

Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Södermanlands län

Resultat från enkät år 2017 och jämförelse med
resultat från motsvarande enkäter år 2012 och 2008

Kristina Alexanderson
Vanda Aronsson
Mahbuba Haque
Christina Lindholm

Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap



Karolinska
Institutet

Rapport, 28 oktober 2018

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

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

Telefon: 08-524 832 24 (administratör)

ISBN 978-91-7676-058-1

Förord

I denna rapport presenteras resultat från svar i en omfattande enkät som i maj 2017 skickades till de yrkesverksamma läkarna i Södermanlands 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 arbetet i Södermanlands län med att forma optimala förutsättningar för vårdens hantering av patienters sjukfrånvaro!

Kristina Alexanderson
(kristina.alexanderson@ki.se)
Professor i socialförsäkring
Projektledare
Avdelningen för försäkringsmedicin
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet

Innehållsförteckning

Förord	1
Innehållsförteckning	2
Sammanfattning	4
Förkortningar och begrepp	6
Bakgrund	7
Sjukförsäkringar	7
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning.....	9
Läkares olika professionella roller	10
Olika sätt att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning	10
Vetenskaplig kunskap om läkares arbete med sjukskrivning.....	11
Situationen för 15 år sedan i Sverige.....	12
Åtgärder 2003-2017	13
Sjukskrivningsmiljarden.....	15
Läkarenkätprojektet	16
Syfte	17
Material och metod	18
2017 års enkätstudie.....	18
Enkäten.....	18
Frågeområden.....	19
Datainsamling.....	19
Svarsfrekvens	19
Dataanalys.....	20
Resultat från 2017 års enkät	20
Jämförelser över tid.....	20
Skillnader i utformning av frågor mellan de tre enkäterna	21
Jämförelsen 2017-2012-2008	21
Öppna svar.....	23
Resultat	24
Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt.....	24
1. Svar från samtliga svarande läkare 2017	26
Yrkesverksamma läkare	26
Andel läkare som har sjukskrivningsärenden	27
2. Svar från sjukskrivande läkare 2017	30
Frekvens av sjukskrivningsärenden	33
Sammanfattning.....	34
Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning	35
Hur problematiska är olika situationer?.....	37
Frekvens av specifika situationer	40
Att säga nej till sjukskrivning.....	40
Oro och hot.....	41
Sammanfattning.....	42
Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt.....	43
Sammanfattning.....	45
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	45
Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer.....	45
Användning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet	46
Problematiskt att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet	49
Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra.....	50
Sammanfattning.....	52
Samarbete och samverkan.....	53
Sammanfattning.....	57
Kontakter med Försäkringskassan	57
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassa	59
Elektronisk överföring av läkarintyg	61

Sammanfattning.....	62
Försäkringsmedicinsk kompetens	62
Sammanfattning.....	64
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar.....	64
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	64
Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivningar	65
Tid till arbete med sjukskrivning	66
Tillräckliga resurser.....	67
Rehabkoordinator	68
Sammanfattning.....	71
Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning	71
”Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”	72
Vikten av fokus på arbetsåtergång	72
Syn på deltidssjukskrivning	73
Sammanfattning	74
Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.....	74
Sammanfattning	75
3. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008	78
Frekvens av sjukskrivningsärenden	80
Problematiske aspekter i arbetet med sjukskrivning.....	81
Hur problematiske är olika situationer?.....	82
Frekvens av specifika situationer	88
Oro och hot.....	89
Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt	90
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd	93
Samarbete och samverkan.....	100
Kontakter med Försäkringskassan	102
Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan	106
Försäkringsmedicinsk kompetens	108
Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet	108
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning.....	112
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden	112
Stöd från ledningen.....	114
Tid till arbete med sjukskrivning	116
Arbetsmiljöproblem.....	118
Sammanfattning jämförelsen 2017-2012-2008.....	120
Avslutande kommentarer	124
Tabellförteckning	128
Figurförteckning.....	131
Referenser	135

Sammanfattning

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

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

Enkätår	Studiepopulation i Södermanland	Svarsfrekvens	Antal frågor
2008	749 (samtliga yrkesverksamma läkare)	60 %	163
2012	648 (samtliga yrkesverksamma läkare <68 år)	54 %	163
2017	657 (samtliga yrkesverksamma läkare ≤68 år)	53 %	133

År 2017 mötte majoriteten av läkarna (87 %) patienter som är aktuella för sjukskrivning minst några gånger om året. Dessa 330 läkare kallas i rapporten ”sjukskrivande läkare” och nedan sammanfattas deras svar; ibland uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Majoriteten av läkarna ansåg att hur de arbetar med sjukskrivningar är betydelsefullt för patienterna (91 %) och att fokus på arbetsåtgång är viktigt (86 %). Trettiotvå procent hade *sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka*. Andelen minskade något från 2008 till 2012 följt av en svag ökning 2017 (37 % 2008; 33 % 2012; 35 % 2017). Bland vårdcentralsläkarna var andelen störst 2017 (37 % 2008, 32 % 2012, 45 % 2017) och minst bland övriga läkare (37 % 2008, 33 % 2012, 29 % 2017).

År 2017 upplevde knappt hälften att *sjukskrivningsärenden är problematiska* minst en gång i veckan (45 %); en större andel än 2012 (39 %) och 2008 (36 %). Vårdcentralsläkare upplevde betydligt oftare handläggningen av sjukskrivningsärenden som mycket eller ganska problematisk (80 %) och där sågs en stor ökning från tidigare enkätår (63 % 2008; 56 % 2012).

Framförallt ansågs det *problematiskt att bedöma arbetsförmågan* för patienter utan (74 %) och med (69 %) arbete, att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning när en annan läkare skrivit tidigare intyg (72 %), att hantera begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg (72 %) samt att göra en prognos för patientens framtida arbetsförmåga (65 %).

En majoritet av läkarna svarade att de aldrig sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt. Jämfört med läkare i hela landet sjukskrev dock läkare i Södermanland i högre grad längre än nödvändigt på grund av samtliga orsaker som listades i enkäten och vårdcentralsläkarna gjorde detta i större utsträckning än övriga läkare. Bland vårdcentralsläkarna ökade andelen som minst någon gång per månad sjukskrev längre än nödvändigt på grund av brist på återbesökstider, att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering respektive att tillgång till annan adekvat behandling eller behandlare saknas med 24, 14 respektive 12 procentenheter mellan 2008 och 2017.

De yrkesgrupper som flest läkare år 2017 *samarbetade* med eller remitterade till minst en gång i veckan var fysioterapeuter/arbetsterapeuter (26 %) och kuratorer/psykologer (23 %). En majoritet av läkarna hade aldrig kontakt med patientens arbetsgivare eller socialtjänsten i sjukskrivningsärenden. År 2017 hade 56 procent av läkarna tillgång till de nyligen införda *rehabkoordinatorerna*, störst andel bland vårdcentralsläkarna (93 %). Av dem med tillgång till rehabkoordinator svarade 36 procent att de samarbetar med eller remitterar till denne minst en gång per vecka, en större andel (48 %) bland vårdcentralsläkarna. Majoriteten (75 %) ansåg även att rehabkoordinatorn har stort värde för hög kvalitet i läkarens arbete med sjukskrivningsärenden.

En tredjedel (33 %) upplevde minst en gång per månad att deras *försäkringsmedicinska kompetens* inte räcker; vanligast var detta bland vårdcentralsläkare (47 %). Andelen som värdesatte kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens var högre år 2017 (54 %) än tidigare enkätår (43 % 2008; 46 % 2012). Hälften (47 %) önskade mer kunskap om andra aktörers - t.ex. arbetsgivares, FKs, Arbetsförmedlingens - möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning. Hälften ansåg att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (51 %) samt bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (47 %) skulle vara värdefullt.

En femtedel (17 %) av läkarna hade år 2017 aldrig eller i stort sett aldrig *kontakt med Försäkringskassan* i sjukskrivningsärenden, vilket var en mindre andel än tidigare enkätår (27 % 2008; 20 % 2012). Av dem som hade kontakt var en betydligt mindre andel ganska eller mycket nöjda med kontakterna 2017 (58 %) än 2008 och 2012 (73 respektive 78 %). En stor andel upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. De Svårigheter som störst andelar upplevde vara att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av deras intyg (58 %) och efterfrågar 'objektiva medicinska fynd' där sådana inte kan observeras vid undersökning (47 %). Andelen som rapporterade de listade svårigheterna var överlag större bland vårdcentralsläkarna samt år 2017 än tidigare år.

Hälften (48 %) ansåg att *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd* underlättar kontakterna med patienten 2017, vilket, trots att andelen som använde beslutsstödet ökade varje enkätår, var en mindre andel än 2008 (68 %) och 2012 (53 %). En majoritet (56 %) använde beslutsstödet rekommendationer om sjukskrivningslängd.

År 2017 använde 93 procent av läkarna *elektronisk överföring* av läkarintyg till Försäkringskassan och av dem hade en lika stor andel (94 %) systemet integrerat med sitt journalsystem. Övriga läkare uppgav att integreringen med journalsystemet i stort sett fungerade bra (86 %) i högre grad än vårdcentralsläkarna (74 %).

Andelen som minst en gång i veckan upplevde sjukskrivningsarbetet som ett *arbetsmiljöproblem* ökade från 17 procent 2012 till 31 procent 2017; båda enkätåren var andelen större bland vårdcentralsläkarna (25 % 2012; 47 % 2017) än bland övriga läkare (12 % 2012; 22 % 2017). Andelen som *aldrig* upplevde sjukskrivningsarbetet som ett arbetsmiljöproblem minskade successivt över tid (50 % 2008; 38 % 2012; 23 % 2017).

Trettiofyra procent hade väl förankrade *rutiner* för handläggning av sjukskrivningsärenden på sin klinik; en betydligt större andel bland vårdcentralsläkarna (52 %) än bland övriga läkare (24 %) och en något större andel 2012 (41 %) än resterande år. Bland dem som hade sådana rutiner på kliniken hade flertalet nytta av dem i det kliniska arbetet (85 %). En knapp tredjedel (27-29 %) hade stort stöd i handläggningen av sjukskrivningsärenden från sin närmaste ledning respektive enkätår med viss variation över tid bland vårdcentralsläkarna (25 % 2008; 37 % 2012; 30 % 2017).

En knapp tredjedel upplevde tidsbrist i sjukskrivningsarbetet varje dag, både avseende tid med patienten, tid för kontakter med andra aktörer och tid för kompetensutveckling, handledning eller reflektion (28-29 %) respektive enkätår. Daglig tidsbrist med patienten var betydligt vanligare 2017 (29 %) än tidigare år (16 % 2008; 24 % 2012). Andelen som minst en gång i veckan hade tidsbrist med patienten var större bland vårdcentralsläkarna (72 % 2008; 69 % 2012; 87 % 2017) än bland övriga läkare (41 % 2008; 50 % 2012; 53 % 2017). Av vårdcentralsläkarna instämde en majoritet knappast eller inte alls i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden (57 %), medan en majoritet av övriga läkare instämde helt eller i stort i detta påstående (60 %).

I korthet: Majoriteten av läkarna ansåg att arbetet med sjukskrivningar är viktigt för deras patienter. Andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka ändrades marginellt 2008-2017 medan andelen som upplevde det arbetet som problematiskt ökade. Särskilt problematiskt var det att bedöma arbetsförmåga och ett instrument för det efterfrågades. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd används och underlättar kontakterna med andra. Mer än hälften av läkarna har tillgång till den nya yrkesgruppen rehabkoordinatorer; på vårdcentralerna hade nästan alla tillgång till sådana. Rehabkoordinatorer ansågs ha stort värde och remitterades till/samarbetades med i hög grad. Systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan användes av nästan alla och majoriteten hade det integrerat med journalsystemet. Andelen som var nöjda med kontakten med Försäkringskassan minskade 2017 medan andelarna som upplevde olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan ökade betydligt. Även andelen som upplevde att arbetet med sjukskrivningar innebär ett arbetsmiljöproblem har ökat.

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

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
Landsting	Termen ' <i>landsting</i> ' används i rapporten som en samlingsterm för sjukvårdshuvudmannen, och inkluderar landsting, regioner och Gotlands kommun.
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)
Rehab-koordinator	Detta begrepp används som ett samlingsnamn för rehabiliteringskoordinatorer/sjukskrivningskoordinatorer – en yrkesgrupp som enligt sjukskrivningsmiljardöverenskommelserna ska införas i landstingen (3-6).
SCB	Statistiska centralbyrån
Sjukskrivande läkare	Termen 'sjukskrivande läkare' används i rapporten för läkare, som minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning
Sjukskrivningsmiljarden	Begreppet används genomgående i rapporten för den överenskommelse mellan staten och landstingen, via SKL, som sedan år 2016 har kallas "En kvalitetssäker sjukskrivning och rehabiliteringsprocess" i och med att delar av 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
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar minst fem år
Vårdcentral	Denna term används i rapporten för både vårdcentral och husläkarmottagning

Bakgrund

I denna rapport redovisas resultat från 2017 års enkät till läkare som då huvudsakligen arbetade i Södermanlands 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 (7). 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 (7-13). 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 (8). 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” (14).

Läkare är en av de ”berörda professioner” som nämns i definitionen (15-17).

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 (18). 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 (15, 19-25). 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 (8, 22, 26-31).

Det finns i princip två olika typer av försäkringar kring detta, dels de som fokuserar på ekonomisk invaliditet, dels de som fokuserar på medicinsk invaliditet (32). För utfall för båda dessa typer av försäkringar krävs en medicinsk utredning, vanligen genomförd av en 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 (8, 26, 27, 33, 34). Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer kan innebära olika typer av problem, på olika strukturella nivåer (35-37), samtidigt som det saknas kunskap om vad som är en 'lagom' nivå. I Sverige har, till skillnad från i de flesta länder, sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna (8, 30). Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat (7, 8, 33, 38-47).

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

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

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

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

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

De första sju dagarna räcker det vanligen med att personen själv intygar att han eller hon är arbetsoförmögen på grund av sjukdom eller skada. När ett sjukskrivningsfall blir längre än sju dagar ska det även finnas ett medicinskt underlag, ett så kallat läkarintyg eller sjukintyg, utfärdat av en läkare eller tandläkare, som underlag för Försäkringskassans beslut om rätt till sjukpenning – liksom för arbetsgivarens beslut om rätt till sjuklön. Läkare har alltså en viktig roll i alla sjukfrånvarofall som varar längre än sju dagar (7, 8, 49).

När en person behöver vara sjukfrånvarande är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten, företagshälsovård och/eller Arbetsförmedlingen vara involverade (8). Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal (31).

Sjukskrivning av en patient är en förhållandevis vanlig åtgärd inom vissa delar av hälso- och sjukvården i Sverige (31, 50-53). Socialstyrelsen har konstaterat att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient (54-59). Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas,

styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet (40, 59-62).

Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt nedanstående sju (2, 7, 8, 31, 40, 62-65):

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" (37, 48).
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen, samt att tillsammans med patienten göra en plan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder. (När det gäller bland annat grad och längd av sjukskrivning ska läkare i Sverige använda Socialstyrelsens övergripande och när sådant förekommer, diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstöd som stöd vid ställningstaganden (2, 66, 67))
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 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 (12, 13, 19, 49, 53, 64, 68-70). *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* (71, 72). 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 (8, 73-78), 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 (31, 70, 76, 77, 79-84), 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 (85-87). Denna undervisning är dock av mycket begränsad omfattning, särskilt om man beaktar hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för patienten (16, 17, 19, 55, 70, 88, 89, 90). Tidigare studier visar även att många saknar handledning i arbetet med sjukskrivningar (31, 50, 51). För vidareutbildning har olika kurser arrangerats av till exempel Försäkringskassan och enskilda landsting, ofta omfattande en eller några dagar (91, 92). Under senare år ges även akademiska vidareutbildningar i

försäkringsmedicin för specialistutbildade läkare (93). 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 (7, 49, 64, 94). Detta är en av anledningarna till att försäkringsmedicinsk kompetensutveckling har varit en central aspekt i de så kallade sjukskrivningsmiljarderna (3, 86, 87, 95, 96).

Läkares olika professionella roller

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller (7):

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 (97-99).
2. *Grindvakt* ('gate keeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt (63, 100, 101).
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 (102).
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 (64, 103-105).

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

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

Många åtgärder har genomförts de senaste 15 åren för att förbättra kvaliteten i hantering av sjukskrivning respektive för att minska den höga sjukfrånvaron. Flertalet av de åtgärderna har direkt eller indirekt påverkat läkares arbete med sjukskrivningar (3, 31, 62). 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 (7, 8, 106). Hittills har de allra flesta, som nämnts, varit av tvärsnittskaraktär (7, 8) men några interventionsstudier har också publicerats (7, 8, 49, 107).

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 (70),
- 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) (7, 8).

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 (8, 34, 108, 109):

- *Samhällets perspektiv*, till exempel genom att studera hur ofta och för hur lång tid läkare sjukskriver patienter (27, 61, 76, 110-122).
- *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 (111, 123-131).
- *Arbetsgivares perspektiv*; hur arbetsgivare uppfattar läkares sjukskrivningspraxis och samarbetet med läkare i sådana ärenden (110, 127).
- *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 (132-147).
- *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 (62, 148-150).
- *Medarbetare inom hälso- och sjukvårdens perspektiv*; hur andra professioner inom sjukvården ser på läkares försäkringsmedicinska praxis (4, 40, 127).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på andra läkares sjukskrivningspraxis, till exempel hur läkare inom företagshälsovård eller primärvård ser på andra läkares praxis (40, 49, 127, 151, 152).
- *Läkares perspektiv* i termer av läkares syn på sitt eget arbete med sjukskrivningsärenden (40, 49, 127, 151-159).

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 (7). 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 (160). 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 (114, 161); resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Den ovan nämnda översikten (7) 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 (9). Anmärkningsvärt var att det endast fanns några få interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkares sjukskrivningspraxis, i Sverige såväl som i andra nordeuropeiska länder (49, 162-165). 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 (7, 8). 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 (7), liksom i andra översikter (8, 9, 11, 12, 107, 166), 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, 167).

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 Södermanlands 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') (7, 40, 127):

- En oklarhet i rollfördelningen gentemot Försäkringskassan, som endast i liten utsträckning tog sin 'grindvaksroll', det vill säga sitt skadekontrollansvar. Försäkringskassan gjorde sällan en bedömning av

om en person uppfyllde kraven för att få sjukpenning (43, 129); 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 arbetsförmåga (43, 111, 125). 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 (64). Försäkringskassan höll ofta inte heller på 12-månadersgränsen, det vill säga gränsen för hur länge en person egentligen skulle kunna vara sjukskriven innan en prövning för sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension/ sjukbidrag) skulle göras. Det innebar bland annat att många sjukskrivningsfall kom att pågå mycket länge utan ställningstagande till behov av åtgärder.

- Det fanns stora problem vad gäller samverkan i sjukskrivningsärenden, såväl mellan olika enheter eller professioner inom hälso- och sjukvården som med andra aktörer, till exempel arbetsgivare, Arbetsförmedling och Försäkringskassa (40, 127, 129, 159).

- 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 (8). När vetenskapligt baserad kunskap om optimal behandling finns utarbetar Socialstyrelsen vanligen riktlinjer för sjukvårdens arbete, men eftersom det huvudsakligen saknades vetenskaplig kunskap om optimal hantering av sjukskrivningsärenden fanns inga sådana riktlinjer (40, 54-57). 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 (16, 17, 40, 41, 65, 88, 93, 168, 169).

- Landstingens ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning var mycket bristfällig eller saknades helt (40, 127). 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 (8, 170, 171). Detta diskuterades mycket i massmedia, även vad gäller läkares roll för sjukfrånvaronivåerna. Dåvarande statsminister Göran Persson förklarade vid sekelskiftet att de höga sjukfrånvaronivåerna var ett av Sveriges största problem och ett flertal åtgärder vidtogs.

- När det varken fanns riktlinjer, ledning, feedback/kontroll från Försäkringskassan eller kunskap om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven var många läkare, framförallt allmänläkare, frustrerade, kände sig utsatta och upplevde att de inte gjorde ett bra jobb när det gäller sjukskrivningsärenden (40, 75, 76, 127, 151, 172, 173).

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

Åtgärder 2003-2017

Nedan listas några av de åtgärder som vidtagits och förändringar som skett under de senaste 15 åren 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 (174). 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 (175, 176). 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 (8).
- *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) (177).
- 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 (54-58, 178). Socialstyrelsen definierade i samband med det uppdrag sjukskrivning som en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling och fann flera problem hur detta hanterades på olika nivåer inom vården.
- Regeringen gav Karolinska Institutet i uppdrag att kartlägga problem i hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Utredningen publicerades 2005 (40, 127). Utredningen visade bland annat att problem fanns på flera strukturella nivåer.
- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden* (60, 61) 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 (179, 180). 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 (179, 181-187). Efter kritik, bland annat från Riksrevisionen (188) 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 (93). 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 (189).
- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygens kvalitet (190), 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) (191-198).
- *Försäkringskassan har tagit fram information* om vilken information som efterfrågas i läkarintyget (FK 7263), som en hjälp till läkare vid ifyllande av intyget (190).
- Socialstyrelsens *försäkringsmedicinska beslutsstöd*¹ infördes i hela landet hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats; för närvarande pågår en mer omfattande uppdatering (199-201). 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, 202-206).
- *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 (207-209). Under några år fanns även en tidsgräns för

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

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 (7, 8, 33, 210-212). 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 (213).
- Många läkare har fått tillgång till statistiktjänster för att få information om hur deras sjukskrivning av patienter ser ut i jämförelse med andras (214, 215).
- En "ny yrkesgrupp", så kallade *rehabiliteringskoordinatorer* har införts, framförallt vid vårdcentraler, men även inom andra typer av kliniska verksamheter (4-6, 216, 217).
- Den *kraftiga minskningen av sjuktalen* fram till 2010 innebar att läkare, speciellt de vid vårdcentraler, hade färre konsultationer där sjukskrivning är aktuellt (51, 218, 219).

Tre andra typer av 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 (220), i *arbetslöshetsnivåer* och *förvärvsfrekvens* i olika åldrar (221) 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 (3, 60, 61, 195, 222-229). 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 (230)) (60). Valet av de första tre problemområdena utgick bland annat från resultaten dels från Socialstyrelsens tillsyn av sjukvårdens hantering av sjukskrivningar (54-57), dels från en utredning om problem i hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning (40, 127), där bland annat resultat från 2004 års studie av läkares arbete med sjukskrivning ingick (50). Valet av det fjärde området, kvinnors

² <http://insuremed.cochrane.org/>

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 (223) 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” (231).

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 (60-62, 148, 195, 222-229, 231-233). Fokus i överenskommelserna i övrigt har under åren varit på något olika aspekter, såsom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, jämställd sjukskrivningsprocess, ökad försäkringsmedicinsk kompetens, läkarintygets 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 (5, 234), försäkringsmedicinsk utbildning, ta fram ett elektroniskt prognosverktyg inom ramen för projektet Stöd till rätt sjukskrivning (SRS) (235, 236) 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, 31, 50, 51). Baserat på enkäten 2012 gjordes en studie av resultaten för Södermanlands län där de även jämfördes med resultaten från 2008 års enkät (237).

I denna rapport redovisas resultat från enkätstudien 2017, baserat på svar från deltagare i Södermanlands län, samt jämförelser med motsvarande resultat från 2012 och 20108 års enkäter. Vissa jämförelser görs också med läkare i hela Sverige.

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 respektive läkare inom övriga kliniska verksamheter samt relaterat till utbildningsnivå, för läkare i Södermanland. Bland annat söktes kunskap om:

- Frekvens av olika situationer i samband med konsultationer där sjukskrivning är aktuellt; generellt, samt uppdelat på läkare vid vårdcentraler respektive övriga verksamheter.
- Typ, frekvens och allvarlighetsgrad av problem som läkare upplever i arbetet med sjukskrivningar
- Intern och extern samverkan i sjukskrivningsärenden
- Kontakter med Försäkringskassan, inklusive det nyligen införda systemet med elektronisk överföring av läkarintyg
- Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling
- Organisatoriskt stöd i arbetet med sjukskrivningar

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

Material och metod

Här presenteras sammanställningar av svar från yrkesverksamma läkare som år 2017 besvarade ett frågeformulär om sitt arbete med sjukskrivningar och som i frågeformulären angav att de huvudsakligen arbetade i Södermanlands län. Dessa svar jämförs därefter med svar på gemensamma frågor från motsvarande enkäter 2008 och 2012.

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 om digitalisering av sjukintyg (167).

I denna rapport redovisas först svar på de frågor som förekom i enkäten 2017 för samtliga läkare (röd färg) och för sjukskrivande läkare (blå färg). I nästa avsnitt redovisas svaren på frågor gemensamma för enkäterna 2017, 2012 och 2008 (grön färg) avseende läkare som var yngre än 68 år respektive enkätår.

I detta metodavsnitt beskrivs urval, enkätfrågor och de förändringar i urval, frågeformuleringar och svarsalternativ som skett under åren. För mer detaljerad information om de olika studierna hänvisas till respektive rapport (1, 31, 50, 51).

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 drygt 600 från Södermanlands 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.

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

Enkäten

Enkäten utgick från tidigare enkäter (1, 31, 50, 51) där den senaste skickades till läkarna i Sverige år 2012. Därefter har vissa förändringar skett när det gäller läkares arbete med sjukskrivningar, vilka också beaktades 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 (238, 239). 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 2017 års enkät:

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

Datainsamling

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

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

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

Enkäten kunde besvaras antingen via en webbenkät eller i pappersform. Läkarna inbjöds först att svara via webbenkäten och i första påminnelsen skickades även en pappersenkät med. Fyra påminnelser gjordes till de personer som inte svarat. Av de svarande i hela landet använde 57,5 procent möjligheten att svara via webbenkäten, i Södermanland 59 procent.

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 Södermanlands län (52,7 %) var något lägre än för hela landet (54,1 %). Den skilde sig markant mellan kvinnor (59 %) och män (48 %) (Tabell 1). I resultatdelen presenteras svar från de läkare som i enkäten svarat att de huvudsakligen arbetar i Södermanlands län – det innebär att alla som svarat att de huvudsakligen arbetar i Södermanland inte bör där, och några som bör där arbetar huvudsakligen i ett annat län. Därför finns det en viss skillnad i siffrorna i tabell 1 och tabell 2; 346 jämfört med 385.

Tabell 1. Svarefrekvens (%) för samtliga samt uppdelat på kön bland läkarna i Södermanland.

	Studiepopulation	Antal svarande	Svarefrekvens %
Samtliga	657	346	52,7
Kvinnor	278	164	59,0
Män	379	182	48,0

Dataanalys

Projektgruppen erhöill avidentifierade 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 Södermanlands län och som har arbetat som läkare de senaste 12 månaderna.

Huvudsakligen redovisas resultaten för samtliga sjukskrivande läkare. Vissa resultat redovisas även uppdelat på vårdcentralsläkare 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.

Jämförelser över tid

Jämförelser mellan svar på enkäterna 2008, 2012 och 2017 gjordes för de 87 frågor som fanns i samtliga dessa tre enkäter – och dessutom för ytterligare 17 frågor som endast fanns i enkäterna 2012 och 2017 för läkare <68 år; (det **gröna avsnittet**).

I jämförelserna mellan åren ingår de läkare ("sjukskrivande läkare") som uppgav att de har konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuellt minst några gånger per år. I Tabell 2 presenteras antal svarande, antal och andel av dem som var sjukskrivande läkare och motsvarande siffror för dem som ingår i jämförelsen. Jämförelsen åren 2008-2012-2017 inkluderar de läkare som var <68 år gamla – det vill säga, de svarande läkare som de olika åren var >68 år gamla exkluderades i jämförelserna.

Tabell 2. Antal svarande läkare i Södermanland, antal och andel av dem som var sjukskrivande samt antal och andel som ingår i jämförelserna mellan de tre enkätåren.

Enkätår	Antal svarande läkare	Antal sjukskrivande läkare	Andel sjukskrivande läkare av de svarande	Antal sjukskrivande läkare <68 år	Andel sjukskrivande läkare <68 år av de svarande
2008	490	363	74,1 %	356	72,7 %
2012	366	299	81,7 %	299	81,7 %
2017	385	330	85,7 %	329	85,5 %

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

Vi har även gjort en övergripande jämförelse av resultaten för Södermanland med resultaten för hela landet. För de aspekter där det finns större skillnader i svarmönster har vi lagt in text om det med en grå bakgrund, som här.

Skillnader i utformning av frågor mellan de tre enkäterna

Vissa av frågorna har utformats på något olika sätt i enkäterna. Där vi bedömer att skillnad i utformning inte har någon större betydelse för jämförbarhet har vi presenterat resultaten för samtliga år frågorna förekommit. Nedan presenteras utformning av frågorna respektive svarsalternativ för de frågor som skiljer sig åt mellan enkäterna.

Jämförelsen 2017-2012-2008

I det **gröna avsnittet** (från och med sidan 78) jämförs svar från 2008, 2012 och 2017 års enkäter från läkare som var under 68 år och svarade att de minst några gånger per år möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning.

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

- Under rubriken *"Hur ofta sjukskriver Du längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av..."* formulerades tre delfrågor annorlunda 2017. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 1.)
 - 2008 och 2012: ... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?
 - 2017: ... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete?
 - 2.)
 - 2008 och 2012: ... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?
 - 2017: ... faktorer hos arbetsgivaren?
 - 3) Två delfrågor har för 2008 och 2012 slagits ihop för att jämföras med motsvarande delfråga 2017.
 - 2008 och 2012: ... att tillgång till kognitiv beteendeterapi saknas? samt ...att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
 - 2017: ... att tillgång till annan adekvat behandling/behandlare saknas?
- En fråga är ställd annorlunda för de olika åren. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008: "Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning?"
 - 2012 och 2017: " Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?"
- En delfråga under rubriken *"Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?"* formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: Kontakter med patienters arbetsgivare och arbetsplatsbesök
 - 2017: Kontakter med patienters arbetsgivare
 - Två delfrågor har för 2008 och 2012 slagits ihop för att jämföras med motsvarande delfråga 2017.
 - 2008 och 2012: "Få uppföljande statistik om hur Du sjukskrivit senaste året" samt " Få uppföljande statistik om hur Din enhet sjukskrivit senaste året"
 - 2017: "Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året"
 - Ytterligare en delfråga under denna rubrik formulerades annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: "Socialstyrelsens rekommendationer kring sjukskrivning för olika diagnoser"
 - 2017: "Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd"
- Frågan om vilka svårigheter som upplevdes i kontakterna med Försäkringskassan formulerades för 2017 annorlunda jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: *"I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"*
 - 2017: *"I de fall Du, de senaste 12 månaderna, upplevt svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"*. (Dvs, tidsperioden för de upplevda svårigheterna begränsades)
- Under rubriken *"Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att..."* formulerades två delfrågor annorlunda de tre åren.
 - 1.)
 - 2008: ... skriva sjukintyg (medicinskt underlag) i enlighet med Socialstyrelsens diagnosspecifika försäkringsmedicinska rekommendationer?

- 2012: ... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd? ”
- 2017: ... skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)?
- För 2012 och 2017 togs svarsalternativet *'Har ej använt dem'* bort för delfrågan "... skriva läkarintyg i enlighet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd". För 2008 års svar har därför i jämförelsen mellan åren de läkare som svarade *'Har ej använt dem'* exkluderats. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
- 2.) Följande delfråga formulerades också annorlunda 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma fråga.
 - 2008 och 2012: ... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?"
 - 2017: ... göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?"
- Frågan hur ofta läkaren hade kontakt med FK skilde sig något mellan åren. 2008 och 2012 ställdes frågan *"Hur ofta har du vanligtvis kontakt med någon från FK kring sjukskrivningsärenden (Avser ej när Du skriver intyg)"* medan frågan *"Hur ofta i Ditt kliniska arbete har du kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) angående sjukskrivningsärenden?"* ställdes 2017. "Dagligen" och "Någon eller några gånger per vecka" 2008 och 2012 har slagits ihop och jämförts med "Fler än 10 ggr/vecka", "6-10 gånger/vecka" och "1-5 ggr/vecka" 2017.
 - 2008 och 2012 fanns svarsalternativen "Dagligen", "Någon eller några gånger per vecka", "Någon gång per månad", "Några gånger per år" samt "Aldrig eller i stort sett aldrig".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Fler än 10 ggr/vecka", "6-10 ggr/vecka", "1-5 ggr/vecka", "Någon gång/månad", "Några gånger/år" samt "Aldrig/i stort sett aldrig".
- Frågan *"Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan (FK)?"* hade olika svarsalternativ 2017 jämfört med 2008 och 2012. Svaren jämfördes som om de gällt samma alternativ.
 - 2008 och 2012 fanns svarsalternativen "Mycket", "Ganska", "Knappast", "Inte alls" samt "Har inga kontakter med FK".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Mycket nöjd", "Ganska nöjd", "Ganska missnöjd", "Mycket missnöjd" samt "Har inga kontakter med FK".
- Två delfrågor under rubriken *"I de fall Du upplever svårigheter i Dina kontakter med Försäkringskassan (FK), vari består dessa?"* 2008 och 2012 har slagits samman vid jämförelsen med 2017.
 - 2008 och 2012: "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar" och "Du upplever att försäkringsmedicinska rådgivare(f.d. försäkringsläkare) ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"
 - 2017: "Du upplever att handläggare ifrågasätter Dig/Dina bedömningar"
- Frågan *"Är elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt integrerat med Ditt journalsystem?"* hade olika svarsalternativ de två åren. De två "Ja"-svarsalternativen 2017 har slagits samman vid jämförelser med 2012.
 - 2012 fanns svarsalternativen "Ja", "Nej" samt "Vet ej".
 - 2017 fanns svarsalternativen "Ja, och det fungerar i stort sett bra", "Ja, med det uppstår problem", "Nej" samt "Vet ej".

Öppna svar

I samtliga enkäter fanns det möjlighet att skriva egna kommentarer kring någon specifik fråga och generellt kring arbetet med hantering av patienters sjukskrivning.

I 2017 års enkät fanns det möjlighet att skriva kommentarer efter åtta frågor, såväl i webbenkäten som i pappersformuläret. Bland läkarna från Södermanland gjorde 168 läkare detta. I denna rapport redovisas inga analyser av öppna svar.

Resultat

I denna rapport presenteras först resultat från samtliga enkätfrågor från enkäten ”Läkares arbete med sjukskrivning” från år 2017 (röd och blå del) för läkare som arbetade i Södermanlands län år 2017. Vissa svar presenteras även uppdelat i två grupper efter typ av klinik/mottagning; vårdcentraler och övriga kliniker/mottagningar, och även relaterade till utbildningsnivå. Därefter jämförs svar från 2017 års enkät med svar från motsvarande frågor från 2008 och 2012 för de sjukskrivande läkare som besvarat dem (grön del). I blå delen finns sammanfattningar efter varje avsnitt. I gröna delen finns en sammanfattning i slutet av kapitlet.

Upplägg av resultatpresentationen: tre avsnitt

1: 2017 års enkät. Samtliga läkares svar

Presentation av *samtliga* läkare som besvarade 2017 års enkät och angav att de arbetar i Södermanlands län, vad avser ålders- och könsfördelning, utbildningsnivå och sjukskrivningsfrekvens, dels för samtliga samt dels uppdelat på läkare vid vårdcentraler respektive övriga kliniker/verksamheter.

Röda tabeller och figurer

2: 2017 års enkät. Svar från sjukskrivande läkare

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

Blå tabeller och figurer

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

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

Gröna tabeller och figurer

I.
Samtliga svarande läkare i Södermanland
2017

1. Svar från samtliga svarande läkare 2017

Antalet läkare som svarade att de hade sin huvudsakliga arbetsplats i Södermanlands län var 385. Av dessa hade 32 procent (n=123) sin huvudsakliga verksamhet på en vårdcentral eller husläkarmottagning.

