kontakt med arbetsgivare. (VC; 1702824754)

Ofta bra med avstämningsmöten vid längre sjukskrivningar men svårt att få tid till detta. (VC; 1702878057)

Tidsbrist! När skall jag ha tid för kontakt m pats arbetsgivare?! (ÖL; 17028346751)

c) Flera uttryckte att det fanns en stor variation i kontakten **beroende på arbetsgivaren**. Det förekom även att läkarna uttryckte att kontakten med privata arbetsgivare var bättre än kontakten med offentliga arbetsgivare.

Mycket varierande beroende på arbetsplats. (VC; 1702883693)

De mindre privata företagen är det okej kontakt med. De stora offentliga arbetsgivarna som Jönköpings kommun och region Jönköpings län är oftare sämre kontakt med. (VC; 17028100216)

Arbetsgivare är vanligen mycket tacksamma för kontakt och hjälp i hur man går vidare, undantaget kommun och landsting. (VC; 17028184392)

Oftast är arbetsgivare helt ointresserad av att ge andra arbetsuppgifter. Säger att det inte finns några. (VC; 1702860642)

De aktiva kontakter som jag har haft har varit positiva. (VC; 17028133423)

Bra men det kan vara ganska varierande från fall till fall. (ÖL; 17028119190)

d) Mer **kontakt vore troligen bra**.

Hade varit önskvärt att fler arbetsgivare (efter medgivande av patient givetvis) hade vågat ta kontakt för diskussion, många missförstånd hade då sannolikt kunnat undvikas, till gagn för patienten. (ÖL; 17028212656)

Sammanfattning

Vårdcentralsläkarna hade genomgående mer samarbete och kontakter inom och utanför hälso- och sjukvården än övriga läkare i sjukskrivningsärenden. Av vårdcentralsläkarna uppgav ungefär hälften att de samarbetar med eller remitterar till fysioterapeuter/arbetsterapeuter (49 %) eller till kuratorer/psykologer (47 %) i sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka. Motsvarande andelar för övriga läkare var 11 respektive 6 procent. Sextio procent av vårdcentralsläkarna deltog i s.k. avstämningsmöten kring patienter de sjukskrev någon gång per månad eller oftare.

Å andra sidan uppgav en majoritet av övriga läkare att de (i stort sett) aldrig samarbetade eller hade kontakt med socialtjänsten (83 %), Arbetsförmedlingen (66 %) eller kuratorer eller psykologer (60 %) i sjukskrivningsärenden, eller hade s.k. avstämningsmöten kring patienten (67 %) eller annan kontakt med patientens arbetsgivare (75 %).

Ungefär hälften av läkarna ansåg att det var av stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från fysioterapeut/arbetsterapeut (54 %), rehabkoordinator (53 %) eller kurator/psykolog (48 %). Drygt en tredjedel (34 %) uppgav detsamma om underlag från annan läkare.

Varannan läkare svarade att möjligheter till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens (53 %) eller kontakter med kollegor och annan vårdpersonal (49 %) har stort värde för hög kvalitet i arbetet med

Resultat

sjukskrivning. Trettionio procent, hälften av vårdcentralsläkarna och en tredjedel av övriga, svarade detsamma om kontakter med Försäkringskassans handläggare.

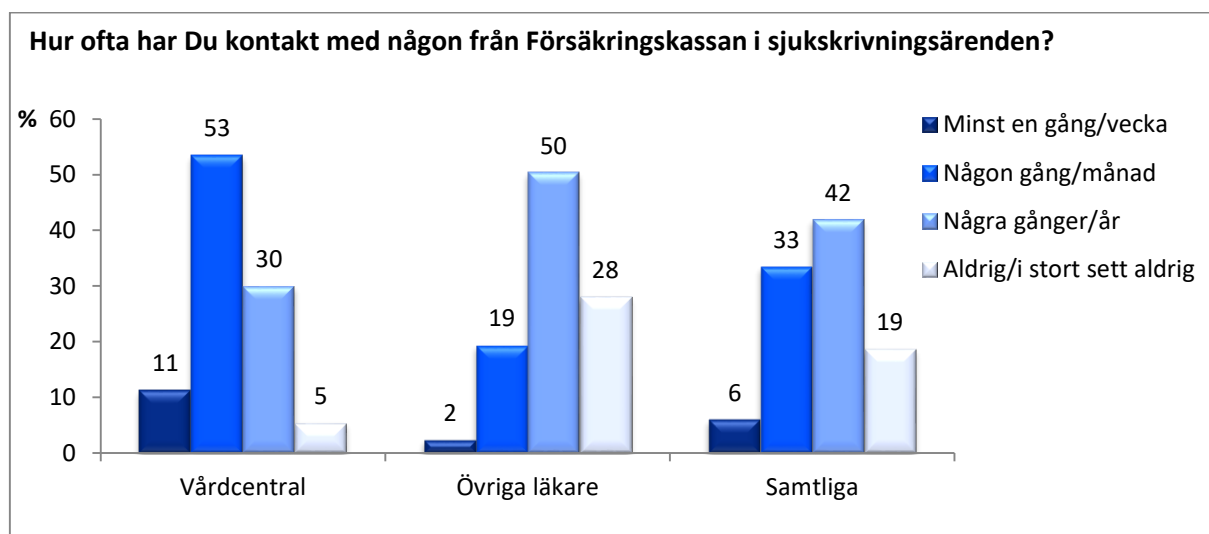
Sexton procent av läkarna svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där de och andra medlemmar i teamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning; en större andel bland vårdcentralsläkarna (21 %) än övriga läkare (10 %).

Majoriteten av övriga läkare (78 %) och en fjärdedel (25 %) av vårdcentralsläkarna svarade att de inte har några kontakter med patienters arbetsgivare. Av dem som hade kontakt tyckte 81 procent av vårdcentralsläkarna och 91 procent av övriga läkare att de fungerade mycket eller ganska bra.

Kontakter med Försäkringskassan

Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan: frekvensen av kontakter, hur kontakterna upplevdes, typer av svårigheter i kontakten och hur den elektroniska överföringen av intyg fungerade. Resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram i avsnittet "Försäkringsmedicinsk kompetens" (sidan 73) och några har redovisats i avsnittet "Samarbete och samverkan" (sidan 58) respektive "Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd" (sidan 48). En kort sammanfattning av resultaten utifrån samtliga frågor om kontakter med Försäkringskassan återfinns i slutet av detta avsnitt.

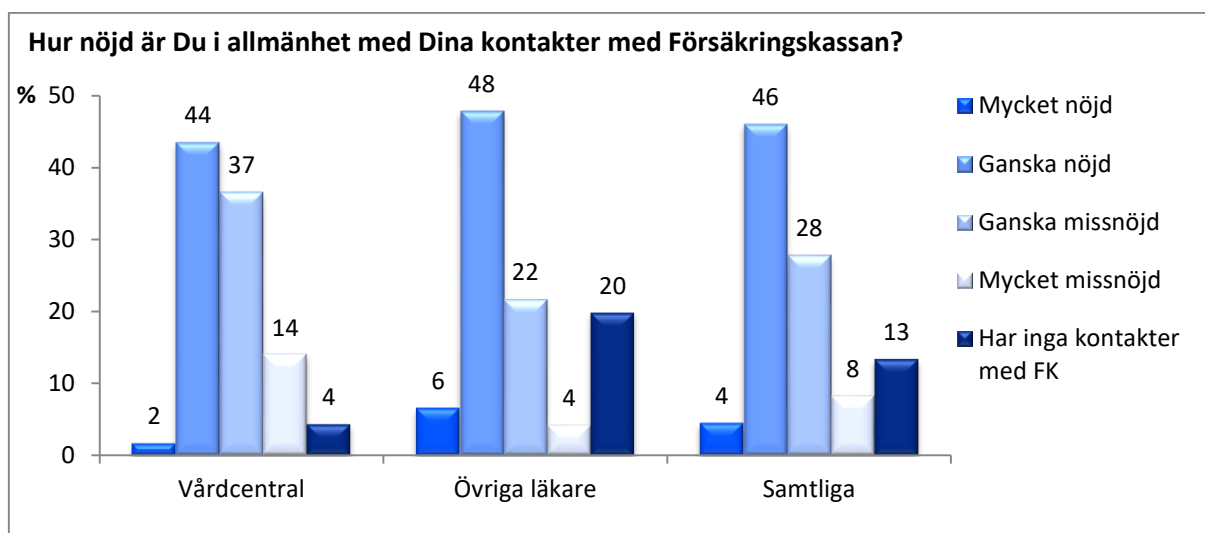
En femtedel av läkarna uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan, medan sex procent har sådan kontakt minst en gång per vecka (Figur 30). Övriga läkare uppgav i större utsträckning att de (i stort sett) aldrig har en sådan kontakt (övriga 28 %; vårdcentral 5 %) medan det var vanligare att vårdcentralsläkarna har kontakt med någon från Försäkringskassan minst en gång i veckan (vårdcentral 11 %; övriga 2 %).



Figur 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

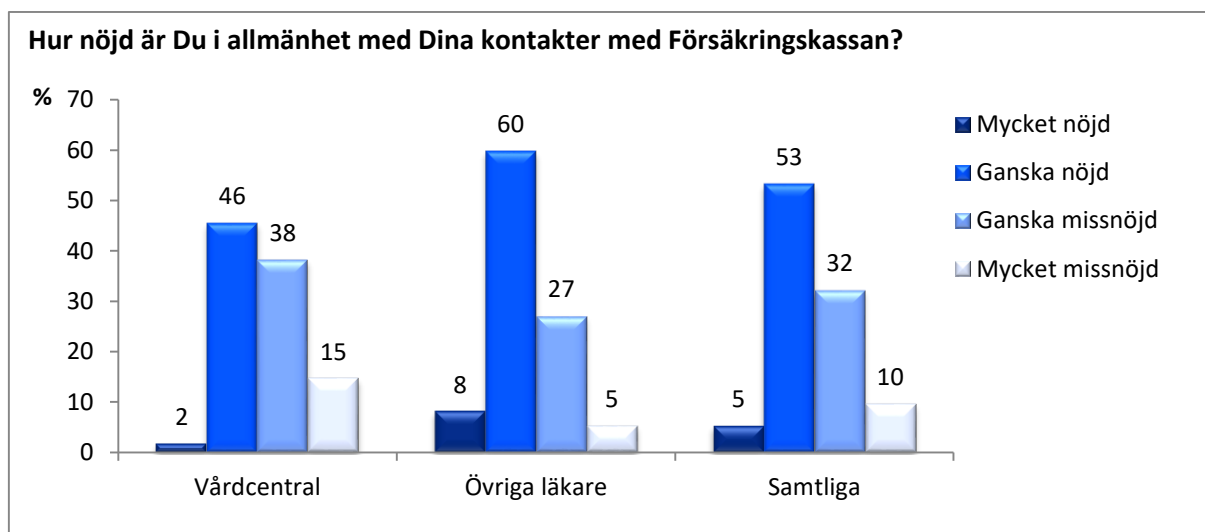
Av samtliga läkare var hälften mycket eller ganska nöjda med kontakterna med Försäkringskassan; en något större andel bland övriga läkare (54 %) än bland vårdcentralsläkarna (46 %) (Figur 31). Å andra sidan var 28 procent ganska missnöjda och 8 procent mycket missnöjda med kontakterna.

Tretton procent av samtliga svarade att de inte hade några kontakter med Försäkringskassan och även det var vanligare bland övriga läkare (20 %) än bland vårdcentralsläkarna (4 %).



Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I Figur 32 har de 13 procent som svarade att de inte har någon kontakt med Försäkringskassan exkluderats. Av resterande svarade drygt hälften att de var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan; en större andel bland övriga läkare (68 %) än bland läkarna på vårdcentralerna (48 %). Totalt var fem procent mycket nöjda och tio procent mycket missnöjda.

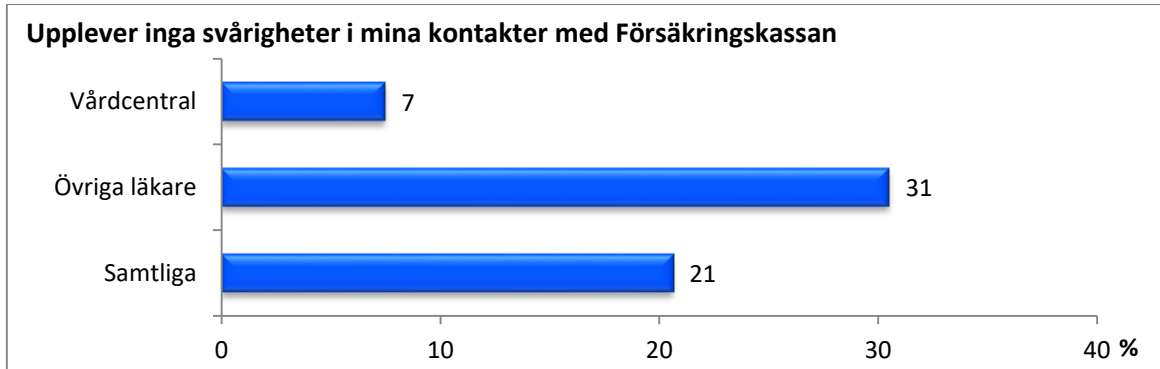


Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

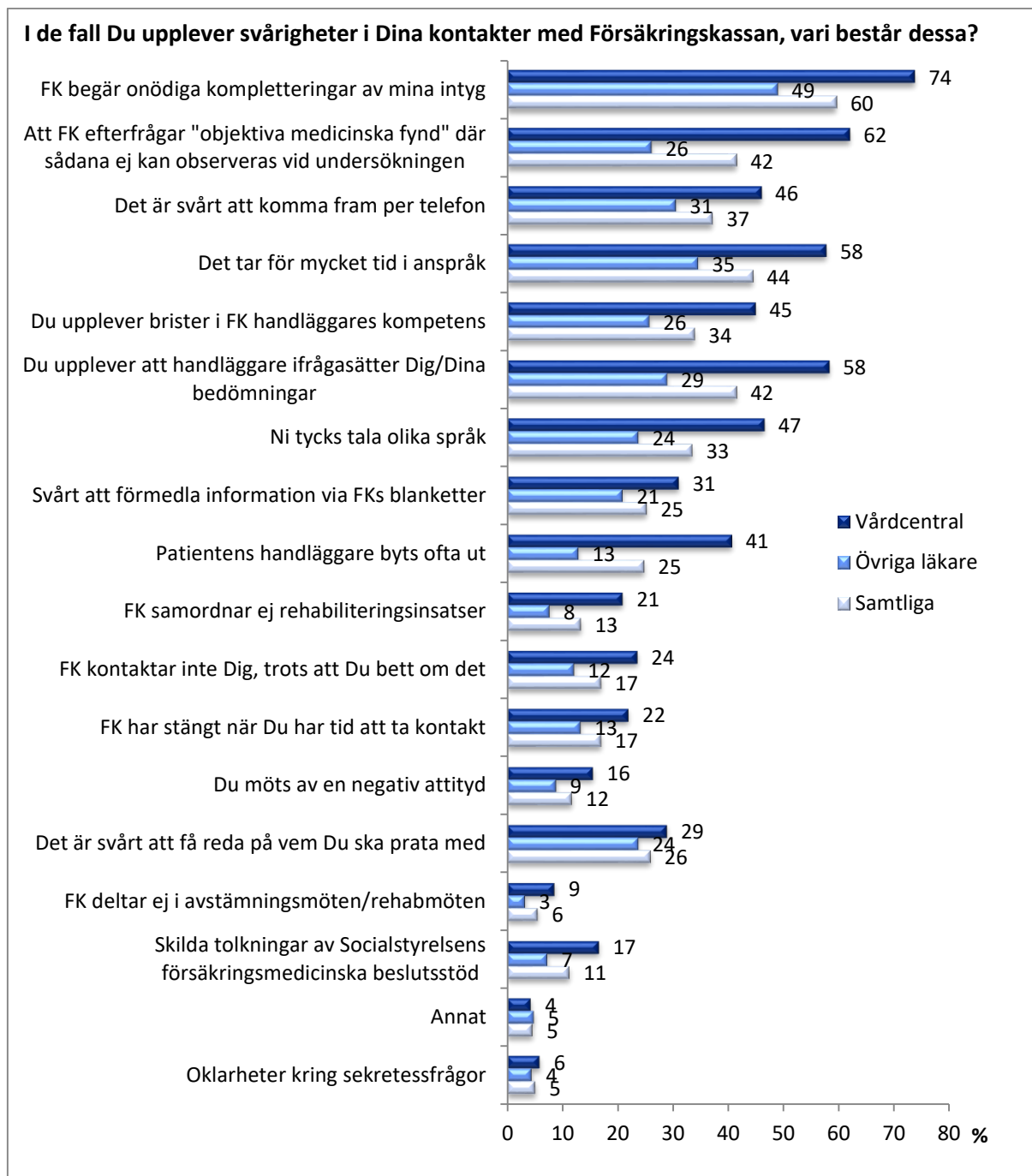
Fem procent (n=23) svarade inte på frågan om svårigheter i kontakter med Försäkringskassan och är därför exkluderade ur nedanstående analyser. Tjugoen procent uppgav att de inte upplever några svårigheter i sina kontakter med Försäkringskassan (Figur 33). Det var vanligare bland övriga läkare (31 %) än bland vårdcentralsläkarna (7 %).

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



Figur 33. Andel (%) läkare som svarade att de inte har några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Av läkarna som upplevde svårigheter i kontakten med Försäkringskassan svarade 60 procent att svårigheterna bestod i att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg; det uppgavs av 74 procent av vårdcentralsläkarna och 49 procent av övriga (Figur 34). Därefter var de vanligaste svårigheterna att kontakterna tar för mycket tid (44 %), att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning (42 %) och att handläggare ifrågasätter läkaren eller dennes bedömningar (42 %). Svårigheterna rapporterades genomgående i större utsträckning av vårdcentralsläkarna (58-62 %) än av övriga läkare (26-35 %).



Figur 34. Andel (%) läkare som uppgav vilka svårigheter de upplevde i kontakten med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Sjuttiofyra procent tyckte att det i allmänhet är mycket eller ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg (Tabell 17). En något mindre andel (60 %) svarade att en svårighet i kontakterna med Försäkringskassan är att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg. När svaren i Tabell 17 relateras till varandra framgår det att läkare som inte tyckte att det i allmänhet är problematiskt att göra kompletteringar kunde tycka att begäran av onödiga kompletteringar är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan – och tvärtom.

Tabell 17. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering respektive svarade att begäran om onödiga kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.

		Hur problematiskt tycker Du det är att svara på FKs begäran om komplettering av intyg?		
		Mycket/ganska	Lite/inte alls	
FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Ja	52 %	8 %	60 %
	Nej	21 %	18 %	40 %
		74 %	26 %	100 %

I analysen av de öppna svaren identifieras följande sex kategorier relaterade till svårigheter i kontakter med Försäkringskassan: a) brist på kompetens hos Försäkringskassans handläggare, b) praxisförändring inom Försäkringskassan påföljande ifrågasättande av läkarnas bedömningar, c) krav på objektiva fynd inom psykiatri och smärta, d) svårigheter att få kontakt, e) handläggare gör olika bedömningar samt f) önskar enklare intyg för kortare sjukskrivningsfall.

a) **Bristande kompetens bland Försäkringskassans handläggare** innebar krav på onödiga kompletteringar av intyg och av att beskriva förhållandevis enkla samband skriftligt eller muntligt – och att handläggare inte använder Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare för att få sådan information.

FK BÖR ANVÄNDA SINA SAKKUNNIGA I MYCKET STÖRRE UTSTRÄCKNING, DÅ HANDLÄGGARE HAR INGEN ELLER MYCKET LITE MEDICINSKT KUNNANDE. (VC; 17028249039)

Kompletteringsfrågorna elektroniskt är alltför långa, visar att de inte frågat någon medicinsk expert på FK. (VC; 17028100216)

Jag har upplevt bristande handläggningskompetens vid FKs första bedömning. (VC; 17028241291)

Kompetensen på Försäkringskassan behöver förbättras. Jag har några gånger fått tillbaka intyg som har feltolkats pga bristande kompetens hos FK-personal. Har medfört onödig tidsåtgång för mig att jaga upp vederbörande. Det bästa i dessa lägen är att ha ett tel-nr för att direkt reda ut frågor/missförstånd muntligt. Det har ändå gradvis skett en förbättring på FK, tror jag. (ÖL; 17028158453)

Ibland kräver Fk att patienten ska remitteras eller genomgå vissa undersökningar som rent medicinskt är helt omotiverade. (VC; 17028173064)

Fk ifrågasätter och kräver svar på hur undersökningar gått till och vilken undersökningsmetodik som använts. (VC; 17028184392)

Behöver skriva mindre uppsats /novell för få fram det viktiga så FK fattar. Gör man det och formulerar sig rätt går det bra få gehör och få igenom sjukskrivningen -det handlar om att avkoda språkbruket som behövs, detta är dock väldigt tidskrävande. (ÖL; 1702851989)

Vi talar olika språk framför allt i sjukskrivningsärenden kring psykisk ohälsa, vilket ju är majoriteten av sjukskrivningsärendena i min vardag. Frustrerande! (VC; 17028149718)

Att ställa diagnos och bedöma en pats hälsotillstånd är mitt arbete och jag tycker det blivit fel när jag skall börja skriva intyg anpassade till FK till personer som inte har kunskaper och inte förstår. (VC; 1702867217)

Eventuellt måste vi doktorer anpassa oss och utgår ifrån att FK inte förstår ngt och skriva intyg som om mottagaren vore infantil och hjälplös, men det tar också för mkt tid, vi förväntar oss ju i alla fall som lägst att mottagaren har lite allmänbildning och hum om livet, arbetsplatser och sjukdomar (åtminstone de vanligaste kroniska sjukdomarna) (ÖL; 17028197345)

Vissa handläggare verkar helt sakna förmåga att bedöma vad som är relevant. Ibland får man en känsla att det ställs frågor bara för att provocera och som en makt demonstration men det handlar väl om bristande kompetens. Hela upplägget där försäkringskassan på eget bevåg har bestämt semantiken och accepterar sjukskrivning bara om den semantisk överensstämmer med deras påhittade semantik får en att känna att dom inte är intresserade av samarbete och att saker ska fungera. (ÖL; 17028309270)

Försäkringskassan hänger ut läkare och läkares intyg som orsak till indragen sjukpenning istället för att hänvisa till försäkringens begränsade omfattning (VC; 17028156143)

Som ortoped ses det uppenbart att en opererad och gipsad patient ej kan använda den extremiteten under angiven tid. Oftast är det inga problem, men vissa handläggare hör då av sig och vill ha specificerat vad patienten ej kan göra med extremiteten. (ÖL; 17028316861)

Mycket oklara frågor från FK vid kompletteringar. Förstår ibland inte vad de menar. Dock endast några fall/år. Ex: "Vad menas med att patientens ångest kommer och går". (ÖL; 170286520)

Skriver många korta sjukintyg på ortopediska skador från akuten, mycket frustrerande att behöva skriva massa ordbajsserie om tex varför en undersköterska med handledsbrott inte kan jobba i två månader! (ÖL; 170283402)

Det är helt absurt att en handläggare (OBS! ej medicinskt sakkunnig) ringer upp och ifrågasätter sjukskrivning och/eller LUH hos exempelvis patienter med svårartad schizofreni!!! (ÖL; 17028287393)

I min onkologiska verksamhet skulle jag vilja koncentrera mig på de uppgifter jag har särskild kompetens för dvs ordinaera och följa upp medicinska behandlingar. Många patienter har en stark vilja att jobba åtminstone deltid trots att de är mycket sjuka vilket jag gärna styrka som led i deras behandling. Att jag behöver dock sitta och lägga mycket tid på detaljbedömningar om i vilken grad, vilken typ av sjukintyg eller arbetsuppgift känns enormt irriterande och slöseri med resurs. (ÖL; 17028172363)

Det fanns även de som beskrev oproblematiske eller **positiva kontakter**:

Det underlättat enormt att FK i vår region tillhandhåller särskilda handläggare för cancerpatienter. Det blir omedelbar problem när dessa byts ut eller inte finns till hands. (ÖL; 17028172363)

Gott samarbete med fk (VC; 17028235681)

Det är ett sällsynt problem och har i huvudsak varit pga enskilda handläggare. Den generella uppfattningen är att graden av inkompetens är vad man förväntar sig inom vilken bransch som helst och i paritet med läkarkollegiet. (ÖL; 17028343634)

Hos oss har mest rehabkoordinatorn kontakt med FK vi brukar kommunicera främst genom henne vilket brukar fungera bra för det mesta. (VC; 17028291254)

b) En kategori av öppna svar handlade om en upplevd **praxisförändring inom Försäkringskassan** såsom att handläggare får 'cred' om de begär många kompletteringar.

FK förändrade "attityd" är tydligt toppstyrd – politiskt styrd. Det är inte ämnat att göra det bästa för patienten. (VC; 1702867001)

Kompletteringsfrågor är automatiskt genererad text där handläggare får "credits" från sin chef ju fler intyg som ifrågasätts. (VC; 1702816446)

När man då försöker göra en så bra bedömning som möjligt utifrån verkligheten ovan (vilket alltid är målet, är generellt noggrann när det gäller sjukskrivningar, och ses nog som relativt duktig på det i vår verksamhet och vill inte slarva utan ser det som ett viktigt uppdrag som vi i läkarkåren har) så är det tråkigt att man sedan ändå får begäran om kompletteringar på uppgifter som många gånger känns som onödiga och där syftet med kompletteringarna känns som att det handlar om att förbättra statistiken hos försäkringskassan snarare än att det kommer göra någon skillnad för patienten eller för samhällsekonomin i slutändan. Bara som exempel så hade jag i förra veckan en relativt komplicerad långvarig sjukskrivning som jag fick ta över från kollega som är på semester. Tänkte att då patienten var ny för mig samt då jag tänkte lite annat i ärendet än vad man gjort tidigare så skrev jag en lite längre förklaring

Resultat

kring tillståndet och varför jag gjorde min bedömning. Tyckte då att det var bra att skriva detta mer utförligt och samlat i sista fältet, fyllde dock i övriga fält enligt riktlinjer. Fick då en begäran om komplettering där man ville att jag skulle flytta delar av innehållet från punkt 13 till punkt 9. Då detta inte kopierades över automatiskt fick jag då skriva om det igen med precis samma ord men i en annan ruta. Tog mig 10-15 min och fick göras efter arbetstid eftersom dagen ändå som vanligt var fylld. (VC; 17028300618)

FK attityd har tydligt förändrats senaste året. Istället för samarbete för patientens bästa blir det inte så sällan en diskussion med motsatta ståndpunkter. Enskilda handläggare är påtagligt rutinerade/inkompetenta. (VC; 1702867001)

Under min yrkeskarriär som läkare (38 år //) tycker jag att FK på senare år succesivt ändrat inriktning från att ha varit en del i rehabiliteringsteamet till en extern kontrollmyndighet vilken blivit alltmer beroende av vilka politiska vindar som blåser under mandatperioden. (VC; 1702842996)

Jag har erfarenhet från arbete som FMR och har högskoleutbildning inom försäkringsmedicin och anser mig därför insatt i dessa frågor och det är en påfallande skillnad i hur FK bedömer intygen idag gentemot innan. FK har dessutom utan orsak valt att sluta beställa försäkringsmedicinska utredningar, som tidigare kunde hjälpa mycket med att ge FK den information dom behövde istället för att dränera vården. (VC; 17028184392)

Det har skett en avsevärd försämring av FK handläggares kompetens det senaste året eller möjligen två-tre åren, de har en helt snedvriden syn på sjukdomar och personers arbetsförmåga /.../

Dessutom är det ju tydligt att FK har fått order uppifrån att man skall hetsa folk att de minsann inte har rätt till mer än si och så många dagars sjukskrivning och att de gärna förmedlar detta till sjukskrivna tidigt i deras sjukskrivning, trots att de har gått från 100% sjukskrivning till 50% sjukskrivning osv. (ÖL; 17028197345)

Känslan är att det är fler direkt onödiga kompletteringar som krävs sedan något år tillbaka. (ÖL; 17028287393)

d) En annan kategori av svårighet var att Försäkringskassan **efterfrågar objektiva fynd** där sådana inte kan observeras vid en undersökning. Detta handlar framförallt om psykiska besvär och smärttillstånd.

Objektiva medicinska undersökningsfynd hos en patient med t.ex. social fobi är väldigt svårt att skriva något om. Det tycks dock många handläggare inte alls förstå vilket är uppseendeväckande!!!!!!!!!!!!!! (VC; 17028133423)

T ex krävde man objektiva tecken på migrän. Vilket inte finns. (VC; 17028184491)

Inom psykiatri är alla fall svårbedömda vad gäller arbetsförmågebedömning. (ÖL; 17028343634)

I det relativt lugna läkarsamtalet är objektiva fynd på psykisk sjukdom ganska svår fångade emedan i en arbetssituation kanske de är mer accentuerade. (ÖL; 17028163354)

f) **Svårt att få kontakt** med Försäkringskassans handläggare respektive att handläggaren uteblir från överenskomna möten.

BRA ATT HANDLÄGGARE GER DIREKTNUMMER, MEN ALDRIG FÅTT SVAR HOS NÅGON JAG RINGT TILL SÅ BRA OM ETT TIDSFÖNSTER PRECICERAS VID KOMPLETTERINGAR ELLER SÅ. (VC; 17028249039)

FK uteblir ibland med kort varsel från avstämningsmöten. Tråkigt då arbetsgivare, fack, patient, läkare satt av tid. (VC; 1702820141)

Det är svårt att få till trepartssamtal, och tar också för mycket tid i anspråk. Försäkringskassan skulle kunna hjälpa till genom att initiera tidigare avstämningsmöten. (VC; 17028321796)

g) En annan svårighet i kontakten med Försäkringskassan som beskrivs är att **handläggare gör olika bedömningar** vilket uppfattades som en rättsosäker situation

Bedömning från handläggare på FK kan skilja mycket. (VC; 17028145278)

FK bör verka för en bättre samsyn, som det är nu är det rättsosäkert, vissa sjukskrivningar flyter på hur enkelt som helst hos en handläggare, medan samma sorts sjukskrivning för

samma sorts diagnos (symtom) hos annan handläggare hakar upp sig konstant (oftast verkar det bero på kompetensbrist) FK bör höja sin grundkompetens /.../ FK bör utgå ifrån en vänligare kommunikation (ÖL; 17028197345)

h) Önskemål om **enklare sjukintyg för kortare sjukskrivningar.**

Stort problem att de tog bort "Förenklade intyg". (VC; 1702867217)

Detta är särskilt frustrerande när de gäller de korta sjukskrivningarna (15 dagar-2 månader) som vi tidigare slapp skriva så mycket på (enkla intyg).

Det måste finnas bättre vägar att gå än att kräva allt mera detaljerade sjukintyg för att få ned sjukskrivningstalen!!!! (VC; 17028133423)

Ta tillbaka de förenklade 'E-intygen'. (ÖL; 17028300535)

Jag arbetar med korta sjukskrivningar för klara skador tex benbrott mm. Att skriva en sjukskrivning för detta tar mer tid än samtalstiden jag har med pat. Oerhört onödigt krångligt att sjukskriva korta perioder. Upp till 2mån skall det bara vara en blankett som det står diagnos sjukskrivningstid, ev. Deltid och en signatur. (ÖL; 17028238818)

Elektronisk överföring av läkarintyg

Jönköping var först ut med att testa elektronisk överföring av läkarintyg. Systemet för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan har nu införts i hela landet. I Jönköpings län svarade nästan alla (96 %) att de använde elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (Tabell 18). Motsvarande siffra för läkarna i övriga Sverige, utan Jönköping, var 79 procent.

Störst andel läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg fanns bland vårdcentralsläkare (99 %), motsvarande siffra bland övriga läkare var 94 procent. Av läkarna som använde elektronisk överföring svarade 95 procent att den är integrerad med journalsystemet och i stort sett fungerar bra.

Tabell 18. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa läkare som svarade att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

	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
Vårdcentral	189	99	94	4	1	2
Övriga läkare	252	94	96	2	<0,5	2
Samtliga läkare	441	96	95	3	<0,5	2

I analysen av de öppna svaren relaterade till problem med den elektroniska överföringen av läkarintyg identifierades följande fyra kategorier: a) att det förekom fel i överföringen av intyg, b) att det var krångligt att skriva kompletteringar, c) att läkare som inte var fast anställda inte kunde logga in samt d) andra tekniska problem i överföringen.

a) Flera läkare beskrev **fel i överföringen av intyg** såsom att intyg av olika anledningar fastade i systemet istället för att skickas.

Beroende på det sanslöst usla journalsystemet comisc där intyget om man inte är jävligt uppmärksam hamnar på den senaste vårdkontakten och då ej kommer iväg elektroniskt varvid systemet slår sig för bröstet och talar om att "nytt försök kommer att göras senare" vilket inte sker och således missas det hela ... Men man har ju lärt sig den hårda vägen ... ☺ (VC; 1702860048)

Resultat

När annan vårdkontakt än läkarkontakt var registrerad fastnar det i systemet. (Cosmic). (VC; 17028305229)

Vissa problem när FK hävdar att de inte fått in komplettering som enligt ”svarssystemet” är skickat. (ÖL; 17028146482)

Ett problem är att de fåtal ggr när överföring misslyckas påstår meddelandet att programmet skall försöka igen, men det fungerar ej, utan då måste man dra ut papper o be sekreterare att skicka in. Jag har ej haft tid att undersöka om det är vårt journalsystems fel eller FKs fel. (ÖL; 17028197345)

b) Andra beskrev att det var **svårt att ändra i intyget** eller komplettera med ytterligare text. Istället var läkarna tvungna att skriva om alltihop.