Som visas i Tabell 3 var 49 procent av de svarande läkarna kvinnor. Bland vårdcentralsläkare var andelen kvinnor 51 procent och i övrig verksamhet 48 procent. Medelåldern var något högre, 48 år, för läkarna vid vårdcentraler än för de i övriga verksamheter (46 år). Bland vårdcentralsläkarna var den yngsta åldersgruppen minst (29 %) och den äldsta åldersgruppen störst (38 %) medan det motsatta var sant bland övriga läkare (24-39 år 36 %; 55-68 år 29 %). Andelen specialistutbildade utgjorde totalt 66 procent.

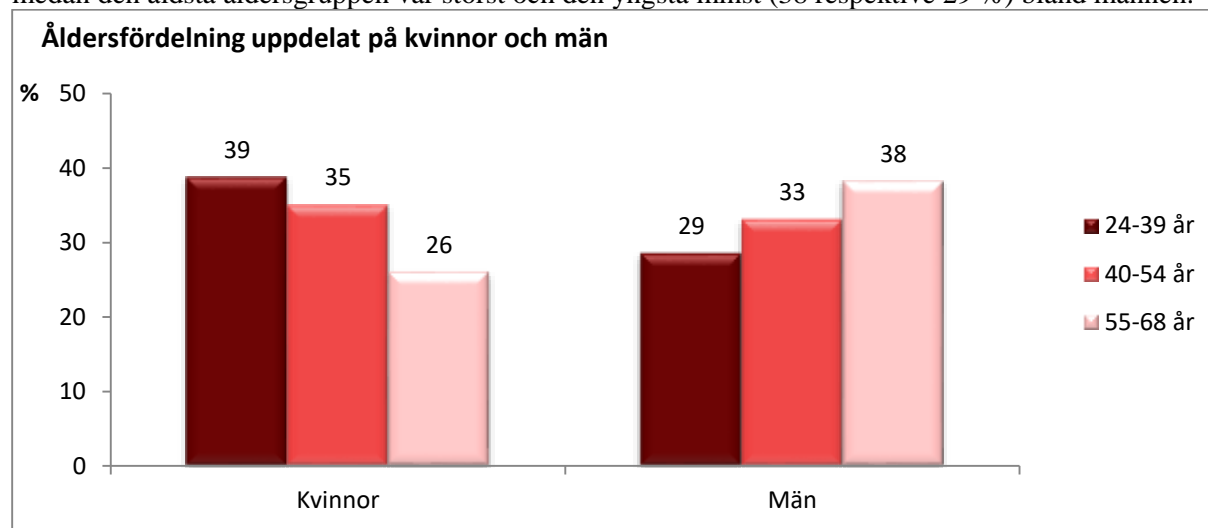
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp samt andelar för högsta utbildningsnivå, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal svarande (n)	385	123	262
Kön	Kvinnor (%)	49	51	48
Ålder	24-39 år (%)	34	29	36
	40-54 år (%)	34	33	35
	55-68 år (%)	32	38	29
	Medelålder (år)	47	48	46
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	3	5	2
	Leg. läkare (%)	4	6	4
	Pågående ST-utbildning (%)	26	24	27
	Specialistutbildad (%)	66	66	67

Yrkesverksamma läkare

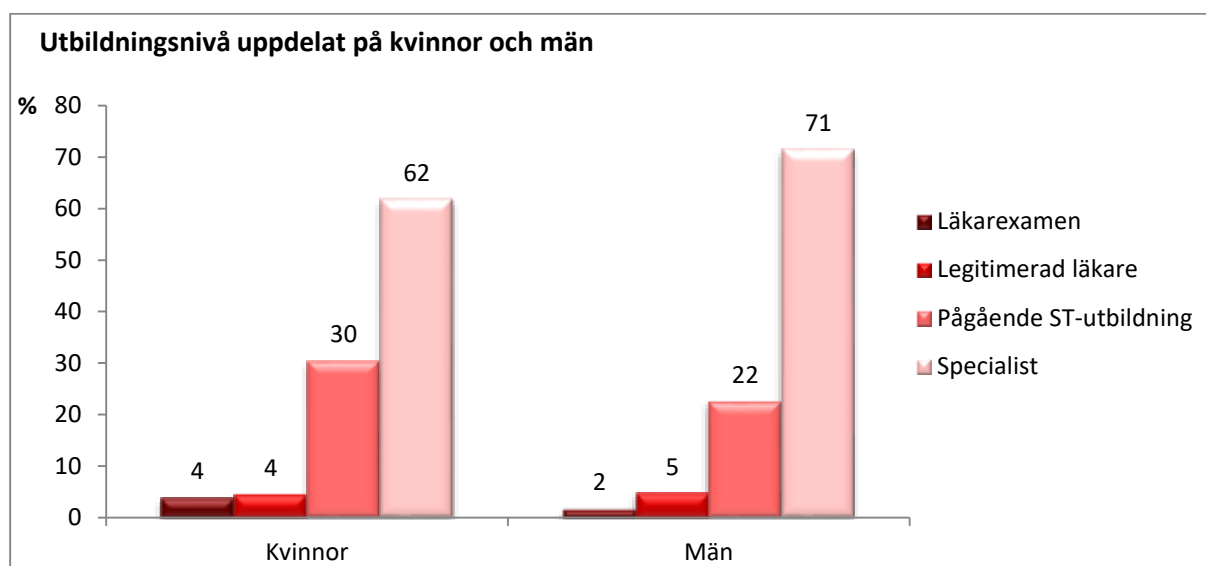
Resultatet i fortsättningen av detta avsnitt baseras på svar från de läkare (n=384) som varit yrkesverksamma de senaste tolv månaderna och huvudsakligen arbetade i Södermanland.

Det fanns en könsskillnad i åldersfördelning bland de yrkesverksamma läkarna i Södermanland (Figur 1). Bland kvinnorna var den yngsta åldersgruppen störst (39 %) och den äldsta minst (26 %) medan den äldsta åldersgruppen var störst och den yngsta minst (38 respektive 29 %) bland männen.



Figur 1. Åldersfördelning (%) bland de svarande som var yrkesverksamma i Sverige, uppdelat på kvinnor och män.

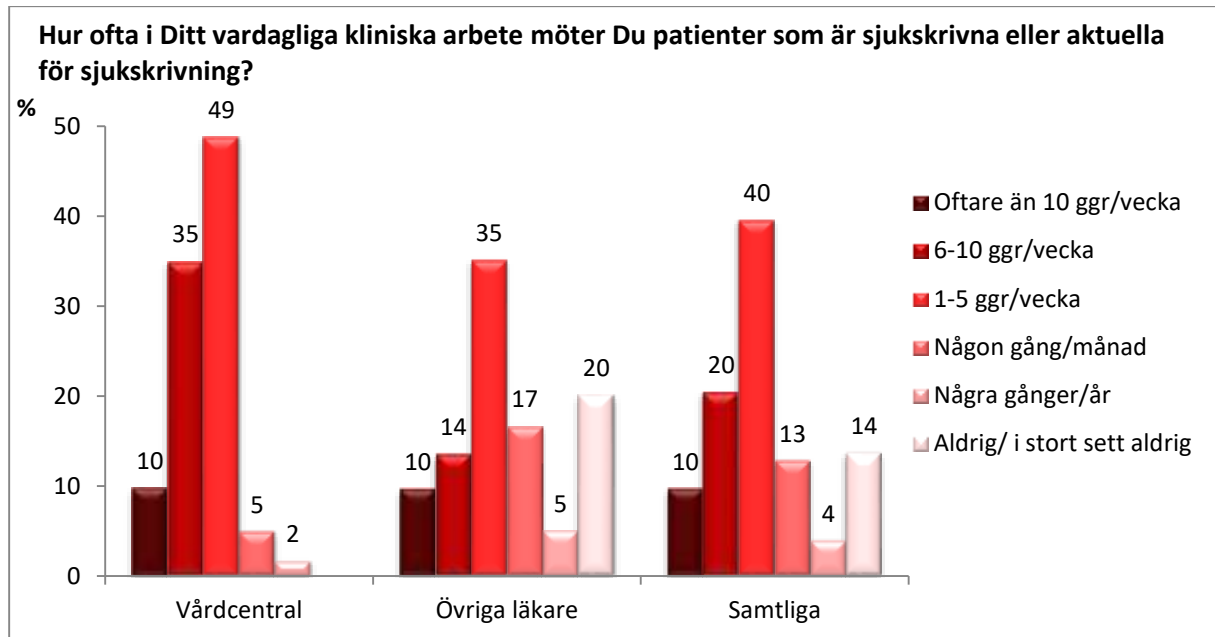
En viss könsskillnad fanns även när det gäller fördelningen vad avser högsta utbildningsnivå (Figur 2), där en något större andel av männen var specialistutbildade.



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

Andel läkare som har sjukskrivningsärenden

I enkäten tillfrågades läkarna om hur ofta de i det vardagliga kliniska arbetet möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. De som hade sådana konsultationer några gånger per år eller oftare (86 %) kallas i denna rapport för 'sjukskrivande läkare', även om inte alla dessa konsultationer innebar att patienten sjukskrevs, det vill säga, ibland kom man kanske fram till att sjukskrivning inte var aktuellt (Figur 3). De flesta (70 %) mötte patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning minst en gång i veckan; det fanns emellertid stora skillnader mellan läkarna vid vårdcentraler och läkarna i övriga verksamheter. Medan en överväldigande majoritet av dem vid vårdcentraler (94 %) angav att de har sådana konsultationer minst en gång per vecka var motsvarande andel för dem i övriga verksamheter drygt hälften (59 %). En femtedel av läkarna i övriga verksamheter svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig möter patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, medan motsvarande andel för vårdcentralsläkarna var två procent. En liten andel av läkarna svarade inte på frågan (n=2, 0,5 %). Dessa läkare är inte med i fortsatta analyser.



Figur 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

2.

Svar från sjukskrivande läkare i Södermanland 2017

2. Svar från sjukskrivande läkare 2017

I detta avsnitt redovisas resultaten för de 330 läkare som svarat på enkäten och som:

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

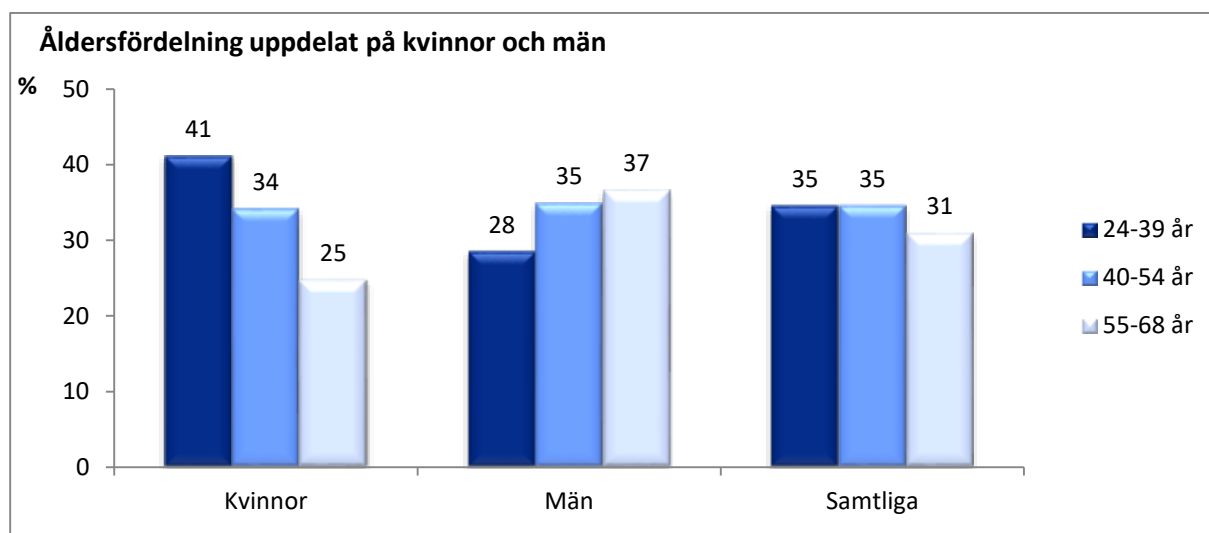
För att underlätta läsningen kallas dessa läkare härnäst i rapporten för 'sjukskrivande läkare'.

Av de sjukskrivande läkarna var 48 procent kvinnor (Tabell 4). Andelen män var något större bland övriga läkare (54 %). Medelåldern var något högre vid vårdcentraler (vårdcentral 48 år; övriga 46 år) och en större andel vårdcentralsläkare (38 %) än övriga läkare (27 %) tillhörde den äldre ålderskategorin (55-68 år). Andelen specialistutbildade läkare var 66 procent för samtliga sjukskrivande läkare.

Tabell 4. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och per utbildningsnivå, samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare respektive övriga läkare.

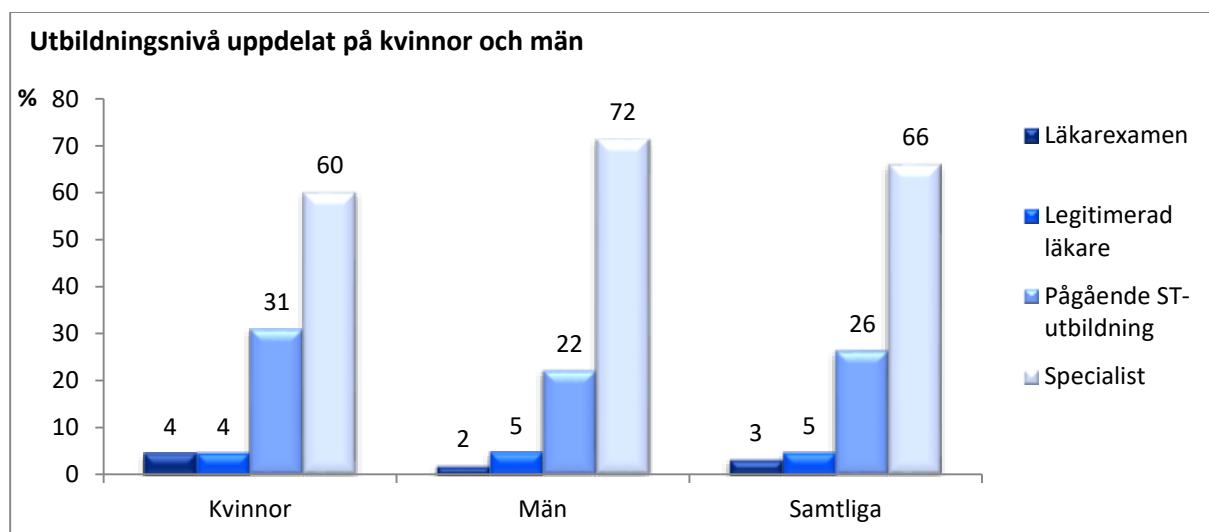
		Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
	Antal svarande (n)	330	123	207
Kön	Kvinnor (%)	48	51	46
Ålder	24-39 år (%)	35	29	38
	40-54 år (%)	35	33	36
	55-68 år (%)	31	38	27
	Medelålder (år)	47	48	46
Utbildningsnivå	Läkarexamen (%)	3	5	2
	Leg. läkare (%)	5	6	4
	Pågående ST-utbildning (%)	26	24	28
	Specialistutbildad (%)	66	66	66

Som framgår av Figur 4 fanns skillnader i åldersfördelningen mellan kvinnor och män. Bland kvinnorna var andelen störst i åldersgruppen 24-39 år (41 %) och minst i åldersgruppen 55-68 år (25 %). Andelen män var ungefär lika stor i grupperna 40-54 respektive 55-68 år (35-37 %) men mindre i den yngsta åldersgruppen (25 %).



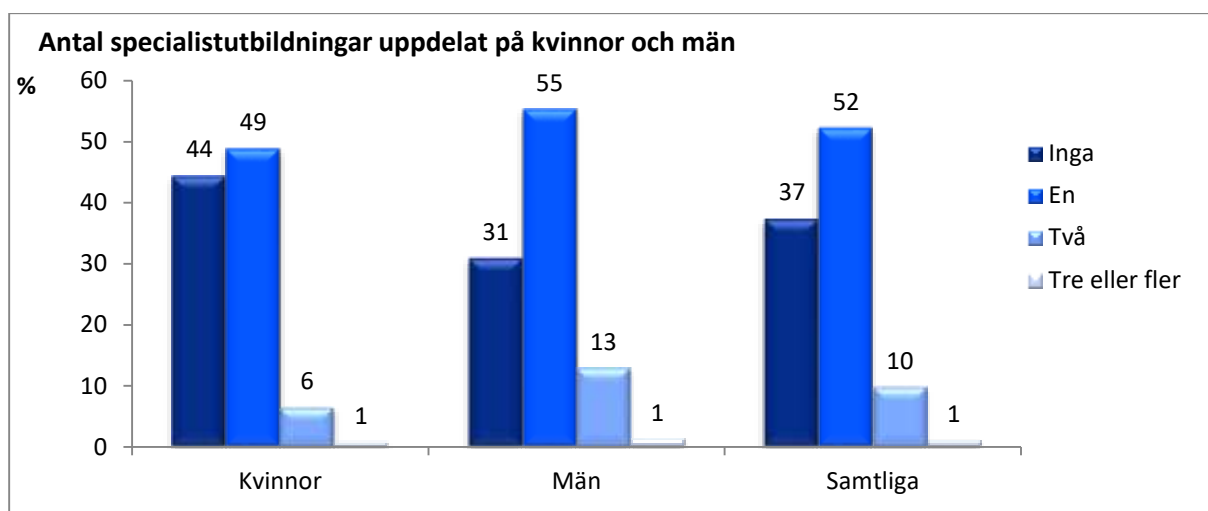
Figur 4. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Även bland de sjukskrivande läkarna var andelen färdiga specialister något större bland männen (72 %) än bland kvinnorna (60 %) (Figur 5).



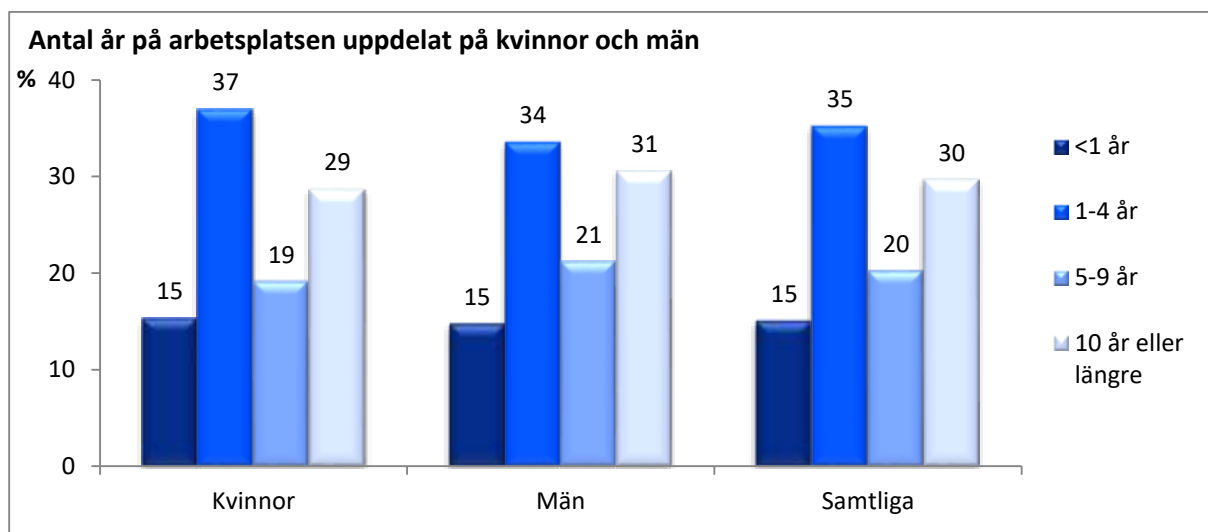
Figur 5. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.

Bland samtliga sjukskrivande läkare var andelen med två eller fler specialistutbildningar 11 procent; sju procent av kvinnorna och 14 procent av männen (Figur 6).



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

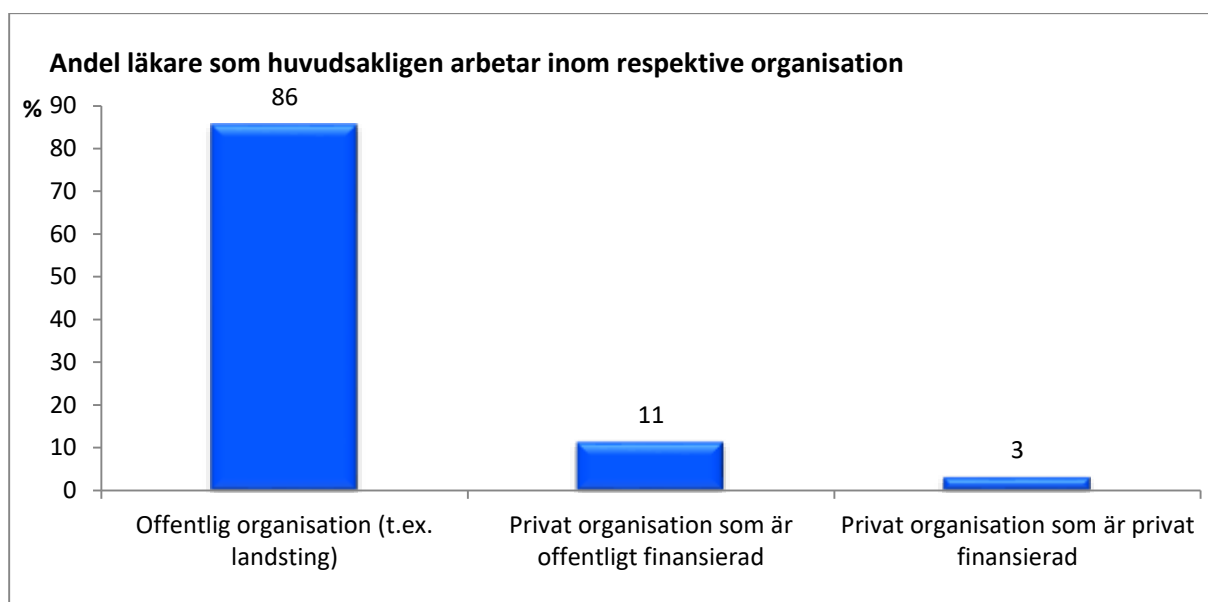
Femton procent, en lika stor andel kvinnor och män, hade arbetat mindre än ett år på sin nuvarande arbetsplats (Figur 7). En tredjedel av både kvinnor (29 %) och män (30 %) hade varit tio år eller längre på arbetsplatsen.



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

Den absoluta majoriteten (97 %) av de svarande läkarna arbetade huvudsakligen inom offentligt finansierade organisationer; 86 procent i en offentlig organisation och elva procent i en privat organisation som är offentligt finansierad (Figur 8). De resterande tre procenten (n=10) arbetade inom organisationer som är både privat organiserade och finansierade. Då antalet personer i den senare gruppen är lågt särredovisas inte resultaten för dessa när svar relateras till typ av organisation.

Andelen deltagande läkare som arbetade i offentlig organisation var något större i Södermanland (86 %) än i hela landet (79 %).

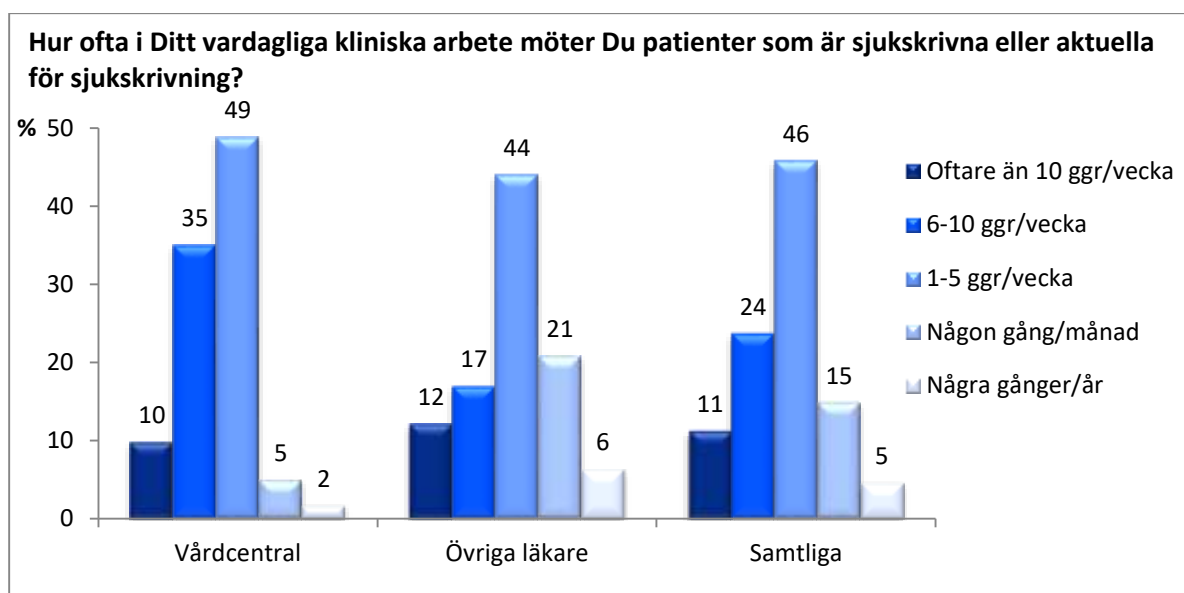


Figur 8. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation, en privat organisation som är offentligt finansierad respektive inom en privat organisation som även är privat finansierad.

Deltagarna fick en fråga om de huvudsakligen arbetade som en så kallad hyrläkare/stafettläkare vilket definierades som att vara inhyrd högst en månad i sträck på varje ställe. Av samtliga läkare svarade fem procent (n=17) att de huvudsakligen arbetar som hyrläkare/stafettläkare; en något större andel av de som arbetar inom privat organisation med privat finansiering (10 %) än de som arbetar i offentligt finansierade organisationer (5 %).

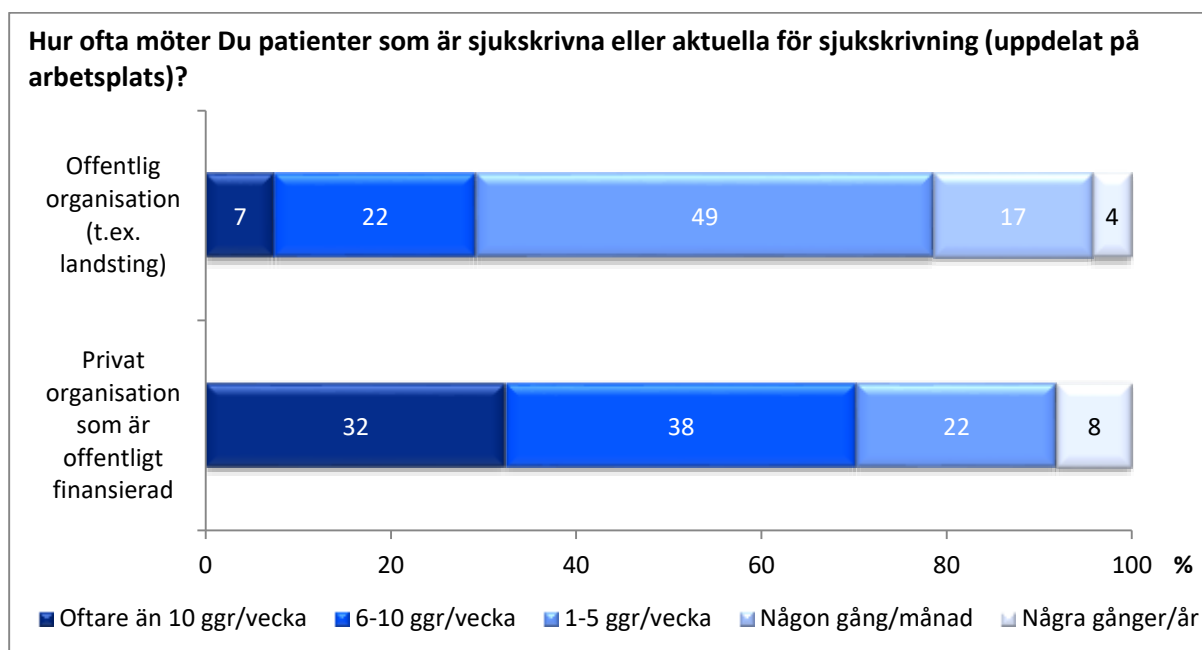
Frekvens av sjukskrivningsärenden

I Figur 9 visas hur ofta läkarna i sitt vardagliga kliniska arbete mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning. Åttioen procent av läkarna angav att möter sådana patienter minst en gång i veckan; en större andel bland läkarna vid vårdcentraler (94 %) än bland läkarna i övriga verksamheter (73 %). Bland både vårdcentralsläkarna (49 %) och övriga läkare (44 %) var det vanligast att möta patienter som var sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning en till fem gånger per vecka. Inga större skillnader i frekvens av sjukskrivningsärenden fanns med avseende på utbildningsnivå (ej i figur eller tabell).



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

Att ha sjukskrivningsärenden oftare än tio gånger per vecka var vanligare bland de läkare som arbetade i privata organisationer med offentlig finansiering (32 %) än bland dem som arbetade i offentliga organisationer (7 %) (Figur 10).



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

De få läkare som arbetade i privat organisation som var privat finansierad har exkluderats.

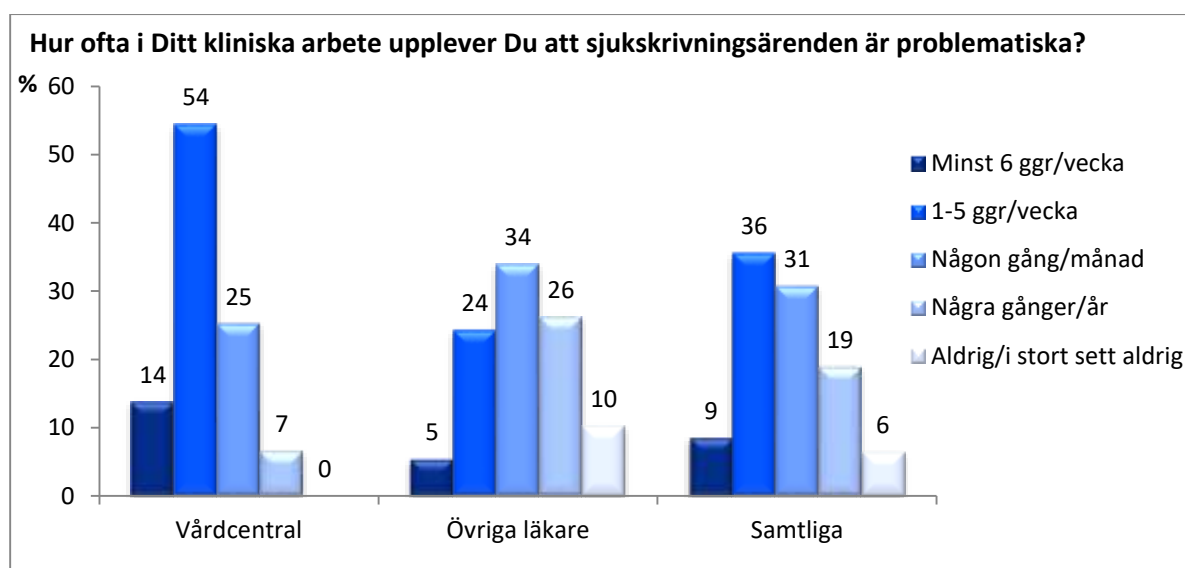
Sammanfattning

Fyra av fem (81 %) av de sjukskrivande läkarna hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka och drygt var tredje (35 %) hade det minst sex gånger per vecka. Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka var större vid vårdcentraler (94 %) än i övriga verksamheter (73 %), medan skillnaderna var små med avseende på utbildningsnivå. En större andel läkare i privat organiserad men offentligt finansierade organisationer mötte patienter som var

sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning oftare än tio gånger per vecka (32 %) än läkare i offentliga organisationer (7 %).

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innehöll ett stort antal frågor kring både frekvens och allvarlighetsgrad av olika typer av problem i arbetet med sjukskrivning. Inledningsvis fanns en mer övergripande fråga om hur ofta läkaren upplevde att sjukskrivningsärenden är. Fyrtiofem procent svarade att de upplever att arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt minst en gång i veckan (Figur 11). Denna andel var betydligt större bland läkarna vid vårdcentraler (68 %) än bland läkarna i övriga verksamheter (29 %). Ingen vårdcentralsläkare angav att de aldrig eller i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska; motsvarande andel bland övriga läkare var tio procent.



Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

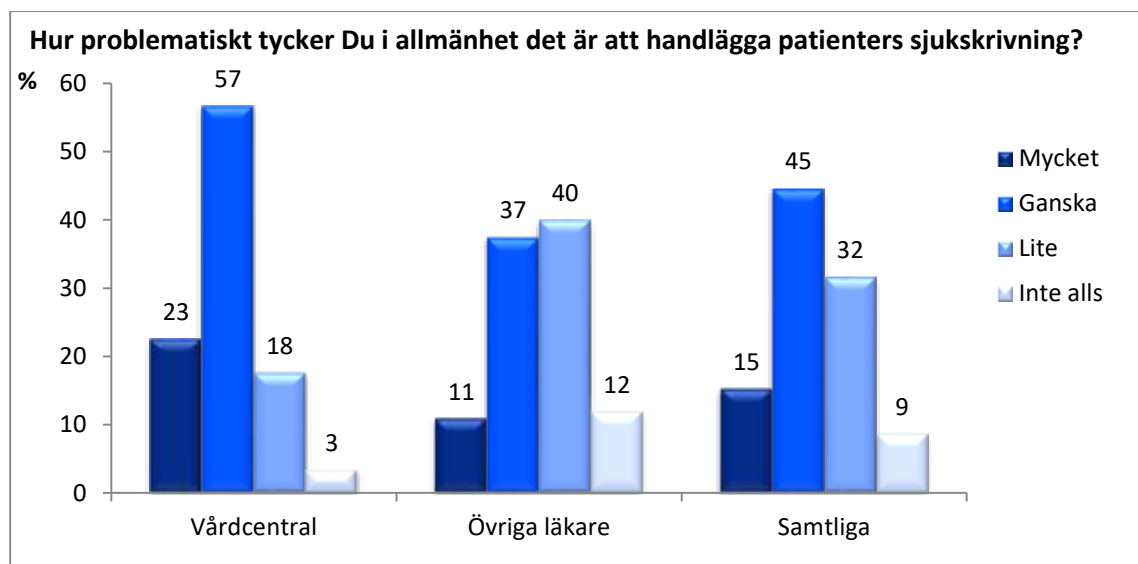
I Tabell 5 visas hur ofta läkarna upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska i relation till i vilken typ av organisation de huvudsakligen arbetade. Sextiofem procent av läkarna i privat organisation med offentlig finansiering upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka medan motsvarande andel bland läkarna i offentlig organisation var 42 procent.

I Södermanland upplevde en något större andel av läkarna i privata organisationer som var offentligt finansierade sjukskrivningsärenden som problematiska minst sex gånger per vecka (22 %) jämfört med motsvarande läkare i hela landet (13 %). I samma grupp var andelen som några gånger per år eller mer sällan upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska elva procent i Södermanland och 18 procent i hela landet.

Tabell 5. Andel (%) läkares i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, i relation till typ av organisation de huvudsakligen arbetade inom.