Det går överföra via systemet men det kommer endast in som en PDF fil vilket försvårar t.ex. skapandet av statistik, automatisk påminnelse etc etc. (VC; 17028184392)

Vid förnyelse kan man inte komplettera i ruta 4. Vid ändringar försvinner allt! (VC; 17028242547)

Mycket litet problem men man borde kunna redigera ett insänt intyg på ett smidigt sätt istället för att skicka in ett nytt. (ÖL; 17028301293)

c) Det framkom även att de läkare som **inte var fast anställda inte kunde logga in för att göra kompletteringar**.

Eftersom jag ej är fast anställd har jag inget id kort i systemet. Jag kan skicka intyg men ej svara på förfrågan om kompletteringar. Måste be kollega om hjälp vilket är irriterande. Ffa när FK frågar om 2-3 veckors sjukskrivning pga anemi med ett H på 90. (VC; 1702859560)

d) Även **övriga tekniska problem** beskrevs:

ja men jag få ingen kvittens. (VC; 17028140733)

dateras till senaste vårdkontakt och inte till dagens datum beroende på hur man är inloggad. (ÖL; 17028233231)

Det går inte att överföra elektroniskt för patienter utan personnummer, då måste pappersblanketten skickas in. (ÖL; 17028346256)

Kontakt med FK sker hos oss via en ”modul” som ofta ej fungerar som den skall. (ÖL; 17028346751)

Fungerar väl att skicka, men kommunikation kring intyg och kompletteringar är inte integrerat. (VC; 17028276081)

Sammanfattning

En majoritet av vårdcentralsläkarna (64 %) och 21 procent av övriga läkare hade kontakt med någon från Försäkringskassan åtminstone varje månad. Av samtliga läkare som hade någon kontakt med Försäkringskassan (87 %) var 58 procent mycket eller ganska nöjda med kontakterna; en större andel bland övriga läkare (68 %) än bland vårdcentralsläkarna (48 %).

Tjugoen procent upplevde inte några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan; sju procent bland vårdcentralsläkarna och 31 procent bland övriga läkare.

Den svårighet i kontakterna gav med Försäkringskassan som störst andel angav var att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg (60 %; 74 % av vårdcentralsläkarna och 49 % av övriga läkare). Andra svårigheter i kontakten som stor andel läkare upplevde var att kontakterna tar för mycket tid (44 %), att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning (42 %) samt att handläggare ifrågasätter läkaren eller läkarens bedömningar (42 %). Även här var andelen större bland vårdcentralsläkarna (58 %, 62 respektive 58 %) än bland övriga läkare (35 %, 26 respektive 29 %). Detta gällde även för samtliga andra listade typer av svårigheter.

I Jönköpings län svarade 96 procent av läkarna att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, 99 procent av vårdcentralsläkarna och 94 procent av övriga läkare. Det kan jämföras med 79 procent av läkarna i övriga landet. Av dem som använde sig av elektronisk överföring svarade 94 procent av vårdcentralsläkarna och 96 procent av övriga läkare att integrationen med journalsystemet fungerade i stort sett bra.

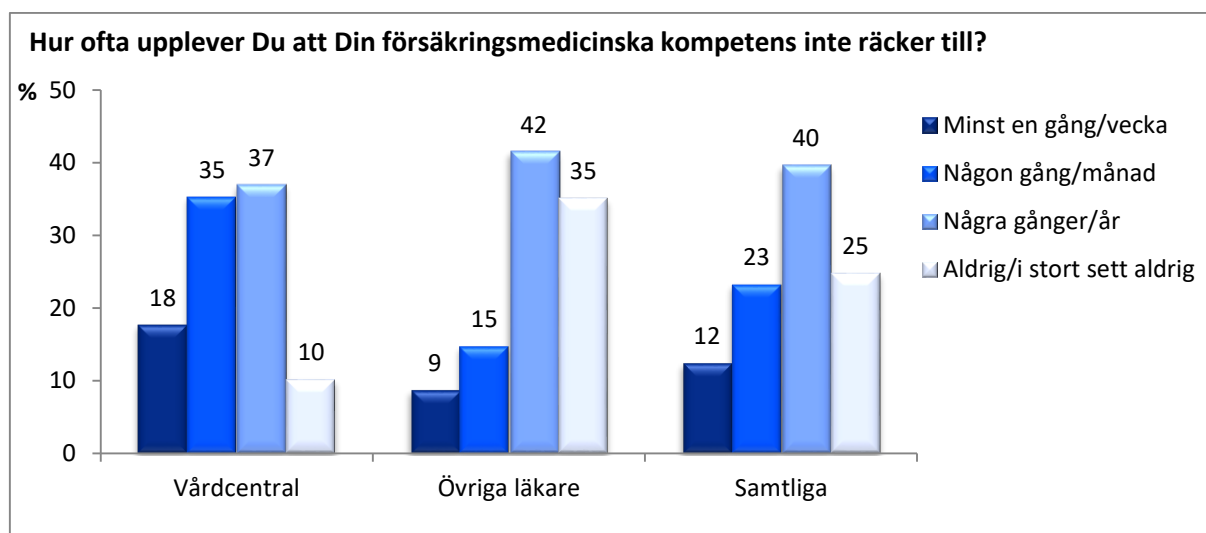
I de öppna svaren fanns kompletterande aspekter av svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan, till exempel kring vad som ansågs vara handläggares bristande kompetens och konsekvenser av detta för läkare och patienter. En annan kategori av svar här handlade om att man upplevde en praxisförändring hos Försäkringskassan, med fler ifrågasättanden och krav på kompletteringar som upplevdes som onödiga, samt stor variation mellan handläggares bedömningar. Man önskade även enklare intyg för korta sjukskrivningar.

I de öppna svaren om digital överföring av intyg framkom ett antal tekniska problem och förbättringsmöjligheter, till exempel rörande överföringen av intyg, att det var krångligt att skriva kompletteringar och att läkare som inte var fast anställda inte kunde logga in och använda systemet.

Försäkringsmedicinsk kompetens

I detta avsnitt presenteras resultat kring hur ofta läkarna upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till, samt vilka faktorer de värdesatte för att hålla en hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning. Frågor om försäkringsmedicinsk kompetens i relation till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper samt till det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten ”Samarbete och samverkan” (sidan 58) respektive ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 48).

Var tredje läkare (35 %) upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till och andelen var större bland vårdcentralsläkarna (53 %) än bland övriga läkare (24 %) (Figur 35). Samtidigt svarade 35 procent av övriga läkare och 10 procent av vårdcentralsläkarna att de (i stort sett) aldrig upplevde detta.



Figur 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Resultat

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkarna värdesatte olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning (Tabell 19). Vanligast var att läkarna sätter stort värde på bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (53 %), ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (52 %) och bättre information om sjukskrivning till patienten (47 %). För samtliga dessa aspekter var andelen större bland vårdcentralsläkare (63, 60 respektive 56 %) än bland övriga läkare (45, 46 respektive 40 %).

Ungefär varannan vårdcentralsläkare satte stort värde vid kunskap om andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning (56 %), handledning (46 %) och kunskap om sjukvårdens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning (45 %) för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Motsvarande andelar för övriga läkare var 33, 31 respektive 36 procent. En tredjedel (30 %) svarade att kurser i försäkringsmedicin hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, ungefär lika stor andel i de två läkargrupperna.

Tabell 19. Andel (%) läkare som angav att de nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur stort värde för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivningar har följande		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	Samtliga	37	44	19
	Vårdcentral	46	45	9
	Övriga läkare	31	42	27
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar, internet, etc.)	Samtliga	18	63	19
	Vårdcentral	14	67	19
	Övriga läkare	21	60	19
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	30	51	19
	Vårdcentral	33	53	15
	Övriga läkare	28	49	23
Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året	Samtliga	18	50	31
	Vårdcentral	25	52	23
	Övriga läkare	14	49	37
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Samtliga	52	34	13
	Vårdcentral	60	31	9
	Övriga läkare	46	37	17
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Samtliga	24	32	45
	Vårdcentral	30	33	37
	Övriga läkare	19	31	50
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Samtliga	53	35	12
	Vårdcentral	63	31	6
	Övriga läkare	45	38	17
Bättre information till patienten om sjukskrivning t.ex. via en bipacksedel om detta	Samtliga	47	38	15
	Vårdcentral	56	34	10
	Övriga läkare	40	42	18
Kunskap om sjukvårdens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	40	45	15
	Vårdcentral	45	43	11
	Övriga läkare	36	46	18
Kunskap om andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning- t.ex. arbetsgivares, FKs, Arbetsförmedlingens	Samtliga	43	44	13
	Vårdcentral	56	38	7
	Övriga läkare	33	49	18

Flera läkare kommenterade **vikten av försäkringsmedicinsk kompetens och utbildning** i sina öppna svar. Exempel på det ges nedan.

Ökad utbildning är viktig! Vi doktorer måste göra lika, vi måste veta vilka regelverk som gäller. (VC; 17028143612)

Generellt tycker jag att vår utbildning och förmåga att bedöma funktionsnedsättning är långt ifrån tillräcklig, i synnerhet om det handlar om psykisk ohälsa. (VC; 17028329054)

En annan kategori av öppna svar betonade vikten av **bättre information till allmänheten om sjukförsäkringen**.

Patienterna har påfallande ofta bristfällig info/kunskap om sjukskrivningsprinciper och tolkar ofta som en rättighet med sjukskrivning när man har en given sjukdom/diagnos (VC; 17028168866)

Mer information till patienter om sjukskrivning så de inte kommer till oss och undrar varför de inte blir sjukskrivna. (VC; 17028329054)

Det stora problemet som jag ser det är att befolkningen har en orealistisk syn på när och hur sjukskrivning ska användas. Att sjukdom inte per automatik innebär att man ska vara sjukskriven är något som borde inpräntas om och om igen. /.../ Tror det behövs någon form av folkbildningskampanj där man lär ut att det inte är onormalt att må dåligt när ens livsstil kräver dygn på 28-30 timmar för att gå ihop... (VC; 17028243693)

Sammanfattning

Var tredje läkare upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, medan en fjärdedel aldrig eller i stort sett aldrig upplevde detta. Drygt hälften av vårdcentralsläkarna och en fjärdedel av övriga läkare upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.

Mer än 40 procent ansåg följande vara av stort värde för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivningsärenden: bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten, ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning, bättre information om sjukskrivning till patienten och att få kunskap om andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning.

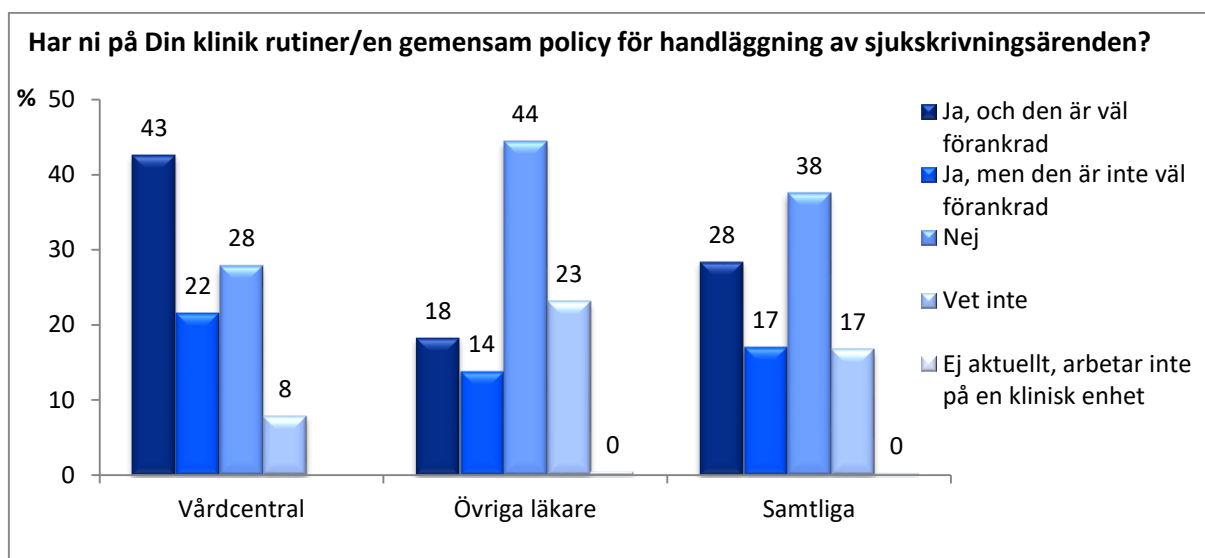
De fortbildningsaktiviteter som störst andel läkare ansåg ha högt värde var handledning samt kurser i försäkringsmedicin.

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

Inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden har landstingen sedan 2006 haft ett uppdrag att förbättra de organisatoriska förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för att kunna arbeta optimalt med sjukskrivning av patienter [1, 64, 65, 237]. Detta innebär att det har varit starkt fokus på att utveckla ledning och styrning av detta område [67, 237, 239, 249]. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla en eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning och tre av frågorna berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst av rutiner/en gemensam policy för arbetet med sjukskrivning på läkarens arbetsplats samt huruvida de som svarat att en sådan fanns upplevde att rutinerna/policyn var 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.

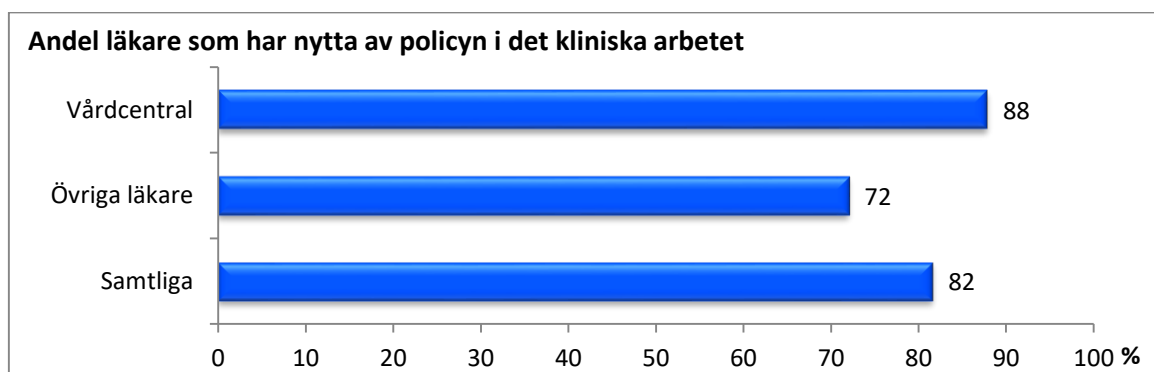
Rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller rutiner eller en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på den egna kliniken/mottagningen svarade 28 procent att en väl förankrad sådan finns och ytterligare 17 procent att den finns men inte är väl förankrad (Figur 36). Trettioåtta procent svarade att detta inte finns och ytterligare 17 procent att de inte vet. Dubbelt så stor andel på vårdcentraler (68 %) än på övriga kliniker/mottagningar (32 %) svarade att de har en väl eller inte väl förankrad policy och 28 respektive 44 procent svarade att de inte har någon.



Figur 36. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

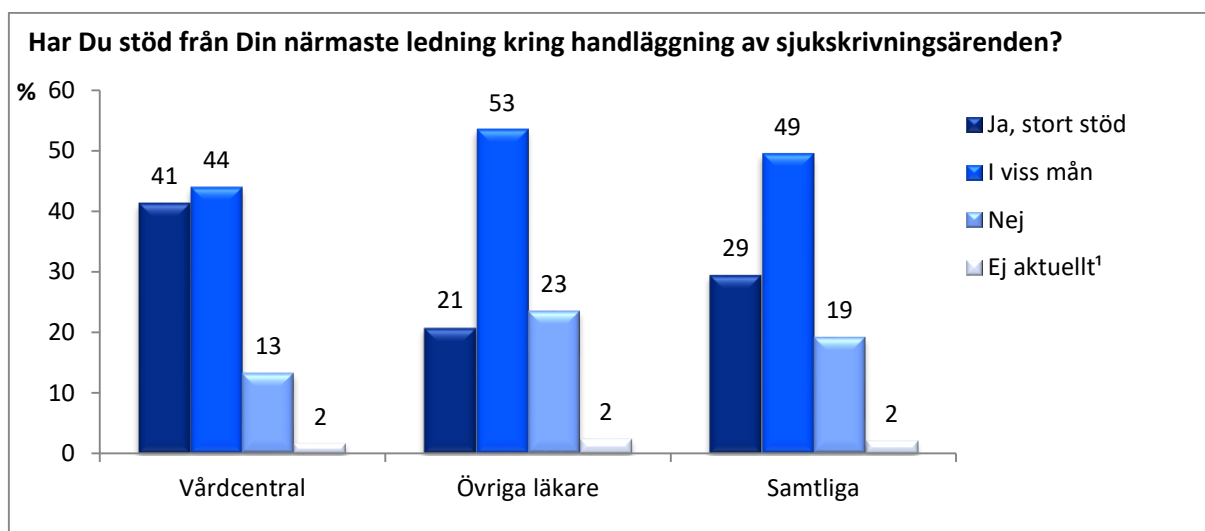
Av läkarna som arbetade på en klinik/mottagning som hade rutiner eller en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden tyckte majoriteten, 88 procent, av vårdcentralsläkarna och 72 procent av övriga läkare, att de har nytta av dem/den i sitt kliniska arbete (Figur 37).