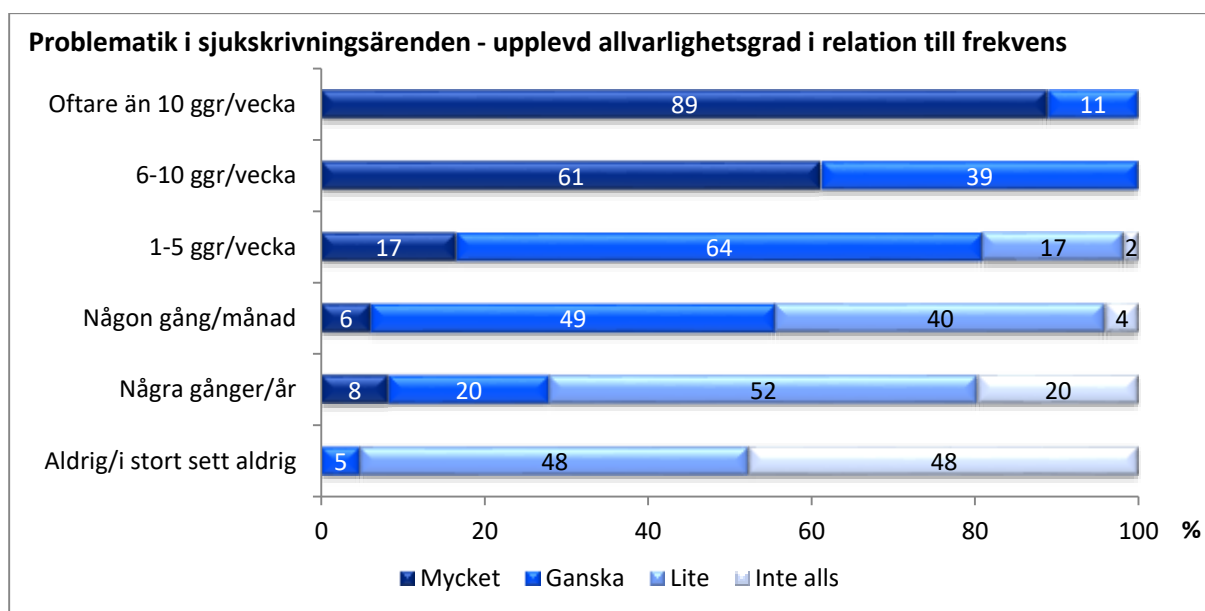
	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Offentlig organisation (t.ex. landsting)	7	35	31	20	7
Privat organisation som är offentligt finansierad	22	43	24	11	0

I ovanstående redovisades *hur ofta* sjukskrivande läkare tyckte att det är problematiskt med sjukskrivningsärenden. I enkäten efterfrågades även *hur problematiskt* läkarna i allmänhet tyckte att det är att handlägga patienters sjukskrivning. Två tredjedelar av samtliga läkare (60 %) svarade att det i allmänhet var mycket eller ganska problematiskt; en större andel bland vårdcentralsläkarna (80 %) än bland övriga läkare (48 %) (Figur 12). Bland vårdcentralsläkarna var det vanligast att i allmänhet uppleva handläggningen som ganska problematisk (57 %) medan det bland övriga läkare var ungefär lika vanligt att uppleva handläggningen som ganska (37 %) och lite (40 %) problematisk.



Figur 12. 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 13 relateras svaren på de två frågor som presenteras ovan till varandra; *hur ofta* läkare upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska samt *hur problematiskt* handläggningen av patienters sjukskrivning upplevdes 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 och vice versa. Alltså fanns den största andelen som i allmänhet tyckte att handläggningen av patienters sjukskrivning var mycket problematisk bland de som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska oftare än tio gånger per vecka (89 %) och den största andelen som i allmänhet inte alls tyckte handläggningen av patienters sjukskrivning var problematiskt bland de som aldrig eller i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska (48 %).



Figur 13. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.

Hur problematiska är olika situationer?

I enkäten ställdes frågor om många olika specifika situationer och uppgifter i arbetet med sjukskrivning och i vilken grad de upplevdes som problematiska. Svar på de flesta av dessa frågor redovisas i tabellerna nedan, medan några redovisas i avsnittet ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 45) respektive under rubrik ”Samarbete och samverkan” (sidan 53) längre fram i rapporten. Vi har här delat upp redovisningen av svaren i fyra områden.

Det första området avser problem i bedömningar av patientens funktion, arbetsförmåga, etcetera. Det som störst andel läkare upplevde som mycket eller ganska problematiskt var att bedöma arbetsförmågan för arbetslösa patienter (74 %) (Tabell 6). En majoritet av läkarna uppgav också att det är mycket eller ganska problematiskt att handlägga förlängningar av sjukskrivningar där andra läkare skrivit tidigare intyg (71 %), att bedöma arbetsförmågan för patienter som har ett arbete (68 %), att göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga (64 %), att bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt (58 %) och att bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad (53 %).

Jämfört med hela landet (27 %) tyckte en något större andel i Södermanland (37 %) att det var mycket problematiskt att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg.

Andelarna som ansåg detta vara problematiskt var genomgående större för vårdcentralsläkarna än för övriga läkare; ovan beskrivna uppgifter upplevdes som mycket eller ganska problematiska av 68-86 procent av vårdcentralsläkarna och 43-68 procent av övriga läkare. Att göra en handlingsplan eller ett åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen var det som störst andel läkare uppgav att inte alls är problematiskt (23 % av samtliga).

Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet 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	17	41	31	10
	Vårdcentral	24	53	18	5
	Övriga läkare	13	34	39	13
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada	Samtliga	12	34	37	17
	Vårdcentral	17	50	28	6
	Övriga läkare	9	25	43	23
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	Samtliga	25	43	24	8
	Vårdcentral	34	52	11	2
	Övriga läkare	20	38	32	11
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete	Samtliga	35	39	19	7
	Vårdcentral	46	36	13	4
	Övriga läkare	28	40	23	8
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	Samtliga	6	29	42	23
	Vårdcentral	5	39	43	13
	Övriga läkare	7	23	42	28
... bedöma optimal sjukskrivningslängd och -grad	Samtliga	13	40	37	11
	Vårdcentral	17	51	28	3
	Övriga läkare	10	33	42	15
... göra en prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga	Samtliga	26	38	27	8
	Vårdcentral	39	44	13	3
	Övriga läkare	18	35	36	11
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	Samtliga	37	34	20	8
	Vårdcentral	53	33	11	3
	Övriga läkare	28	35	26	11

Det andra området avser problematik i sjukskrivningsärenden, relaterad till mötet med patienten eller i kontakter med övriga i vårdteamet. 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. Sextio procent svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera dessa två roller i sjukskrivningsärenden (Tabell 7). Drygt hälften (52 %) svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där läkarens och patientens åsikt om sjukskrivningen skiljer sig åt.

En större andel av vårdcentralsläkarna upplevde dessa situationer som mycket eller ganska problematiska jämfört med övriga läkare. Störst skillnad fanns för situationen att hantera de två rollerna, vilket 81 procent av vårdcentralsläkarna och 48 procent av övriga läkare ansåg var mycket eller ganska problematiskt.

Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde ovan 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
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning	Samtliga	5	34	39	22
	Vårdcentral	8	43	40	8
	Övriga läkare	3	29	38	30
... hantera Dina två roller; dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter	Samtliga	27	33	26	13
	Vårdcentral	42	39	15	4
	Övriga läkare	18	30	34	19
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning	Samtliga	20	32	39	10
	Vårdcentral	29	39	28	3
	Övriga läkare	14	27	45	13
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning ¹	Samtliga	7	18	38	37
	Vårdcentral	8	22	42	27
	Övriga läkare	7	14	34	46

¹De 38, 24 och 46 procent som på denna fråga svarade att det inte var aktuellt med denna typ av situation har exkluderats i analysen.

Det tredje området avser problematik relaterad till läkarintyg. En stor majoritet (72 %) svarade att det är mycket (41 %) eller ganska (31 %) problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg (Tabell 8). En stor andel ansåg det även vara mycket eller ganska problematiskt att skriva intyg: till Arbetsförmedlingen, socialtjänst etc (50 %) till Försäkringskassan (45 %). En dryg tredjedel ansåg detta att det är problematiskt att skriva intyg och med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (36 %). Även här var andelen som upplevde de olika aspekterna som mycket eller ganska problematiska genomgående störst bland vårdcentralsläkarna.

Tabell 8. 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	14	31	39	16
	Vårdcentral	23	33	38	7
	Övriga läkare	9	29	40	22
... svara på FKs begäran om komplettering av intyg	Samtliga	41	31	20	7
	Vårdcentral	57	27	14	3
	Övriga läkare	32	34	24	10
... skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)	Samtliga	8	28	42	22
	Vårdcentral	11	35	43	11
	Övriga läkare	7	24	41	28
... skriva läkarintyg till Arbetsförmedlingen, socialtjänst, etc ¹	Samtliga	19	31	35	14
	Vårdcentral	25	40	31	5
	Övriga läkare	15	25	38	21

¹De 22, 11 och 29 procent som på denna fråga svarade att det inte var aktuellt att skriva denna typ av intyg har exkluderats i analysen.

Det fjärde området avser problematik relaterad till handläggning av sjukskrivningar av olika varaktighet. Där fanns en tydlig trend där ju längre sjukskrivningarna var desto större andel ansåg att det är mycket problematiskt att handlägga dem, från 2 procent för kortare sjukskrivningar (<15 dagar) till 38 procent för mycket långa sjukskrivningar (>180 dagar) (Tabell 9). En del av läkarna uppgav att det inte var aktuellt för dem att handlägga sjukskrivningar på 15-90 dagar (5 %), längre sjukskrivningar (91-180 dagar; 12 %) och mycket långa sjukskrivningar (17 %).

Två tredjedelar av läkarna (69 %) svarade att det inte alls är problematiskt att hantera de korta sjukskrivningarna och en femtedel (21 %) svarande detsamma för sjukskrivningar på 15-90 dagar.

En majoritet av läkarna tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera längre (60 %) och mycket långa (62 %) sjukskrivningar, en större andel bland vårdcentralsläkarna (längre 80 %; mycket långa 74 %) än övriga läkare (längre 49 %; mycket långa 49 %).

En större andel av övriga läkare än av vårdcentralsläkarna uppgav att det inte var aktuellt för dem att handlägga längre (14 %) och mycket långa (22 %) sjukskrivningar; motsvarande siffror för vårdcentralsläkarna var åtta respektive nio procent. Sett till endast de vårdcentralsläkare där det var aktuellt med längre respektive mycket långa sjukskrivningar upplevde 46 respektive 59 procent att det var mycket problematiskt medan motsvarande siffror för övriga läkare där det var aktuellt var 23 respektive 36 procent (ej i figur eller tabell).

Tabell 9. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av olika långa sjukskrivningar som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur problematiskt tycker du i allmänhet att det är att handlägga...		Ej aktuellt	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... kortare sjukskrivningar (< 15 dagar)	Samtliga		2	3	26	69
	Vårdcentral		2	4	29	66
	Övriga läkare		2	3	24	71
... sjukskrivningar (15-90 dagar)	Samtliga	5	11	27	36	21
	Vårdcentral	3	19	30	40	8
	Övriga läkare	6	7	25	33	29
... längre sjukskrivningar (91-180 dagar)	Samtliga	12	28	32	17	11
	Vårdcentral	8	42	38	10	3
	Övriga läkare	14	20	29	21	16
... mycket långa sjukskrivningar (>180 dagar)	Samtliga	17	38	24	11	10
	Vårdcentral	9	54	30	5	3
	Övriga läkare	22	28	21	15	14

Frekvens av specifika situationer

Enkäten innehöll ett stort antal frågor om frekvens av specifika situationer i arbetet med sjukskrivningar. De flesta resultat från dessa redovisas under nedanstående olika rubriker. Här redovisas dels svar kring att som läkare respektive som patient säga nej till sjukskrivning dels kring att uppleva oro och hot i arbetet med sjukskrivningar.

Att säga nej till sjukskrivning

På frågor som gällde kontakter med patienter, svarade 20 procent av läkarna att de minst en gång per vecka träffar en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada; en större andel av vårdcentralsläkarna (33 %) än övriga läkare (13 %) (Tabell

10). En tredjedel svarade att de minst en gång på månad möter patienter som helt eller delvis sade nej till den sjukskrivning läkaren föreslår (30 %); större andel bland vårdcentralsläkarna (38 %). Närmare hälften (47 %) säger minst en gång per månad nej till en patients önskemål om sjukskrivning, även här större andel bland vårdcentralsläkarna (65 %).

En knapp fjärdedel av vårdcentralsläkarna (23 %) upplevde konflikter med patienter kring sjukskrivning minst en gång per vecka medan motsvarande andel för övriga läkare var åtta procent.

Tabell 10. 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	20	36	30	14
	Vårdcentral	33	50	16	2
	Övriga läkare	13	28	39	21
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår	Samtliga	7	23	34	36
	Vårdcentral	11	27	37	25
	Övriga läkare	4	21	32	42
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning	Samtliga	9	37	44	10
	Vårdcentral	15	50	33	2
	Övriga läkare	6	29	51	14
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning	Samtliga	14	20	41	25
	Vårdcentral	23	26	37	14
	Övriga läkare	8	17	43	32

Oro och hot

Tre av frågorna berörde *oro* eller *att bli hotad* i samband med sjukskrivningsärenden. I Tabell 11 presenteras svaren för var och en av dessa frågor. Majoriteten svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig känner oro för att patienter byter läkare om de inte sjukskriver (81 %), känner sig hotade av en patient kring sjukskrivning (77 %) och är oroliga för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning (76 %). En liten andel (2 %) svarade att de upplever detta minst en gång per vecka.

Av läkarna vid vårdcentralerna svarade 13 procent att de är oroliga för att bli anmälda av en patient kring sjukskrivning och tolv procent att de känner oro för att patienter byter läkare om de inte sjukskriver minst någon gång per månad. Motsvarande andel bland övriga läkare var fem respektive fem procent.

Sett till de tre frågorna sammantaget uppgav majoriteten av läkarna (61 %) att de inte känner någon sådan oro och 13 procent att de upplever åtminstone en av de tre situationerna minst någon gång per månad (ej i figur eller tabell).

Tabell 11. 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	2	6	16	76
	Vårdcentral	5	8	18	69
	Övriga läkare	1	4	15	80
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning	Samtliga	2	2	19	77
	Vårdcentral	3	2	25	69
	Övriga läkare	1	2	15	82
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver	Samtliga	2	6	11	81
	Vårdcentral	3	9	15	72
	Övriga läkare	1	4	9	86

Sammanfattning

I likhet med läkare i hela landet upplevde drygt 40 procent av läkarna i Södermanland att arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt minst en gång per vecka; andelen var störst bland vårdcentralsläkarna (68 %). Sextiofem procent av läkarna som arbetade i privat organisation med offentlig finansiering upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka, medan 42 procent av läkarna i offentlig verksamhet gjorde detsamma. En majoritet (60 %) av läkarna svarade att det i allmänhet är mycket eller ganska problematiskt att handlägga patienters sjukskrivning.

Det som störst andel läkare upplevde som problematiskt när det gällde olika aspekter av bedömningar i sjukskrivningsärenden var att bedöma patientens arbetsförmåga, särskilt för arbetslösa patienter där 74 procent svarade att det är mycket eller ganska problematiskt. Även att handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning som en annan läkare påbörjat upplevdes som mycket eller ganska problematiskt av en majoritet (71 %); en större andel bland vårdcentralsläkarna (86 %) än bland övriga läkare (63 %).

I mötet med patienten upplevde en majoritet (60 %) det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig och hälften (52 %) att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning.

För problematik relaterad till sjukintyg var den situation som störst andel (72 %) upplevde som mycket eller ganska problematisk att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg. Hälften (50 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg till Arbetsförmedlingen, socialtjänst, etcetera.

Det fanns ett samband mellan sjukskrivningarnas varaktighet och upplevd problematik; ju längre sjukskrivningsfall desto större andel läkare ansåg att det var mycket problematiskt att handlägga dem. Två tredjedelar av läkarna (69 %), oavsett klinisk verksamhet, svarade att det inte alls var problematiskt att hantera de korta sjukskrivningsfallen (<15 dagar) och en femtedel (21 %) svarade detsamma för sjukskrivningar på 15-90 dagar. För de längre sjukskrivningarna var det stor skillnad mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare med störst andel som uppgav att handläggningen var mycket problematisk bland vårdcentralsläkarna.

En tredjedel (33 %) av läkarna vid vårdcentraler jämfört med en tiondel (13 %) av övriga läkare svarade att de minst en gång per vecka träffar en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsförmåga orsakad av sjukdom/skada.

Majoriteten svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig känner oro för att patienter byter läkare om de inte sjukskriver (81 %), känner sig hotade av en patient kring sjukskrivning (77 %) eller är oroliga för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning (76 %). En liten andel (2 %) svarade att de upplever

detta minst en gång per vecka. De två första alternativen var något vanligare bland vårdcentralsläkarna (12 respektive 13 %) än bland övriga läkare (5 respektive 5 %).

Sjukskrivning längre än vad som skulle vara nödvändigt

Ett antal frågor i enkäten handlade om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt och hur ofta detta skedde. I Tabell 12 visas att de vanligaste orsakerna till längre sjukskrivning än nödvändigt var väntetider dels till utredningar inom sjukvården och dels till behandlingar. Läkarna vid vårdcentraler svarade att de minst någon gång per månad sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning inom sjukvården (71 %) respektive väntetider till behandling (67 %). Av läkarna i övriga verksamheter var motsvarande andelar 33 respektive 32 procent. En annan orsak som förekom någon gång per månad var brist på återbesökstider (37 %), även detta var vanligare bland vårdcentralsläkare (53 %) än bland övriga läkare (27 %).

Tabell 12. 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/mer 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	15	22	22	41
	Vårdcentral	22	31	24	24
	Övriga läkare	10	17	22	51
... väntetider till utredning inom sjukvården	Samtliga	19	29	31	22
	Vårdcentral	28	43	24	5
	Övriga läkare	13	20	36	32
... väntetider till utredning hos FK	Samtliga	10	20	27	43
	Vårdcentral	21	30	39	10
	Övriga läkare	4	14	19	63
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedlingen	Samtliga	8	13	27	51
	Vårdcentral	17	25	38	20
	Övriga läkare	3	7	21	70
... faktorer hos arbetsgivare	Samtliga	9	17	28	47
	Vårdcentral	16	29	40	14
	Övriga läkare	4	10	20	66
... väntetider till behandling	Samtliga	15	29	34	21
	Vårdcentral	24	43	27	7
	Övriga läkare	10	22	38	30
... att tillgång till annan adekvat behandling/rehabilitering saknas	Samtliga	12	17	29	41
	Vårdcentral	19	30	33	18
	Övriga läkare	8	10	27	56

Jämfört med sjukskrivande läkare i hela landet sjukskrev läkare i Södermanland i högre grad längre än nödvändigt på grund av samtliga listade orsaker. Skillnaden var störst när det kom till väntetider till utredning hos Försäkringskassan, både vad det gällde andelen som sjukskrev längre än nödvändigt minst någon gång per månad (Södermanland 30 %; hela landet 22 %) och andelen som aldrig eller i

stort sett aldrig gjorde det (Södermanland 43 %; hela landet 54 %). Även i andelen som aldrig eller i stort sett aldrig sjukskrev längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning hos Arbetsförmedlingen fanns det en skillnad på elva procentenheter (Södermanland 51 %; hela landet 62 %).

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 13). En stor majoritet av läkarna uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig sjukskriver längre än nödvändigt på grund av: att de vill undvika konflikt med anhörig/närstående till patienten (78 %), påverkan från andra i vårdteamet (68 %) respektive på grund av andra anledningar (86 %) (med utrymme att skriva ett öppet svar).

Den orsak till längre sjukskrivning än nödvändigt som flest läkare angav att förekom minst en gång per månad var att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering (24 %). Detta var betydligt vanligare bland vårdcentralsläkarna (38 %) än bland övriga läkare (15 %). Därefter följde andelen som (någon gång per månad eller oftare) sjukskrev längre än nödvändigt för att undvika konflikt med patienten (15 %) och för att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete (14 %).

Även här sjukskrev läkarna i något större utsträckning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt jämfört med läkarna i hela Sverige: dock var skillnaderna mindre än ovan.

Till dessa frågor fanns det även möjlighet att ge preciserade, öppna svar, vilket cirka 68 av läkarna i Södermanland gjorde (ej redovisade här).

Tabell 13. 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/mer 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	5	19	38	39
	Vårdcentral	9	29	48	15
	Övriga läkare	2	13	32	53
... att Du vill undvika konflikt med patienten	Samtliga	6	9	30	55
	Vårdcentral	10	13	37	40
	Övriga läkare	4	6	26	63
... att Du vill undvika konflikt med anhörig/närstående till patienten	Samtliga	4	3	15	78
	Vårdcentral	8	4	15	73
	Övriga läkare	2	2	15	81
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning eller att motivera till återgång i arbete	Samtliga	5	9	25	60
	Vårdcentral	10	12	31	46
	Övriga läkare	3	7	22	69
... påverkan från andra i vårdteamet	Samtliga	1	6	25	68
	Vårdcentral	3	9	32	57
	Övriga läkare	0	4	21	75
... annan anledning	Samtliga	2	4	8	86
	Vårdcentral	4	9	15	72
	Övriga läkare	2	2	5	92

Sammanfattning

De vanligaste anledningarna till att sjukskriva en patient längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt var väntetider till utredning inom vården respektive till behandling: 48 respektive 44 procent gjorde detta åtminstone någon gång per månad. Bland vårdcentralsläkare fanns den största andelen som gjorde detta minst en gång per månad; 71 procent på grund av väntetid till utredning inom vården och 67 procent på grund av väntetid till behandling. Drygt hälften av vårdcentralsläkarna (53 %) svarade även att brist på återbesökstider var en sådan anledning någon gång per månad eller oftare.

En fjärdedel av läkarna svarade att de sjukskrev längre än nödvändigt minst en gång per månad på grund av att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering. Inom vårdcentraler svarade knappt 40 procent detta medan 15 procent uppgav detsamma bland övriga läkare.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) infördes hösten 2007 och vissa delar av det har sedan uppdaterats, både när det gäller de övergripande principerna och de diagnosspecifika rekommendationerna om sjukskrivningslängd och -grad^(2, 67). I enkäten fanns ett flertal frågor om FMB, dess användning och betydelse. Svaren redovisas under två delrubriker, först avseende de övergripande principerna och därefter de diagnosspecifika rekommendationerna. I båda avsnitten används förkortningen FMB för att underlätta läsningen.

Försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer

Drygt hälften (54 %) av läkarna svarade att de känner till Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning mycket väl eller något medan en ungefär lika stor andel uppgav att de känner till dem men inte läst dem (22 %) och att de inte känner till dem (24 %) (Tabell 14).

Det fanns skillnad avseende detta mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare. Störst andel som kände till principerna mycket väl eller något fanns bland vårdcentralsläkarna (63 %) jämfört med övriga läkare (48 %). En femtedel (18 %) respektive en fjärdedel (28 %) kände inte till dem. Av dem som kände till principerna svarade hälften (51 %) av vårdcentralsläkarna och två tredjedelar (62 %) av övriga läkare att de hade stöd av dem i sitt arbete. En fjärdedel (24 %) tyckte inte att de var ett användbart stöd i sjukskrivningsarbetet.

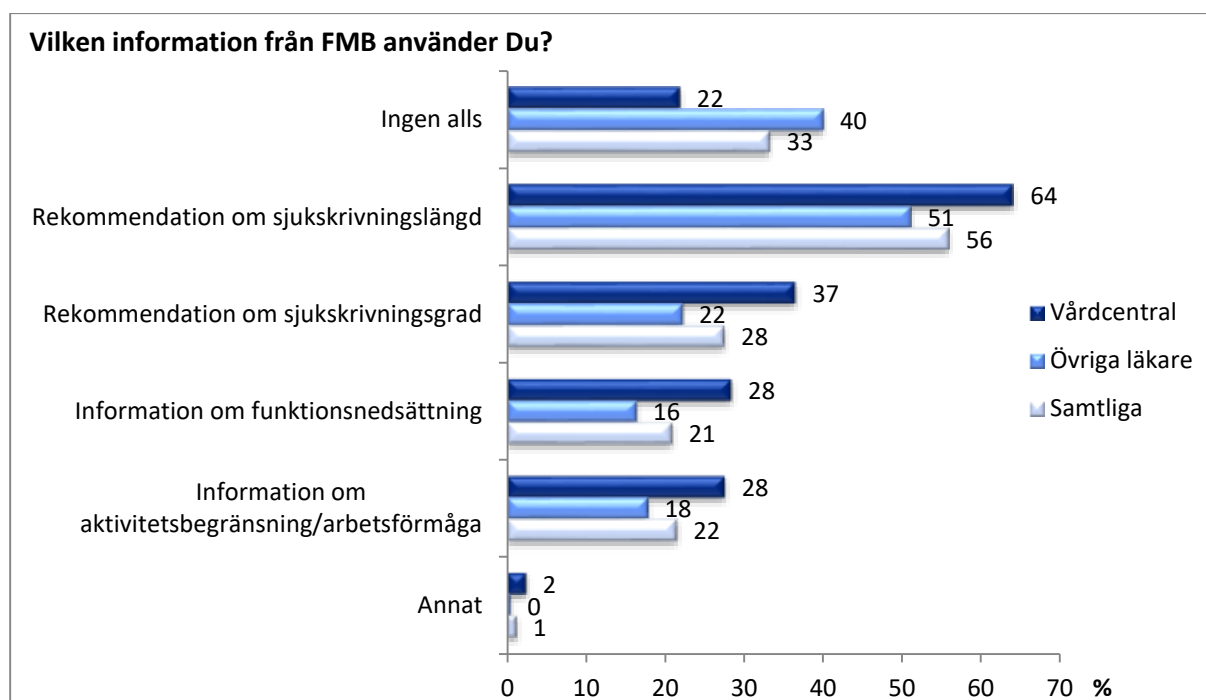
Frågan om de övergripande principerna kom före frågor om de diagnosspecifika FMB. I en analys inkluderande läkare i hela landet avseende deras öppna svar om de övergripande principerna framkom att flera i sina svar avsåg de diagnosspecifika beslutsstöden när de svarade (167). Det innebär att svaren på om de övergripande principerna skall ses med viss skepsis.

Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, 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 arbete med sjukskrivning? (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	16	47	20	18	51	24	24
Övriga läkare	12	36	24	28	62	23	15
Samtliga läkare	14	40	22	24	57	24	19

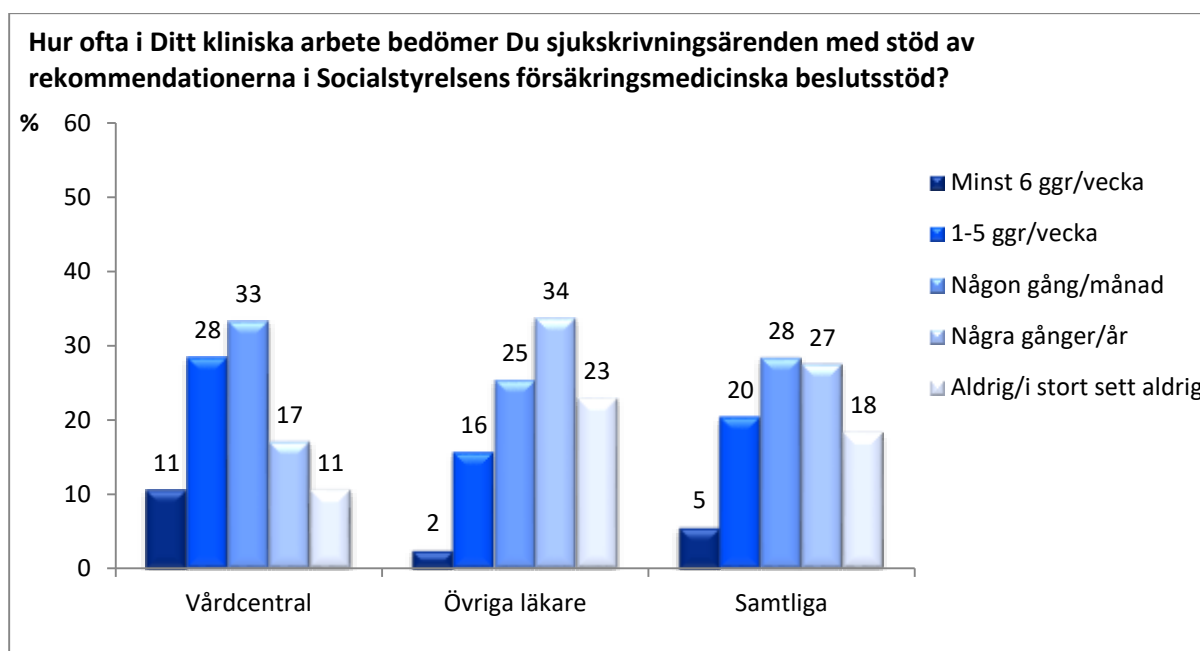
Användning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) innehåller olika typer av information. På en fråga om vilken information läkaren använder svarade mer än hälften (56 %) att de använder rekommendationer om sjukskrivningslängd och en knapp tredjedel att de använder rekommendationer om sjukskrivningsgrad (Figur 14). En tredjedel svarade att de inte använder någon information från FMB. För var och en av de olika typerna information i FMB som listades var andelen som använde dem störst bland vårdcentralsläkarna.



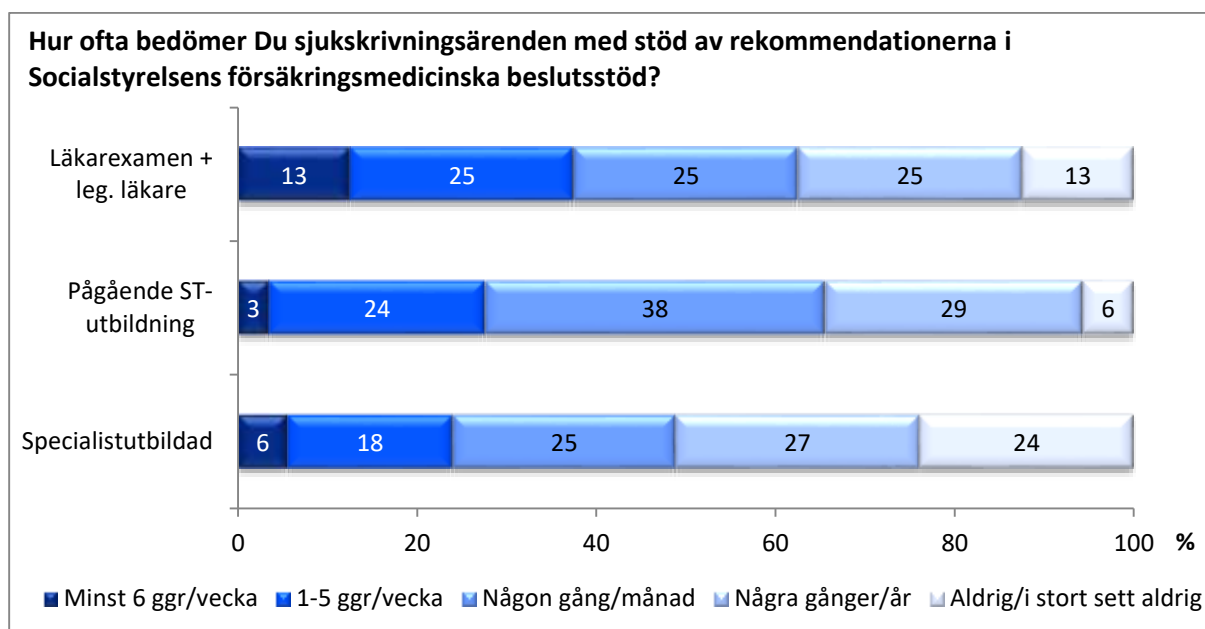
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Drygt hälften av läkarna (53 %) svarade att de använder FMB i sina bedömningar minst någon gång per månad (Figur 15). Tre fjärdedelar (72 %) av vårdcentralsläkarna svarade att de använder beslutsstödet minst någon gång per månad medan motsvarande siffra för läkarna i övriga verksamheter var 43 procent. En femtedel (18 %) av samtliga läkare uppgav att de aldrig eller i stort sett aldrig använder beslutsstödet.



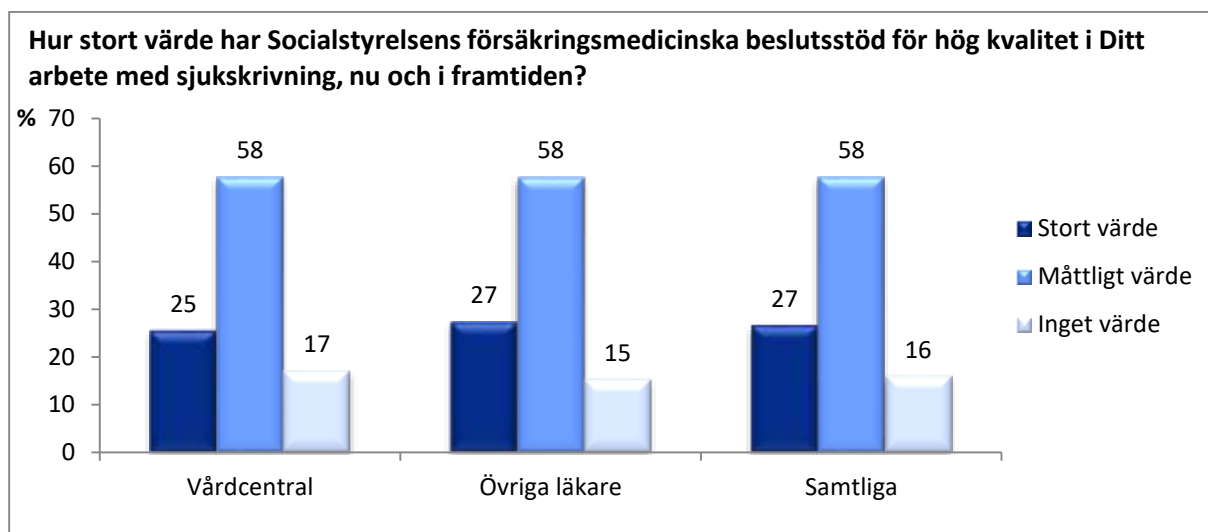
Figur 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Andelen som minst någon gång per månad bedömde sjukskrivningar utifrån FMB var ungefär lika stor bland dem med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation (63 %) och de under ST-utbildning (65 %), och var något mindre bland specialistutbildade (49 %) (Figur 16). En fjärdedel av specialisterna svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig använder beslutsstödet i sina bedömningar. Dessa svar bör relateras till att det är mer än tio år sedan FMB introducerades och att många läkare inte varit klinisk verksamma innan dess, varför det ibland kan vara svårt att bedöma i vilken utsträckning information från FMB används.



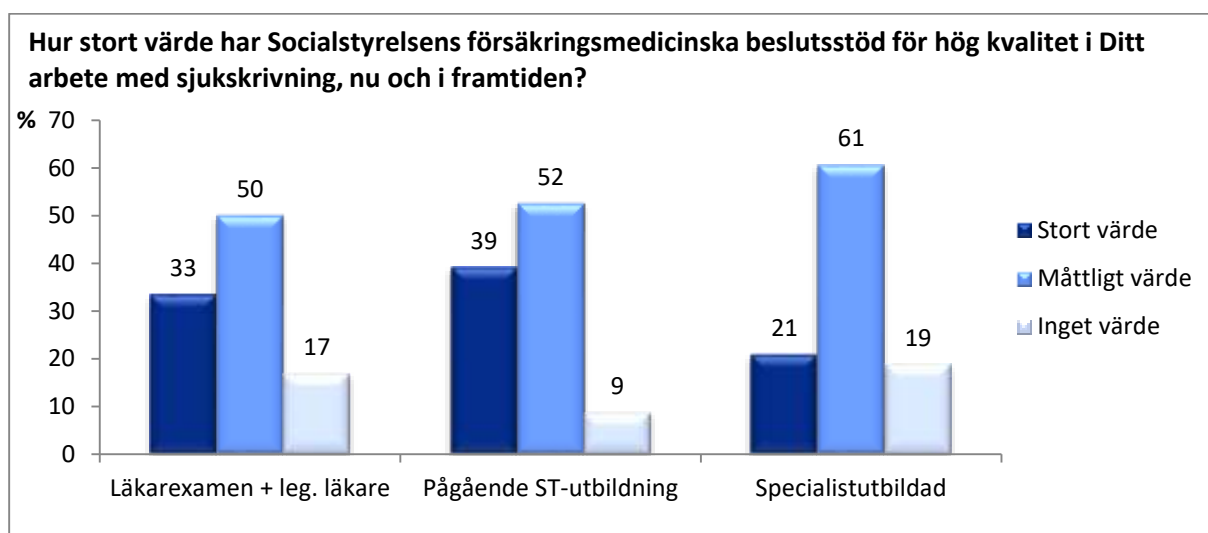
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Läkarna ombads även uppge hur stort värde de ansåg att FMB har för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning nu och i framtiden. I Figur 17 visas svaren för samtliga och uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. Drygt en fjärdedel (27 %) ansåg att FMB har stort värde medan en majoritet (58 %) tyckte att det har måttligt värde. Endast små skillnader i svaren fanns mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare.



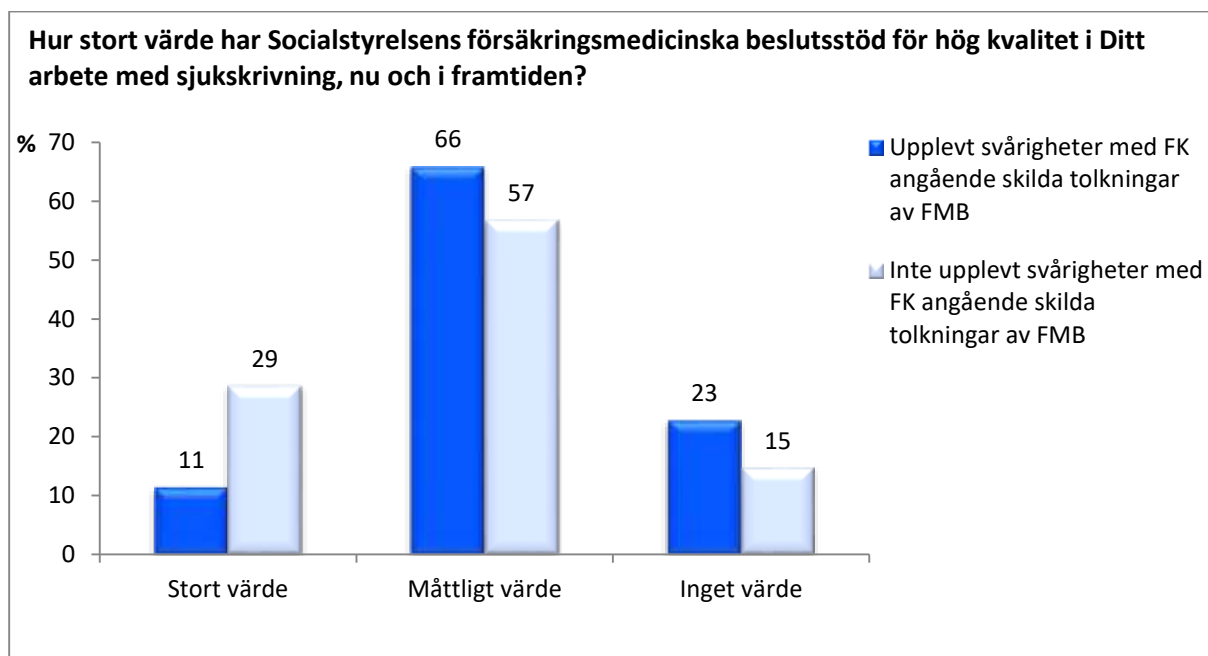
Figur 17. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem kliniska verksamheter.

En uppdelning på högsta läkarutbildningsnivå visar att störst andel av läkarna som ansåg att FMB har stort värde för hög kvalitet fanns bland dem som var under pågående ST-utbildning (39 %) följt av de som enbart har läkarexamen eller läkarlegitimation (33 %) (Figur 18). Bland specialisterna svarande en ungefär lika stor andel att FMB hade stort värde (21 %) och inget värde (19 %) för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.



Figur 18. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

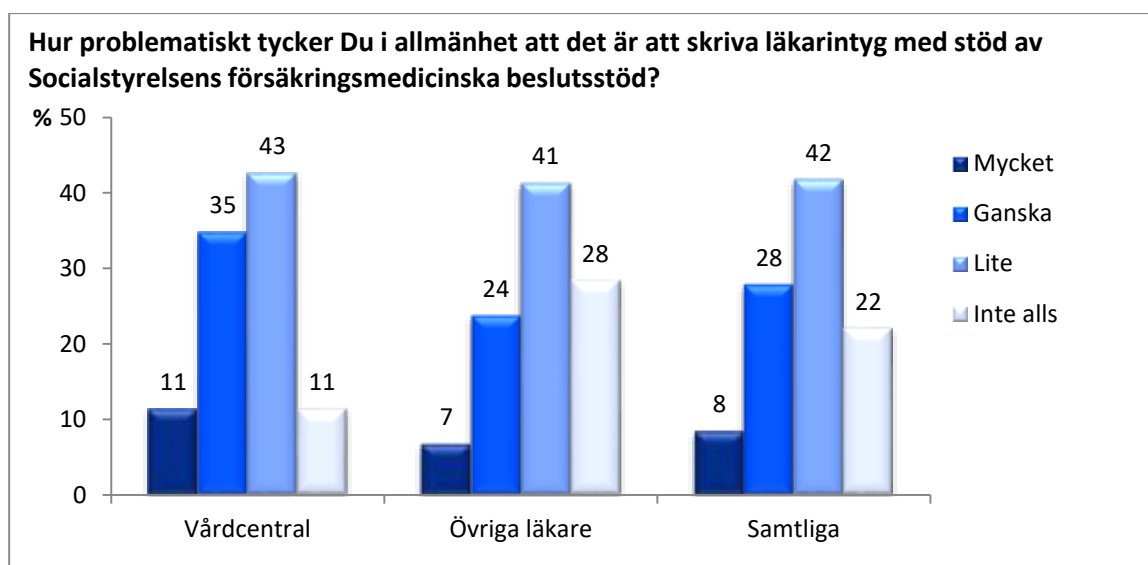
I Figur 19 redovisas svaren uppdelat på de läkare som upplevt svårigheter i kontakten med Försäkringskassan i form av skilda tolkningar av FMB och de som inte upplevt sådana svårigheter. Av dem som upplevt svårigheter i kontakten svarade en mindre andel läkare (11 %) att FMB har stort värde för god kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar än bland dem som inte upplevt sådana svårigheter (29 %).



Figur 19. 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.

Problematiskt att använda det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Av samtliga läkare svarade 64 procent att det var lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, med största andelen bland övriga läkare (69 %) (Figur 20). Åtta procent av samtliga läkare svarade att det är mycket problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Andelen som tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt var större bland läkarna vid vårdcentraler (46 %) än bland läkare i övriga verksamheter (31 %). Med avseende på utbildningsnivå fanns inga större skillnader för hur problematiskt det upplevdes att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet; inte heller mellan läkare som bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i FMB minst en gång i veckan och de som gjorde det mer sällan (ej i figur eller tabell).

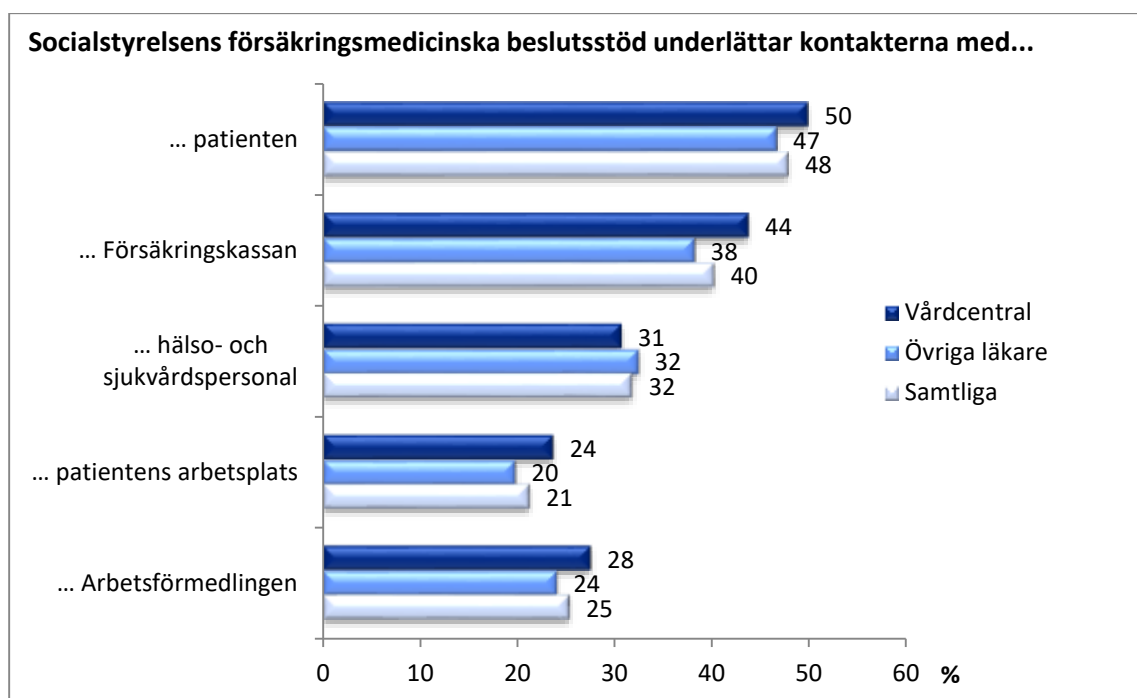


Figur 20. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Försäkringsmedicinska beslutsstödet betydelse i kontakten med andra

Av Figur 21 framgår att hälften av läkarna svarade att FMB underlättar kontakten med patienten och 44 procent att FMB underlättar kontakterna med Försäkringskassan. Trettiotvå procent ansåg att kontakterna med hälso- och sjukvårdspersonal underlättades av FMB; 25 respektive 21 procent rapporterade detsamma för kontakten med Arbetsförmedlingen respektive patientens arbetsplats. Skillnaderna var små mellan läkarna vid vårdcentraler och läkarna i övriga verksamheter.

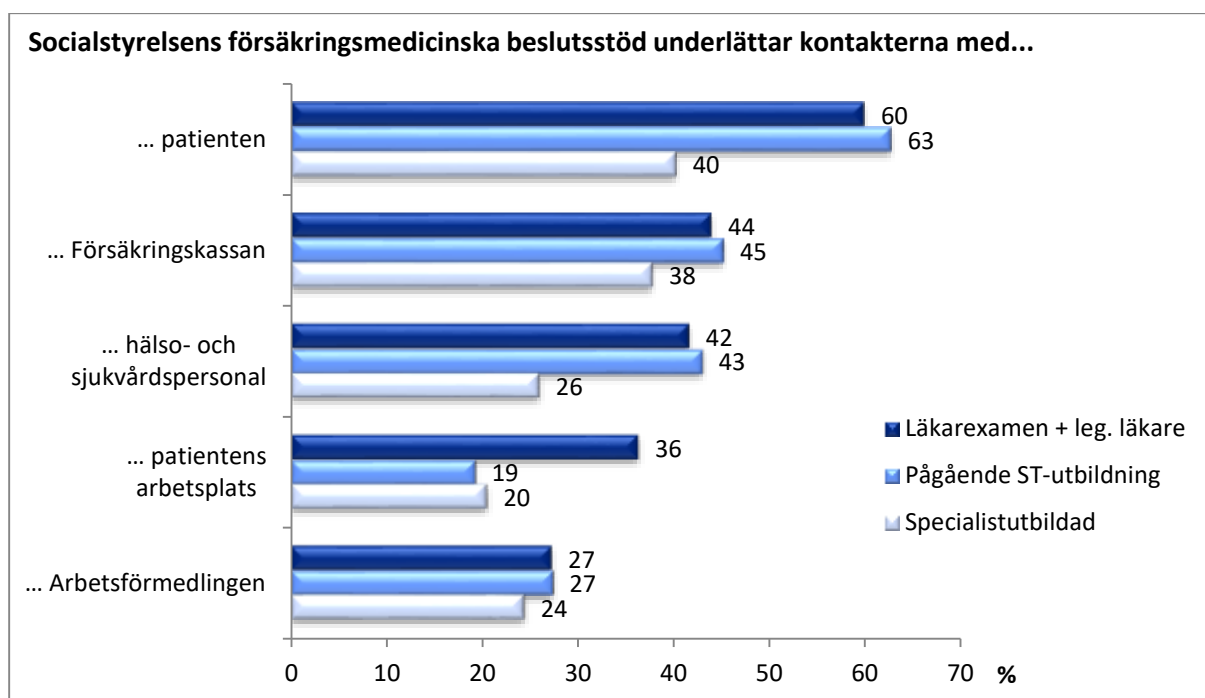
Observera att vi här inte har tagit hänsyn till i vilken utsträckning läkaren har sådana kontakter. Att en mindre andel läkare svarat att FMB underlättar kontakterna med patientens arbetsplats och med Arbetsförmedlingen innebär inte säkert att FMB är mindre användbart i de kontakterna, utan förklaras snarare av att färre av de svarande haft sådana kontakter överhuvudtaget. Med hänsyn taget till det, torde andelen som svarade att FMB underlättar sådana kontakter kunna ses som stor.



Figur 21. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

I Figur 22 har svaren på frågan om beslutsstödet underlättar dessa kontakter relaterats till läkarnas högsta utbildningsnivå. En större andel av dem som inte var specialister än dem med specialistutbildning svarade att beslutsstödet underlättar kontakterna. Störst skillnad var det när det gäller patientkontakter där 60-63 procent av dem utan specialistutbildning och 40 procent av specialisterna svarade att FMB underlättade dessa kontakter. Svaren på frågan om FMB underlättar kontakter med patientens arbetsplats avvek från mönstret. Trettiosex procent av de med läkarexamen eller som var legitimerade läkare svarade att FMB underlättar kontakterna medan en femtedel av de under ST-utbildning (19 %) och specialister (20 %) svarade detsamma.

Andelen specialister som tyckte att FMB underlättade kontakterna med Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen var åtta procentenheter större i Södermanland än i hela landet.



Figur 22. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Sammanfattning

Drygt hälften av läkarna (54 %) svarade att de kände till det försäkringsmedicinska beslutsstödet *övergripande principer* för sjukskrivning mycket väl eller något och av dem ansåg 57 procent att principerna är ett stöd i arbetet med sjukskrivning.

Drygt hälften bedömde sjukskrivningar med stöd av det försäkringsmedicinska beslutstödet (FMB) minst någon gång per månad. Vanligast var detta bland läkare utan specialistexamen (63-65 %). Trettionio procent av vårsentralsläkarna bedömde sjukskrivningar utifrån FMB minst en gång per vecka medan motsvarande för övriga läkare var 18 procent.

Det var främst FMB:s rekommendationer om sjukskrivningslängd som användes (56 %), i störst utsträckning av vårdcentralsläkarna (64 %), följd av rekommendationer om sjukskrivningsgrad (28 %).

Trettiosex procent av läkarna, störst andel bland vårdcentralsläkarna, upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB. Samtidigt ansåg drygt en fjärdedel av läkarna (27 %) att FMB – på ett generellt plan – har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar med obetydlig skillnad mellan kliniska verksamheter. En större andel (33-39 %) av de läkare som ännu inte var specialister än av specialisterna (21 %) svarade att FMB har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning.

Beslutsstödet upplevdes underlätta kontakten med patienten av 44 procent av läkarna, störst andel bland läkare under ST-utbildning (63 %) eller med enbart läkarexamen/läkarlegitimation (60 %). Många ansåg även att FMB underlättar kontakterna med andra aktörer.

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

Samarbete och samverkan

I enkäten tillfrågades läkarna hur ofta de samarbetade med eller remitterade patienter till andra interna och externa aktörer involverade i sjukskrivningsprocessen. Som framgår av Tabell 15 förekom det mest sådant samarbete internt med andra professioner inom hälso- och sjukvården. Vanligast förekommande var att samarbeta med eller remittera till fysioterapeut/arbetsterapeut och kurator/psykolog, något 26 respektive 23 procent gjorde minst en gång per vecka. Andelen var betydligt större bland vårdcentralläkarna (49 % respektive 48 %) än bland övriga läkare (7 % respektive 13 %).

När det gällde samverkan med externa aktörer var detta minst vanligt med arbetsgivare och socialtjänsten, 60 procent hade aldrig sådana kontakter. Fyrtiotvå procent svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig remitterar eller hänvisar till företagshälsovården med stor skillnad mellan vårdcentralläkare (15 %) och övriga läkare (58 %). Andelen som minst en gång i veckan hade kontakt med Arbetsförmedlingen, arbetsgivare eller deltog i avstämningsmöten var även den liten. Skillnaderna mellan vårdcentralläkare och övriga läkare var stor i samverkan med samtliga typer av kontakter. För samtliga var det en betydligt större andel övriga läkare som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig hade samarbete/samverkan med de listade aktörerna.

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

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	4	19	35	42
	Vårdcentral	7	35	43	15
	Övriga läkare	2	9	31	58
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	23	20	20	37
	Vårdcentral	49	40	8	2
	Övriga läkare	7	7	27	58
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	26	26	22	26
	Vårdcentral	48	42	8	2
	Övriga läkare	13	16	30	40
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	6	26	41	27
	Vårdcentral	11	43	36	11
	Övriga läkare	3	16	44	37
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	Samtliga	8	26	27	40
	Vårdcentral	12	50	28	10
	Övriga läkare	5	11	26	57
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	Samtliga	3	10	27	60
	Vårdcentral	2	19	43	36
	Övriga läkare	4	5	16	75
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	2	14	23	60
	Vårdcentral	6	27	33	34
	Övriga läkare	0	6	17	76
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	Samtliga	6	23	34	37
	Vårdcentral	10	45	32	14
	Övriga läkare	3	9	35	52

Jämfört med läkare i hela landet hade läkarna i Södermanland oftare kontakter med externa aktörer. I Södermanland rapporterade 34 procent att de deltog i avstämningsmöten kring patienter de sjukskrev, 16 procent att de hade kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden och 29 procent att de hade sådan kontakt med Arbetsförmedlingen minst någon gång per månad. Motsvarande siffror för hela landet var 21, 6 respektive tio procent. Å andra sidan var andelen som aldrig hade motsvarande kontakter större i hela landet (52-73 %) än i Södermanland (37-60 %). Även andelen som minst någon gång per månad samarbetade med eller remitterade till fysioterapeut eller arbetsterapeut var något större i Södermanland (51 %) än i hela landet (43 %).

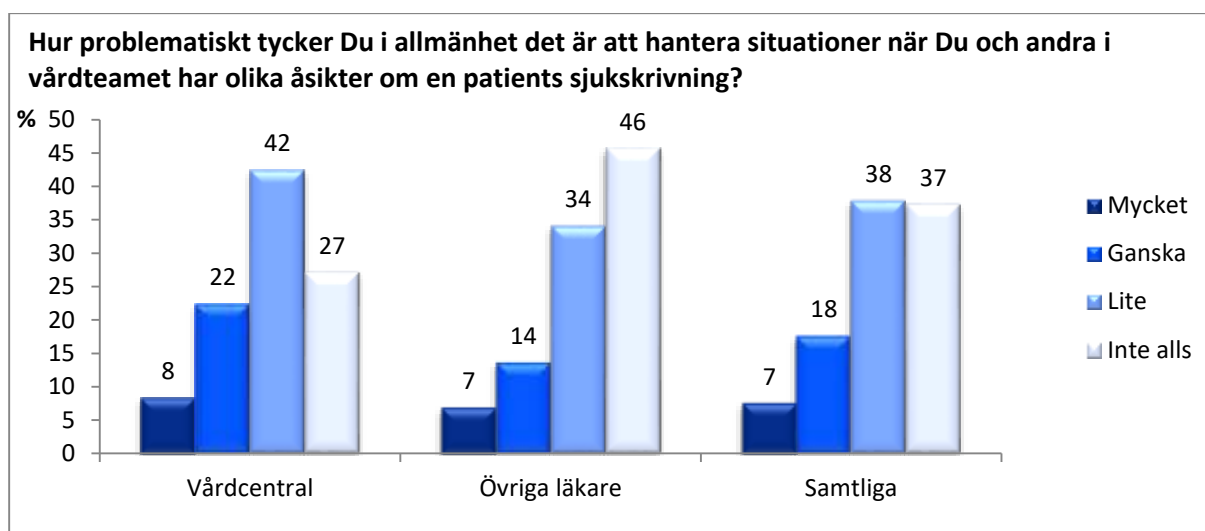
En fråga gällde hur läkarna för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning värdesatte att få underlag till försäkringsmedicinska bedömningar från andra. Femtiosex procent av läkarna ansåg att det är av stort värde att få underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut och hälften ansåg detsamma om underlag från kurator/psykolog respektive rehabkoordinator (Tabell 16). Fyrtiofyra procent svarade att underlag från annan läkare har stort värde.

Tabell 16. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.

Hur värderar du att för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning nu och i framtiden att få underlag till Dina försäkringsmedicinska bedömningar av ...		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
... annan läkare	Samtliga	44	42	15
	Vårdcentral	50	40	10
	Övriga läkare	40	43	18
... fysioterapeut/arbetsterapeut	Samtliga	56	34	10
	Vårdcentral	66	27	7
	Övriga läkare	50	38	12
... kurator/psykolog	Samtliga	50	38	12
	Vårdcentral	63	29	8
	Övriga läkare	41	44	15
... rehabkoordinator	Samtliga	50	35	14
	Vårdcentral	59	28	12
	Övriga läkare	45	40	16

I senare avsnitt om rehabkoordinatorer (sidan 68) framgår att av de läkare som har tillgång till rehabkoordinator svarade 56 procent att detta hade stort värde, medan tolv procent ansåg att det inte hade något värde.

Att hantera situationer där läkaren inte har samma åsikter som andra i vårdteamet om en patients sjukskrivning kan vara problematiskt. Trettioåtta procent av läkarna uppgav att sådana situationer inte var aktuella; en större andel av läkarna i övriga verksamheter (46 %) än läkarna vid vårdcentraler (24 %) (ej i figur eller tabell). Detta kan tyda på att vårdcentralsläkare i större utsträckning har tillgång till ett vårdteam i sitt kliniska arbete jämfört med övriga läkare, eller att skilda åsikter inte förekom i lika hög grad. De som svarat att det inte var aktuellt exkluderats i nedanstående analys. För resterande visas hur problematiskt läkarna ansåg det var att hantera situationer där de inte har samma åsikter som andra i vårdteamet om en patients sjukskrivning i Figur 23. En fjärdedel (25 %) upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när läkaren inte hade samma åsikter som andra i vårdteamet angående en patients sjukskrivning; en tredjedel av läkarna vid vårdcentraler (31 %) och en femtedel av läkare i övriga verksamheter (21 %) svarade detta. För övriga läkare var det vanligast att inte alls uppleva situationen som problematiskt, medan det för vårdcentralsläkarna var vanligast att uppleva situationen som lite problematisk.



Figur 23. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade "Ej aktuellt" är exkluderade.

En stor andel läkare upplevde att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens respektive kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal var av stort (54 respektive 54 %) eller måttligt (38 respektive 38 %) värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (Tabell 17). Fyrtiotvå procent uppgav att samverkans-/avstämningsmöten och 44 procent att kontakter med handläggare på Försäkringskassan är av stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet. För vårdcentralsläkarna var andelen som tyckte att respektive punkt hade stort värde större än för övriga läkare; den största skillnaden fanns för andelen som tyckte att samverkans-/avstämningsmöten hade stort värde, vilket rapporterades av 68 procent av vårdcentralsläkarna och 26 procent av övriga läkare. Hur läkarna värderade det försäkringsmedicinska beslutsstödet beskrivs i ovanstående avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 45).

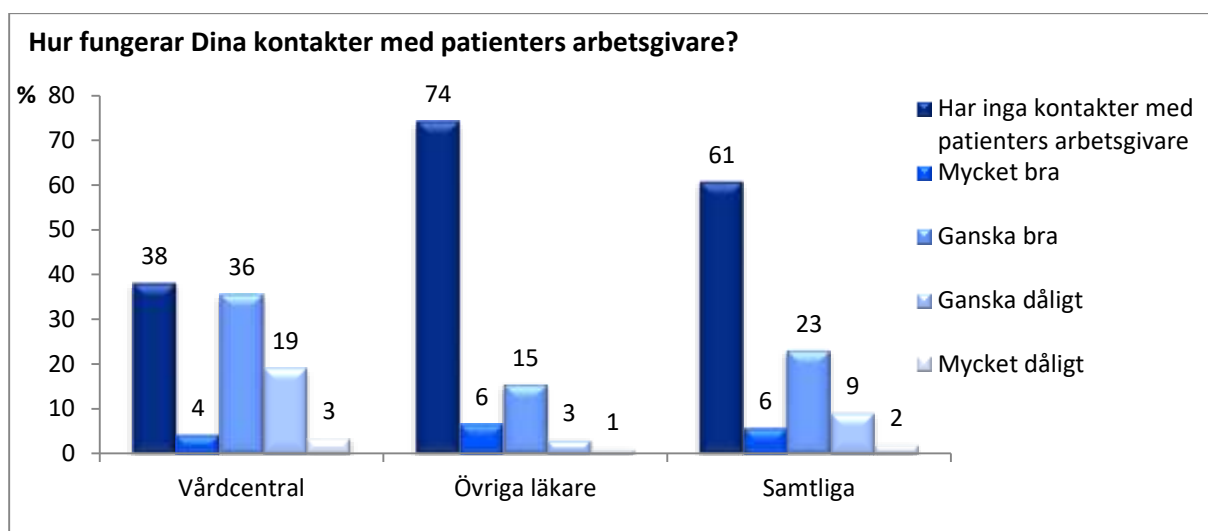
Andelen som svarade att kontakter med Arbetsförmedlingen hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar var större i Södermanland (27 %) än i hela landet (19 %). För övriga kontakter var andelen 1-6 procentenheter större i Södermanland än i hela landet.

Tabell 17. 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 värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
	Samtliga	54	38	8
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	Vårdcentral	60	32	8
	Övriga läkare	51	41	8
	Samtliga	54	38	9
Kontakter med läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	Vårdcentral	65	26	9
	Övriga läkare	47	45	9
	Samtliga	44	44	12
Kontakter med handläggare/utredare på FK	Vårdcentral	55	40	5
	Övriga läkare	37	46	16
	Samtliga	25	51	25
Kontakter med patienters arbetsgivare	Vårdcentral	40	47	14
	Övriga läkare	16	53	31
	Samtliga	27	49	25
Kontakter med Arbetsförmedlingen	Vårdcentral	44	45	11
	Övriga läkare	16	51	33
	Samtliga	42	43	16
Samverkansmöten/avstämningsmöten	Vårdcentral	68	26	7
	Övriga läkare	26	53	21

Majoriteten (61 %) av läkarna svarade att de inte har några kontakter med patientens arbetsgivare, med stor skillnad mellan vårdcentralsläkare (38 %) och övriga läkare (74 %) (Figur 24). Bland dem som hade kontakter med patienters arbetsgivare tyckte 15 procent att de fungerade mycket bra och 59 procent att de fungerade ganska bra. Bland desamma tyckte en större andel av övriga läkare (23 %) än vårdcentralsläkarna (6 %) att kontakterna fungerade mycket bra (ej i figur eller tabell).

Jämfört med vårdcentralsläkare i hela landet var andelen vårdcentralsläkare som inte hade några kontakter med patienters arbetsgivare något mindre i Södermanland (Södermanland 38 %; hela landet 47 %).



Figur 24. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Sammanfattning

De yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som störst andel läkare svarade att de samarbetar med eller remitterar till i sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka är kuratorer/psykologer (23 %) samt fysioterapeuter/arbetsterapeuter (26 %). Två tredjedelar svarade att de aldrig/i stort sett aldrig har kontakter med arbetsgivare eller socialtjänst i sjukskrivningsfrågor och omkring 40 procent att de aldrig remitterar till företagshälsovård eller till kurator/psykolog, deltar i avstämningsmöten eller har kontakt med Arbetsförmedlingen.

Hälften av läkarna svarade att ett underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut, kurator/psykolog eller rehabkoordinator har stort värde för kvaliteten i deras sjukskrivningsarbete.

Tjugofem procent svarade att det är mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer där de och andra medlemmar i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning (då de som svarat att sådana situationer ej var aktuella exkluderats i analysen).

Drygt hälften av läkarna svarade att kontakter med försäkringsmedicinsk kompetens och kontakter med kollegor och annan vårdpersonal har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning; drygt 40 procent svarade detsamma för kontakter med Försäkringskassans handläggare och samverkansmöten.

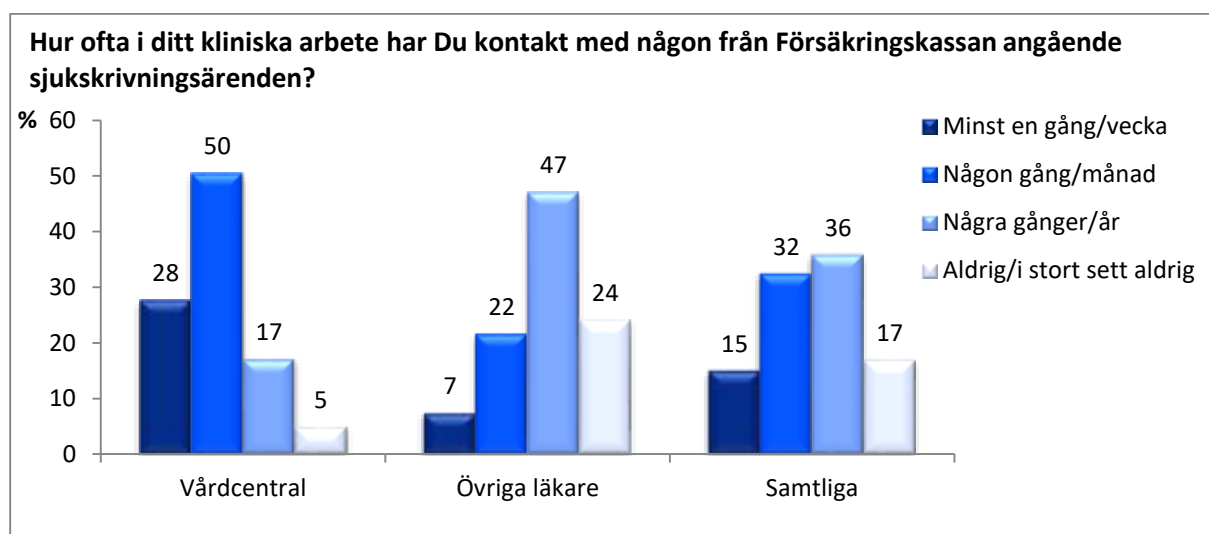
Tre fjärdedelar (74 %) av dem som hade kontakt med patientens arbetsgivare svarade att kontakten fungerade ganska eller mycket bra.

Kontakter med Försäkringskassan

Ett stort antal frågor handlade om kontakter med Försäkringskassan, och resultat för de flesta av dessa frågor redovisas i detta avsnitt. Några frågor redovisas längre fram, i avsnittet Försäkringsmedicinsk kompetens (sidan 62) och några har redovisats i avsnittet Samverkan och samarbete (sidan 53) respektive under avsnittet om det försäkringsmedicinska beslutsstödet (sidan 45).

Sjutton procent av samtliga läkare uppgav att de aldrig har kontakt med någon från Försäkringskassan och 15 procent att de har kontakt minst en gång per vecka (Figur 25). Kontakter med Försäkringskassan var vanligare bland läkarna vid vårdcentraler än i gruppen av övriga läkare. En betydligt större andel av läkarna vid vårdcentraler uppgav att de har kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per månad (78 jämfört med 29 %). Samtidigt uppgav en större andel av läkarna i övriga verksamheter att de aldrig har kontakt med Försäkringskassan (24 jämfört med 5 %).

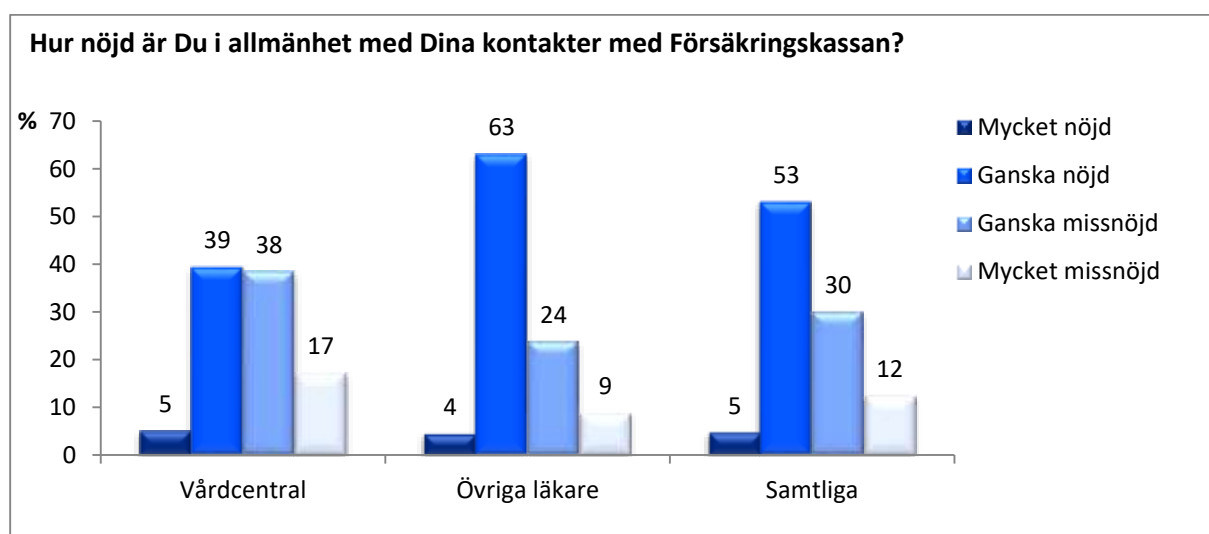
Jämfört med vårdcentralsläkare i hela landet var andelen vårdcentralsläkare som minst en gång per vecka hade kontakt med Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden större i Södermanland (Södermanland 28 %; hela landet 18 %).



Figur 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

På frågan om hur nöjd läkaren var med kontakterna med Försäkringskassan svarade 14 procent att de inte har några kontakter alls med Försäkringskassan; en andel som var större bland läkarna i övriga verksamheter (21 %) än bland läkarna vid vårdcentraler (3 %) (ej i figur eller tabell). De har exkluderats i analyserna nedan.

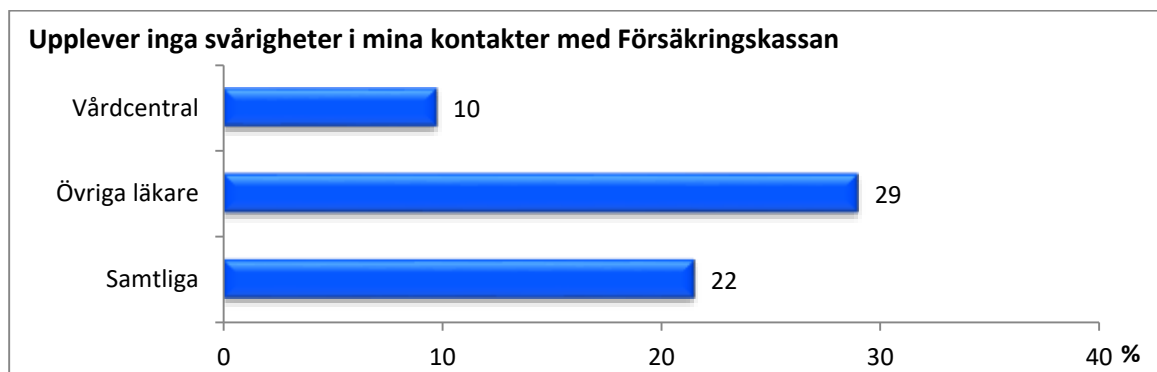
Av de läkare som svarade att de har kontakter med Försäkringskassan var majoriteten ganska (53 %) nöjda med dessa kontakter och fem procent mycket nöjda (Figur 26). En större andel övriga läkare (67 %) än vårdcentralsläkare (44 %) var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter. Av vårdcentralsläkarna var 17 procent mycket missnöjda med kontakterna med Försäkringskassan medan motsvarande andel för övriga läkare var nio procent.



Figur 26. 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. De som svarade "Har inga kontakter med Försäkringskassan" är exkluderade.