Figur 37. Andel (%) läkare av dem som angav att det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden som också har nytta av den, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Stöd från ledningen

En tredjedel av läkarna rapporterade att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggningen av sjukskrivningsärenden, medan 49 procent svarade att de i viss mån har ett sådant stöd (Figur 38). En femtedel (19 %) svarade att de inte har något stöd från sin närmaste ledning i sjukskrivningsarbetet. Vårdcentralsläkare upplevde i störst utsträckning stort sådant stöd (41 %) och stöd i viss mån stöd (44 %). Motsvarande andelar för övriga läkare var 21 procent (stort stöd) respektive 53 procent (stöd i viss mån).



Figur 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

¹Både "Ej aktuellt, har ingen chef" samt "Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet" ingår i den gruppen.

Tid till arbete med sjukskrivning

En central del av läkares organisatoriska förutsättningar i arbetet är tid [67]. Enkäten innehöll tre frågor om tidsbrist. Dessa avsåg 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.

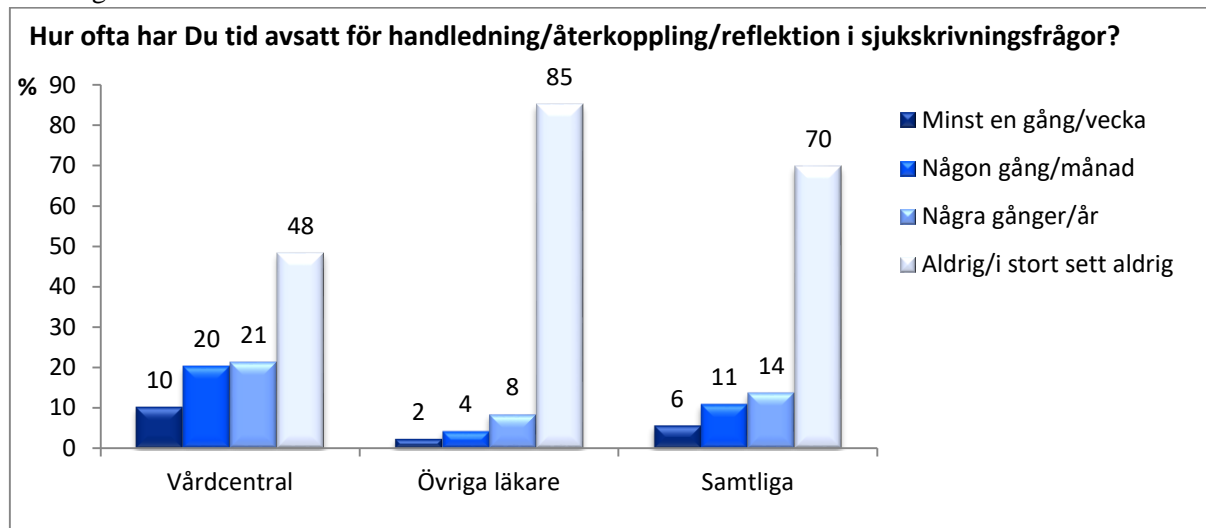
Av Tabell 20 framgår att omkring en tredjedel dagligen upplevde tidsbrist i sjukskrivningsärenden för det direkta patientarbetet (27 %), för patientrelaterad tid (36 %) och för kompetensutveckling (28 %). Bland vårdcentralsläkarna var andelen med daglig tidsbrist med patienten (39 %), för patientrelaterat arbete (54 %) och för kompetensutveckling (37 %) störst. Motsvarande siffror för övriga läkare var 19, 23 respektive 22 procent.

Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

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?	Samtliga	27	36	16	10	10
	Vårdcentral	39	49	8	3	1
	Övriga läkare	19	27	21	15	17
... patientrelaterad tid?	Samtliga	36	31	13	12	8
	Vårdcentral	54	35	8	2	1
	Övriga läkare	23	29	16	19	13
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	28	21	19	15	16
	Vårdcentral	37	28	25	5	5
	Övriga läkare	22	17	15	22	24

Resultat

På frågan om hur ofta läkarna hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsärenden framkom att 70 procent av läkarna aldrig eller i stort sett aldrig hade tid avsatt för detta, med störst andel bland övriga läkare (85 %) (Figur 39). Knappt hälften (48 %) av vårdcentralsläkarna svarade detsamma. En tredjedel av vårdcentralsläkarna (30 %) hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion någon gång per månad eller oftare medan endast sex procent av övriga läkare hade det.



Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I en stor del av de öppna svaren kring specifika frågor hade läkare skrivit att **tidsbrist** var centralt, exempelvis för samverkan med olika aktörer (sidan 58), för användandet av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (sidan 49). I de öppna svaren fanns även mer generella kommentarer kring tidsbrist i relation till arbetet med sjukskrivningar, av vilka några presenteras nedan.

Återkommande synpunkter var att sjukskrivningsärenden ledde till övertidsarbete, att intygen tog för lång tid att fylla i och att arbetet med sjukskrivningar gick ut över annat viktigt arbete.

Upplever sjukskrivningar och intygsskrivningar som en enorm och tidskrävande börda. (VC; 17028128464)

Det stora problemet är bristen på tid och detta beror på att kraven på vad primärvården skall sköta och de resurser vi får skiljer sig åt diametralt. Det finns alldeles för få läkare verksamma inom primärvården. Vi kan inte ge sjukskrivningar mer tid då det inte finns något annat som vi kan göra mindre av. (VC; 17028143232)

Generellt när det gäller sjukskrivningsärenden så är det något som nästan alltid måste göras på 'övertid'. (VC; 17028300618)

Då tidsbristen är ett stort problem i sjukvården är det orimligt att sjukskrivningsärendena ska ta så mycket tid och resurser. (VC; 17028321796)

Jobbar övertid dagligen och det är ofta sjukintygen som tar lång tid och som jag sitter med i slutet av dagen när alla andra gått hem och jag inte längre störs av alla andra aktiviteter som vi faktiskt också har att sköta... (VC; 1702878057)

Ni frågar hur **PROBLEMATISK** det är att fylla i intyget. Det är inte problematiskt men **FÖR TIDSKRÄVANDE** när det ska bli bra. (VC; 17028169328)

Största problemet är helt klart tidsåtgången det tar att skriva intyget!! Kompletteringar är något man absolut inte har tid med. Svårt att för medicinskt icke kunnig personal på försäkringskassan sammanfatta och uttrycka sig så att sjukskrivningen godkänns! Att spendera halva besökstiden på att skriva intyg istället för att behandla patienten är förfärligt!

Man borde lita mer på läkarens rekommendationer! Sjukskrivningar är ofta inte det viktigaste för läkaren att hinna med under besöket, men det är givetvis viktigt för patienterna. (VC; 17028337495)

Det är lätt att missa någon del när du har enbart ett 30 minuters besök för samtal, status, planera behandling/utredning/rehab/arbetsåtgång SAMT skriva ett bra intyg. Jag drar alltid över tiden nästan för att kunna göra ett bra jobb, men det är jag som får arbetsstress istället. (VC; 17028100216)

Avgörande är tid. Tid att skriva komplexa utlåtande till FK (som har blandade kompetens). När vi inte har tid att träffa de pat som är akut, känns det orimligt att lägga tid på komplexa intyg med tveksam värde. (ÖL; 17028160087)

Sjukskrivningsärenden borde ges högre prio inom vården, mer tid, bättre förberedelse gällande avsatt tid, vilket sannolikt skulle minska graden av sjukskrivning. (ÖL; 17028212656)

Det största problemet är ju brist på tid! (ÖL; 17028346751)

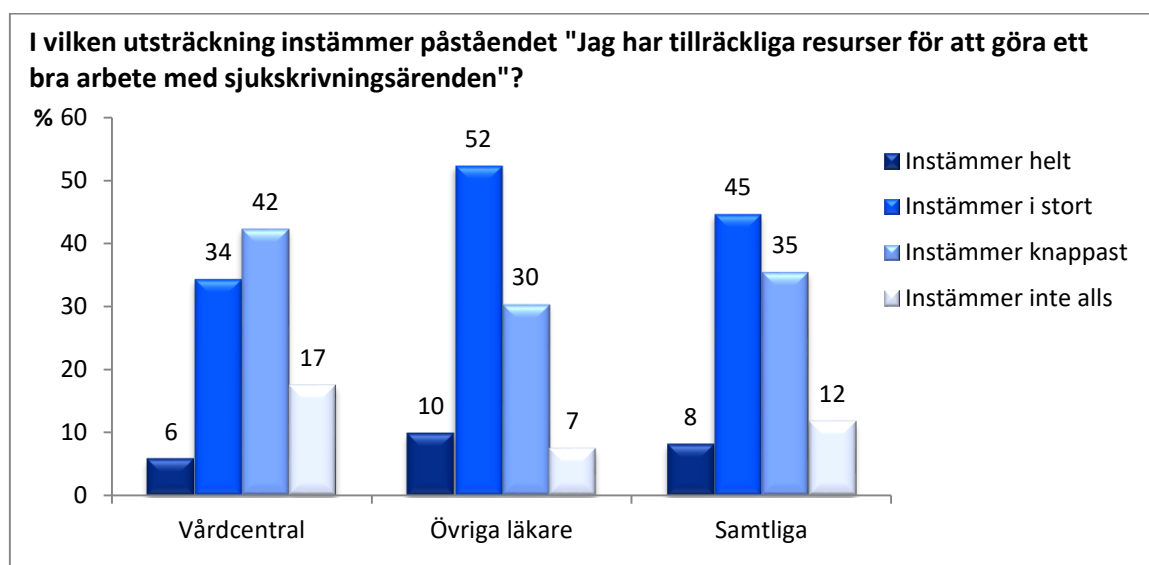
Detta har samband med ledning och styrning generellt och på verksamhetsnivå.

Jag ser också att vi resursmässigt är uttömda i primärvården, vi förväntas ta över många tidigare specialistuppgifter, vilket gör att det är mycket svårt att hitta tid till intyg och funktionsbedömningar. (VC; 17028329054)

I allmänhet saknar chefen kompetens. Chefen/ledning vill ha "nöjd kund" – det är ju fritt vårdval! Scenario: 1. Pat har sjukskrivit sig själv 7 d 2. Arbetsgivare-AF-SFI säger "Du måste ha ett läkarintyg! 3. Pat "bokar tid för sjukskrivning" hos ssk som skriver "sjukskrivning" på bokningsunderlaget. 4. Pat tolkar det som att beställningen är gjord. Pat har betalt skatt. 5. Om pat blir missnöjd får pat en ny tid hos en annan läkare. (VSB) Problemet är alla arbetsskygga som inte trivs med sitt arbetsliv-attityd. En del har rikt fritidsliv med hästar, kennel och trädgård. En del har sjuka anhöriga de sköter om. En del jobbar svart. En del missbrukar. En del surfar på datorn. En del vill ha förlängd semester. (VC; 1702816446)

Tillräckliga resurser

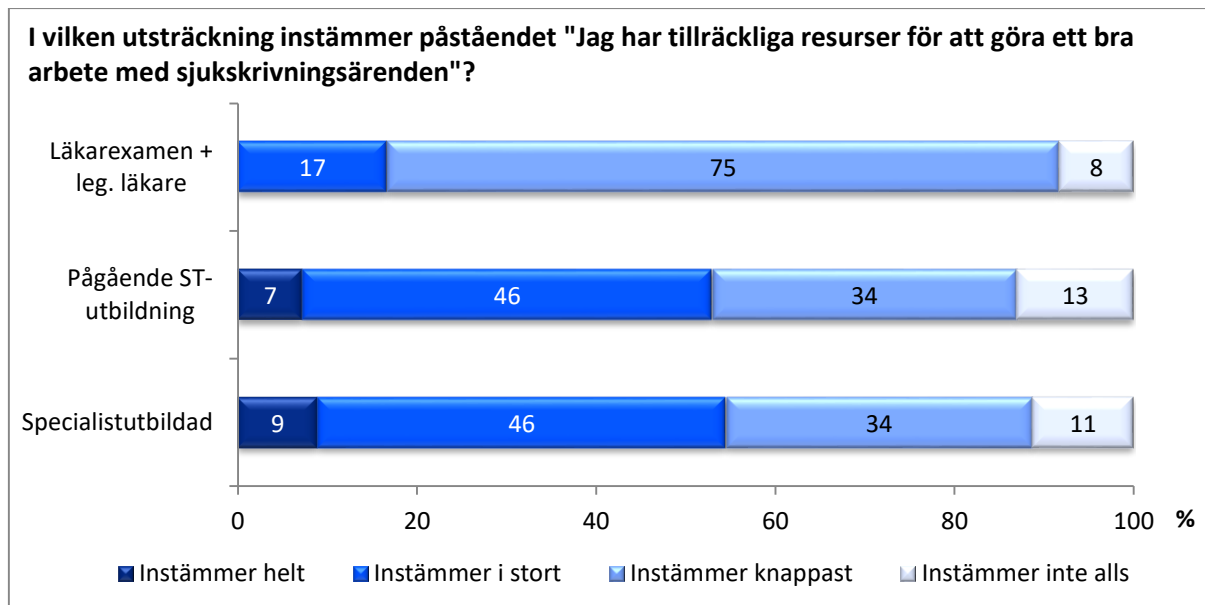
Skillnaden mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare i svar på frågan om att ha tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden visas i Figur 40. Fyrtio procent av vårdcentralsläkare och 62 procent av övriga läkare instämde helt eller i stort att de har tillräckliga resurser i detta arbete. Andelen som knappast eller inte alls instämde var å andra sidan störst bland vårdcentralsläkarna (59 %; övriga 37 %).



Figur 40. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Resultat

På frågan om läkarna har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden var svarsfördelningen relativt lik mellan läkare med pågående ST-utbildning och med specialistutbildning; drygt hälften (53-55 %) instämde helt eller i stort att de har tillräckliga resurser (Figur 41). Bland läkarna med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation instämde däremot 83 procent knappast eller inte alls, och ingen av dem helt, i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden.



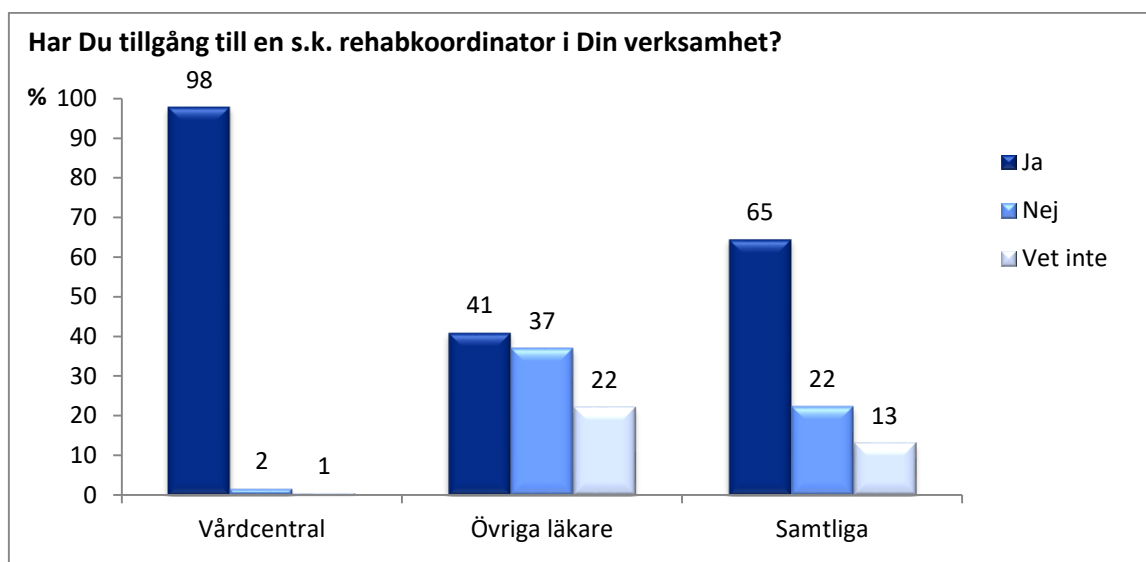
Figur 41. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Rehabkoordinator

Enligt de senaste överenskommelserna mellan regering och landstingen (inom ramen för sjukskrivningsmiljarden) ska rehabiliteringskoordinatorer eller sjukskrivningskoordinatorer, här kallade rehabkoordinatorer, finnas inom ett flertal typer av kliniska verksamheter, framförallt vid vårdcentraler [8-11, 223, 250-252]. Vi har valt att samla alla enkätfrågorna om rehabkoordinatorer i detta avsnitt om organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning, då rehabkoordinatorerna är avsedda att vara ett sådant stöd inom hälso- och sjukvården [8]. I avsnittet 'Samarbete och samverkan' (sidan 58) har vi redovisat läkarnas svar på frågan om rehabkoordinatorns värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar.