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

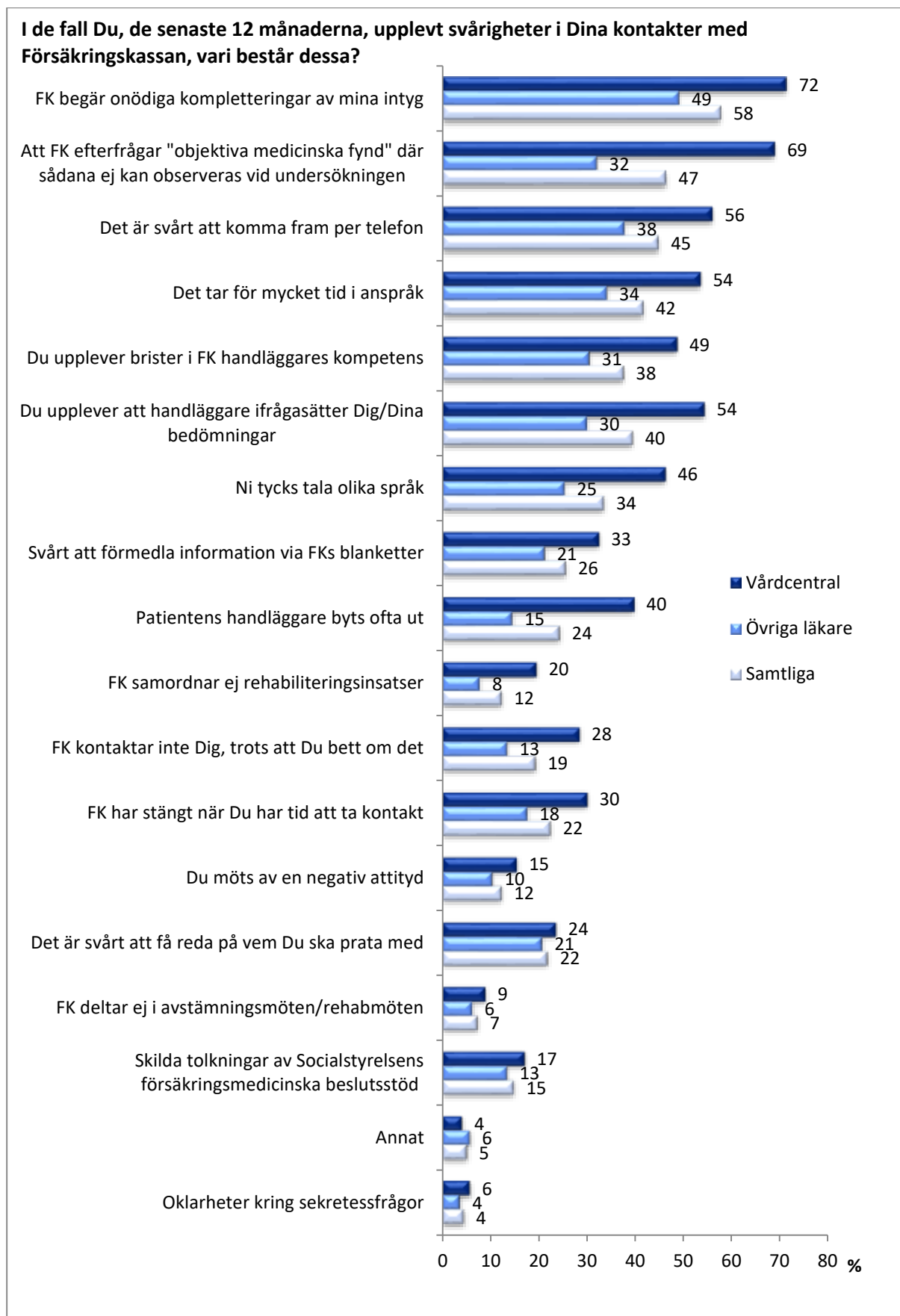
En fråga avsåg förekomst av olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. En femtedel (22 %) svarade att de inte upplever några svårigheter i kontakterna; 29 procent av övriga läkare och tio procent av vårdcentralsläkarna (Figur 27). Av dem som ovan svarat att de haft kontakt med Försäkringskassan upplevde 85 procent åtminstone en av de olika listade svårigheterna i kontakten med Försäkringskassan (ej i figur).



Figur 27. 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 mer än hälften (58 %) att en svårighet bestod i att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av mina intyg. Därefter följde att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning (47 %) samt att det är svårt att komma fram per telefon (45 %). Alla svårigheter rapporterades oftare bland vårdcentralsläkare än bland övriga läkare. Bland vårdcentralsläkarna svarade 72 procent att begäran om onödiga kompletteringar av intyg var en svårighet, 69 procent att svårigheterna bestod i efterfrågan av objektiva fynd där sådana inte är observerbara och 56 procent att svårigheterna bestod i att komma fram på telefon. Motsvarande andelar för övriga läkare var 49, 32 respektive 38 procent.

Av läkarna i hela landet tyckte 21 procent att det var en svårighet att Försäkringskassan inte samordnar rehabiliteringsinsatser, medan detsamma rapporterades av tolv procent av läkarna i Södermanland.



Figur 28. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

På en annan fråga om ”hur problematiskt det är att svara på Försäkringskassans begäran om komplettering av intyg” svarade 72 procent att detta är mycket eller ganska problematiskt (Tabell 8). På frågan om det är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan att ”Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg” svarade 58 procent att det var det (Figur 28), det vill säga, en något mindre andel. I Tabell 18 relateras dessa andelar till varandra. Eftersom alla läkare inte svarat på båda frågorna skiljer sig andelarna något från de andelar som redovisas ovan. Där framgår det att läkare som inte tyckte att det i allmänhet var problematiskt att göra kompletteringar kunde tycka att begäran av *onödiga* kompletteringar var en svårighet i kontakten med Försäkringskassan – och tvärtom. Fördjupade analyser av dessa samband behövs.

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

		Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att svara på FKs begäran om komplettering av intyg?		
		Mycket/ganska	Lite/inte alls	
Svårigheterna i kontakterna med FK består i att FK begär onödiga kompletteringar av mina intyg	Ja	51 %	8 %	59 %
	Nej	22 %	19 %	41 %
		73 %	27 %	100 %

Elektronisk överföring av läkarintyg

Ett system för elektronisk överföring av läkarintyg (blankett FK 7263) från sjukvården till Försäkringskassan har sedan 2011 införts successivt i hela landet.

Majoriteten av läkarna svarade att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (93 %); andelen var något större bland vårdcentralsläkarna (96 %) än bland övriga läkare (92 %) (Tabell 19). Av samtliga läkare svarade 94 procent att de hade överföringssystemet integrerat med journalsystemet; flertalet (81 %) svarade att integrationen i stort sett fungerar bra medan 13 procent uppgav att den elektroniska överföringen var integrerad i journalsystemet men att det uppstår problem. Andelen som svarade att integrationen med journalsystemet fungerande bra var mindre bland vårdcentralsläkarna (74 %) än bland övriga läkare (86 %).

Andelen läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan var större i Södermanland (93 %) än i hela landet (80 %). Detta gällde även för vårdcentralsläkarna beaktade separat (Södermanland 96 %; hela landet 90 %).

Tabell 19. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. I högra delen av tabellen redovisas svaren för de läkare som använder sig av sådan elektronisk överföring, avseende hur detta fungerar.

	Läkare som använder elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan		Är elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt integrerat med Ditt journalsystem? (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	118	96	74	17	8	1
Övriga läkare	190	92	86	10	3	1
Samtliga läkare	308	93	81	13	5	1

Sammanfattning

Nära hälften av läkarna svarade att de har kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per månad. Detta var betydligt vanligare bland läkarna vid vårdcentraler där fyra av fem läkare uppgav detta, jämfört med övriga verksamheter där endast var tredje svarade detsamma. Av dem som hade kontakter med Försäkringskassan var drygt hälften (58 %) ganska eller mycket nöjda med dessa kontakter; 44 procent av vårdcentralsläkarna och 67 procent av gruppen övriga läkare.

Tjugotvå procent upplevde inte några svårigheter i kontakterna med Försäkringskassan, tio procent bland vårdcentralsläkarna och 29 procent i gruppen övriga läkare. Den svårighet störst andel läkare upplevde i kontakterna var att Försäkringskassans handläggare begär onödiga kompletteringar av intyg (58 %), följt av att de efterfrågar ”objektiva medicinska fynd” (47 %) där sådana inte kan observeras vid undersökning. Inom vårdcentral respektive övriga kliniska verksamheter svarade 72 respektive 49 procent att det var en svårighet i kontakten att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av intyg. Sextionio procent av vårdcentralsläkarna och 32 procent av övriga läkare svarade att det är en svårighet att Försäkringskassan efterfrågar objektiva medicinska fynd där sådana inte kan observeras vid undersökning.

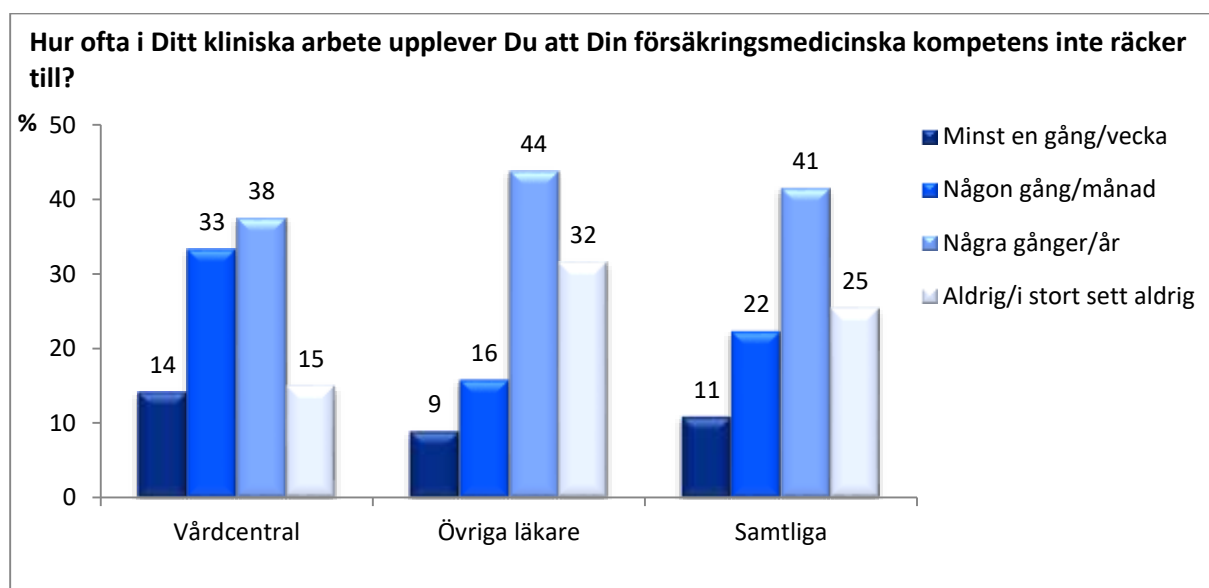
Nio av tio läkare (93 %) svarade att de använder sig av elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, störst andel bland vårdcentralsläkarna (96 %). Av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg uppgav 94 procent att den var integrerad med journalsystemet; 74 procent av vårdcentralsläkarna och 86 procent av övriga läkare tyckte detta i stort sett fungerade bra.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Det fanns flera frågor om olika aspekter av försäkringsmedicinsk kompetens. Svar på sådana frågor relaterade till kontakter med andra aktörer och yrkesgrupper och om det försäkringsmedicinska beslutsstödet presenteras i avsnitten ”Samarbete och samverkan” (sidan 53) respektive ”Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd” (sidan 45).

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

Var tredje läkare (33 %) upplevde minst någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, en större andel bland vårdcentralsläkarna (47 %) än bland övriga läkare (25 %) (Figur 29). En fjärdedel (25 %) upplevde aldrig eller i stort sett aldrig att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till.



Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Ett antal frågor i enkäten handlade om hur läkaren värderar olika faktorer för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Det som störst andel läkare ansåg skulle vara av stort värde är ett gemensamt verktyg/en mall för arbetsförmågebedömning (51 %) (Tabell 20). Fyrtiosju procent svarade att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten och kunskap om andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, 41 procent svarade att kunskap om sjukvårdens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning och 40 procent att kurser i försäkringsmedicin hade stort värde. Andelen var störst bland vårdcentralsläkare för samtliga alternativ, minst skillnad mellan grupperna (3- 4 procentenheter) var det för skriftlig information och uppföljande statistik och störst skillnad när det gällde kunskap om sjukvårdens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning, vilket uppgavs ha stort värde av 53 procent av vårdcentralsläkarna och 34 procent övriga läkare.

De två alternativ som flest angav inte hade något värde var att få bättre ersättning för att skriva intyg (43 %) och att få uppföljande statistik om hur de och deras enhet sjukskrivit senaste året (37 %).

Tabell 20. Andel (%) läkare som angav att de 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 värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?		Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	Samtliga	38	48	14
	Vårdcentral	44	43	13
	Övriga läkare	34	52	14
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar, internet, etc.)	Samtliga	17	65	18
	Vårdcentral	15	67	18
	Övriga läkare	18	63	18
Kurser i försäkringsmedicin	Samtliga	40	47	13
	Vårdcentral	47	44	9
	Övriga läkare	36	48	15
Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året	Samtliga	21	44	35
	Vårdcentral	23	52	25
	Övriga läkare	19	39	41
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	Samtliga	51	38	11
	Vårdcentral	60	33	7
	Övriga läkare	46	41	14
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	Samtliga	24	33	43
	Vårdcentral	35	31	34
	Övriga läkare	18	34	49
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	Samtliga	47	41	12
	Vårdcentral	53	40	7
	Övriga läkare	44	41	15
Bättre information till patienten om sjukskrivning t.ex. via en bipacksedel om detta	Samtliga	38	44	19
	Vårdcentral	42	45	13
	Övriga läkare	35	42	22
Kunskap om sjukvårdens möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning	Samtliga	41	51	8
	Vårdcentral	53	43	4
	Övriga läkare	34	56	10
Kunskap om andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning t.ex. arbetsgivares, FKs, Arbetsförmedlingens	Samtliga	47	45	8
	Vårdcentral	57	38	4
	Övriga läkare	40	49	10

Sammanfattning

En tredjedel av läkarna upplevde åtminstone någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, nästan hälften av vårdcentralsläkarna och en fjärdedel av övriga läkare. Av samtliga svarade en fjärdedel att de aldrig upplevde detta.

Hälften av läkarna ansåg att följande tre alternativ skulle vara av stort värde för deras arbete med sjukskrivning: att ha ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning (51 %), informationsinsatser om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (47 %) samt kunskap om andras möjligheter och skyldigheter i samband med sjukskrivning (47 %).

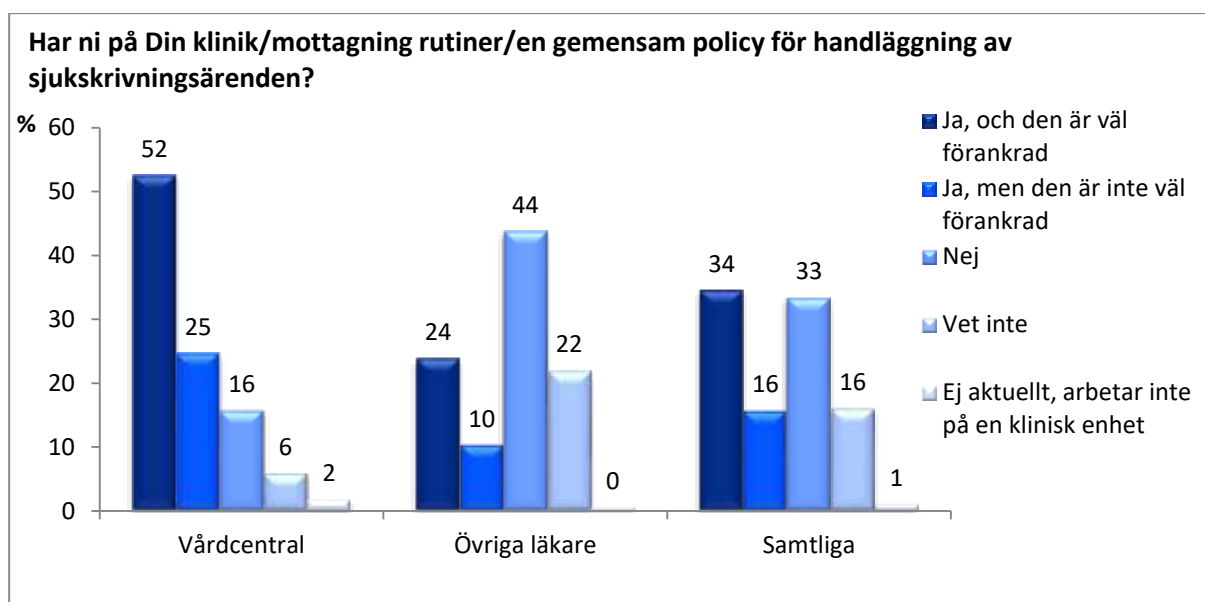
Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivningar

Inom ramen för den så kallade sjukskrivningsmiljarden har landstingen sedan 2006 haft ett uppdrag att förbättra de organisatoriska förutsättningarna inom hälso- och sjukvården för optimalt arbete med sjukskrivning av patienter^(59, 60, 62, 231). Detta innebär att det varit ökat fokus på ledning och styrning av detta område. I enkäten var flera frågor avsedda att spegla eventuell effekt av tydligare sådan ledning och styrning, och tre frågor berörde detta mer direkt. Den första frågan efterfrågade förekomst av gemensamma rutiner/en policy för arbetet med sjukskrivning, och en följdfråga huruvida de som svarat att det finns gemensamma rutiner/en policy upplevde att den 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 för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet och förekomst av systematiskt kvalitetssäkringsarbete för hantering av sjukskrivningsärenden på arbetsplatsen.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

När det gäller en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på kliniken/mottagningen svarade 50 procent att en sådan finns och 34 procent uppgav att den även är väl förankrad (Figur 30). En betydligt större andel (52 %) av läkarna vid vårdcentraler än övriga läkare (24 %) uppgav att det finns en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden och likaså att den finns men inte är väl förankrad (25 % respektive 10 %). Sexton procent angav att de inte vet huruvida det finns någon sådan policy på deras arbetsplats, två procent av vårdcentralsläkarna och 22 procent av övriga. Av dem som hade en sådan policy svarade en stor majoritet, 85 procent, att de har nytta av policyn i sitt kliniska arbete (ej i figur eller tabell).

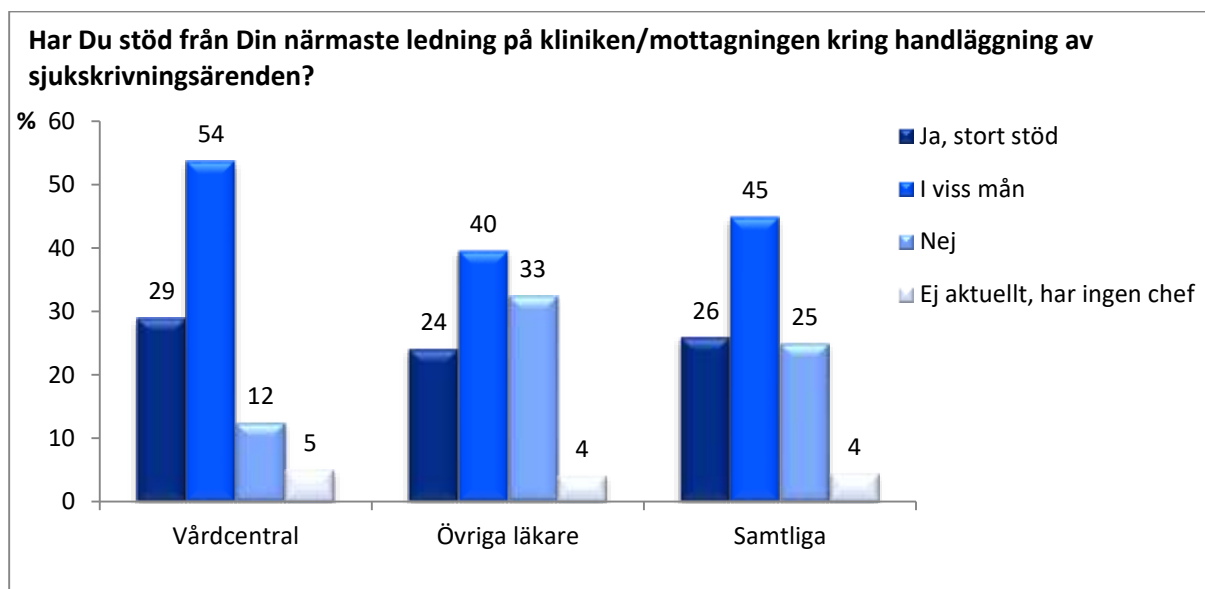
En större andel av läkarna i Södermanland (34 %) än läkarna i hela landet (20 %) rapporterade att det finns en väl förankrad policy för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik. Skillnaderna var ännu större när vårdcentralsläkarna beaktades separat, med 27 procent i hela landet och 52 procent i Södermanland som uppgav att det fanns en väl förankrad policy. Andelen som uppgav att det inte fanns någon policy var å andra sidan lägre i Södermanland (33 %) än i landet som helhet (47 %). Dessutom var andelen som svarade att de hade nytta av policyn i sitt kliniska arbete något större i Södermanland (85 %) än i hela landet (78 %).



Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivningar

En fråga ställdes om huruvida läkaren har stöd i sjukskrivningsarbetet från den närmaste ledningen. I Figur 31 visas att 26 procent kände stort stöd och 45 procent stöd i viss mån i sitt sjukskrivningsarbete. En fjärdedel (25 %) uppgav att de inte har något stöd i detta arbete, vilket var vanligare bland övriga läkare (33 %) än bland vårdcentralsläkarna (12 %). En större andel av läkarna vid vårdcentraler än de i övriga verksamheter upplevde att de har stort stöd eller stöd i viss mån från den närmaste ledningen (83 jämfört med 64 %).



Figur 31. 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.

Tid till arbete med sjukskrivning

En central del av läkares organisatoriska förutsättningar i arbetet är tid (62). 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.

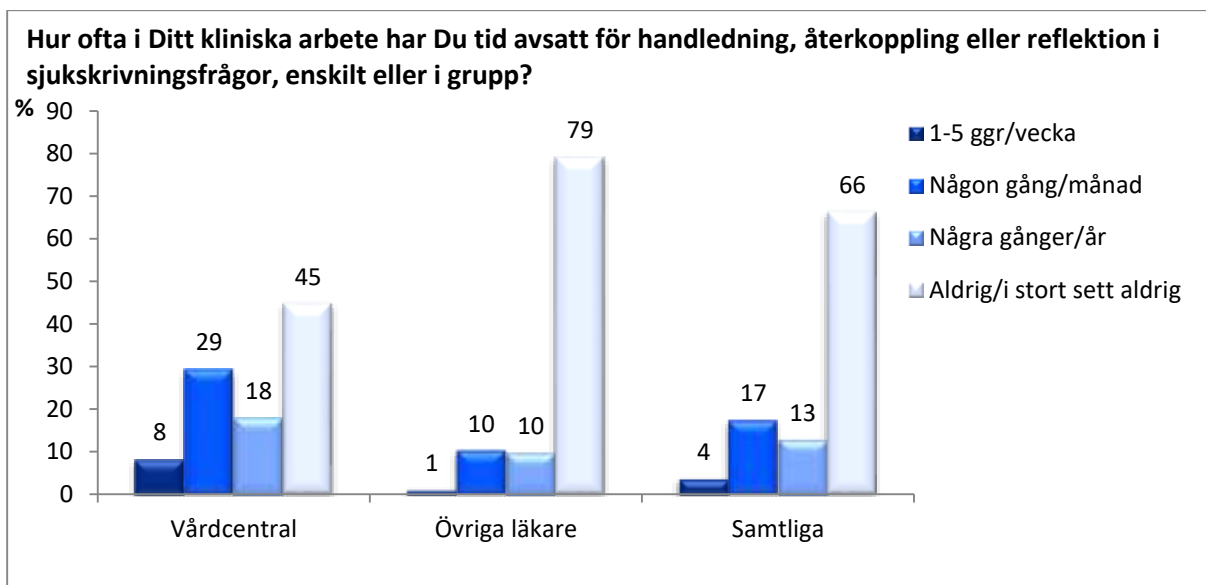
I Tabell 21 visas att det var vanligast för läkarna att dagligen uppleva tidsbrist när det gällde patientrelaterad tid (32 %), men andelen var nästan lika stor för tid med patienten (29 %) och tid för kompetensutveckling (28 %). Läkarna vid vårdcentraler svarade oftare än läkarna i övriga verksamheter att de upplever tidsbrist inom alla dessa områden. I frågan om brist på tid med patienten är skillnaden störst; 87 procent av vårdcentralsläkarna och 53 procent av övriga läkare upplevde sådan tidsbrist minst någon gång per vecka och 4 respektive 15 procent upplevde aldrig eller i stort sett aldrig detsamma.

Tabell 21. 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	29	37	17	6	11
	Vårdcentral	38	49	8	1	4
	Övriga läkare	24	29	22	9	15
... patientrelaterad tid? ¹	Samtliga	32	35	18	8	7
	Vårdcentral	43	41	13	2	2
	Övriga läkare	26	32	20	11	10
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	Samtliga	28	25	22	12	12
	Vårdcentral	33	32	21	7	7
	Övriga läkare	26	21	23	15	15

¹ T.ex. skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc..

Två tredjedelar av läkarna (66 %) svarade att de i stort sett aldrig har tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor (Figur 32). Av läkarna vid vårdcentraler angav mer än var tredje (37 %) att de har tid avsatt för detta minst någon gång per månad. Motsvarande andel för övriga läkare var elva procent.

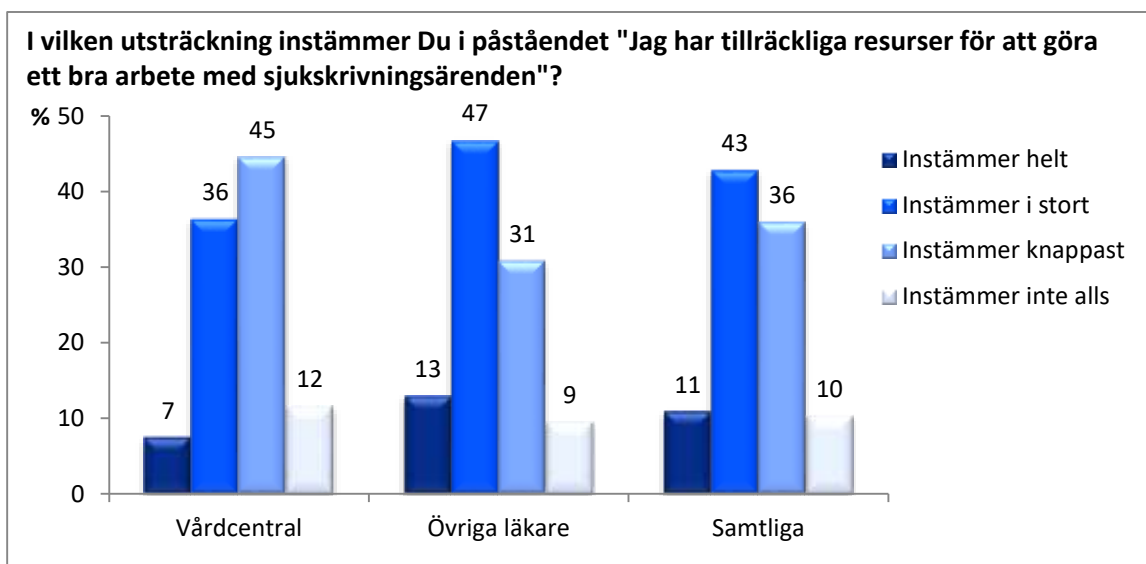


Figur 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Jämfört med hela landet hade läkarna i Södermanland något oftare tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor; det innebar en större andel som minst någon gång per månad har sådan tid avsatt (Södermanland 21 %; hela landet 13 %) och en mindre andel som aldrig eller i stort sett aldrig har det (Södermanland 66 %; hela landet 75 %).

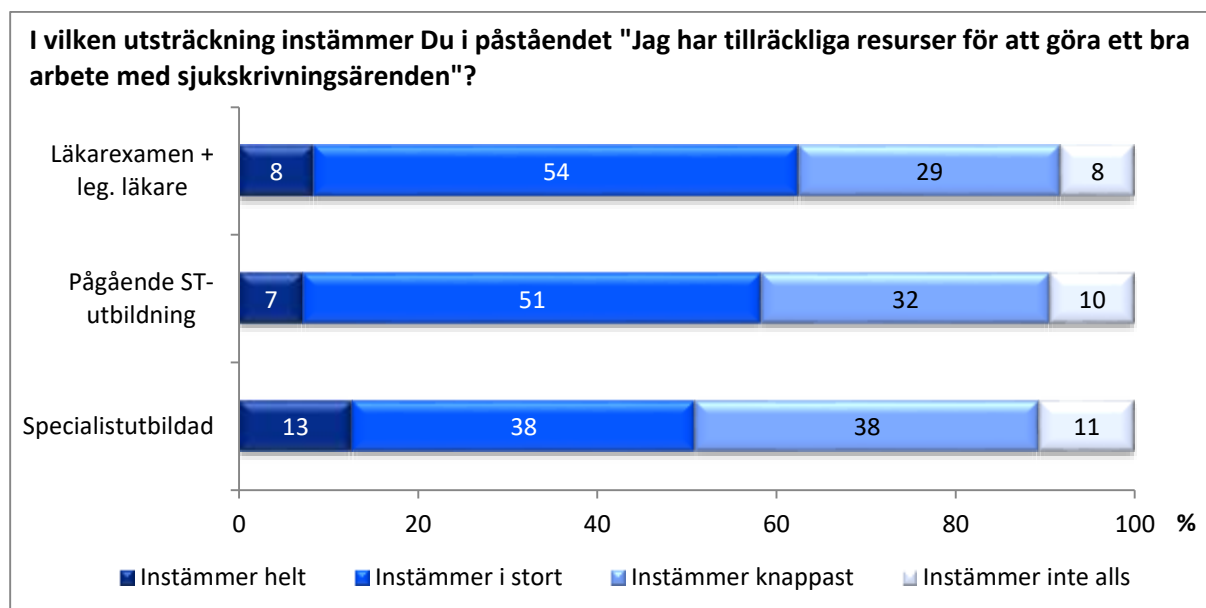
Tillräckliga resurser

Drygt hälften av läkarna (54 %) instämde helt (11 %) eller i stort (43 %) i påståendet att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden (Figur 33). Bland vårdcentralsläkarna svarade störst andel (57 %) att de knappast eller inte alls instämde i det påståendet. Bland övriga läkare var motsvarande andel 40 procent. En tiondel av läkarna (10 %) instämde inte alls.



Figur 33. 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.

Uppdelat efter utbildningsnivå var svarsfördelningen relativt lika mellan läkare med läkarexamen/leg.läkare och de med ST-utbildning (Figur 34). Specialistutbildade hade störst andel som uppgav att de knappast eller inte alls har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden (49 %). Motsvarande andelar för läkarna med enbart läkarexamen eller läkarlegitimation respektive läkarna under ST-utbildning var 37 respektive 42 procent.



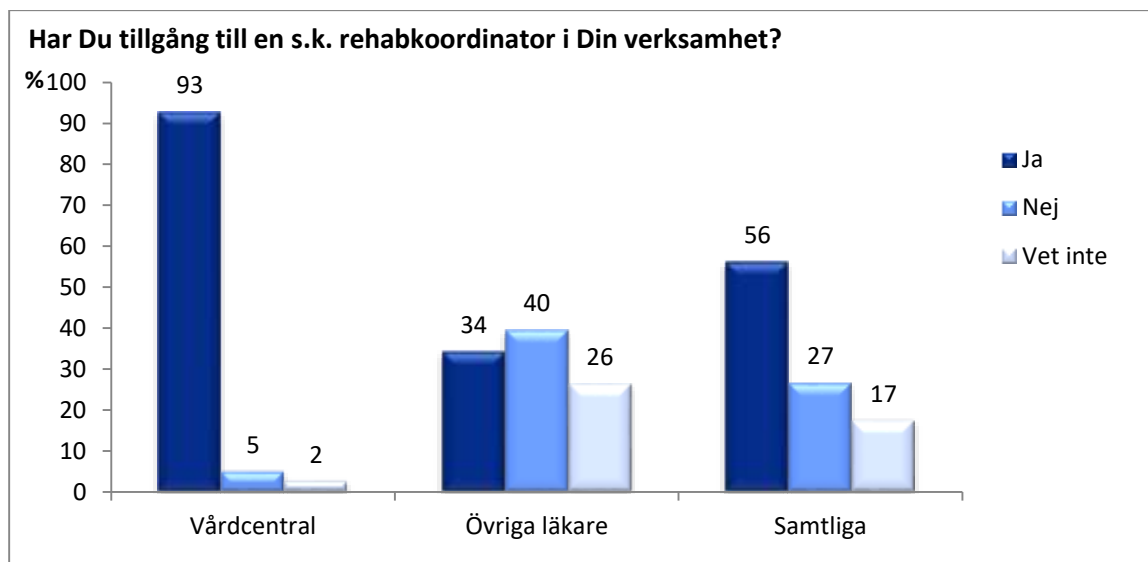
Figur 34. Andel (%) läkare som helt, i stort, knappast eller inte alls instämde i att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

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. Vi har valt att samla svar på samtliga enkätfrågor som handlar om rehabkoordinatorer i detta avsnitt, i anslutning till avsnittet om organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning, då rehabkoordinatorerna är avsedda att vara ett sådant stöd inom hälso- och sjukvården.

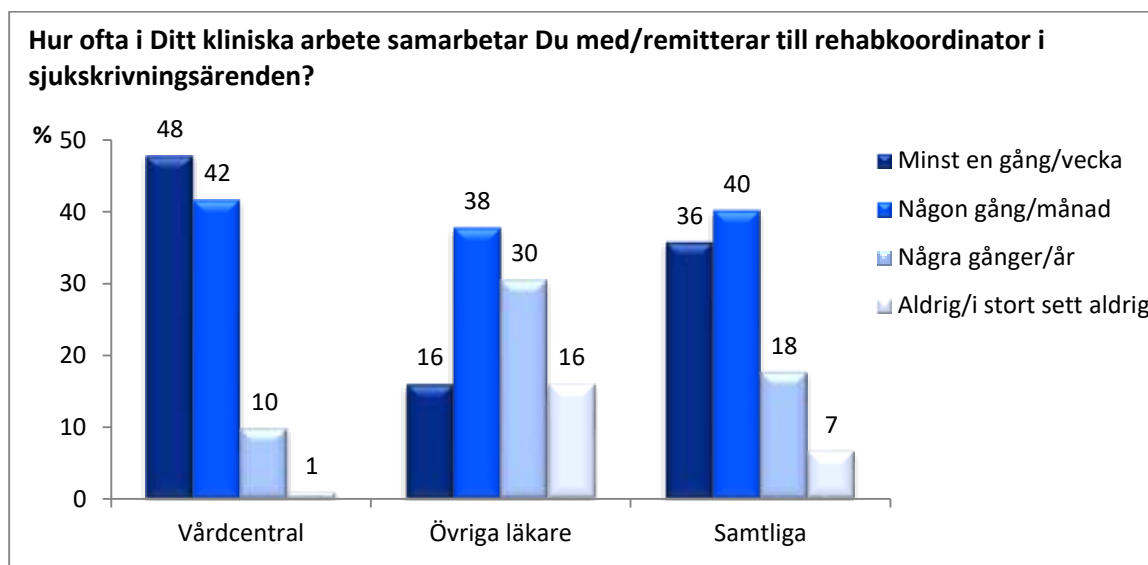
Av Figur 35 framgår att 56 procent av läkarna i Södermanland hade tillgång till en rehabkoordinator medan 17 procent svarade att de inte visste om de hade detta. Som väntat var det en stor skillnad i andel vårdcentralsläkare och övriga läkare som hade tillgång till rehabkoordinator, då sådana först och främst införts vid vårdcentraler. Bland vårdcentralsläkarna hade 93 procent tillgång till rehabkoordinatorer och motsvarande siffra bland övriga läkare var 34 procent.