Som väntat var det en stor skillnad i andelen vårdcentralsläkare och övriga läkare som hade tillgång till rehabkoordinator, då sådana först och främst införts vid vårdcentraler (Figur 42). Störst andel läkare som svarade att de har tillgång till rehabkoordinator fanns därmed på vårdcentralerna (98 %). Bland övriga läkare svarade 41 procent att de har tillgång, 37 procent att de inte har tillgång och 22 procent att de inte vet om de har tillgång till denna resurs.

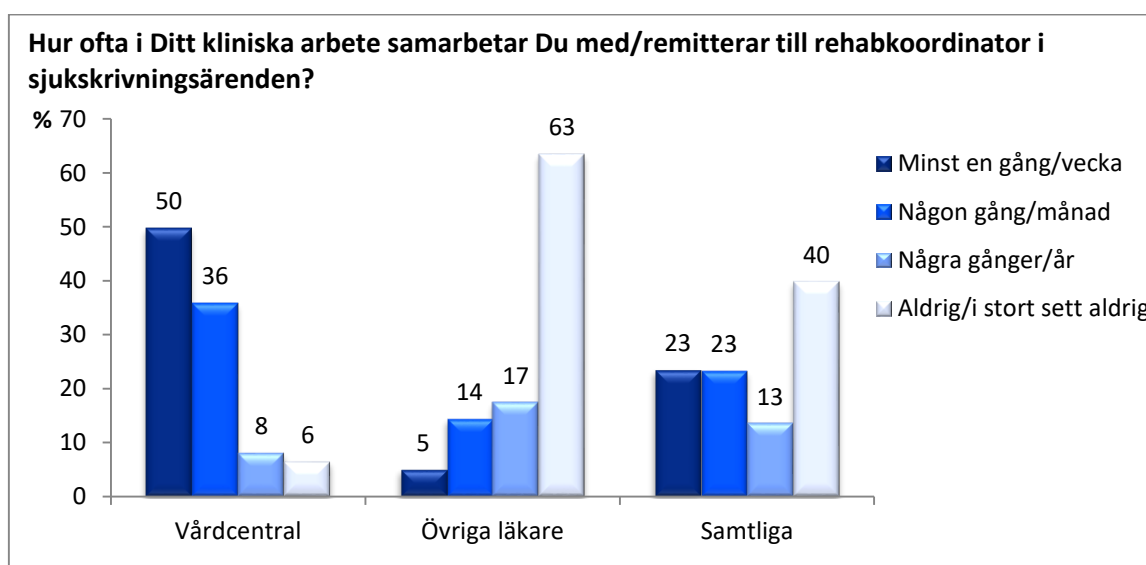
Jämfört med svar från övriga landsting/regioner i landet, var andelen som hade tillgång till rehabkoordinator betydligt större i Jönköping än i hela landet (65 % jämfört med 31 %) [1, sid 121]. Inget annat landsting/region hade lika stor andel som svarade ja på denna fråga som Jönköping. Närmast låg Södermanland (52 %) [1, sid 122].



Figur 42. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

På frågan om hur ofta de samarbetar med eller remitterar till rehabkoordinator svarade 86 procent av vårdcentralsläkarna och 19 procent av övriga läkare att de gör det någon gång i månaden eller oftare (Figur 43). Bland vårdcentralsläkarna var det vanligast att samarbeta med eller remittera till rehabkoordinator minst en gång per vecka (50 %) medan majoriteten av övriga läkare (63 %) uppgav att de (i stort sett) aldrig gör det. Detta ska relateras till att nästan alla vårdcentralsläkarna (98 %) hade tillgång till rehabkoordinatorer medan mindre än hälften (41 %) av övriga läkare hade det (Figur 42).

När endast läkarna som hade tillgång till en rehabkoordinator inkluderades var skillnaden mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare mindre (ej i figur eller tabell). Andelen som samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator minst en gång per vecka (36 % av samtliga) fanns dock fortfarande störst bland vårdcentralsläkare (50 %; övriga läkare 12 %) och andelen som (i stort sett) aldrig gjorde detsamma (13 % av samtliga) störst bland övriga läkare (27 %; vårdcentral 5 %).



Figur 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Resultat

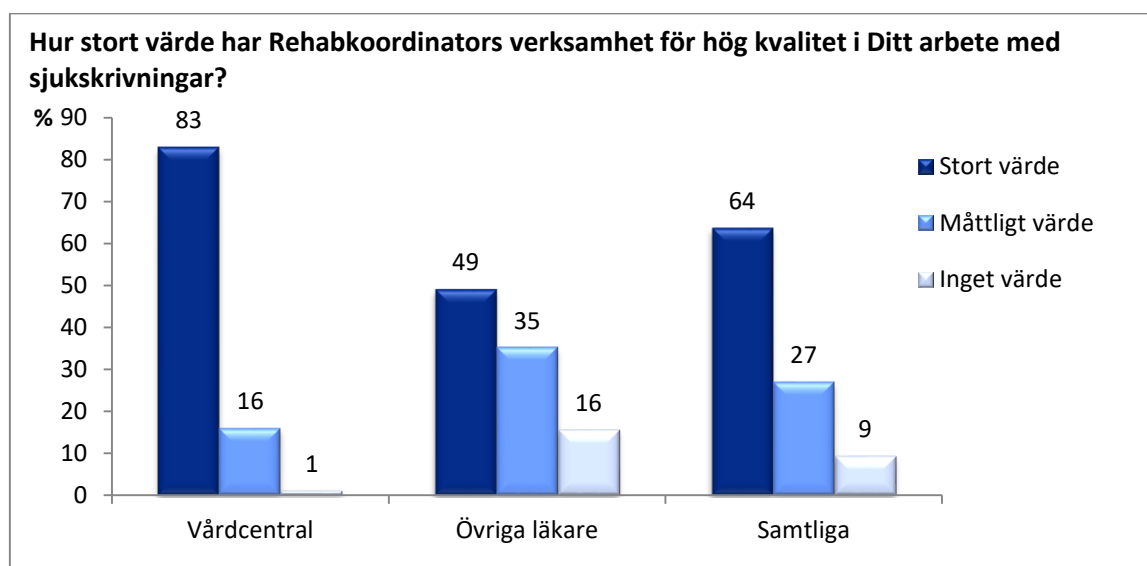
I Tabell 21 redovisas svaren för hur ofta läkarna samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i relation till hur läkaren svarat på frågan om hon eller han har tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet eller inte. Av dem som hade tillgång till rehabkoordinator svarade drygt en tredjedel (36 %) att de samarbetar med eller remitterar till koordinatören minst en gång per vecka medan 13 procent aldrig gjorde det. Att ett flertal samarbetat med eller remitterat till rehabkoordinator trots att de uppgett att de inte har tillgång till en i sin verksamhet kan exempelvis förklaras av att rehabkoordinatorn arbetar inom en annan verksamhet som läkaren kan remittera till.

Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.

Tillgång till rehabkoordinator?	Oftare än 10 ggr/vecka	6-10 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Ja	1	2	33	35	16	13
Nej	0	0	1	3	7	89
Vet ej	0	0	0	0	12	88

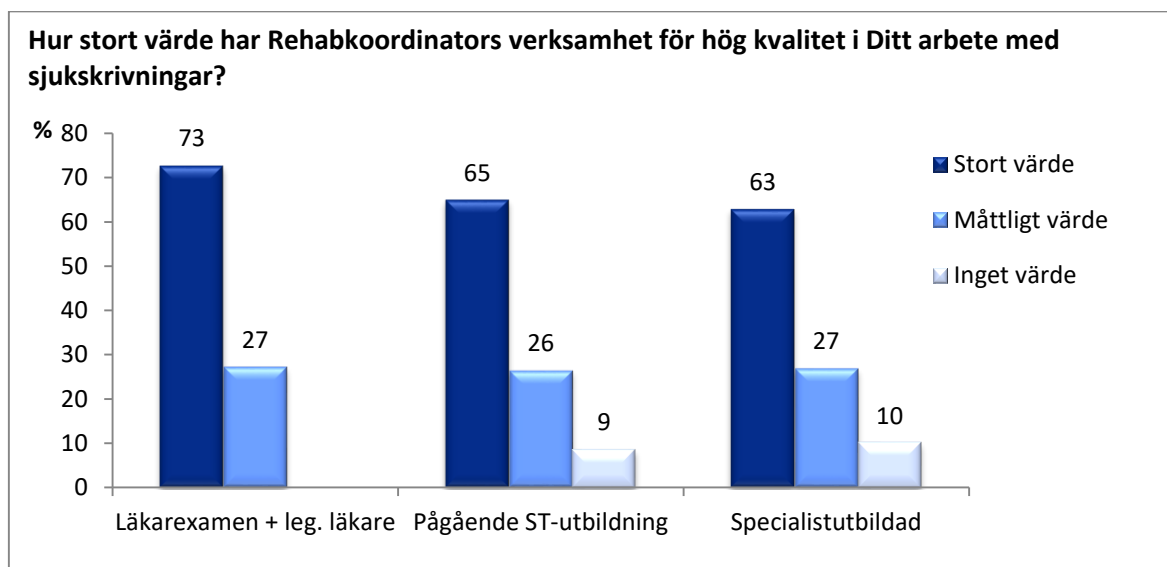
Det ingick även en fråga om hur stort värde rehabkoordinatorns verksamhet hade för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar. Av samtliga läkare svarade 64 procent att rehabkoordinatorns verksamhet har stort värde, 27 procent att det har måttligt värde och 9 procent att det inte har något värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (Figur 44). Här ses stora skillnader mellan vårdcentralsläkarna och övriga läkare. Störst andel läkare som svarade att värdet är stort arbetade på vårdcentral (83 %) medan hälften av övriga läkare (49 %) svarade detsamma. Trettiofem procent av övriga läkare svarade att verksamheten hade måttligt värde, vilket endast 16 procent av vårdcentralsläkarna svarade.

Eftersom andelen som hade tillgång till en rehabkoordinator var betydligt större bland vårdcentralsläkarna, undersöktes även samma fråga bland de som hade tillgång till en rehabkoordinator enskilt (ej i figur eller tabell). I likhet med ovan blev skillnaden mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare då mindre; både vad det gällde andelen som uppgav att rehabkoordinatorns arbete hade stort värde (samtliga 78 %; vårdcentral 84 %; övriga 69 %), måttligt värde (samtliga 19 %; vårdcentral 15 %; övriga 25 %) och inget värde (samtliga 3 %; vårdcentral 1 %; övriga 6 %).



Figur 44. Andel (%) av samtliga sjukskrivande läkare som angav att rehabkoordinatorns verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

En större andel bland läkarna med lägst utbildningsnivå (73 %) än bland specialisterna (63 %) svarade att rehabkoordinators verksamhet har stort värde (Figur 42). Tio procent av specialisterna svarade att rehabkoordinators verksamhet inte har något värde för kvaliteten medan ingen av dem med lägst utbildningsnivå svarade detsamma. I ett urval där endast de som hade tillgång till rehabkoordinator inkluderades (ej i figur eller tabell) var andelen som uppgav att rehabkoordinators verksamhet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning något större i samtliga grupper (läkarexamen/leg. läkare 83 %; ST-utbildning 78 %; specialistläkare 79 %).



Figur 45. Andel (%) av samtliga sjukskrivande läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

I de öppna svaren kommenterade flera läkare aspekter av rehabkoordinatorernas arbete, både positivt:

Rehabkoordinator är rätt använt jättebra. Vi låter ofta vår rehabkoordinator göra en initial kartläggning före läkarkontakt och det är bra. Vi behöver en förändrad inställning till sjukskrivning i befolkningen. Det är möjligt att säga rätt saker och bli sjukskriven. (VC; 17028250102)

Jag ser avstämningsmöten och en duktig rehabkoordinator på VC som de viktigaste faktorerna för ett lyckosamt sjukskrivningsarbete. (VC; 1702820141)

Och med förslag om utvecklingsmöjligheter:

Bristande stöd från rehabsamordnare. I nuläget arbetar vi som läkare i princip ensamma med sjukskrivningsärenden. Ökat stöd från rehabsamordnare och andra personalkategorier vore önskvärt och även att dessa kan stå för mer aktiv sjukskrivningsplanering tillsammans med patienten och ge läkaren mer tid för det rent medicinska. (VC; 17028314635)

Öppna svar om rehabkoordinatorernas roll vid kontakter med patienters arbetsgivare redovisas under avsnittet 'Samarbete och samverkan' (sidan 58) och vid kontakter med Försäkringskassan under avsnittet 'Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan (sidan 66).

Sammanfattning

Fyrtiofem procent av läkarna svarade att det finns rutiner eller en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik/mottagning och 38 procent att det inte finns några sådana rutiner/policy. Dubbelt så stor andel på vårdcentraler (68 %) än på övriga kliniker/mottagningar (32 %) svarade att de har en policy. Fyra femtedelar av dem som hade en policy svarade att de har nytta av den i sitt kliniska arbete.

Knappt en tredjedel av läkarna hade stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden medan en femtedel svarade att de *inte* har sådant stöd i sitt sjukskrivningsarbete. Vårdcentralsläkare var de som upplevde stort stöd (41 %) och stöd i viss mån (44 %) mest. Bland övriga läkare var andelen 21 procent med stort stöd och 53 procent med stöd i viss mån.

Två tredjedelar av läkarna hade tidsbrist i sjukskrivningsärenden dagligen eller någon gång per vecka när det gäller tid med patienten respektive tid för patientrelaterat arbete. För tidsbrist när det gäller kompetensutveckling var motsvarande andel 49 procent.

I de öppna svaren skrev ett flertal läkare att de hade tidsbrist relaterad till sjukskrivningsarbetet och det framkom att läkarna tyckte att arbetet med att skriva intyg var mycket tidskrävande. De uttryckte bland annat de fick prioritera bort annat viktigt arbete, till exempel tid med patienten, och arbeta övertid för att hinna med. Resurserna upplevdes som för knappa och resurserna som gick åt att handlägga sjukskrivningsärenden oproportionerligt stora.

Hälften instämde helt eller i stort att de hade tillräckliga resurser för sjukskrivningsarbetet; 40 procent av vårdcentralsläkare och 62 procent av övriga läkare.

Majoriteten (65 %) av läkarna svarade att de har tillgång till rehabkoordinator. Störst andel fanns som förväntat på vårdcentralerna (98 %). Bland övriga läkare svarade 41 procent att de har tillgång till rehabkoordinator och 22 procent att de inte vet om de har tillgång till denna resurs.

Hälften av vårdcentralsläkarna och fem procent av övriga läkare samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator minst en gång per vecka. Av dem som hade tillgång till rehabkoordinator var andelen, som väntat, större; en dryg tredjedel (36 %) svarade att de samarbetar med eller remitterar till denna minst en gång per vecka, 50 procent bland vårdcentralsläkarna och 12 procent bland övriga läkare.

Av dem som hade tillgång till rehabkoordinator ansåg 78 procent att dennes verksamhet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar, störst var andelen bland vårdcentralsläkarna (84 %; övriga läkare 69 %). Skillnaden var relativt liten med avseende på högsta uppnådda läkarutbildningsnivå: 83 procent bland de med läkarexamen och legitimerade läkare, 78 procent bland de under ST-utbildning och 79 procent bland de med specialistutbildning uppgav detsamma.

Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning

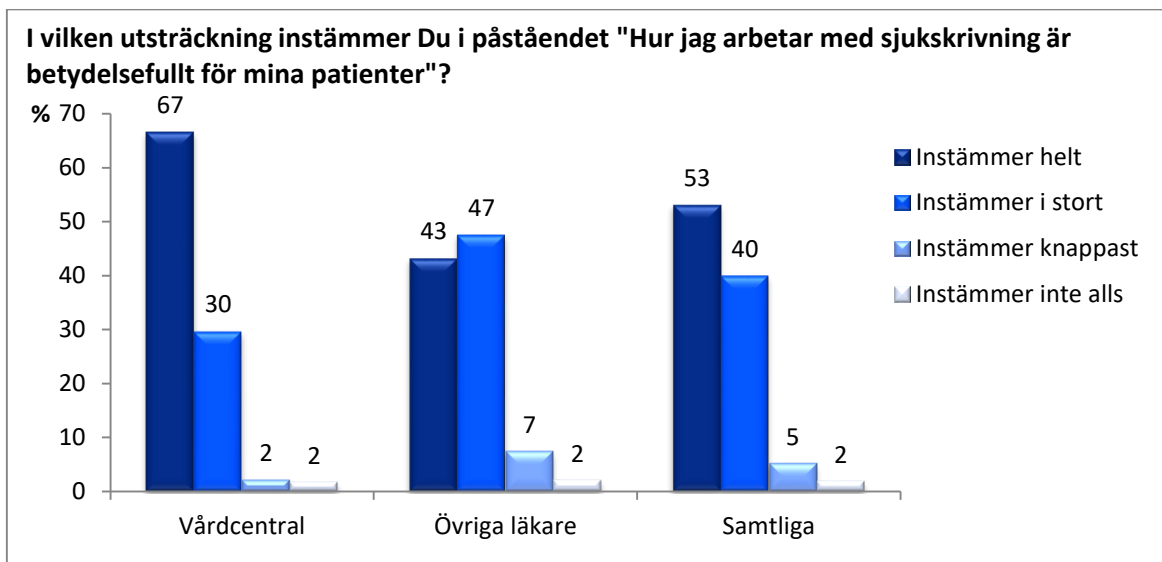
Det fanns ett flertal frågor i enkäten om läkares syn på och attityder till olika aspekter i arbetet med sjukskrivning av patienter. Nedan redovisas svaren för tre av frågorna om detta, där läkaren ombads svara på i vilken utsträckning hon eller han instämde i tre påståenden: ”Hur jag arbetar med sjukskrivning 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”.

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

Nedan visas hur svaren på ovanstående tre frågor varierar mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare samt med utbildningsnivå.

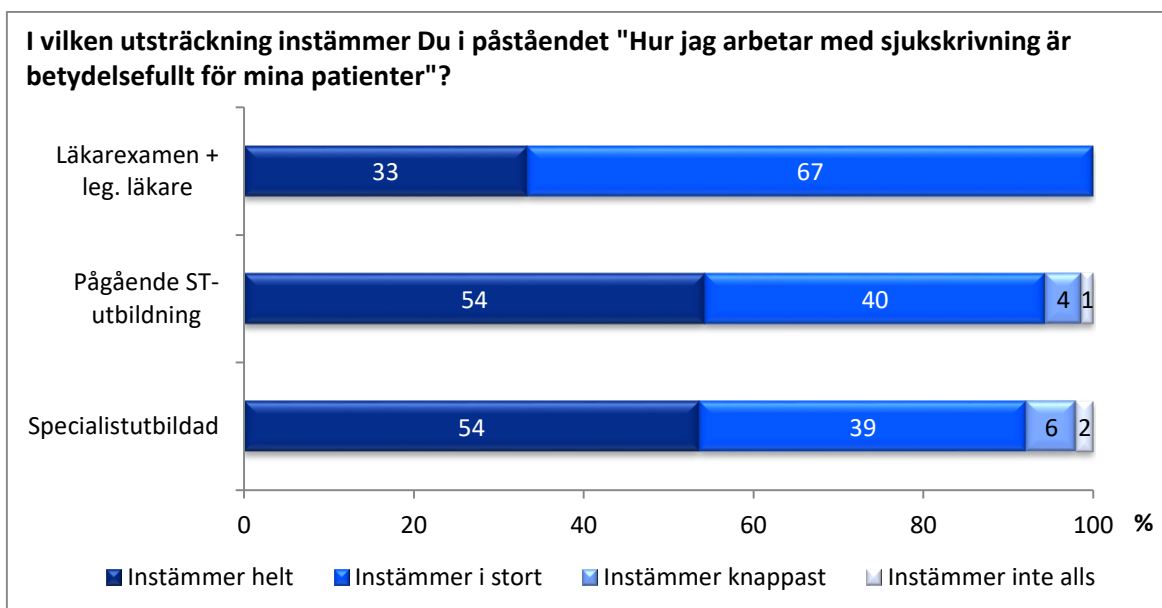
”Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”

Drygt hälften av läkarna (53 %) instämde helt i påståendet "Hur jag arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter" (Figur 46) och 93 procent instämde helt eller i stort. Det fanns inte några större skillnader i andelen vårdcentralsläkare (97 %) och övriga läkare (90 %) som helt eller i stort instämde i att hur de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter. Däremot fanns en större variation i andelen som instämde helt i påståendet, 67 respektive 43 procent bland vårdcentralsläkare respektive övriga läkare.



Figur 46. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Drygt 90 procent av läkarna, oavsett utbildningsnivå, instämde helt eller i stort att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter, 100 procent av dem med lägst utbildningsnivå instämde helt eller i stort i påståendet (Figur 47).

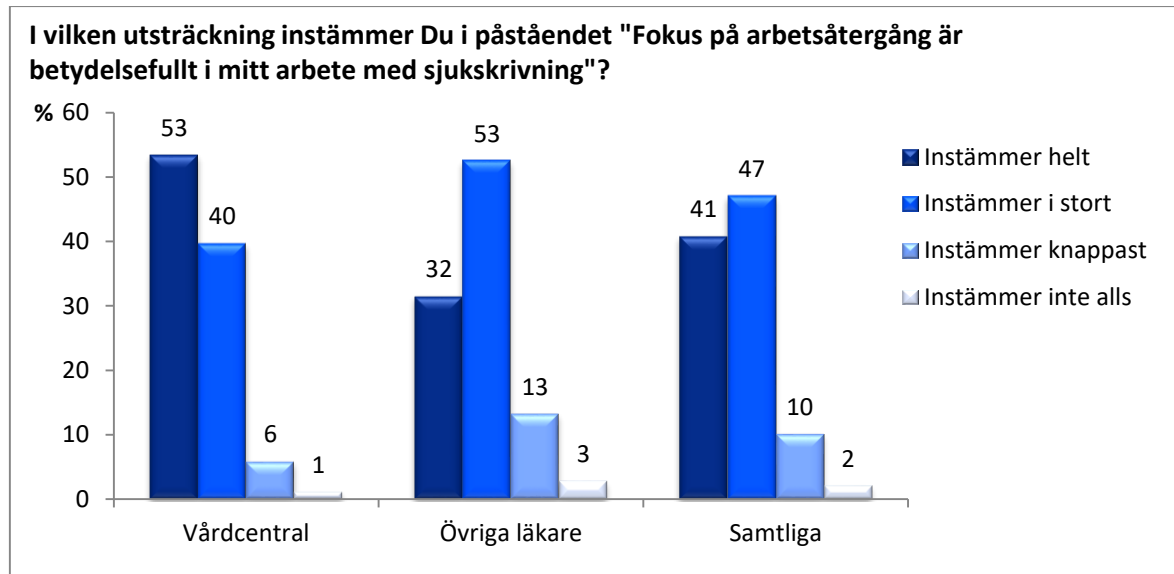


Figur 47. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Resultat

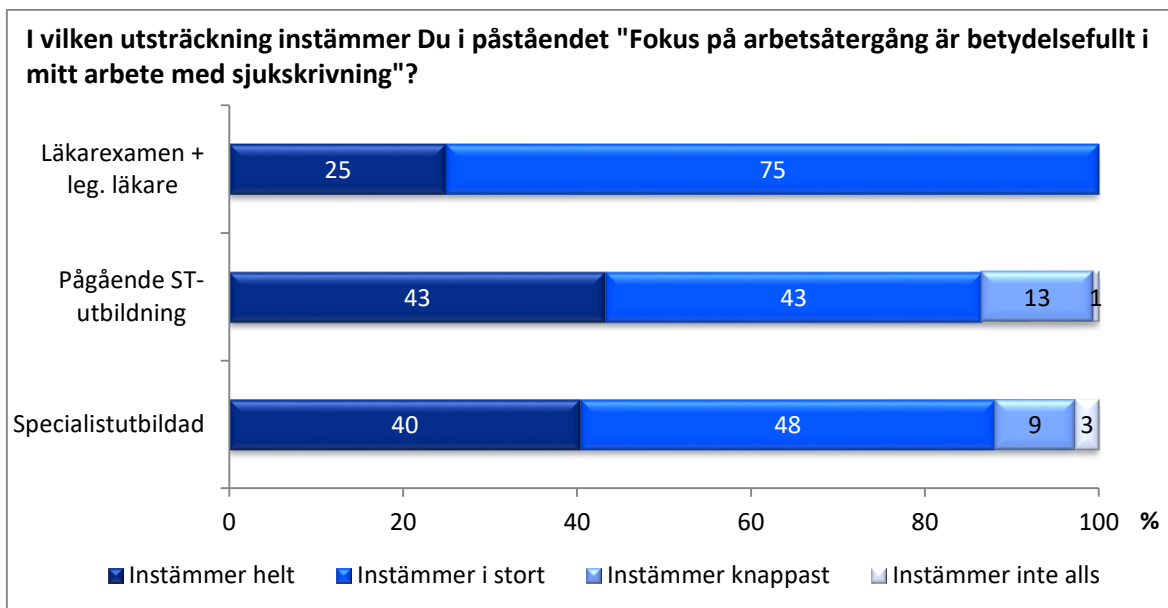
Vikten av fokus på arbetsåtergång

Av samtliga läkare instämde 41 procent helt och 47 procent i stort att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning (Figur 48). Nittiotre procent av vårdcentralsläkarna och 85 procent av övriga läkare instämde helt eller i stort att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning. Skillnaden är störst för svarsalternativet "Instämmer helt" vilket 53 procent av vårdcentralsläkarna och 32 procent av övriga läkare svarade.



Figur 48. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

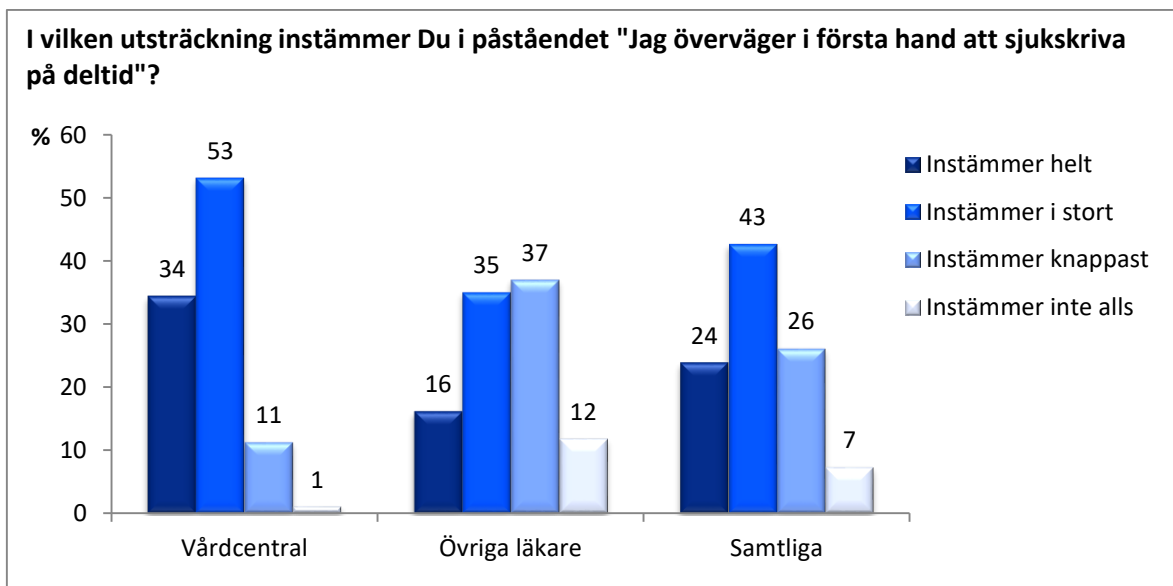
I Figur 49 visas resultat för hur läkare med olika utbildningsnivåer instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning. Bland de med lägst utbildningsnivå instämde en fjärdedel helt och tre fjärdedelar i stort vilket skiljer sig mot specialistutbildade och de med pågående ST-utbildning. Av dem med högre utbildningsnivå instämde 40-43 procent helt och 43-48 procent i stort i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt.



Figur 49. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

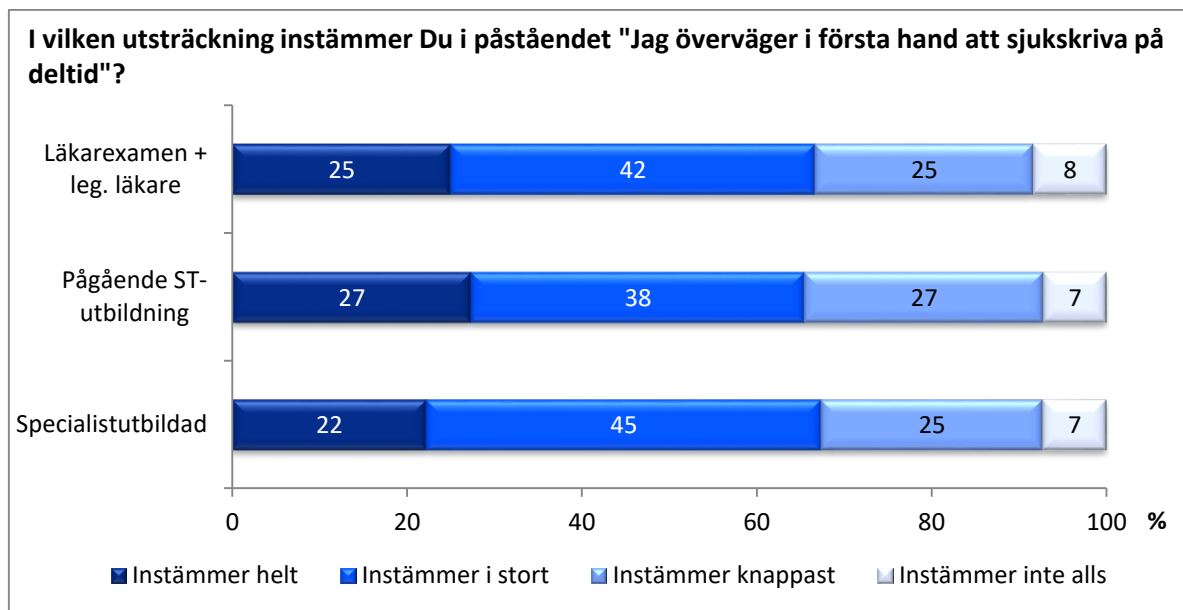
Syn på deltidssjukskrivning

Majoriteten (67 %) av samtliga läkare instämde helt (24 %) eller i stort (43 %) i påståendet "Jag överväger i första hand att sjukskriva på deltid" (Figur 50). Störst var andelen bland vårdcentralsläkarna (87 %; övriga läkare 51 %). Endast en procent av vårdcentralsläkarna instämde inte alls i påståendet medan 12 procent av övriga läkare inte alls instämde.



Figur 50. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Svarsmönstret för samma påstående var liknande avseende utbildningsnivå (Figur 51). Omkring en fjärdedel av läkarna instämde helt med påståendet (läkarexamen/leg. läkare 25 %; ST-utbildning 27 %; specialistläkare 22 %).



Figur 51. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Jag tror alla läkare är något för snälla och att folk i allmänhet borde kunna göra något på deltid i nästan alla fall då sjukskrivning är aktuellt! (ÖL; 17028339749)

Sammanfattning

Drygt nittio procent av läkarna instämde helt eller i stort i påståendet att hur de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter. I detta fanns inte några större skillnader mellan utbildningsnivåer, däremot mellan andelen vårdcentralsläkare (67 %) respektive övriga läkare (43 %) som instämde helt i påståendet.

Den absoluta majoriteten, 88 procent, instämde helt eller i stort även i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i det egna arbetet med sjukskrivningsärenden. Skillnaden i svar mellan vårdcentralsläkarna och övriga var störst för svarsalternativet "Instämmer helt" vilket 53 procent av vårdcentralsläkare och 32 procent av övriga läkare instämde i.

En fjärdedel (24 %) av alla instämde helt i att de i första hand överväger deltidssjukskrivning, störst andel bland vårdcentralsläkare (34 %). Andelen som instämde helt eller i stort med att de i första hand överväger deltidssjukskrivning var 87 procent bland vårdcentralsläkarna och 51 procent bland övriga läkare.

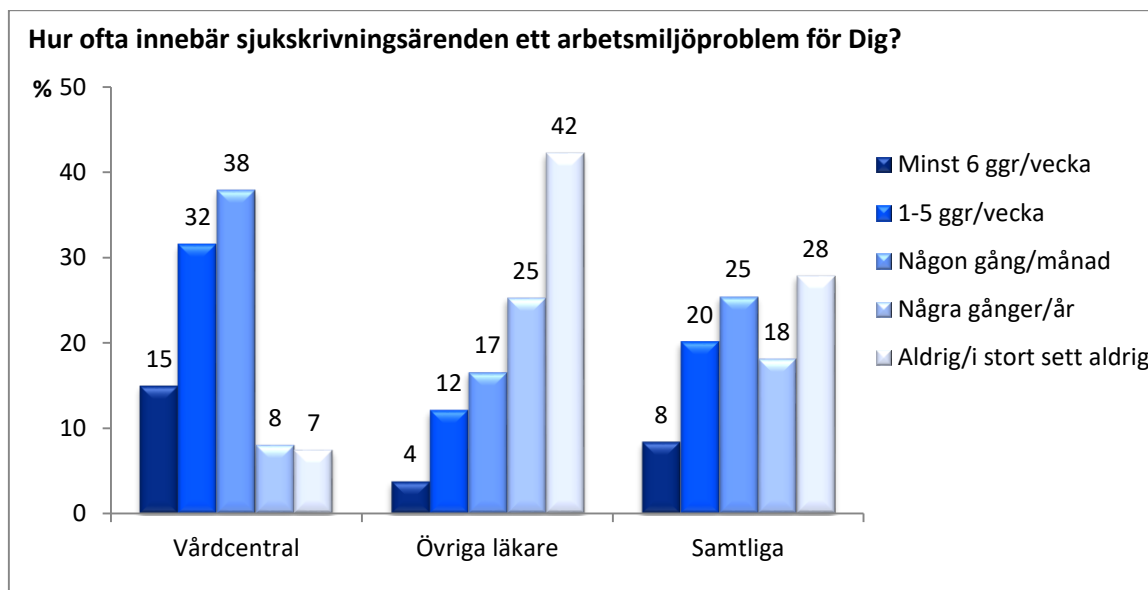
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem [36, 54, 87, 157, 158, 253]. I enkäten ingick en fråga om *hur ofta* sjukskrivningsärenden utgjorde ett arbetsmiljöproblem.

En fjärdedel (28 %) svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka och en lika stor andel att de aldrig eller i stort sett aldrig är ett arbetsmiljöproblem (Figur 52). Skillnaden mellan hur ofta vårdcentralsläkare och övriga läkare upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem var stor. Nästan hälften (47 %) av läkarna på vårdcentraler upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (15 % minst 6ggr/vecka; 32 % 1-5ggr/vecka). Andelen övriga läkare som upplevde sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

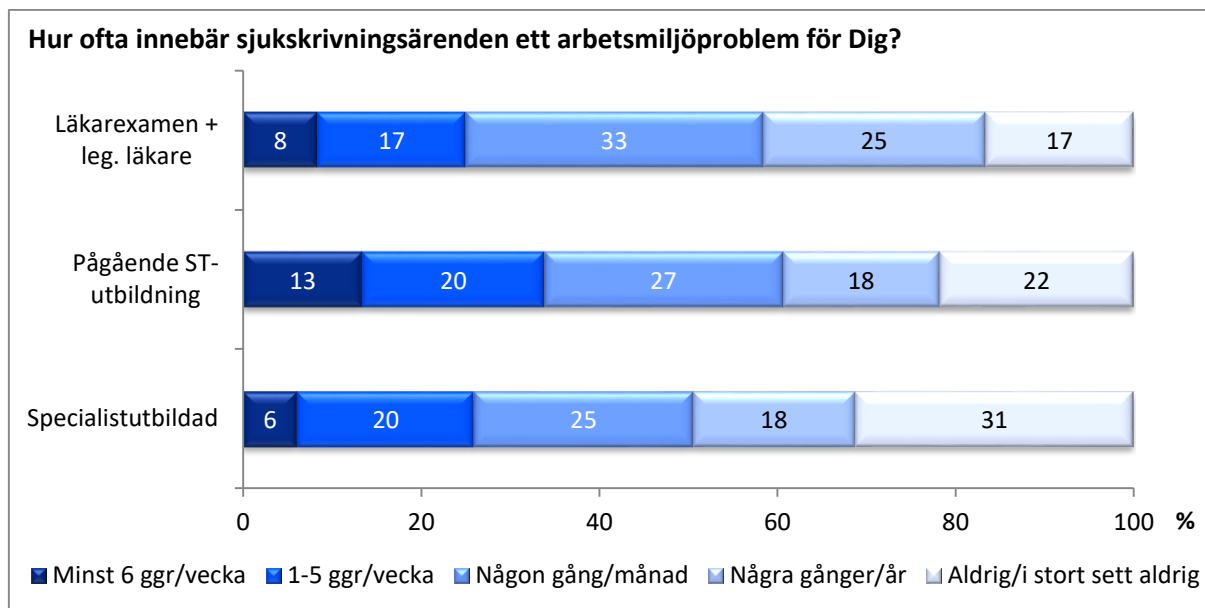
minst en gång per vecka är 16 procent, medan 42 procent aldrig eller i stort sett aldrig upplevde detta (7 % bland vårdcentralsläkare). Detta förklaras inte av att vårdcentralsläkare hade sjukskrivningsärenden oftare (Figur 9).

Bland övriga läkare svarade en tredjedel av läkarna inom gynekologi (33 %) att de upplevde detta minst tio gånger/vecka – den absolut största andelen (jämfört med 5 % bland vårdcentralsläkarna – 8 av de senare upplevde aldrig detta som ett arbetsmiljöproblem, 33 % av läkarna inom gynekologi). Andra kliniska verksamheter som upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem minst en gång/vecka var inom reumatologi (83 %), ortopedi (35 %), psykiatri (32 %) samt neurologi (20 %) (ej i figur eller tabell). Jämfört med läkare i övriga landet var andelen läkare som upplevde detta någon procentenhet lägre i Jönköping [1, sid 136].



Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Uppdelat på utbildningsnivå var det främst läkare under ST-utbildning som upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem; 13 procent minst 6 gånger per vecka och 33 procent minst en gång per vecka (Figur 53). En fjärdedel av läkarna med lägre utbildningsnivå (25 %) och av läkare med specialistutbildning (26 %) svarade att de minst en gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem.



Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

I analyserna av de öppna svaren framkom att många upplevde arbetet med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem. Exempel på citat som illustrerar detta presenteras nedan. De beskrev arbetet med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem på ett generellt plan, kommenterade att arbetet med sjukskrivningar riskerade att leda till att de själva sjuka samt uttryckte att arbetet med sjukskrivningar var en anledning till att läkare valde att byta specialitet från, eller inte valde att specialisera sig inom, allmänmedicin.

a) Dels beskrev läkarna arbetet med sjukskrivningar som **ett stort arbetsmiljöproblem** och en belastning på ett generellt plan

Sjukskrivningsfrågan utgör större arbetsmiljöproblem än någonsin tidigare. Har snart 30 års erfarenhet. (VC; 1702888429)

Sjukskrivningarna är den enskilt största negativa arbetsuppgiften. En stor stressfaktor som sänker arbetsglädje och påverkar min arbetsmiljö negativt. (VC; 17028206401)

Jag är trött på all denna trams och olösta problem som vi bara skjuta fram och kommer snart sluta.... (VC; 17028140733)

Sjukskrivningarna är ett klart belastande moment för mig i mitt arbete. De tar mycket tid och kraft. (VC; 17028133423)

Att svårt sjuka pat jagas av FK är ett arbetsmiljöproblem och tar tid från andra arbetsuppgifter (dessutom far pat illa!) (ÖL; 17028121261)

b) Flera framhävde att arbetet med sjukskrivningar riskerade att leda till, eller har inneburit att **läkaren själv blev sjuk och/eller sjukskriven**.

Det är skrämmande hur stressrelaterad utmattning ökar, jag drunknar i sådana, samtidigt som jag själv känner att jag balanserar på gränsen dit. (VC; 1702879600)

Sjukskrivningsprocessen har blivit ett arbetsmiljöproblem för mig som läkare. Jag älskar mitt jobb men sjukskrivningsprocessen riskerar att göra mig sjuk. (ÖL; 1702843804)

Mycket av intygsskrivandet görs utanför ordinarie arbetstid för att inte stjäla tid från patienterna-innebar klart mer än 40 tim per vecka obetalt. Är nu själv sjukskriven för utmattningssyndrom (ÖL; 1702851989)

c) Bland läkarna på vårdcentraler förekom även ett flertal kommenterar om att arbetet med sjukskrivningar var en anledning till att läkare valde att **byta specialitet**, såväl som en anledning till att läkare inte valde att specialisera sig inom allmänmedicin från början.

Sjukskrivning process tillhör de allra svåraste arbetsuppgifterna i primärvården. Vi är helt övertygade att den är en av faktorerna som gör att unga läkare inte vill bli specialister i allmän medicin. (VC; 17028162018)

Största arbetsmiljöproblem på jobbet. Orsak att sluta som spec. läkare på VC. (VC; 17028192361)

Jag arbetade som ST respektive distriktsläkare från 20XX-20XX. Det var ffa sjukskrivningsbiten varför jag lämnade primärvården och ansökte för en ST inom XX. En tydlig förbättring av arbetsmiljön har skett. (ÖL; 17028170854)

Det är ett akut arbetsmiljöproblem för oss distriktsläkare och som ytterligare riskerar kompetensförsörjningen i primärvården då läkare väljer att specialisera sig i annat. (VC; 17028227381)

Sjukskrivning ar en tung del av arbetet som /.../ kan leda till ett byte till annan specialitet for mig. (VC; 17028235681)

Upplever att sjukskrivningstalen har varit en stor del i att jag bestämt mig för att skifta specialitet, det tar i och med alla kompletteringar upp en orimligt stor del av ens administrativa tid. (VC; 17028322927)

Sammanfattning

En tredjedel av läkarna svarade att de upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka och en lika stor andel att de aldrig eller i stort sett aldrig upplever detta. Nästan hälften (47 %) av läkarna på vårdcentraler upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst sex gånger per vecka (15 %) eller 1-5 gånger per vecka (32 %), medan motsvarande andelar för övriga läkare var 4 procent (6 ggr/vecka) respektive 12 procent (1-5 ggr/vecka). Fyrtiotvå procent av övriga läkare och sju procent av vårdcentralsläkarna svarade att detta aldrig eller i stort sett aldrig är ett arbetsmiljöproblem.

Avslutande kommentarer

Övergripande resultat återfinns i sammanfattningen på sidan 5 Här följer några övergripande kommentarer, framförallt av metodologisk karaktär.

Svarsfrekvensen var 60,5 procent för Jönköping, det vill säga, betydligt större än den för hela landet (54,1 %) [1]. Svarsfrekvensen får betraktas som god, i jämförelse med andra enkätstudier som genomförs nu. I enkätstudier är ofta svarsfrekvensen högre bland kvinnor, så var inte fallet för Jönköping. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att unga läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har nåtts av inbjudan att delta, på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga. Många av de läkare som kontaktade oss under datainsamlingen berättade att de samtidigt fick ett stort antal andra förfrågningar om att svara på enkäter.

Vi har fått oidentifierad information angående de som besvarat enkäten. Det innebär att vi inte haft möjlighet att kontakta de läkare som inte svarat för att ta fram ett underlag för bortfallsanalys av skillnader i svarsmönster mellan dem som inte svarade jämfört med dem som svarade. Vi vet alltså inte om de som inte svarade till exempel upplevde hantering av sjukskrivningsärenden som problematisk i större eller i mindre utsträckning än de som svarade. Dock kan det anses vara ett tillräckligt stort antal läkare som deltagit för att ge underlag för åtgärder.

Knappt hälften av de sjukskrivande läkarna var kvinnor. I tidigare litteraturöversikter har det inte framkommit könsskillnader i hur läkare sjukskriver [12] och vi har inte analyserat data utifrån detta perspektiv i denna rapport. I den mån materialet ska användas för utvärdering av insatser respektive för planering av framtida insatser, torde fokus vara på specifika mottagningar eller kliniska verksamheter alternativt mot läkare på specifika utbildningsnivåer, till exempel AT eller ST, snarare än till de läkare som är kvinnor eller män. Av denna anledning är analyserna inte könsstratifierade.

En styrka i projektet är den tvärvetenskapligt och multiprofessionellt sammansatta projektgruppen, den långa erfarenheten av denna typ av studier vad avser flera projektdeltagare samt omfattande samverkan med kliniker, andra forskare inom området samt med berörda organisationer.

Skillnaden var ofta stor mellan läkare på vårdcentral och läkare på övriga kliniker/mottagningar. Detta var förväntat, då det finns avsevärda skillnader vad gäller patientkaraktäristika, diagnospanorama, nedsättning av funktion respektive nedsatt arbetsförmåga och patienters behov. Det innebär också skilda behov av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, av samarbeten och kontakter och särskilt av kontakter med Försäkringskassan. I denna rapport, avseende läkare i Jönköpings län, visas de flesta resultaten dels för alla och dels för vårdcentralernas läkare och för gruppen övriga läkare.

Vi har av flera anledningar inte efterfrågat hur ofta läkare de facto sjukskriver patienter – här har vi varit intresserade av de konsultationer där diskussioner om sjukskrivning förs, vare sig de leder till sjukskrivning eller inte. I vissa konsultationer kommer man fram till att sjukskrivning inte är aktuellt, i andra säger läkaren nej till önskemål om sjukskrivning, eller så säger patienten nej till läkarens förslag om sjukskrivning.

En aspekt som behöver fördjupade analyser är frågan om huruvida arbetet med sjukskrivningar upplevs som ett *arbetsmiljöproblem*. Resultatet visade stor skillnad mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare där nära hälften av vårdcentralsläkarna upplevde det som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka. Det finns många faktorer som kan påverka om sjukskrivningsarbetet upplevs som ett arbetsmiljöproblem.

I denna rapport har vi inte jämfört enkätsvaren från 2017 med de för tidigare år. I den övergripande rapporten för hela Sverige, där även jämförelser med tidigare år görs, framkom att andelen läkare som upplevde *olika typer av problem* inte hade minskat trots de stora satsningar som gjorts inom området

[1]. Många interventioner för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar har till exempel riktats till vårdcentralsläkare. Resultaten visade dock att vårdcentralsläkare upplevde arbetet med sjukskrivning som problematiskt i högre grad än vad övriga läkare gör. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som skett kan till exempel ha inneburit en ökad medvetenhet om problem i sjukskrivningsarbetet och om vad optimal hantering av sjukskrivningsärenden innebär. Som tidigare nämnts torde det även ha samband med både typ av patienter och mångfald av diagnoser samt möjlighet att remittera vidare.

En annan central del av sjukskrivningsmiljardssatsningarna har varit *försäkringsmedicinsk kompetensutveckling*. Resultaten visar att behovet av sådan kompetens fortfarande är stort. Det är även troligt att när kompetensnivån tidigare varit låg och sedan utvecklats något, genom till exempel korta kurser i försäkringsmedicin eller möjlighet att rådfråga eller få handledning av någon med sådan kompetens, så blir de egna kunskapsluckorna tydligare. Kompetens och kompetensutveckling inom försäkringsmedicin är en ständigt aktuell fråga särskilt inom de kliniska verksamheter där personalomsättningen är hög. På motsvarande sätt kan förväntningarna på rutiner och policy kring hantering av sjukskrivningsärenden vid den egna mottagningen öka när läkaren får mer kunskap om vad sådana rutiner faktiskt skulle kunna innebära och innehålla.

Andelen läkare som inte har kontakt med arbetsgivare alternativt Arbetsförmedling kan tyckas hög. I många fall är detta dock inte aktuellt, till exempel på grund av diagnosens karaktär eller arbetsförmågenedsättningens förväntade duration.

Det framkommer att två typer av interventioner under de senaste åren, införandet av *det försäkringsmedicinska beslutsstödet* och av *elektronisk överföring av läkarintyg*, generellt uppfattats som positiva. Den första interventionen har varit positiv såtillvida att beslutsstödet i stor utsträckning används och upplevs som användbart. I Jönköpings län påbörjades införandet av elektronisk överföring av intyg tidigt vilket avspeglas i att 99 procent av vårdcentralsläkarna svarade att de har tillgång till det varav 94 procent uppgav att det var integrerat med journalsystemet och i stort sett fungerade bra. När det gäller analyserna av de öppna svaren avseende Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och digitalisering av sjukintyg stämmer resultaten i stor utsträckning med dem som presenterats av resultat avseende detta för läkare från hela landet [248]. Dock var inte alla teman och kategorier aktuella för Jönköping.

Införandet av yrkeskategorin *rehabkoordinatorer* i hälso- och sjukvården upplevdes som positivt av flertalet av dem som har tillgång till dem i hela landet [1]. I Jönköping hade två tredjedelar av läkarna tillgång till denna yrkeskategori, störst andel på vårdcentralerna (98 %). Denna tillgång visade sig också i att läkarna i lika stor utsträckning vänder sig till rehabkoordinatorer som till kuratorer/psykologer eller fysioterapeuter/arbetsterapeuter för att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar. Bland dem som hade tillgång till rehabkoordinatorer ansåg 64 procent av läkarna att rehabkoordinatorer hade stort värde för deras arbete med sjukskrivningar, drygt 80 procent av vårdcentralsläkarna.

I rapporten har övergripande resultat från projektet redovisats. Materialet är omfattande och ger utrymme för många fördjupade analyser av frågekomplex i läkares arbete med hantering av patienters sjukskrivning.