Jämfört med hela landet (31 %) var andelen läkare som hade tillgång till en rehabkoordinator större i Södermanland (56 %). Sett till de andra landstingen var det endast läkarna i Jönköping som rapporterade detsamma i högre grad (65 %). Stora skillnader fanns även för vårdcentralsläkarna beaktade separat; av dem rapporterade 64 procent i hela landet och 93 procent i Södermanland att de hade tillgång till en rehabkoordinator.



Figur 35. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

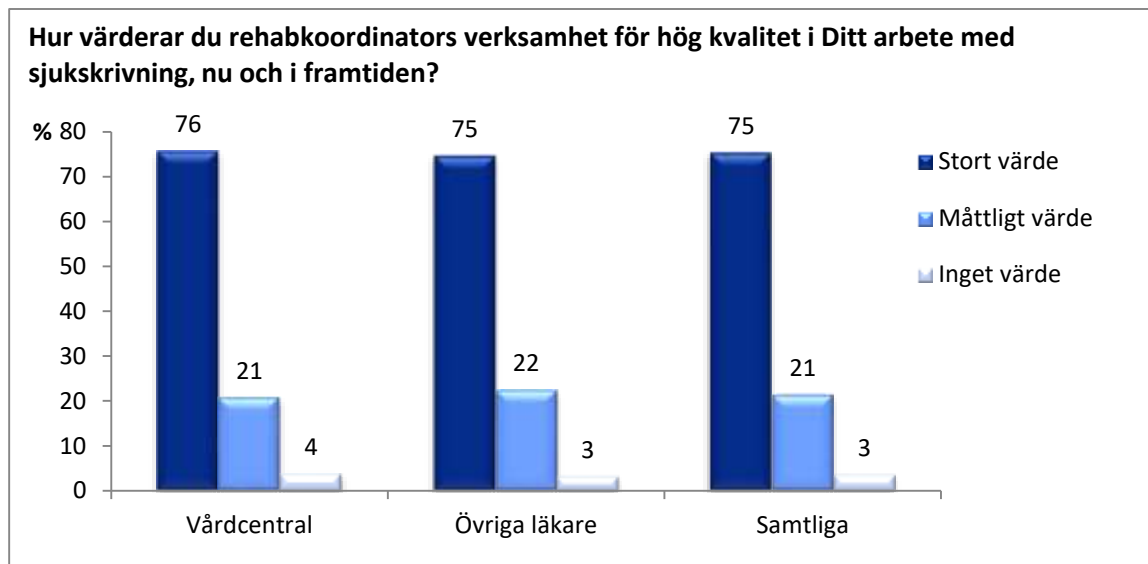
Av dem som svarat att de har tillgång till rehabkoordinator angav 36 procent att de samarbetar med eller remitterar till denna minst en gång per vecka medan sju procent aldrig eller i stort sett aldrig gjorde det (Figur 36). Andelen som samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinatorn minst en gång per vecka var större bland vårdcentralsläkarna (48 %) än bland övriga läkare (16 %). Bland övriga läkare var det vanligast att samarbeta med eller remittera till rehabkoordinatorn någon gång per månad (38 %). Det fanns inga större skillnader i motsvarande andelar vad avser utbildningsnivå (ej i figur eller tabell)



Figur 36. Andel (%) läkare, av dem som hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, 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.

Bland dem som hade tillgång till rehabkoordinator var andelen som samarbetade med eller remitterade till rehabkoordinator minst en gång per vecka större i Södermanland (36 %) än i hela landet (23 %) medan andelen som aldrig eller i stort sett aldrig gjorde detsamma var mindre i Södermanland (7 %) än i landet i helhet (16 %).

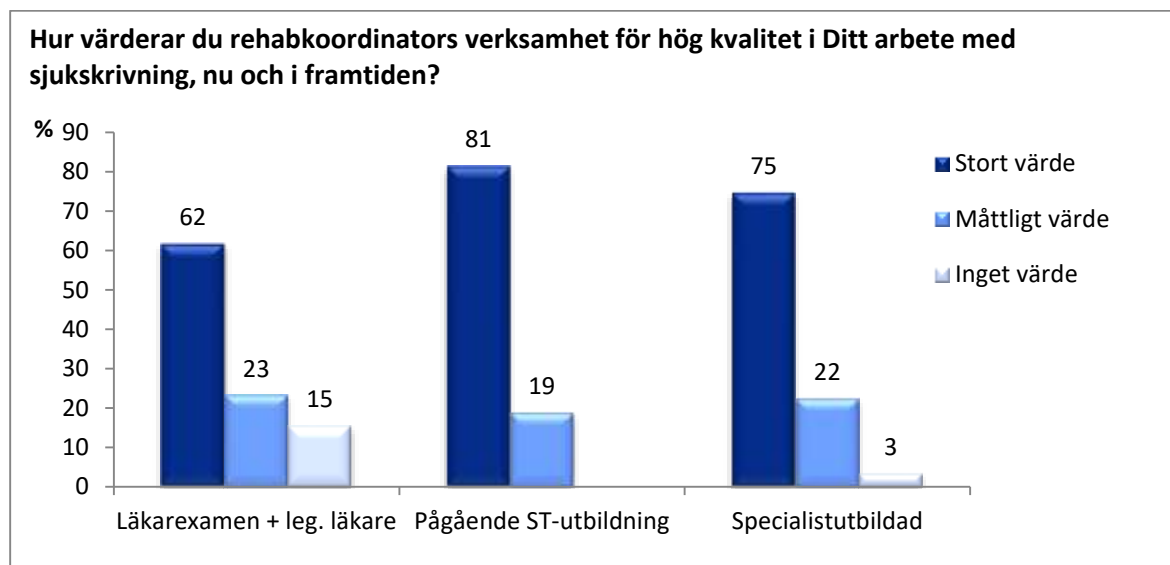
Det ingick även en fråga om betydelsen av rehabkoordinators verksamhet för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, nu och i framtiden. Bland dem som hade tillgång till rehabkoordinator svarade 75 procent att dennes verksamhet har stort värde, 21 procent måttligt värde och 3 procent att den inte har något värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivningar (Figur 37). Svarsmönstret såg likadant ut bland vårdcentralsläkarna och övriga läkare. Detta skiljer sig från svaren där alla sjukskrivande läkare är inkluderade; där var andelen som uppgav att rehabkoordinators verksamhet hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning 72 procent bland vårdcentralsläkarna och 46 procent bland övriga läkare (ej i figur eller tabell). Detta kan alltså förklaras av att en större andel vårdcentralsläkare hade tillgång till en rehabkoordinator.



Figur 37. Andel (%) läkare, av de som hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, 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.

Av samtliga sjukskrivande läkare i hela landet svarade 42 procent att rehabkoordinators arbete hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Motsvarande andel i Södermanland 56 procent (ej i figur eller tabell). Andelarna är dock inte jämförbara eftersom andelen som hade tillgång till rehabkoordinator var betydligt större i Södermanland än i landet i helhet.

Den största andelen som satte stort värde vid rehabkoordinatorernas verksamhet fanns bland läkarna med pågående ST-utbildning (81 %) (Figur 38).



Figur 38. Andel (%) läkare, av de som hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, som angav att rehabkoordinatorernas verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Sammanfattning

Hälften av läkarna uppgav att det fanns en policy/gemensamma rutiner för handläggning av sjukskrivningsärenden på deras klinik/mottagning. Bland dem som hade en sådan svarade 85 procent att de har nytta av den i sitt kliniska arbete. En betydligt större andel av läkarna vid vårdcentraler (77 %) än läkarna i övriga verksamheter (34 %) arbetade på en enhet där det fanns en policy/rutin.

Åtta av tio vårdcentralsläkare svarade att de har stöd från sin närmaste ledning i arbetet med sjukskrivningsärenden, jämfört med sex av tio bland övriga läkare. Var tredje respektive var fjärde uppgav att stödet var stort.

När det gällde tid för arbetet med sjukskrivningsärenden svarade ungefär var tredje att de upplever daglig tidsbrist avseende de tre uppräknade uppgifterna; tid med patienten, patientrelaterad tid respektive kompetensutveckling. Samtidigt uppgav drygt hälften att de har tillräckliga resurser för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden, minst andel bland vårdcentralsläkare.

Drygt hälften (56 %) av läkarna svarade att de har tillgång till rehabkoordinator; en betydligt större andel av vårdcentralsläkarna (93 %) än av övriga läkare (34 %). Av dem som hade tillgång till rehabkoordinator svarade 48 procent av vårdcentralsläkarna och 16 procent av övriga läkare att de samarbetade med eller remitterade till denne minst en gång i veckan. Två tredjedelar av läkarna med tillgång till rehabkoordinator som svarade att dennes verksamhet har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet (vårdcentral 76 %; övriga 75 %). Störst andel som svarade att rehabkoordinatorer har stort värde fanns bland läkarna med pågående ST-utbildning (81 %).

Ytterligare om attityder i arbetet med sjukskrivning

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

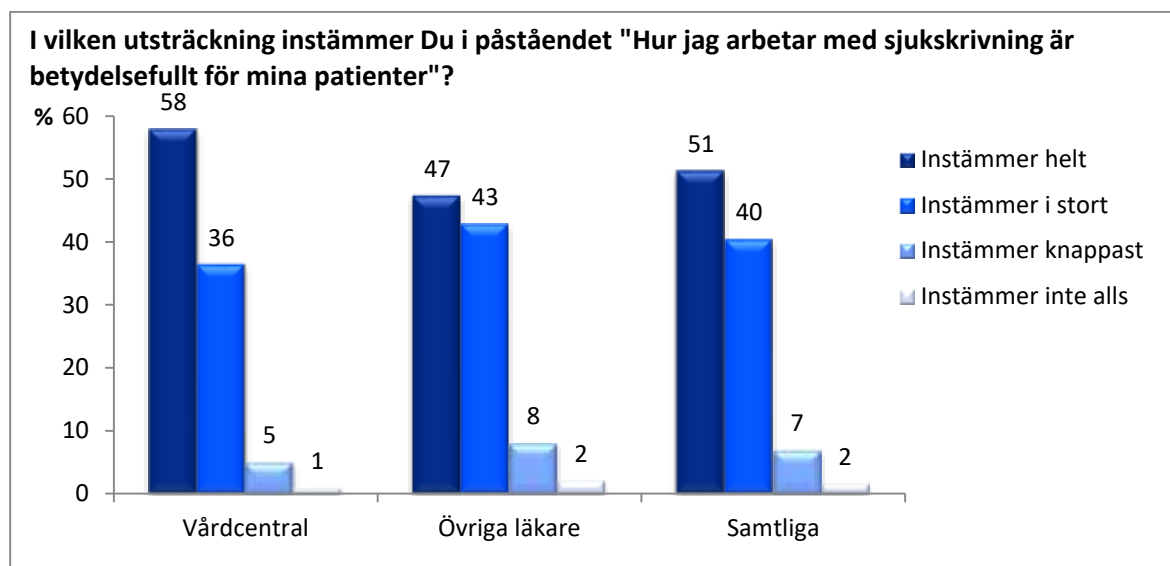
Nittio procent av läkarna instämde helt eller i stort i att hur de arbetar med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter. Nästan lika stor andel instämde helt eller i stort i att arbetsåtergång

är betydelsefullt i sjukskrivningsarbetet. Knappt tre fjärdedelar av läkarna svarade att de i första hand överväger deltidssjukskrivning.

Nedan visas hur svar på ovanstående tre frågor varierar med utbildningsnivå samt uppdelat på vårdcentral och övrig verksamhet.

”Arbetet med sjukskrivning är betydelsefullt för mina patienter”

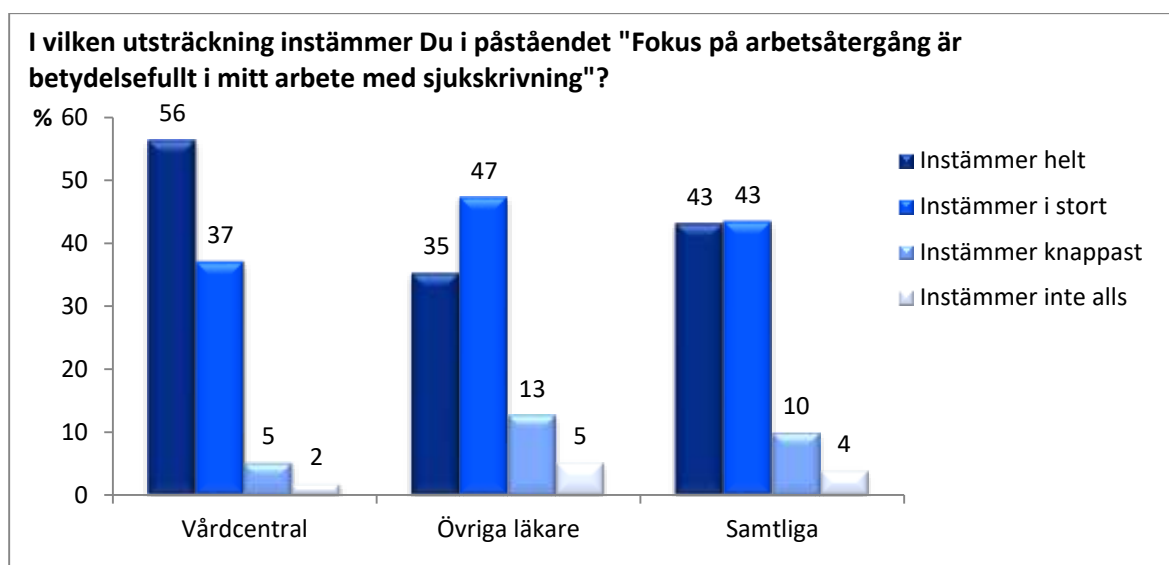
Nittio procent av läkarna instämde helt eller i stort i att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter (Figur 39). En större andel av vårdcentralsläkarna (58 %) än övriga läkare (47 %) instämde helt i påståendet; utöver det fanns inga större skillnader mellan grupperna. Inga större skillnader fanns heller med avseende på utbildningsnivå (ej i figur eller tabell).



Figur 39. Andel (%) läkare som helt, delvis 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.

Vikten av fokus på arbetsåtergång

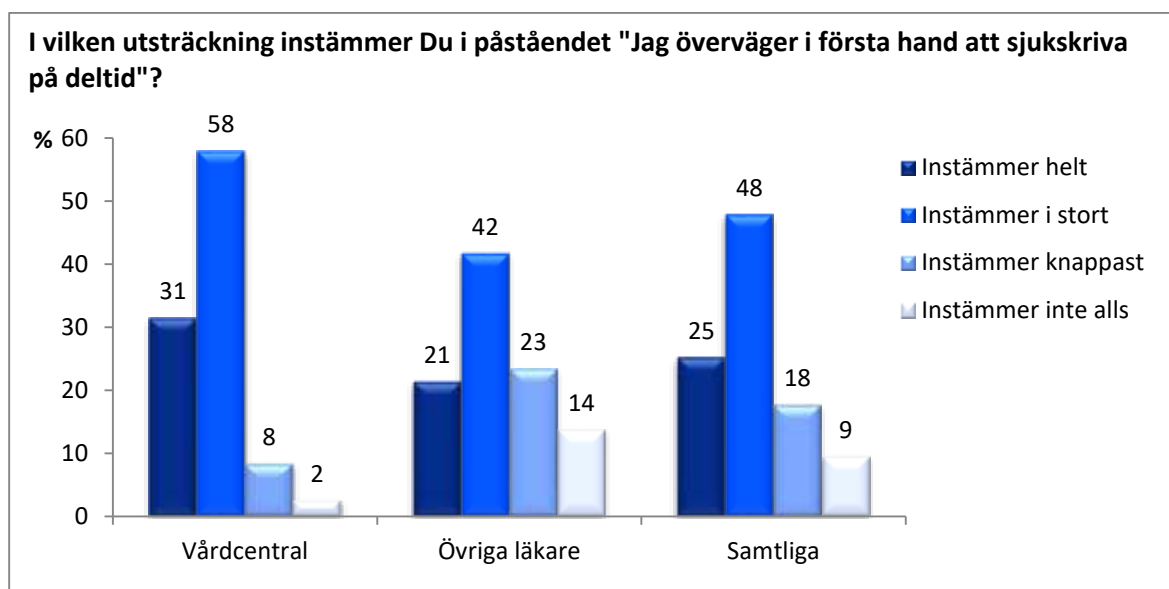
Av samtliga läkare instämde 86 procent, helt eller i stort, i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i deras arbete med sjukskrivning (Figur 40). Andelen som instämde helt var störst bland vårdcentralsläkare (56 %). Inte heller här fanns några större skillnader med avseende på utbildningsnivå (ej i figur eller tabell).



Figur 40. Andel (%) läkare som helt, delvis 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.

Syn på deltidssjukskrivning

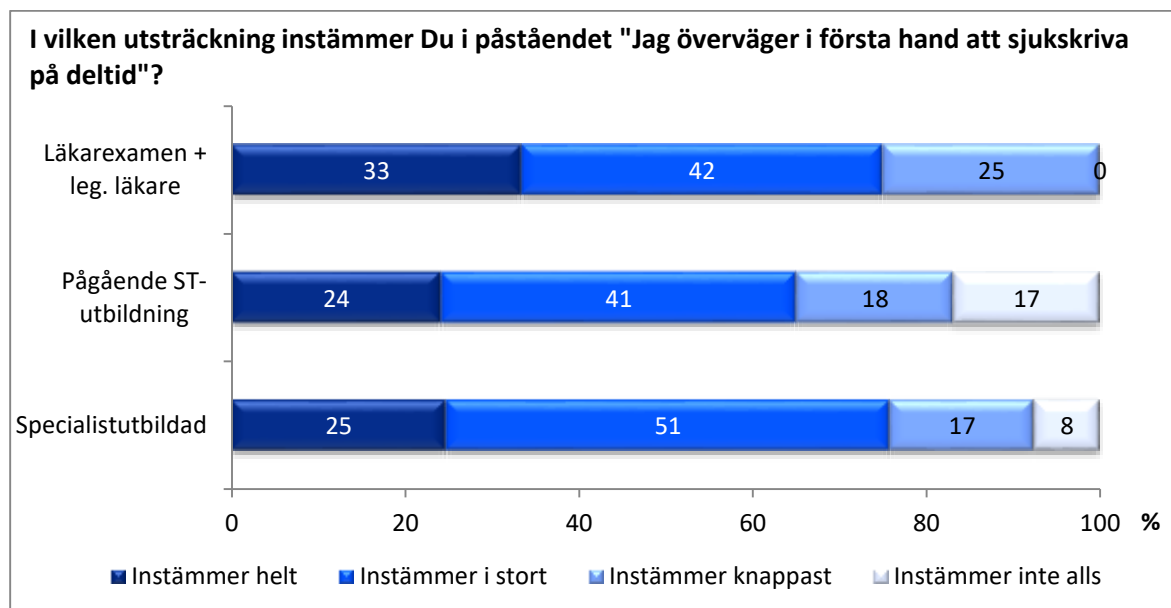
Det tredje påståendet var att "Jag överväger i första hand att sjukskriva på deltid". Majoriteten (73 %) instämde helt eller i stort i påståendet (Figur 41). Bland vårdcentralsläkarna fanns störst andel som helt (31 %) eller i stort (58 %) instämde att de i första hand överväger deltidssjukskrivning. Motsvarande andelar för övriga läkare var 21 respektive 42 procent.



Figur 41. Andel (%) läkare som helt, delvis 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.

Ovan resultat uppdelat på utbildningsnivå visar att andelen som knappast eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid var något större bland läkarna med pågående ST-utbildning än i de andra två grupperna (Figur 42).

Andelen specialister som helt eller stort instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid var något större i Södermanland (76 %) än i hela landet (67 %).



Figur 42. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå.

Sammanfattning

Nittio procent av läkarna instämde helt eller i stort i påståendet att deras arbete med sjukskrivning är betydelsefullt för deras patienter. En större andel av vårdcentralsläkarna (58 %) än övriga läkare (47 %) instämde helt i påståendet, medan inga större skillnader fanns relaterat till utbildningsnivå.

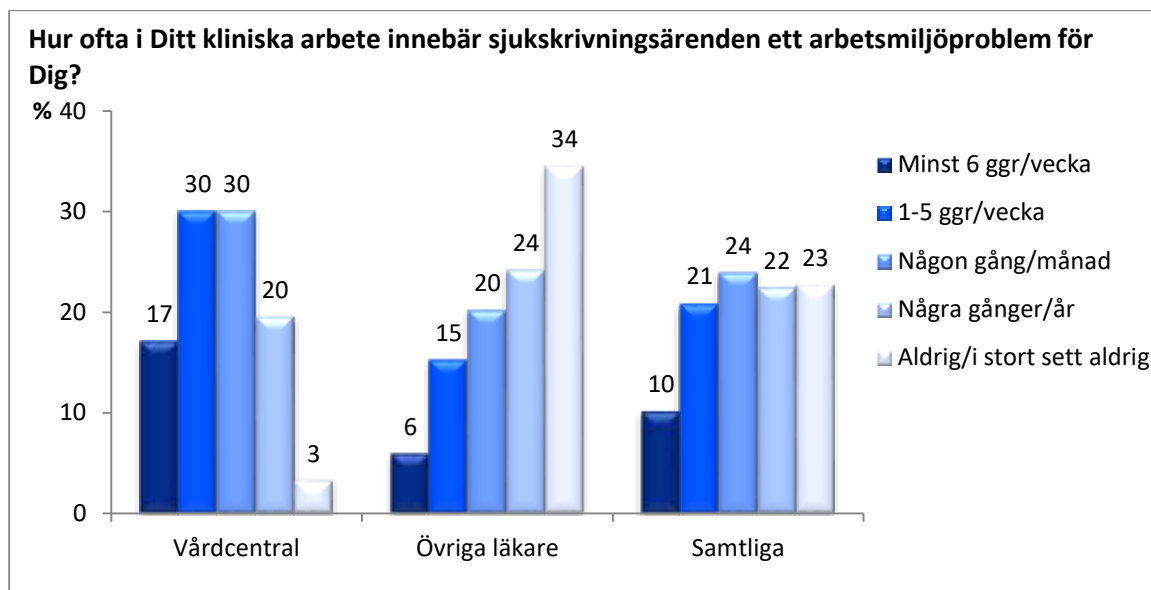
Den absoluta majoriteten instämde även helt eller i stort i påståendet att fokus på arbetsåtergång är betydelsefullt i det egna arbetet med sjukskrivningsärenden; 93 procent av vårdcentralsläkarna och 82 procent av övriga läkare. Störst andel som instämde helt i påståendet om arbetsåtergång var bland vårdcentralsläkare (56 %) och störst andel som instämde i stort var bland övriga läkare (47 %). Svaramönstret var likartat bland läkare med olika utbildningsnivå.

Majoriteten instämde helt eller i stort i påståendet att de i första hand överväger deltidssjukskrivning (73 %). En fjärdedel (24 %) instämde helt i att de i första hand överväger deltidssjukskrivning; en tredjedel av vårdcentralsläkarna (31 %) och en femtedel av övriga läkare (21 %). Andelen som knappast eller inte alls instämde i påståendet att de i första hand överväger att sjukskriva på deltid var något större bland läkarna med pågående ST-utbildning (35 %) än i de andra två grupperna (läkarexamen-/legitimation 25 %; specialister 25 %).

Arbete med sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem

Tidigare studier har visat att arbetet med sjukskrivning kan uppfattas som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem. I enkäten ingick en fråga om *hur ofta* sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem. En tredjedel av samtliga (31 %) svarade att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (Figur 43). Andelen som upplevde arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem skilde sig markant mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare. Tre procent av vårdcentralsläkare och mer än en tredjedel (34 %) av övriga läkare svarade att sjukskrivningsarbetet aldrig eller i stort sett aldrig innebär ett arbetsmiljöproblem. Nära hälften (47 %) av vårdcentralsläkarna och en femtedel (21 %) av övriga läkare upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka. Däremot fanns inga skillnader avseende utbildningsnivå (ej i figur eller tabell).

Andelen vårdcentralsläkare som minst en gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem var något mindre i Södermanland (47 %) än i hela landet (55 %).



Figur 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Sammanfattning

En tredjedel av läkarna upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka, en större andel av vårdcentralsläkarna (47 %) än av de övriga läkarna (21 %). Tre procent av vårdcentralsläkarna svarade att sjukskrivningsärenden aldrig eller i stort sett aldrig var ett arbetsmiljöproblem medan motsvarande andel bland övriga läkare var 34 procent.

3.

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

3. Jämförelse enkätsvar år 2017-2012-2008

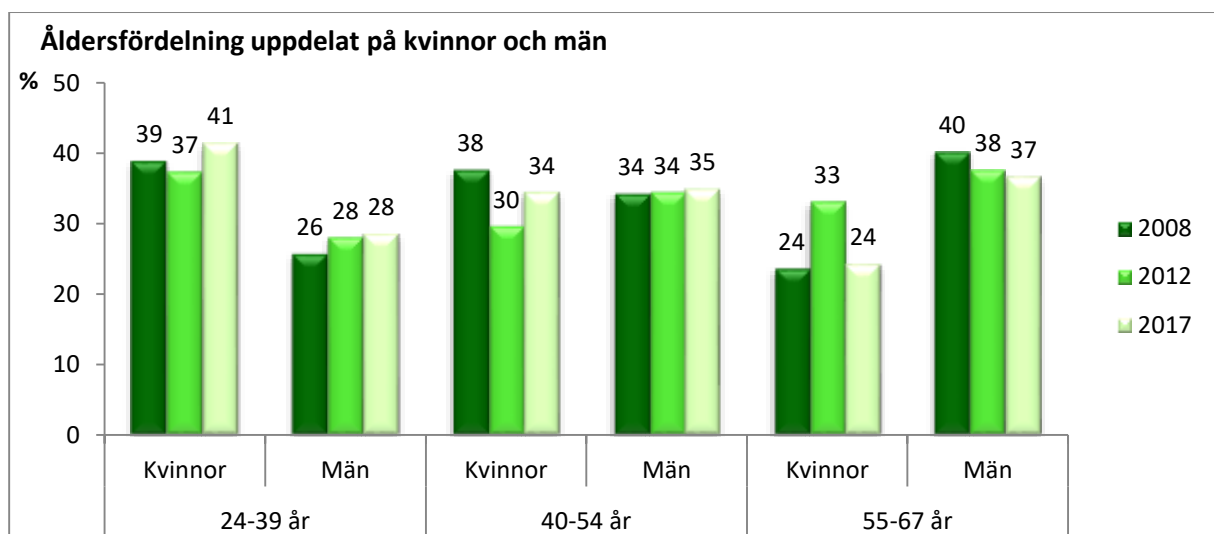
I detta gröna avsnitt jämförs svaren för de 87 frågor som fanns med i alla tre enkäterna år 2008, 2012 och 2017 samt för de 17 ytterligare frågor som fanns både enkätåren 2012 och 2017, för de sjukskrivande läkare som respektive enkätår var yngre än 68 år.

I Tabell 22 visas antalet läkare som ingår i dessa jämförelser samt andel uppdelat på kön, ålder och andel specialistutbildade. En liten skillnad i åldersfördelningen kan ses mellan åren, med något mindre andel äldre och något större andel yngre läkare enkätåret 2017 än de två tidigare enkätåren. Andelen med specialistutbildning varierade mellan 66 och 68 procent, minst andel år 2017. Andelen kvinnor var samtliga enkätår något mindre än andelen män (44 % 2008; 47 % 2012; 44 % 2017). Andelen kvinnor bland vårdcentralsläkarna ökade från 42 procent 2008 till 51 procent 2017. Någon motsvarande ökning fanns inte bland läkare i övriga verksamheter. En förändring i åldersfördelning skedde bland övriga läkare; den äldsta gruppen minskade från 31 till 26 procent och den yngsta ökade från 32 till 38 procent.

Tabell 22. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel per åldersgrupp samt andel specialistutbildade, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

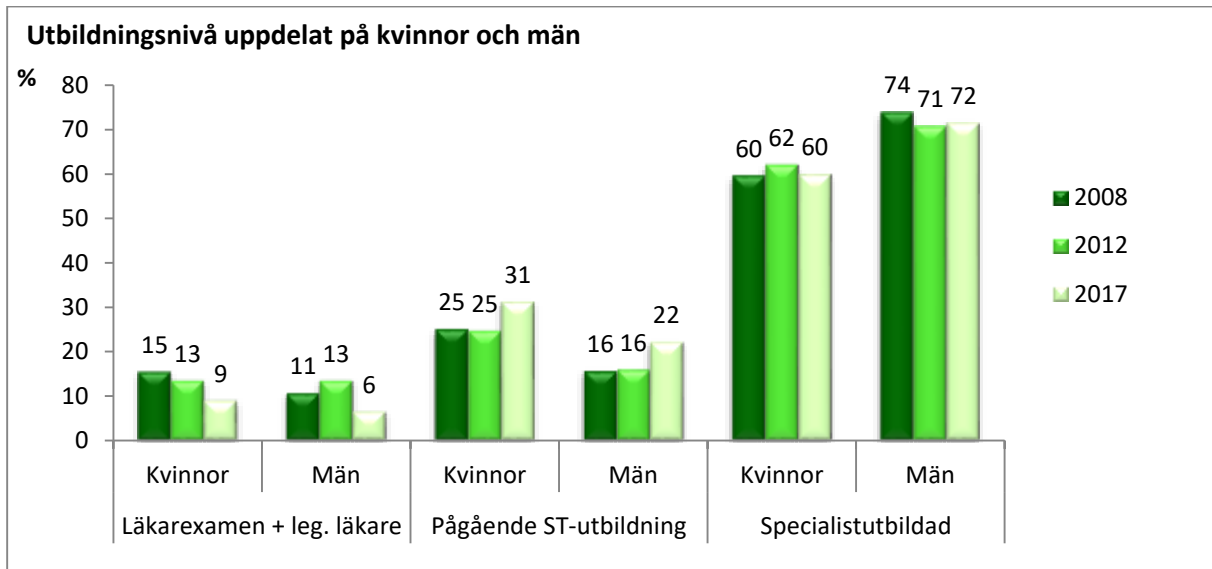
	Enkätår	Antal sjukskrivande läkare	Kvinnor %	24-39 år %	40-54 år %	55-67 år %	Specialistutbildade %
Samtliga	2008	356	44	31	36	33	68
	2012	299	47	32	32	35	67
	2017	329	48	35	35	31	66
Vårdcentral	2008	110	42	30	33	37	68
	2012	113	46	32	27	42	65
	2017	123	51	29	33	38	66
Övriga läkare	2008	246	45	32	37	31	67
	2012	186	48	33	35	32	68
	2017	206	46	38	36	26	66

I Figur 44 visas åldersfördelningen bland deltagarna de tre olika enkätåren, uppdelat på kvinnor och män. Både bland kvinnor och män har andelen yngre deltagare blivit något större mellan 2008 och 2017.



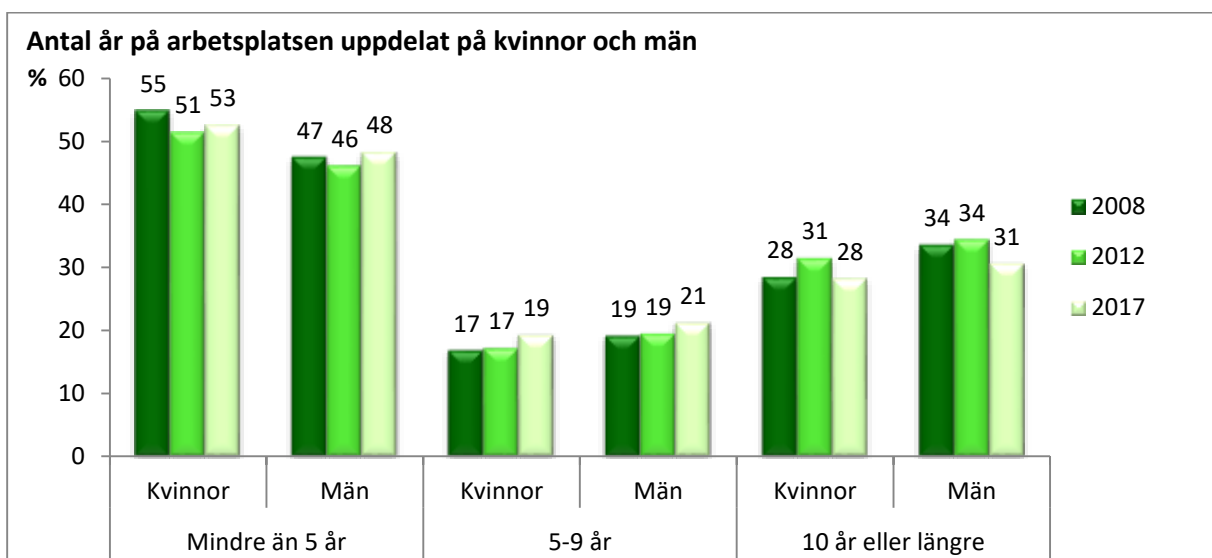
Figur 44. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 45 visas motsvarande relaterat till deltagarnas utbildningsnivå. Andelen bland deltagande kvinnorna som endast hade läkarexamen/legitimation minskade från 2008 till 2017 (15 % 2008; 9 % 2017) och andelen med pågående ST-utbildning ökade med samma andel. Samma mönster fanns även bland män med minskad andel som endast hade läkarexamen/legitimation från 2008 till 2017 (11 % 2008; 6 % 2017) och en ökad andel med pågående ST-utbildning (16 % 2008; 22 % 2017). Andelen specialistutbildade förändrades inte mellan åren vare sig bland kvinnor (60-62 %) eller män (71-74 %).



Figur 45. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

Mellan 2008 och 2017 skedde inte några större förändringar i andel som varit kortare eller längre tid på arbetsplatsen. Skillnaderna mellan kvinnor och män har minskat något bland dem som varit på den nuvarande arbetsplatsen mindre än fem år (Figur 46). Cirka en tredjedel av kvinnor och män hade varit minst tio år på samma arbetsplats, med små skillnader mellan åren.



Figur 46. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.

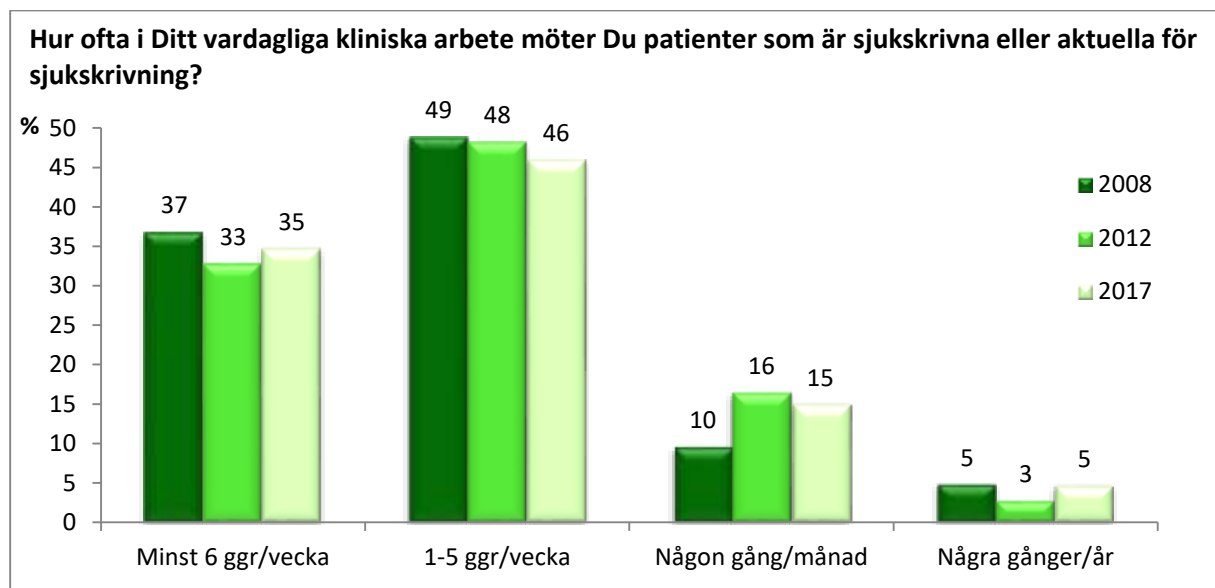
Omkring hälften av läkarna 2008 och 2017 hade varit mindre än fem år på sin arbetsplats, både på vårdcentraler och inom övriga kliniska verksamheter (Tabell 23). Enkätåret 2012 avviker i hög grad med en skillnad på 20 procentenheter mellan vårdcentralsläkarna (61 %) och övriga läkare (41 %). Minst andel som varit 10 år eller längre på arbetsplatsen, finns alla enkätåren på vårdcentralerna (33 % 2008; 24 % 2012; 25 % 2017).

Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Klinikgrupper	Enkätår	Mindre än 5 år	5-9 år	10 år eller längre
Vårdcentral	2008	53	15	33
	2012	61	14	24
	2017	52	23	25
Övriga läkare	2008	50	20	31
	2012	41	21	38
	2017	50	19	32

Frekvens av sjukskrivningsärenden

Andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka respektive 1-5 gånger i veckan förändrades endast marginellt mellan enkätåren 2008-2017 (Figur 47).



Figur 47. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andelen som svarade att de har sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka respektive 1-5 gånger per vecka varierade mellan de tre åren bland läkarna vid vårdcentraler (Tabell 24). År 2008 och 2012 ses ingen skillnad mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare (37 % respektive 32-33 %). År 2017 hade andelen med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka ökat till 45 procent bland vårdcentralsläkare och minskat till 29 procent bland övriga läkare. Nittiofyra procent av vårdcentralsläkarna svarade att de har sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka 2008 och 2017. Av övriga läkare svarade 82 procent 2008 och 73 procent 2017 att de har sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka.

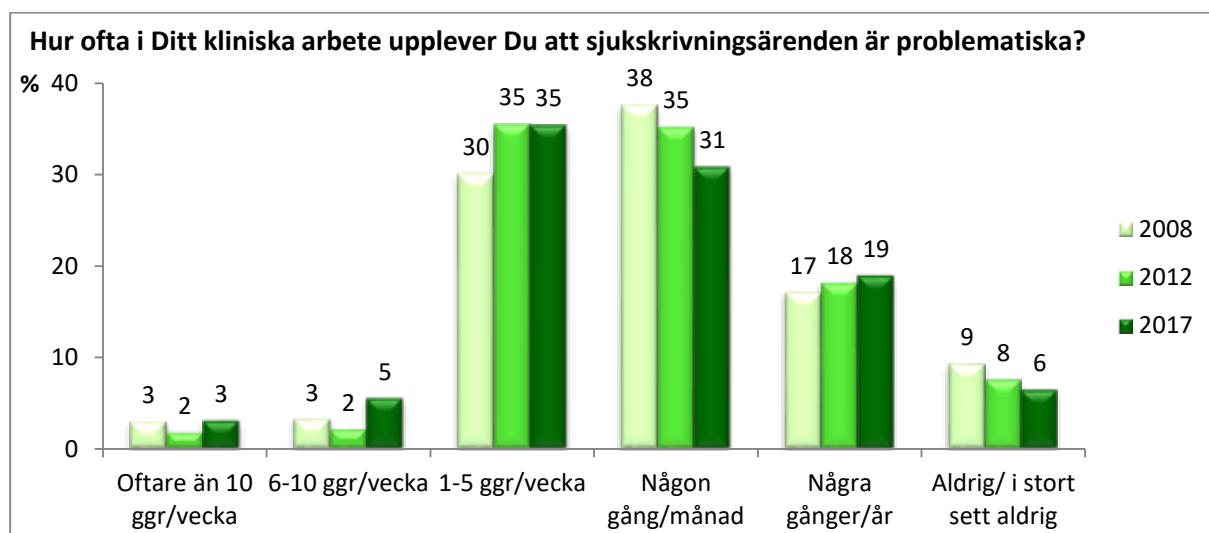
Tabell 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

	Enkätår	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år
Vårdcentral	2008	37	57	5	0
	2012	32	60	7	1
	2017	45	49	5	2
Övriga läkare	2008	37	45	11	7
	2012	33	41	22	4
	2017	29	44	21	6

Problematiska aspekter i arbetet med sjukskrivning

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

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska var något större år 2017 (43 %) jämfört med åren 2012 (39 %) och 2008 (36 %) (Figur 48). Andelen läkare som i stort sett aldrig eller några gånger per år upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska minskade något från nio till sex procent 2008-2017.



Figur 48. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

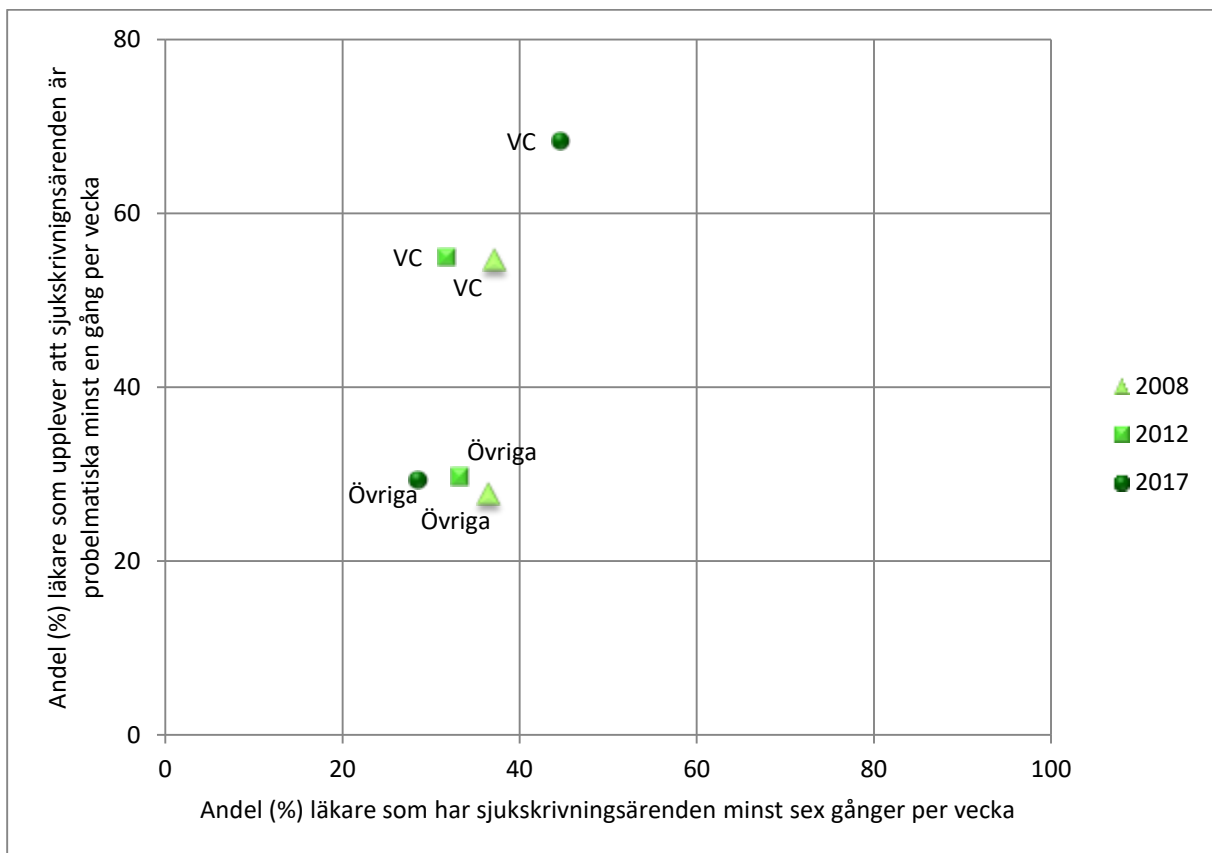
Drygt hälften av vårdcentralsläkarna upplevde minst en gång i veckan sjukskrivningsärenden som problematiska 2008 (54 %) och 2012 (55 %) (Tabell 25). Därefter ökade andelen till 68 procent år 2017. Drygt en fjärdedel av övriga läkare upplevde detsamma vardera enkätår (28 % 2008; 30 % 2012; 29 % 2017).

Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska år 2008, 2012 respektive 2017, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete upplever Du att sjukskrivningsärenden är problematiska?	Enkätår	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	2008	8	46	39	4	3
	2012	7	48	35	7	3
	2017	14	54	25	7	0
Övriga läkare	2008	5	23	37	23	12
	2012	2	28	35	25	10
	2017	5	24	34	26	10

I Figur 49 relateras andelen läkare, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, med sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka till andelen läkare som upplevde att ärendena var problematiska minst en gång per vecka, år 2008, 2012 respektive 2017. Detta för att undersöka om en högre frekvens av sjukskrivningsärenden innebar att sjukskrivningsärendena oftare upplevdes som problematiska och vice versa.

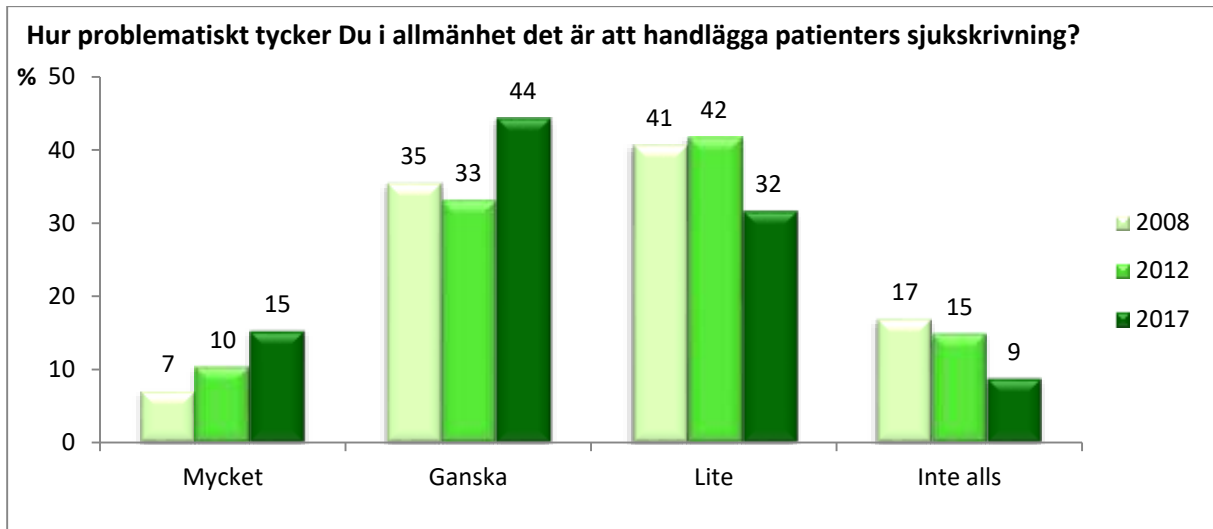
På gruppnivå kunde inga tydliga sådana samband ses bland läkarna i Södermanland. I gruppen övriga läkare minskade andelen som handlade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka något över enkätåren medan andelen som upplevde dem som problematiska minst en gång per vecka förblev densamma. Bland vårdcentralsläkarna var andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka ungefär densamma som i gruppen övriga läkare de två första enkätåren och år 2017 något större. Däremot var andelen upplevde dem som problematiska minst en gång per vecka betydligt större bland vårdcentralsläkaren samtliga tre enkätår och särskilt så år 2017.



Figur 49. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andelen som upplevde sjukskrivningsärendena som problematiska minst en gång i veckan, för vårdcentralsläkare (VC) respektive läkare i övriga verksamheter, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiska är olika situationer?

Enkätarna innehöll ett flertal frågor om hur problematiska specifika situationer när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden upplevdes vara. Först gavs en övergripande fråga om detta. År 2008 svarade sju procent och 2012 tio procent av läkarna att de upplevde handläggningen av patienters sjukskrivning som mycket problematisk (Figur 50). År 2017 var motsvarande andel 15 procent. Andelen som inte alls upplevde detta som problematiskt minskade något sett över de tre enkätåren (17 % 2008; 15 % 2012; 9 % 2017).



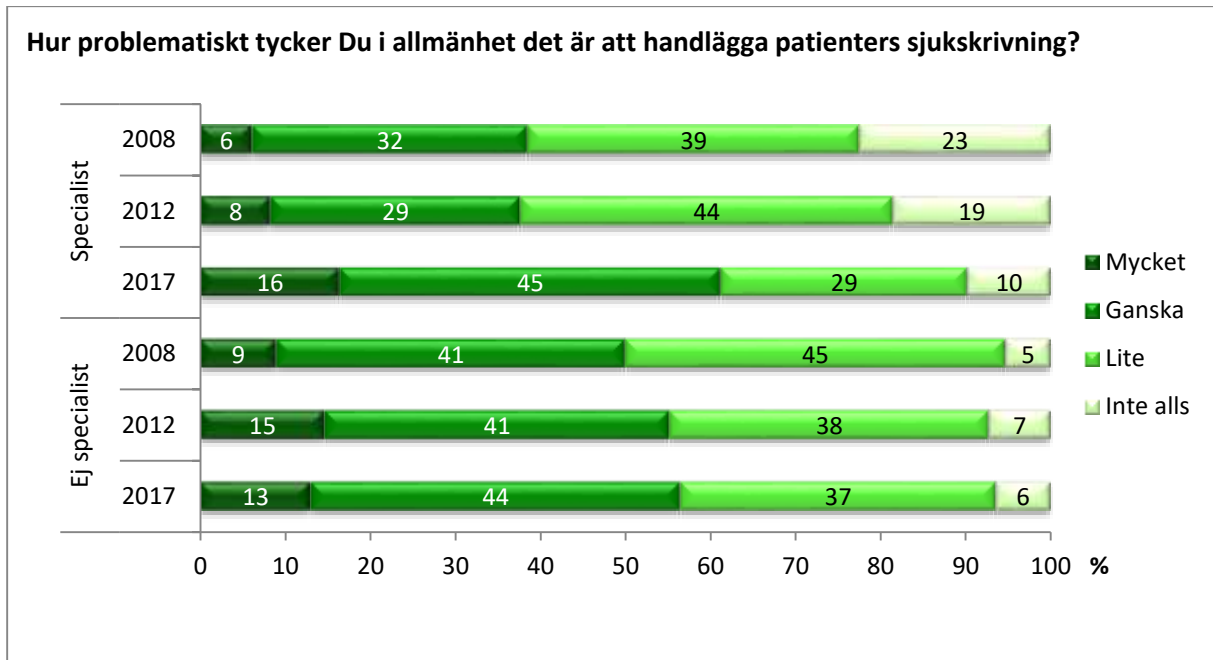
Figur 50. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, år 2008, 2012 respektive 2017.

Mindre än tio procent i gruppen övriga läkare svarade att det är mycket problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden 2008 (4 %) respektive 2012 (6 %). Därefter skedde en ökning till elva procent 2017. Störst ökning mellan åren fanns på vårdcentralerna där 13 procent 2008, 17 procent 2012 och 23 procent 2017 upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket problematiskt. Endast 3 procent av vårdcentralsläkarna svarade år 2017 att det inte alls är problematiskt (Tabell 26).

Tabell 26. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt, uppdelat på Vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att handlägga patienters sjukskrivning	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
Vårdcentral	2008	13	50	31	6
	2012	17	39	35	9
	2017	23	57	18	3
Övriga läkare	2008	4	29	45	22
	2012	6	29	46	18
	2017	11	37	40	12

I Figur 51 visas motsvarande uppdelat i två grupper efter läkarnas utbildningsnivå. Andelen specialister som svarade att det är mycket problematiskt att handlägga sjukskrivningsärenden var större år 2017 än de två tidigare enkätåren. Någon motsvarande förändring över åren ses inte bland dem som ännu inte var specialister. En fjärdedel av specialisterna 2008, en femtedel 2012 och en tiondel 2017 svarade att det inte är något problem att handlägga dessa ärenden medan motsvarande för icke-specialisterna var mindre än 10 procent samtliga enkätår.



Figur 51. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på läkare med och utan specialistutbildning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Det fanns inte något tydligt mönster i andelen läkare som upplevde det problematiskt att hantera de listade uppgifterna i Tabell 27. För de flesta av uppgifterna var andelen, som svarade att situationen var problematisk, minst år 2012 och störst 2017, med endast små skillnader. Den enda mer betydande skillnaden mellan åren var ökningen av andelen läkare som upplevde det mycket problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg (17 % 2008; 20 % 2012; 37 % 2017).

Tabell 27. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att ...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt?	2008	16	35	34	15
	2012	17	32	36	14
	2017	17	41	31	10
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada?	2008	12	29	40	19
	2012	11	32	39	19
	2017	12	34	37	16
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter?	2008	23	36	33	8
	2012	22	41	30	7
	2017	25	44	24	7
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete?	2008 ^a				
	2012	34	35	22	9
	2017	35	39	19	7
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad?	2008	18	36	35	10
	2012	14	37	41	8
	2017	13	40	37	10
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen?	2008	9	27	34	30
	2012	8	23	42	27
	2017	6	29	42	22
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga?	2008	23	36	31	10
	2012	22	35	29	13
	2017	26	38	27	8
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg?	2008	17	37	34	13
	2012	20	35	34	10
	2017	37	34	21	8

^a Denna fråga fanns inte med i 2008 års enkät

I Tabell 28 presenteras resultaten ovan med en sammanläggning av svarsalternativen mycket och ganska problematiska för samtliga läkare samt uppdelat på vårdcentraler och övriga kliniska verksamheter. Andelen som upplevde de beskrivna uppgifterna som mycket eller ganska problematiska var ungefär densamma 2008-2017, även uppdelat på vårdcentral och övrig verksamhet. Den enda uppgift som visade en större förändring var andelen som upplevde det vara mycket eller ganska problematiskt att hantera eventuell förlängning av sjukskrivning som initierats av annan läkare; samtliga (53 % 2008; 56 % 2012; 72 % 2017), vårdcentral (66 % 2008; 63 % 2012; 87 % 2017) och övriga verksamheter (47 % 2008; 51 % 2012; 63 % 2017).

Tabell 28. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som *mycket eller ganska problematiska*, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som i allmänhet tycker att det är mycket eller ganska problematiskt att ...	Enkätår	Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
... bedöma om patientens funktionsförmåga är nedsatt	2008	51	79	38
	2012	49	67	39
	2017	59	77	48
... bedöma om funktionsnedsättningen beror på sjukdom/skada	2008	41	67	29
	2012	43	61	32
	2017	46	67	34
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter	2008	59	75	51
	2012	63	77	54
	2017	69	86	58
... bedöma i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra arbetsuppgifter för patienter som inte har ett arbete	2008 ^a			
	2012	69	76	65
	2017	74	83	69
... bedöma optimal sjukskrivningstid och -grad	2008	55	64	50
	2012	51	69	40
	2017	53	69	43
... göra en handlingsplan/åtgärdsförslag för vad som ska ske under sjukskrivningen	2008	36	45	31
	2012	31	41	25
	2017	35	44	30
... göra en långsiktig prognos för sjukskrivna patienters framtida arbetsförmåga	2008	59	77	51
	2012	58	74	48
	2017	65	83	53
... handlägga eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg	2008	53	66	47
	2012	56	63	51
	2017	72	87	63

^a Denna fråga fanns inte med i 2008 års enkät

I Tabell 29 redovisas svaren för tre frågor om problematiska aspekter i kontakter med patienter i sjukskrivningsärenden. Den situation som störst andel uppgav vara mycket problematisk var att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig. För alla de tre listade situationerna i tabellen var andelen som svarade att det var mycket eller ganska problematiskt störst år 2017.

Tabell 29. Andel (%) läkare som upplevde tre nedan beskrivna aspekter i kontakter med patienter i sjukskrivningsärenden som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	5	23	45	27
	2012	4	29	40	27
	2017	5	34	39	22
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	16	32	35	17
	2012	17	34	36	13
	2017	20	32	39	9
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	17	29	31	22
	2012	17	35	31	16
	2017	27	33	27	13

Ovanstående resultat redovisas i Tabell 30 med sammanläggningen av svarsalternativen ”mycket” och ”ganska” problematiskt även uppdelat för vårdcentraler och övriga verksamheter. Det framkom vissa mindre skillnader mellan enkätåren i hur läkarna inom de två grupperna svarade. Inom vårdcentraler var andelen som upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna störst och med större ökning mellan åren (66 % 2008; 71 % 2012; 81 % 2017) i jämförelse med övriga verksamheter (38 % 2008; 41 % 2012; 48 % 2017).

Tabell 30. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som *mycket eller ganska problematiska*, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som i allmänhet tycker att det är mycket eller ganska problematiskt att ...	Enkätår	Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
... tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med sjukskrivning?	2008	28	43	21
	2012	33	47	25
	2017	39	51	32
... hantera situationer när Du och patienten har olika åsikt om behovet av sjukskrivning?	2008	48	63	41
	2012	51	62	45
	2017	52	68	42
... hantera Dina två roller dels som patientens behandlande läkare och dels som medicinskt sakkunnig inför FK och andra myndigheter?	2008	47	66	38
	2012	52	71	41
	2017	60	81	48

Att skriva läkarintyg upplevde 41 procent 2008 och 45 procent 2017 att var mycket eller ganska problematiskt, minst andel 2012 (36 %) (Tabell 31). Mindre än en femtedel, 12-16 procent, upplevde det som problematiskt att hantera situationer där det finns olika åsikter i vårdteamet om en patients sjukskrivning, störst andel år 2017.

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

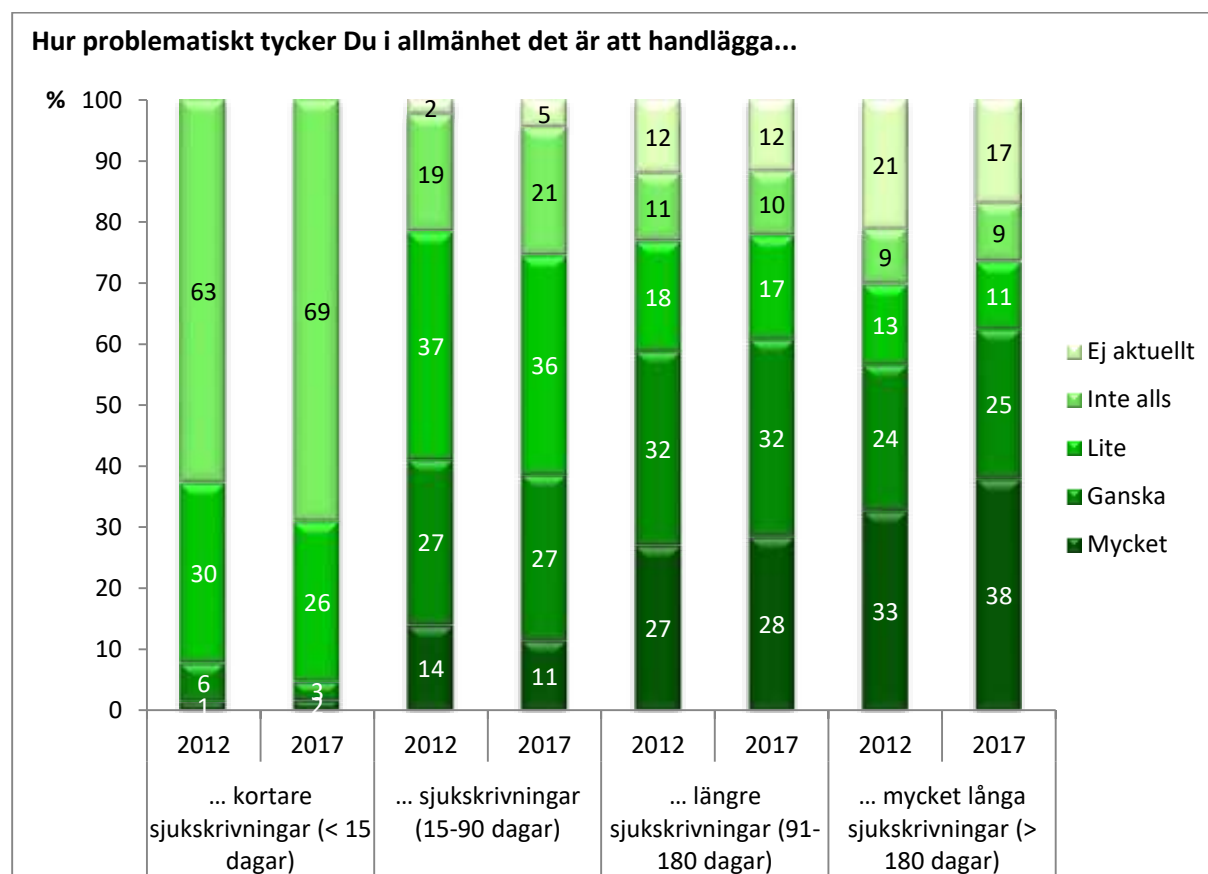
Hur problematiskt tycker Du i allmänhet det är att...	Enkätår	Mycket	Ganska	Lite	Inte alls	Ej aktuellt
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	10	31	38	21	
	2012	8	28	39	26	
	2017	14	31	39	16	
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	2	10	30	21	37
	2012	4	10	33	24	29
	2017	5	11	23	23	38

Med en sammanläggning av svarsalternativen mycket eller ganska problematiskt visas resultatet uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare i Tabell 32. Bland vårdcentralsläkarna ökade andelen som ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera situationer när vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning från 13 procent 2008 till 23 procent 2017. Bland övriga läkare sågs inte motsvarande ökning.

Tabell 32. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som *mycket eller ganska problematiska*, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel läkare som i allmänhet tycker att det är mycket eller ganska problematiskt att ...	Enkätår	Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
... skriva läkarintyg (sjukintyg, FK7263) till FK?	2008	41	56	34
	2012	36	47	29
	2017	45	55	39
... hantera situationer när Du och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning?	2008	12	13	12
	2012	14	22	9
	2017	16	23	11

Avseende hantering av sjukskrivningar av olika längd framkommer i Figur 52 att det framförallt var de längre sjukskrivningarna som upplevdes som problematiska både 2012 och 2017 (enkätfrågan fanns inte 2008). Det var ingen skillnad mellan åren, 59-60 procent, som svarade att sjukskrivningar 91-180 dagar är mycket eller ganska problematiska. En liten skillnad fanns mellan åren för sjukskrivningar >180 dagar (57 % 2012; 63 % 2017).



Figur 52. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på sjukskrivningslängd, år 2012 respektive 2017.

Frekvens av specifika situationer

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

Andelen läkare som upplevde de olika situationerna beskrivna i Tabell 33 minst en gång per vecka eller minst någon gång i månaden var generellt något mindre år 2008 och 2012 än 2017. Det finns

ingen tydlig trend i ökning eller minskning över de tre enkätåren. Den situation som störst andel läkare upplevde minst någon gång per månad alla enkätår var att möta patienter som önskade sjukskrivning av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom eller skada (50 % 2008; 53 % 2012; 56 % 2017).

Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... möter Du en patient som vill vara sjukskriven av annan anledning än arbetsoförmåga orsakad av sjukdom/skada?	2008	16	34	31	19
	2012	17	36	27	20
	2017	20	36	30	14
... säger patienten nej, helt eller delvis, till den sjukskrivning som Du föreslår?	2008	5	22	41	32
	2012	5	19	38	38
	2017	7	23	34	36
... säger Du nej, till en patient som önskar sjukskrivning?	2008	10	36	40	14
	2012	8	33	45	14
	2017	9	37	44	10
... upplever Du konflikter med patienter kring sjukskrivning?	2008	10	17	47	26
	2012	8	26	36	31
	2017	14	20	41	25

Oro och hot

Jämförelsen mellan enkätåren visade att 3-4 procent av läkarna kände sig hotade av en patient någon gång per månad eller oftare samtliga enkätår (Tabell 34). Majoriteten (77-85 %) upplevde dock *aldrig eller i stort sett aldrig* den typen av hot. Andelen som någon gång per månad eller oftare var oroliga för att bli anmälda av en patient eller kände oro för att patienten byter läkare om denne inte sjukskriver var 3-8 procent och ökade successivt 2008-2017. När det gällde oro för att patienten byter läkare om hon/han inte blir sjukskriven, minskade andelen som aldrig eller i stort sett aldrig kände sådan oro (90 % 2008; 89 % 2012; 81 % 2017) och likaså för att aldrig känna oro för att bli anmäld av en patient (82 % 2008; 83 % 2012; 76 % 2017).

Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot eller oro i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... är Du orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning?	2008	2	3	13	82
	2012	2	4	11	83
	2017	2	6	16	76
... känner Du dig hotad av en patient kring sjukskrivning?	2008	1	3	17	80
	2012	1	2	12	85
	2017	2	2	19	77
... känner Du oro för att patienter byter läkare om Du inte sjukskriver?	2008	1	2	7	90
	2012	2	2	6	89
	2017	2	6	11	81

I Tabell 35 redovisas motsvarande resultat med svarsalternativen minst en gång per vecka och någon gång per månad sammanlagda, för samtliga samt uppdelat på vårdcentral och övrig klinisk verksamhet. Andelen vårdcentralsläkare som upplevde de olika typerna av hot eller oro var genomgående större än andelen bland övriga läkare. För vårdcentralsläkarna kunde en viss ökning mellan 2008 och 2017 ses för oro att bli anmäld (8 respektive 13 %) och för oro att patienten byter läkare (5 respektive 12 %).

Tabell 35. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av hot eller oro i sjukskrivningsärenden *minst någon gång per månad*, år 2008, 2012 respektive 2017, för samtliga samt uppdelat på vårdcentral och övriga.

Andel läkare som i sitt kliniska arbete minst någon gång per månad...	Enkätår	Samtliga	Vårdcentral	Övriga läkare
... är orolig för att bli anmäld av en patient kring sjukskrivning	2008	5	8	4
	2012	6	11	3
	2017	8	13	5
... känner sig hotad av en patient kring sjukskrivning	2008	3	7	1
	2012	4	7	2
	2017	4	6	3
... känner oro för att patienter byter läkare om denne inte sjukskriver	2008	3	5	2
	2012	4	6	3
	2017	8	12	5

Sjukskrivning längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt

Resultaten från jämförelsen av de tre enkätåren 2008, 2012 och 2017 när det gäller att sjukskriva längre än nödvändigt visar ingen tydlig trend av ökning eller minskning av förekomst av detta (Tabell 36). Andelen som angav väntetider till utredning och till behandling inom sjukvården som anledning till att sjukskriva längre än nödvändigt var störst alla tre åren och en liten ökning kan också ses av andelen som uppgav dessa anledningar.

Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre/mer än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	2	10	26	35	27
	2012	1	9	28	36	25
	2017	6	13	29	31	21
... väntetider till utredning hos FK?	2008	1	8	16	28	47
	2012	1	3	17	26	52
	2017	3	7	20	26	43
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	1	3	13	25	59
	2012	<0,5	1	15	24	59
	2017	3	6	14	27	51
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	<0,5	4	12	28	56
	2012	<0,5	2	13	29	55
	2017	2	7	17	28	47
... väntetider till behandling?	2008	1	9	26	38	26
	2012	1	10	29	40	20
	2017	3	13	30	34	21

I Tabell 37 har svarsalternativen dagligen, någon gång/vecka och någon gång/månad slagits samman och visas för de två läkargrupperna. Det framgår att det är en markant skillnad mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare i andelen som sjukskrev längre än nödvändigt för samtliga anledningar som listas där; andelen var dubbelt så stor bland vårdcentralsläkarna som bland övriga läkare. Två tredjedelar av vårdcentralsläkarna och en fjärdedel till tredjedel av övriga läkare svarade

att de sjukskriver längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning eller behandling inom sjukvården. Väntetider till åtgärder hos arbetsgivare var den anledning som ökat mest bland vårdcentralsläkare (29 % 2008; 31 % 2012; 45 % 2017). För övriga läkare var det inte några större förändringar mellan åren, störst var ökningen för väntetider till utredning inom sjukvården (26 % 2008; 25 % 2012; 33 % 2017).

Tabell 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, minst någon gång per månad uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre/mer än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
... väntetider till utredning inom sjukvården?	2008	64	26
	2012	61	25
	2017	72	33
... väntetider till utredning hos FK?	2008	51	14
	2012	39	11
	2017	52	18
... väntetider till utredning hos Arbetsförmedling?	2008	32	9
	2012	32	7
	2017	42	10
... väntetider för åtgärder hos arbetsgivare?	2008	29	10
	2012	31	7
	2017	45	14
... väntetider till behandling?	2008	55	28
	2012	58	30
	2017	67	32

I enkäten listades även andra anledningar till att sjukskriva längre än nödvändigt och svaren på flera av dem visas i Tabell 38. År 2008 sjukskrev en majoritet av läkarna (55-77 %) aldrig eller i stort sett aldrig längre än nödvändigt på grund av de olika anledningar som nämns i tabellen. År 2012 hade denna andel minskat till 46-71 procent och år 2017 till 38-69 procent. Brist på återbesökstider minst någon gång per månad var den orsak som ökade mest mellan 2008 och 2017 (16 procentenheter).

Tabell 38. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre/mer än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... brist på återbesökstider?	2008	1	5	15	23	55
	2012	1	6	17	21	55
	2017	5	10	22	23	40
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	1	3	16	24	56
	2012	1	6	16	29	47
	2017	2	10	18	29	41
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	0	3	12	30	56
	2012	0	3	16	35	46
	2017	1	4	19	38	38
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	<0,5	3	6	25	66
	2012	1	2	10	26	61
	2017	2	4	9	30	54
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	1	1	5	15	77
	2012	1	3	8	17	71
	2017	2	3	9	25	60
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	0	1	7	24	68
	2012	<0,5	1	8	26	64
	2017	<0,5	1	6	25	68

I Tabell 39 nedan har andelen som svarat antingen dagligen, någon gång per vecka eller någon gång per månad slagits samman och redovisas för vårdcentralsläkare respektive för de övriga läkarna. För samtliga listade anledningar hade vårdcentralsläkarna en större andel än de övriga (11-51 respektive 5-27 %).

För vårdcentralsläkare fanns den största skillnaden (24 procentenheter) mellan åren för brist på återbesökstider (29 % 2008; 34 % 2012; 53 % 2017). Därefter följde att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering (14 procentenheter), att tillgång till annan adekvat behandling/ eller behandlare saknas (12 procentenheter) och att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning (11 procentenheter).

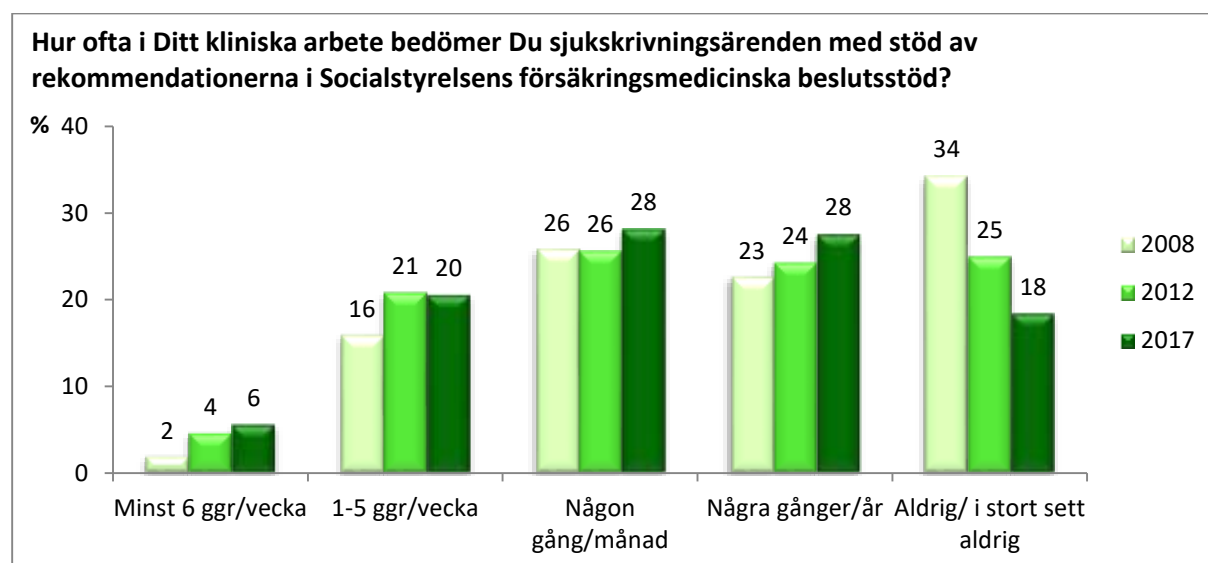
Även bland övriga läkare var främsta anledningen att sjukskriva längre än nödvändigt brist på återbesökstider (18 % 2008; 18 % 2012; 27 % 2017), dock på en mycket lägre nivå än bland vårdcentralsläkarna. Även bland övriga läkare var detta den anledning som ökat mest (nio procentenheter) 2008-2017.