Figur- och tabellförteckning

Lista över figurer

Figur 1. Andel (%) läkare i respektive åldersgrupp, uppdelat på kvinnor och män.	26
Figur 2. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, legitimerad läkare, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män.....	27
Figur 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentral och övriga.....	27
Figur 4. Andel (%) läkare i respektive åldersgrupp, för samtliga samt uppdelat på kvinnor och män.	31
Figur 5. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, legitimerad läkare, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning, för samtliga samt uppdelat på kvinnor och män.	31
Figur 6. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, för samtliga samt uppdelat på kvinnor och män.....	32
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, för samtliga samt uppdelat på kvinnor och män.	32
Figur 8. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation, inom en privat organisation som var offentligt finansierad respektive inom en privat organisation som var privat finansierad.	33
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	33
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens högsta utbildningsnivå.....	34
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av organisation.	35
Figur 12. Andel (%) vårdcentralsläkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av organisation.....	35
Figur 13. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	36
Figur 14. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	37
Figur 15. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska.	38
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	49
Figur 17. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	51
Figur 18. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	51
Figur 19. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	52
Figur 20. 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.	52

Figur 21. Andel (%) läkare uppdelat på hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) i relation till hur problematiskt de tyckte att det är att skriva läkarintyg i enlighet med FMB.	53
Figur 22. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	54
Figur 23. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	54
Figur 24. 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.	55
Figur 25. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättade kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	56
Figur 26. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	57
Figur 27. 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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	60
Figur 28. Andel (%) läkare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	62
Figur 29. Andel (%) läkare som hade kontakt med patienters arbetsgivare i relation till hur bra deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	62
Figur 30. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	64
Figur 31. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	65
Figur 32. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	65
Figur 33. Andel (%) läkare som svarade att de inte har några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	66
Figur 34. Andel (%) läkare som uppgav vilka svårigheter de upplevde i kontakten med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	67
Figur 35. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	73
Figur 36. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	76
Figur 37. Andel (%) läkare av dem som angav att det på deras klinik/mottagning finns gemensamma rutiner/policy för handläggning av sjukskrivningsärenden som också har nytta av den, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	76
Figur 38. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ¹ Både ”Ej aktuellt, har ingen chef” samt ”Ej aktuellt, arbetar inte alls på en klinisk enhet” ingår i den gruppen.	77

Figur 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	78
Figur 40. Andel (%) läkare som helt, delvis eller inte alls instämde i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	79
Figur 41. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå. ..	80
Figur 42. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	81
Figur 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	81
Figur 44. Andel (%) av samtliga sjukskrivande läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	82
Figur 45. Andel (%) av samtliga sjukskrivande läkare som angav att rehabkoordinators verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	83
Figur 46. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	85
Figur 47. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att sättet de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för patienten, uppdelat på högsta utbildningsnivå.....	85
Figur 48. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	86
Figur 49. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	87
Figur 50. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	87
Figur 51. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	88
Figur 52. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	89
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	90

Lista över tabeller

Tabell 1. Svansfrekvens (%) uppdelat på kön bland läkarna i Jönköpings län.	22
Tabell 2. Antal läkare, medelålder, andel (%) kvinnor, andel i varje åldersgrupp och andel i varje utbildningsnivå, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	26
Tabell 3. Antal sjukskrivande läkare, medelålder, andel (%) kvinnor, andel (%) i varje åldersgrupp och andel (%) per utbildningsnivå, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ...	30
Tabell 4. Andel (%) läkare bland dem i olika typer av organisationer i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.	37
Tabell 5. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	39
Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde nämnda situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	40
Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde olika aspekter av att skriva sjukintyg respektive komplettera intyg som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	40
Tabell 8. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	41
Tabell 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	42
Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av oro eller hot i samband med sjukskrivningssituationer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. ...	42
Tabell 11. 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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	44
Tabell 12. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	45
Tabell 13. 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, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	48
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	59
Tabell 15. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	60
Tabell 16. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	61
Tabell 17. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering respektive svarade att begäran om onödiga kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.	68
Tabell 18. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa läkare som svarade att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	71
Tabell 19. Andel (%) läkare som angav att de nedan listade alternativen har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	74

Figur- och tabellförteckning

Tabell 20. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	77
Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de i sitt kliniska arbete samarbetade med/remitterade till en rehabkoordinator i sjukskrivningsärenden.	82

Referenser

1. Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Svärd V. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2018.
2. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. WHO. ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
4. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomsversion ICF-CY. Stockholm: Socialstyrelsen, WHO; 2010.
5. Fresk M, Arrelöv B, Skånér Y, Backlund L, Nilsson G. ICF-verktyg bra för att beskriva aktivitetsbegränsning vid sjukskrivning. *Läkartidningen*. 2013;27-28(110).
6. Grimby G. ICF som utgångspunkt för rehabilitering. *Socialmed tidskrift*. 2002(6):498-503.
7. Smedby B, Dahl T. En presentation av ICF. *Socialmed tidskrift*. 2002(6):486-95.
8. 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.
9. 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.
10. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
11. Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator - Utvärdering av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting: Stockholms läns landsting och HealthNavigator, forsknings- och utvecklingsstöd; 2018 April 2018.
12. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
13. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
14. 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.
15. Zwerver F. Development and evaluation of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression [Doctoral]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
16. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, de Boer W, Busse J, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *The Cochrane Library*. 2017.
17. 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.
18. 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*. [Review]. 2012 Dec;18(4):219-28.
19. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin; 2008. Contract No.: 031830-2008.
20. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukvårdens historia i Göteborg. Borås: Sjuhäradshälsöbygdens tryckeri; 2002.
21. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
22. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare: Socialstyrelsen; 2005.

23. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. *Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet*. Stockholm: SparbanksAkademin; 2010. p. 174-95.
24. Järholm B, Olofsson C, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
25. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
26. Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
27. Lindqvist R. *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990*. Lund: Studentlitteratur; 1990.
28. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
29. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
30. *Rehabilitation and return to work: Europe's systems and policies: European Agency for Safety and Health at Work*.
31. *Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009*.
32. 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.
33. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
34. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
35. *Socialförsäkringen i siffror 2017*. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
36. 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.
37. Järholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
38. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011*.
39. 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.
40. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
41. Alexanderson K. *Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]*. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
42. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga: Socialdepartementet; 2009*.
43. 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.
44. *Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst*. Stockholm: Socialdepartementet; SOU; 2000.
45. 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.
46. *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II*. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5; 2002.
47. *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66; 2008.
48. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
49. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. *Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens*. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
50. *Analys av sjukförsäkringens utveckling 2013*. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.

51. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
52. Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk målpuppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet. Stockholm: Försäkringskassan; 2015.
53. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
54. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
55. 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.
56. 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.
57. 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).
58. Starzmann K. The physician and the sickness certification [Doctoral]. Gothenburg: Sahlgrenska Academy; 2018.
59. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
60. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
61. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
62. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
63. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
64. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
65. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
66. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009: SKL; 2009.
67. 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.
68. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
69. Löfgren A. Physician's sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
70. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
71. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster: Försäkringskassan; 2011.
72. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; diagnosspecifika rekommendationer. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen; 2017 [cited 2017 1/10].
73. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. Occupational medicine. 2010 Mar;60(2):152-5.
74. Friberg E, Alexanderson K. Forskning om försäkringsmedicinska utredningar: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
75. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity - a qualitative study. BMC public health. 2012;12:702.

76. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
77. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
78. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos; 2010.
79. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2005;19(4):655-70.
80. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. Br Med Bull. 2006 January 1, 2006;77-78(1):55-69.
81. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.
82. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. J Insur Med. 2007;39(2):109-20.
83. Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa - en process med stora utmaningar. Stockholm: Riksrevisionen; 2018.
84. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
85. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004.
86. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
87. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. Occupational medicine. 2010 Mar;60(2):121-6.
88. Johannisson K. Om begreppet kultursjukdom. Läkartidningen. 2008(44):3129-32.
89. Nilsson E, Soderberg E, Normelli H, Oberg B. Description of functioning in sickness certificates. Scand J Public Health. 2011 Jul;39(5):508-16.
90. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan; 2010.
91. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan; 2011.
92. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan; 2012.
93. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! Läkartidningen. 2001;98(11):1261-4.
94. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. Primary Care Mental Health. 2005;3(3):201-4.
95. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. Läkartidningen. 2001;98(11):1262-3.
96. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
97. Handlingsplan för kompetensutveckling i försäkringsmedicin: Stockholms läns landsting; 2012.
98. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. Socialmedicinsk tidsskrift. 2009;6:518-28.
99. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. Scandinavian Journal of Public Health. 2011;39:245-54.
100. 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.
101. 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.
102. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
103. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
104. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.

105. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
106. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
107. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund: Sveriges läkarförbund; 2006.
108. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
109. 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.
110. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
111. 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.
112. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturoversikt. Karolinska Institutet; 2013.
113. Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability. Prevention and management.: Springer; 2013.
114. Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning. En vänbok till Staffan Marklund. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
115. Palmer E, editor. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv (SKA-projektet): Försäkringskassan; 2006.
116. 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.
117. 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.
118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. Waddell G, Burton AK, Kendall N. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when?; 2008.
122. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudreau S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006 Oct;124(3):330-7.
123. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006 Apr;23(2):246-52.
124. 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.
125. 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.
126. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Fromm P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occupational medicine*. 2006 Jan;56(1):46-50.
127. 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 Jul;63(7):495-502.
128. Söderberg E, Dahlgvist H, Shahirnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2002.
129. 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.

130. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv; 2004.
131. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2003.
132. 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.
133. Hensing G, Alexanderson K, Åhlgren M, Timpka T. Vardagens Problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa: Socialmedicinska avd, samhällsmed. inst. Hälso-univ, Lkpg; 1996.
134. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
135. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006 Feb;23(1):125-30.
136. 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 Mar;13(1):45-61.
137. 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.
138. Svensson A-K. Läkarnas möte med patienten påverkar sjukskrivningens längd. *Läkartidningen*. 2003;100(17):1509.
139. 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.
140. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work*. 2004;22:247-54.
141. 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.
142. 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.
143. Östlund G. Promoting return to work [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2002.
144. 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.
145. Müssener U, Svensson T, Söderberg E, Alexanderson K. Encouraging Encounters: Sick-Listed Persons' Experiences of Interactions with Rehabilitation Professionals. *Soc Work Health Care*. 2008;46(2):71-87.
146. 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 Feb 2.
147. 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.
148. Lynöe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ open*. 2011 Jan 1;1(2):e000246.
149. 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.
150. 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.

151. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården: Inspektionen för socialförsäkringen; 2014.
152. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
153. 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.
154. 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.
155. 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).
156. 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.
157. 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 Mar;26(1):22-8.
158. 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 Jan 10;328(7431):88.
159. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).
160. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care*. 2007 Mar;25(1):20-6.
161. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002 Aug 20;122(19):1874-9.
162. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn*. 2007 May;29(4):497-514.
163. 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 Jan;11(1):21-9.
164. Bollag U, Rajewaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*. 2007 Jun 16;137(23-24):341-6.
165. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
166. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
167. 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 Nov 10;24(16):867-74.
168. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *Bmj*. 2004;328(feb):461-2.
169. 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.
170. 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.
171. 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 Mar;38(2):192-9.

172. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS one*. 2012;7(11):e49760.
173. Svärd V, Friberg E, Haque M, Alexanderson K. Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg. Rapport 2018. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2018. Contract No.: ISBN 978-91-7676-055-0.
174. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen*. 2000;97(46):5324-7.
175. de Boer W, Brenninkmeijer V, Zuidam W. Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control. Hoofddorp: TNO Work and Employment; 2004.
176. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers: Sweden*: OECD; 2010.
177. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*: OECD; 2010.
178. Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. *Läkartidningen*. 2005 november, 2005:3666-74.
179. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
180. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35; 2002.
181. Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Regeringskansliet; 2015.
182. Lidwall U. Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2011.
183. Ekenvall L, Alexanderson K. Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. En litteraturgenomgång. In: Alexanderson K, editor. Bilaga till rapporten Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
184. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007: Socialstyrelsen; 2008.
185. Rehabiliteringsgarantin 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
186. Rehabiliteringsgarantin 2014. Vad innebär den nationella överenskommelsen? Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
187. Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta: Sveriges kommuner och landsting; 2008.
188. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Delrapport II. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.
189. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Lund; 2011.
190. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
191. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingets insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
192. Rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2012.
193. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgarantin. Kartläggning ur aktuella regelverk: Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
194. Rehabiliteringsgarantin fungerar inte - tänk om eller lägg ner. Stockholm: Riksrevisionen; 2015.
195. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
196. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat: Försäkringskassan; 2013.
197. Manual för genomförande av Aktivitetsförmågeutredningar (AFU): Försäkringskassan; 2013.
198. En utvärdering av AFU - Handläggare och läkares upplevelser av att arbeta med AFU. En rapport baserad på djupintervjuer med handläggare och läkare. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
199. Aktivitetsförmågeutredningen (AFU). Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2015.

200. Aktivitetsförmågeutredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras - ett genusperspektiv: Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.
201. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
202. Friberg E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande i samband med aktivitetsförmågeutredningen: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
203. Ljungquist T. Utvärdering av utvidgad sjukgymnastisk undersökning inom aktivitetsförmågeutredning (AFU). Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
204. Jonsson J, Westin M, Alexanderson K. Psykologers och läkares arbete med psykologutredningen vid aktivitetsförmågeutredning (AFU) - svårigheter och utmaningar. Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
205. Alexanderson K, Hinas E, Nilsson K. Faktisk sjukskrivningslängd för vissa diagnoser i det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet. Rapport från en inledande studie år 2016.: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2016.
206. Karlsson Vargas M, Dahlin S. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet, Socialstyrelsen; 2013.
207. Alexanderson K, Friberg E, Haque M, Josefsson P, Nilsson K, Sjölund S. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd; underlag för utvärdering. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2017.
208. Försäkringsmedicinskt beslutstöd - vägledning för sjukskrivning: Socialstyrelsen; 2007.
209. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008: Socialstyrelsen; 2009.
210. Söderberg E, Smeds M, Johansson A, Festin K. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010: Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet; 2011.
211. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
212. Försäkringsmedicinskt beslutstöd, diagnosspecifikt.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen.
213. Tidsbegränsning av sjukpenning: Försäkringskassan; 2013.
214. Rahman S. Disability pension due to common mental disorders - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour [Doctoral]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
215. Wang M. Sickness absence - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
216. Floderus F, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of rehabilitation medicine*. 2005;37:291-9.
217. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of epidemiology and community health*. 2012 Mar;66(3):233-9.
218. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
219. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen.: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
220. Intygstjänster 2017. Delrapport 2: Inera; 2017.
221. Rapporter i Statistiktjänsten: Inera; 2016.
222. Gyllensten H, Norlund A, Alexanderson K. Beräkning av kostnader för hälso- och sjukvårdens koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
223. Socialdepartementet. En ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. 2018:5 D, editor. Stockholm: Regeringskansliet; 2018.

224. 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.
225. 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.
226. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
227. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
228. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
229. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. <http://www.skil.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
230. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
231. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
232. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
233. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
234. Regeringen. Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningen för hälso- och sjukvården för år 2000. Regeringens skrivelse 1999/2000:21. Stockholm; 1999.
235. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
236. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
237. Ledning och styrning av sjukskrivningar. SKL; 2013 [cited 2013 27 June]; http://www.skil.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1;
238. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2011.
239. Ledning och styrning av landstings/regioners försäkringsmedicinska uppdrag: SKL; 2018.
240. Att leda funktion för koordinering. Stöd för verksamhetschefer och landstingsledning: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2017.
241. Frågor och svar. Villkor 5 - Stöd för rätt sjukskrivning 2017-2017: Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2016.
242. Stöd för rätt sjukskrivning. Stockholm: Försäkringskassan, SKL; 2016 2016-10-04.
243. Elrud R, Hinas E, Alexanderson K. Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, med fokus på förtroende: Försäkringskassan; 2015.
244. 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.
245. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage; 2004.
246. Bruhn A. Datorprogram i kvalitativ analys In: Arvidsson J, Fahlgren S, editors. Kunskap utan väggar - perspektiv och metoder för fältstudier i grupp. Lund: Studentlitteratur; 2002.
247. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004;24:105-12.
248. Svärd V, Haque M, Friberg E, Alexanderson K. Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg. Rapport 2018. Avdelningen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2018.

249. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession: Karolinska Institutet; 2012.
250. Ökad arbetsförmåga genom modell med rehabiliteringskoordinator: Stockholms Läns Landsting, Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen; 2016.
251. Hansen Falkdal A, Hörnqvist Bylund S. Hälsa- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie: Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
252. Norén A-M, Hytter-Landahl Å. Redovisning av villkor 3 i sjukskrivningsmiljarden 2014. Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen. Organisation och koordinering: Stockholms läns landsting; 2014.
253. Noone P, Bedford D. General Practitioner Perceptions on Obstacles to Return to Work. Society of Occupational Medicine; Belfast 2011.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7676-057-4