Tabell 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, minst någon gång/månad, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta sjukskriver Du längre/mer än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av...	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
... brist på återbesökstider?	2008	29	18
	2012	34	18
	2017	53	27
... att tillgång till annan adekvat behandling/ behandlare saknas?	2008	37	13
	2012	42	14
	2017	49	17
... att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering?	2008	24	10
	2012	28	13
	2017	38	15
... att Du vill undvika konflikt med patienten?	2008	14	7
	2012	20	8
	2017	23	10
... att det tar för lång tid att förklara alternativ till sjukskrivning?	2008	11	6
	2012	19	7
	2017	22	10
... påverkan från andra i vårdteamet?	2008	11	6
	2012	17	5
	2017	12	5

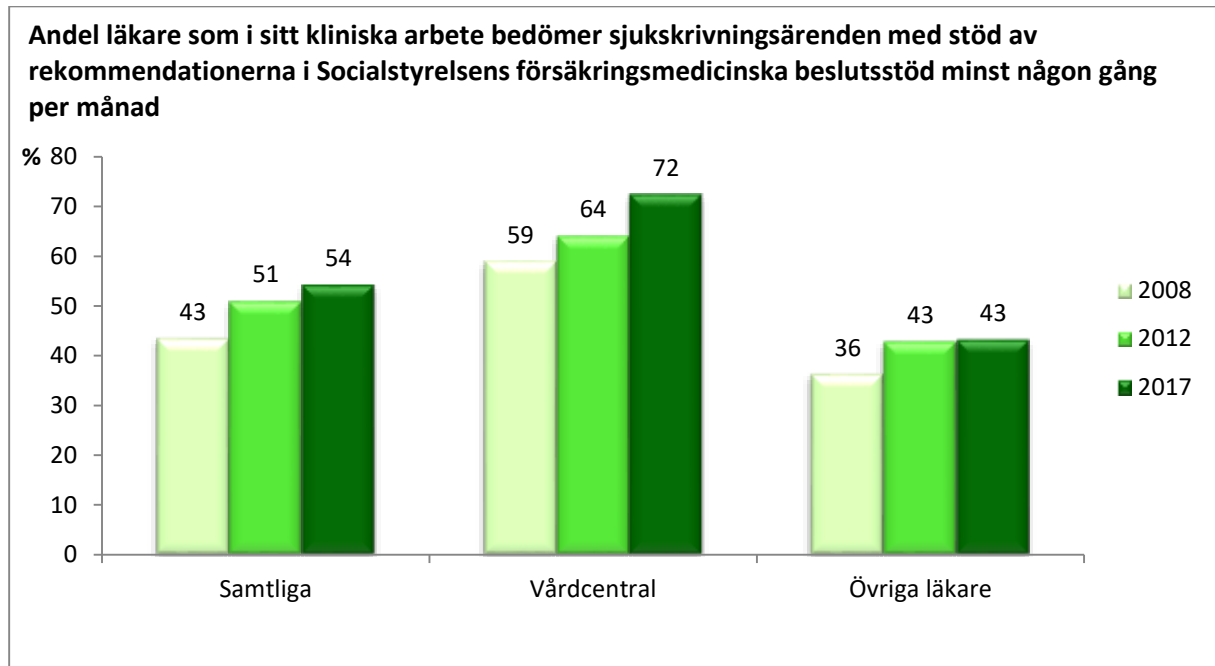
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Andelen som svarade att de aldrig bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd var störst år 2008 (34 %) och blev därefter mindre; 25 procent 2012 och 18 procent 2017 (Figur 53). Detta ska ställas i relation till att beslutsstödet infördes först hösten 2007 - och vissa delar först under våren 2008 – och att utveckla rutiner för införandet av FMB tog tid i några verksamheter (148). Andelen läkare som bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av beslutsstödet minst en gång per vecka blev något större för varje enkätår (18 % 2008, 25 % 2012; 26 % 2017).



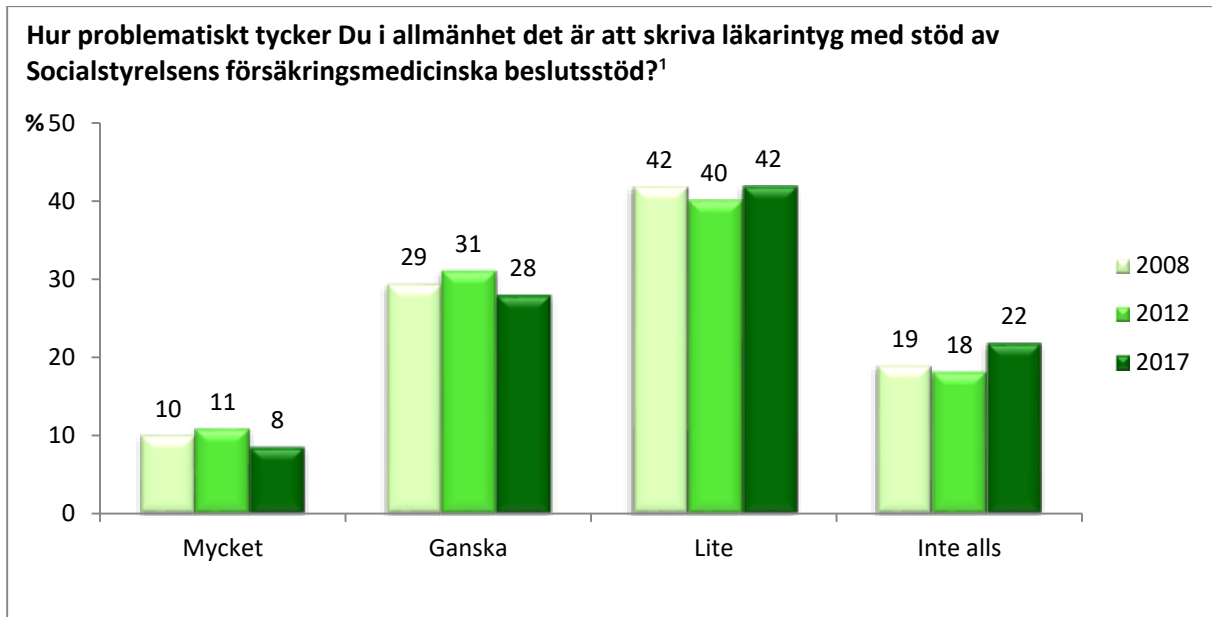
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

Störst andel läkare, alla tre enkätåren, som bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av beslutsstödet arbetade på vårdcentraler (59 % 2008; 64 % 2012; 72 % 2017) (Figur 54). Bland övriga läkare ökade andelen mellan 2008 (36 %) och 2012 (43 %) medan ingen förändring sågs mellan 2012 och 2017.



Figur 54. Andel (%) läkare som bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd minst någon gång per månad, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

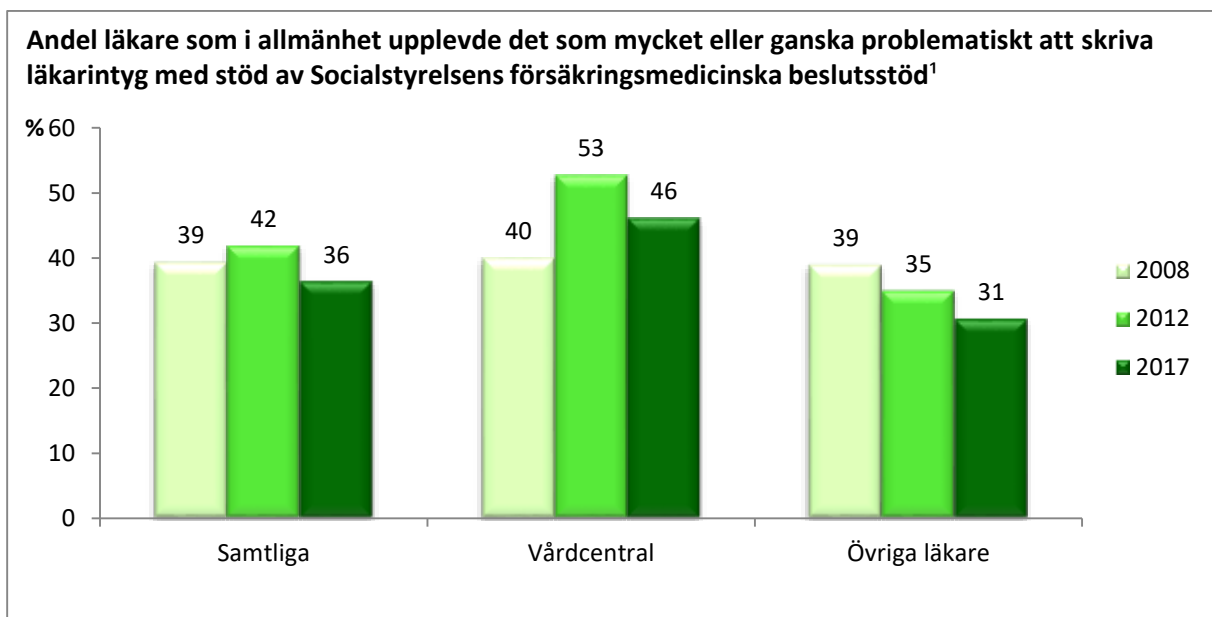
I Figur 55 redovisas hur problematiskt läkarna i allmänhet tyckte att det var att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Enkätår 2008 fanns svarsalternativet att de inte hade använt beslutsstödet; de som svarade det har exkluderats i analysen nedan. Andelen som svarade att det var mycket eller ganska problematiskt var 39 procent 2008, 12 procent 2012 (42 %) och 36 procent 2017; alltså en successiv minskning för varje enkätår. Omkring en femtedel av läkarna, störst andel 2017, svarade att det inte alls var några problem (19 % 2008; 18 % 2012; 22 % 2017).



Figur 55. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De som enkätår 2008 svarade att de ej använt beslutsstödet är exkluderade.

I Figur 56 redovisas andelen som upplevde att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet för samtliga och uppdelat på de två läkargrupperna. I likhet med ovan har de som 2008 svarade att de inte använt dem exkluderats. År 2008 var det ingen skillnad mellan vårdcentralsläkarna och övriga läkare i andelen som upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av det försäkringsmedicinska beslutsstödet: 40 respektive 39 procent (Figur 56). Bland övriga läkare har andelen som upplevde det som mycket eller ganska problematiskt minskat något för varje år (39 % 2008; 35 % 2012; 31 % 2017). Någon sådan utveckling har inte skett bland vårdcentralsläkare (40 % 2008; 53 % 2012; 46 % 2017).



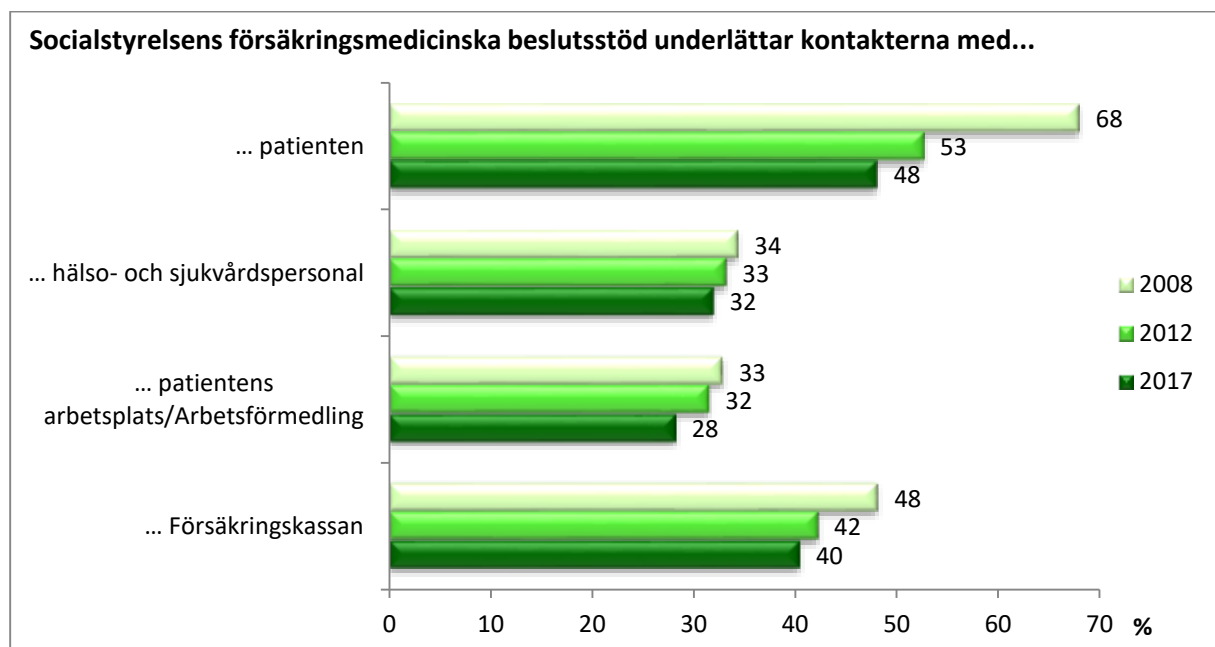
Figur 56. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

¹De som enkätår 2008 svarade att de ej använt beslutsstödet är exkluderade.

En stor andel av läkarna svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten. Andelen som svarade detta var störst år 2008, när beslutsstödet nyligen införts (Figur 57). Eftersom en tredjedel av läkarna (34 %) då ännu inte använde beslutsstödet, kan svaren här tolkas som att nästan alla som använde det ansåg att det underlättade kontakten med patienter. Vid de efterkommande enkäterna hade beslutsstödet funnits i fem respektive tio år; då svarade omkring hälften att beslutsstödet underlättade kontakterna med patienten år 2012 (53 %) respektive 2017 (48 %).

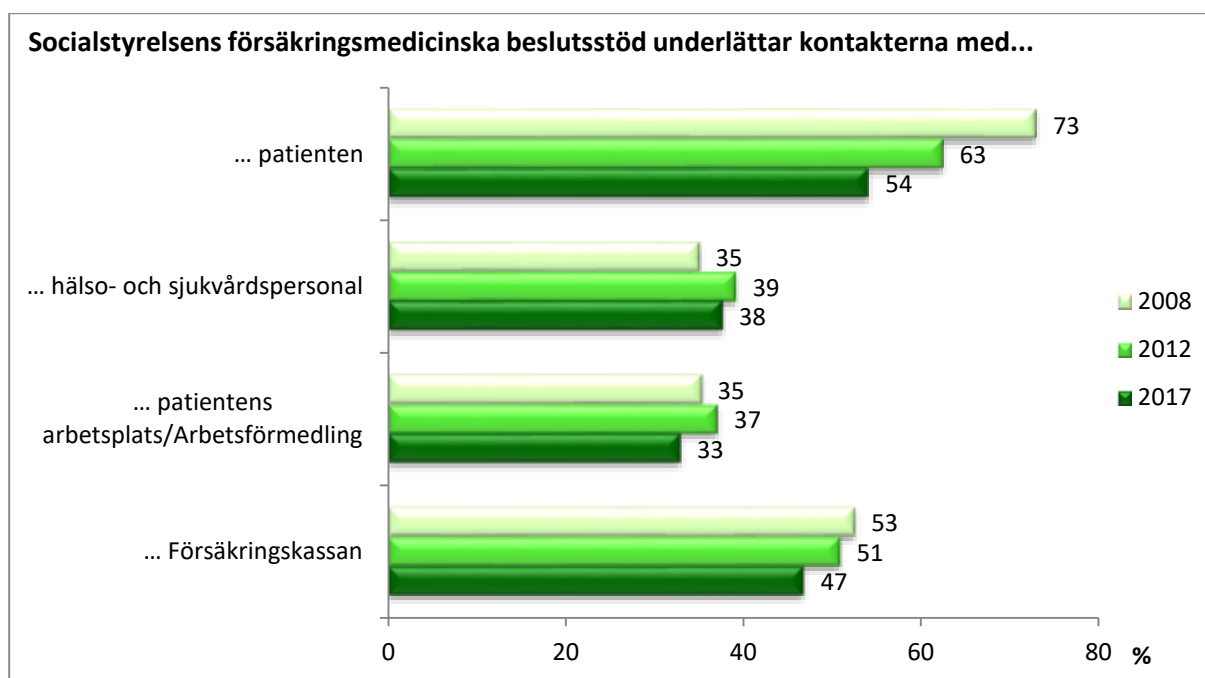
Fyrtio till 48 procent svarade att beslutsstödet underlättade kontakterna med Försäkringskassan runt en tredjedel att det underlättade kontakterna med övrig hälso- och sjukvårdspersonal (32-34 %) respektive med patientens arbetsplats/Arbetsförmedling (28-33 %), med små variationer mellan åren och med minst andel 2017. Att en mindre andel läkare svarade att beslutsstödet underlättar kontakten med till exempel Arbetsförmedlingen och patientens arbetsplats ska sättas i relation till att många läkare inte hade haft sådana kontakter och därför inte kunde uppleva att beslutsstödet underlättar just dessa kontakter.

Här finns det anledning att komma ihåg att eftersom FMB funnits i tio år har flera av deltagarna år 2017 inte varit med om klinisk verksamhet där FMB inte funnits, och det kan därför vara svårt att värdera betydelsen av FMB i kontakten med patienter och andra aktörer.



Figur 57. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.

När de läkare som svarat att de aldrig använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd exkluderas ser siffrorna ut som in nedanstående Figur 58 – andelarna läkare som anser att beslutsstödet underlättar kontakter med respektive aktör är större.



Figur 58. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.

De som svarat att de aldrig använder beslutsstödet är exkluderade i denna figur.

Skillnaderna mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare var små när det gäller i vilken utsträckning FMB upplevdes underlätta kontakten med olika aktörer år 2017 (Tabell 40). Bland vårdcentralsläkarna minskade andelen som svarade att beslutsstödet underlättar kontakten med patienterna något (58 % 2008; 52 % 2012; 50 % 2017) medan en svag ökning kunde ses för övriga kontakter 2008-2017. Den stora förändringen skedde bland övriga läkare där det finns en tydlig minskning av andelen som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar dessa olika typer av kontakter åren 2008-2017. Störst förändring var det för kontakten med patienten (74 % 2008; 53 % 2012; 47 % 2017). Detta ska ses i relation till att andelen som bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd minst några gånger per år ökade för varje enkätår.

Tabell 40. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd underlättar kontakterna med...	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
... patienten	2008	58	74
	2012	52	53
	2017	50	47
... hälso- och sjukvårdspersonal	2008	27	39
	2012	30	36
	2017	31	33
... patientens arbetsplats/Arbetsförmedling	2008	25	38
	2012	27	35
	2017	31	26
... Försäkringskassan	2008	40	53
	2012	40	43
	2017	44	38

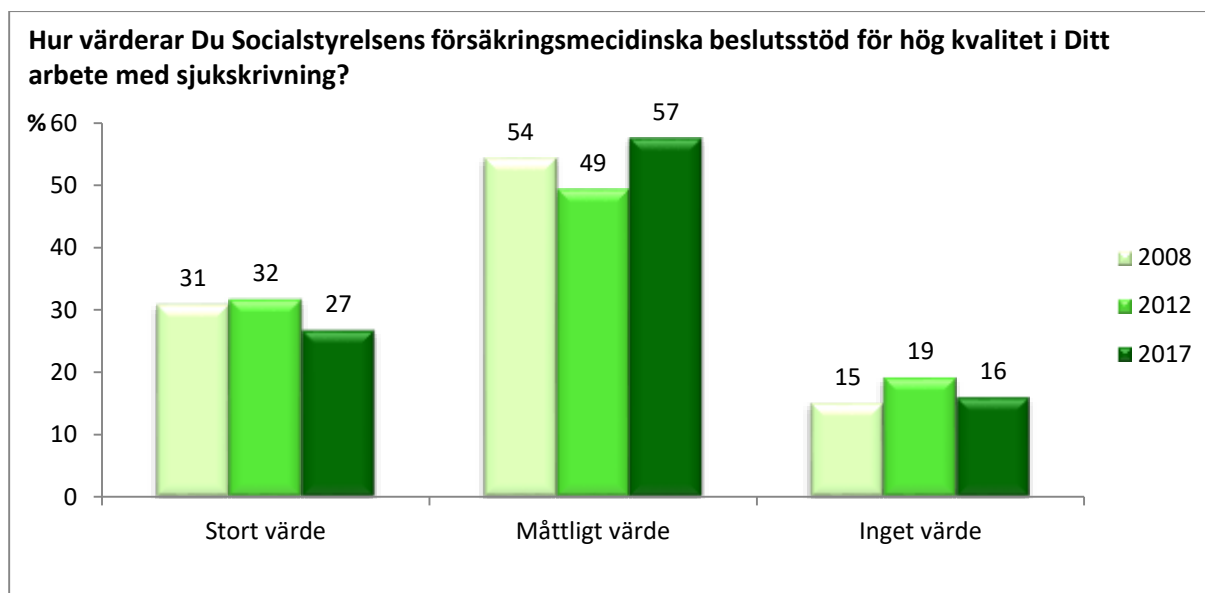
I Tabell 41 visas motsvarande andelar när de läkare som svarat att de aldrig använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd exkluderas. Andelarna läkare som anser att beslutsstödet underlättar kontakter med respektive aktör är större.

Tabell 41. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd underlättar kontakterna med... ¹	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
... patienten	2008	62	80
	2012	58	66
	2017	53	55
... hälso- och sjukvårdspersonal	2008	27	40
	2012	31	45
	2017	34	41
... patientens arbetsplats/Arbetsförmedling	2008	25	42
	2012	29	44
	2017	34	32
... Försäkringskassan	2008	42	60
	2012	45	55
	2017	47	47

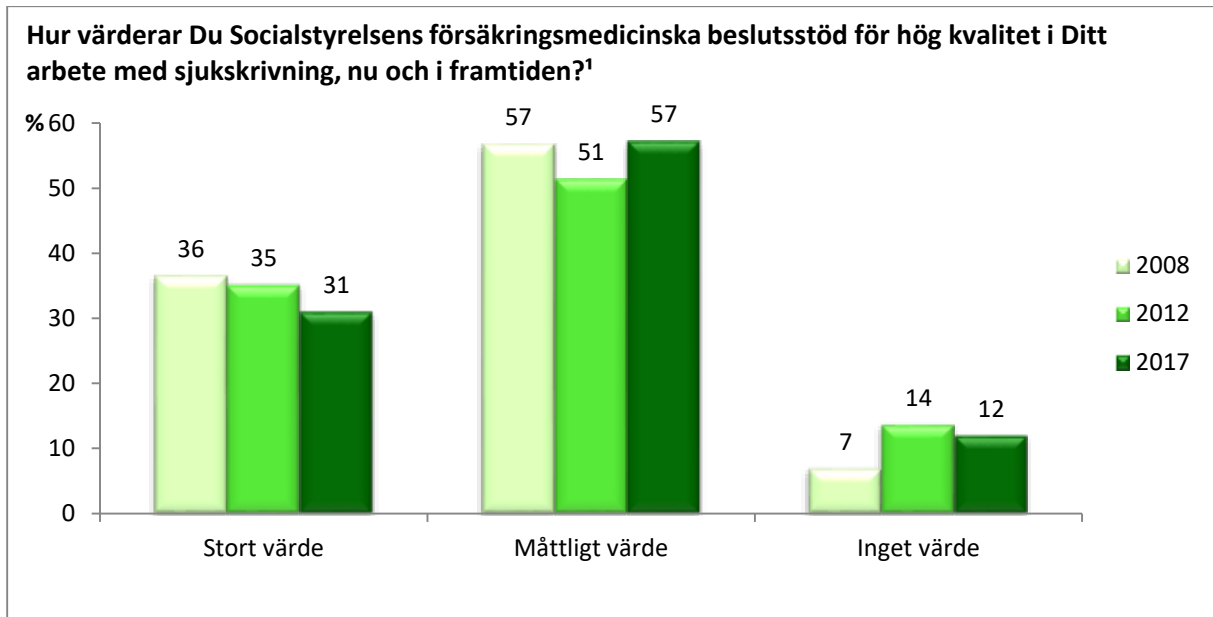
¹ De som svarat att de aldrig använder beslutsstödet är exkluderade i denna tabell.

I läkarnas skattningar av hur de värdesatte Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning nu och i framtiden sågs inga stora förändringar mellan enkätåren Figur 59.



Figur 59. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

I Figur 60 visas motsvarande skattningar när de läkare som inte använde beslutsstödet exkluderas. För andelen som svarade att beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning kan en svag nedåtgående trend ses från 2008 till 2017 (36 % 2008; 35 % 2012; 31 % 2017).



Figur 60. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

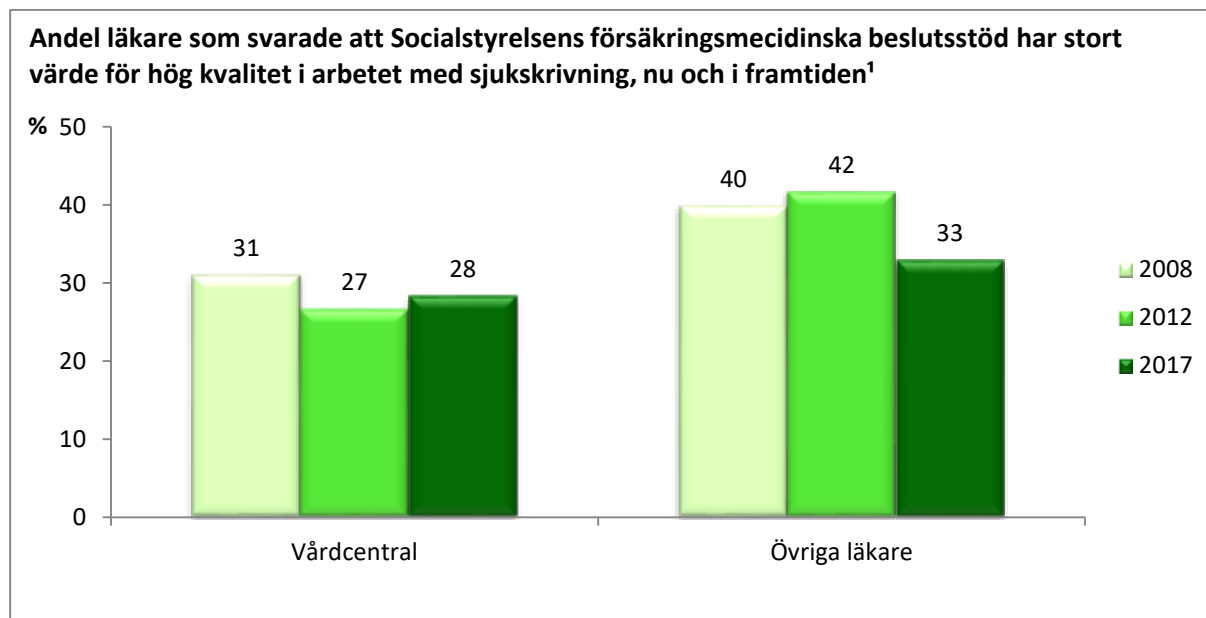
¹Baserat på svar från de läkare som svarade att de minst några gånger per år bedömer sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

I Figur 61 visas andel läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde för deras sjukskrivningsarbete bland vårdcentralsläkare och bland övriga läkare. Andelarna skiljer sig inte mycket mellan åren och är något större bland övriga läkare.



Figur 61. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Om de läkare som svarat att de inte använder FMB exkluderas, blir ovanstående siffror som i (Figur 62). Bland vårdcentralsläkarna ansåg då 27-31 procent att det försäkringsmedicinska beslutsstödet hade stort värde 2008-2017 (Figur 62). Bland övriga läkare var andelen större 2008 (40 %) och 2012 (42 %) och mindre år 2017 (33 %).



Figur 62. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

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

Samarbete och samverkan

Flera frågor handlade om läkarens samarbete internt inom vården och samverkan externt med olika aktörer i sjukskrivningsärenden. Generellt fanns inga stora skillnader i samarbete mellan enkätåren. Samtliga enkätår var det vanligast för läkarna att samarbeta med eller remittera till fysioterapeut/arbetsterapeut (Tabell 42). Omkring hälften av läkarna svarade att de gör detta minst någon gång per månad (51 % 2008; 56 % 2012; 52 % 2017). Därefter följde andelen som minst någon gång per månad samarbetade med eller remitterade till kurator/psykolog (38 % 2008; 46 % 2012; 43 % 2017). Andelen som lika ofta hade kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden ökade från 13 procent 2008 till 29 procent 2017 medan andelen som aldrig eller i stort sett aldrig har kontakt med densamma minskade över åren (51 % 2008; 39 % 2012; 37 % 2017). Liknande mönster kunde ses för kontakten med socialtjänsten; andelen som minst någon gång per månad hade kontakt med socialtjänsten ökade från 5 procent 2008, till 20 procent 2012 och 16 procent 2017, medan andelen som aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden minskade från 72 procent 2008 till 60 procent 2017.

Motsvarande ökning kunde inte ses bland sjukskrivande läkare i hela landet under samma period. Där svarade sex procent respektive enkätår att de minst någon gång per månad hade kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden och 9-11 procent att de lika ofta hade kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden.

Tabell 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Minst en gång/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	1	19	39	41
	2012	1	14	38	47
	2017	4	19	35	42
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/ psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	21	17	22	40
	2012	21	25	23	32
	2017	23	20	20	37
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/ arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	28	23	23	25
	2012	31	25	19	25
	2017	26	26	22	26
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	10	29	35	26
	2012	7	24	39	29
	2017	6	26	41	27
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	14	21	18	48
	2012	8	30	22	40
	2017	8	26	27	40
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	8	8	18	66
	2012	5	10	24	61
	2017	3	10	27	60
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	1	4	23	72
	2012	3	17	19	61
	2017	2	14	23	60
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	1	13	35	51
	2012	5	24	32	39
	2017	6	23	34	37

I Tabell 43 redovisas ovanstående för dem som svarat att de gör detta *minst en gång per månad*, uppdelat på vårdcentral och övriga. Skillnaderna mellan vårdcentralsläkare och övriga i andel som samarbetade/remitterade till de listade kontakterna var betydande med störst andel som hade sådan samverkan/samarbete bland vårdcentralsläkarna. År 2017 var skillnaden mellan de två läkargrupperna störst för samarbete med kurator/psykolog, vilka 89 procent av vårdcentralsläkarna och 15 procent av övriga läkare angav.

Andelen läkare som uppgav samarbete/remittering ökade oftare bland vårdcentralsläkarna och bland övriga läkare 2008-2017. Störst förändring över åren var ökningen av andelen vårdcentralsläkare som uppgav att de minst någon gång per månad hade kontakt med socialtjänsten (5 % 2008; 36 % 2012; 33 % 2017) och med Arbetsförmedlingen (33 % 2008; 59 % 2012; 54 % 2017). För övriga läkare varierade andelen som hade kontakt med socialtjänsten mellan 5 och 10 procent och för kontakt med Arbetsförmedlingen gick den från 6 procent 2008 till 13 procent 2017.

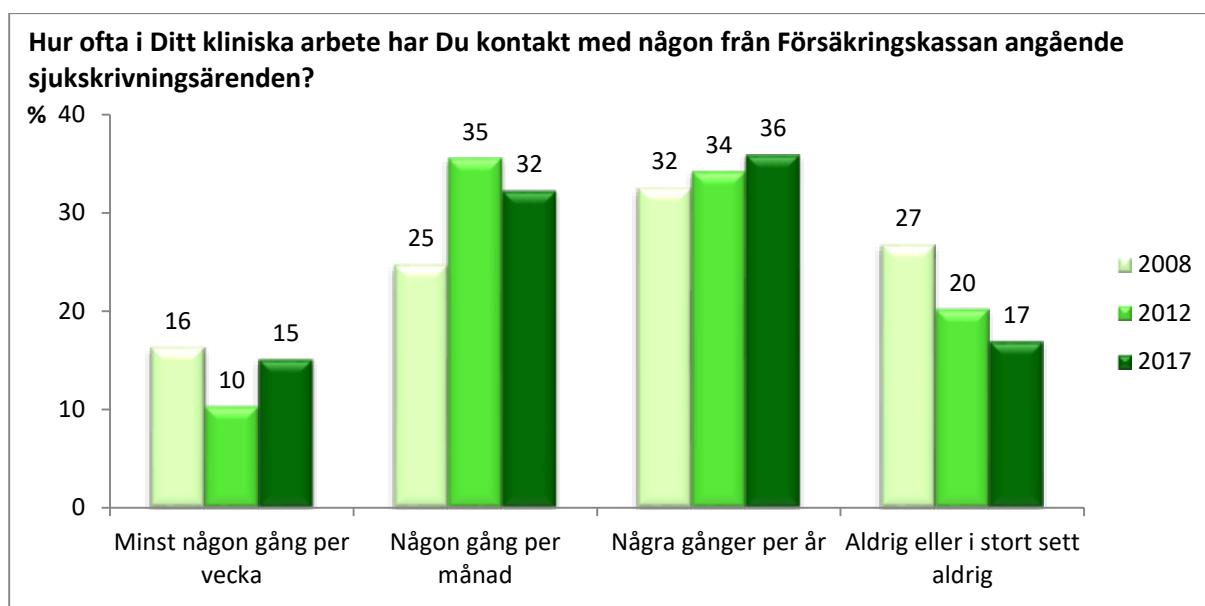
Tabell 43. Andel (%) läkare som samarbetade med/remitterade till andra professioner eller organisationer *minst någon gång per månad*, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete...	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
... remitterar/hänvisar Du till företagshälsovård?	2008	39	12
	2012	29	7
	2017	42	11
... samarbetar Du med/remitterar till kurator/psykolog i sjukskrivningsärenden?	2008	76	21
	2012	86	21
	2017	89	15
... samarbetar Du med/remitterar till fysioterapeut/arbetsterapeut i sjukskrivningsärenden?	2008	88	34
	2012	89	36
	2017	90	30
... samråder Du med andra läkare i sjukskrivningsärenden?	2008	55	32
	2012	50	20
	2017	54	20
... deltar Du eller Ditt vårdteam i s.k. avstämningsmöten kring patienter Du sjukskriver?	2008	70	18
	2012	70	18
	2017	62	16
... har Du eller Ditt vårdteam kontakt med arbetsgivare på andra sätt än genom s.k. avstämningsmöten?	2008	23	12
	2012	24	9
	2017	21	9
... har Du kontakt med socialtjänsten i sjukskrivningsärenden?	2008	5	5
	2012	36	10
	2017	33	7
... har Du kontakt med Arbetsförmedlingen i sjukskrivningsärenden?	2008	33	6
	2012	59	10
	2017	54	13

Kontakter med Försäkringskassan

Andelen läkare som hade kontakt med Försäkringskassan minst någon gång per vecka var lika stor år 2008 och 2017 (15-16 %) men mindre år 2012 (10 %) (Figur 63 **Fel! Hittar inte referensälla.**). Kontakt någon gång per månad eller oftare svarade 41 procent 2008 och något större andel 2012 och 2017 (45 respektive 47 %). Resultatet visar en tydlig minskning i andelen som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan (27 % 2008; 20 % 2012; 17 % 2017).

Andelen som någon gång per månad hade kontakt med Försäkringskassan var i Södermanland störst år 2012 (2008 25 %; 2012 35 %; 2017 32 %) medan andelen som hade detsamma i hela landet ökade successivt under samma period (2008 24 %; 2012 26 %; 2017 31 %).



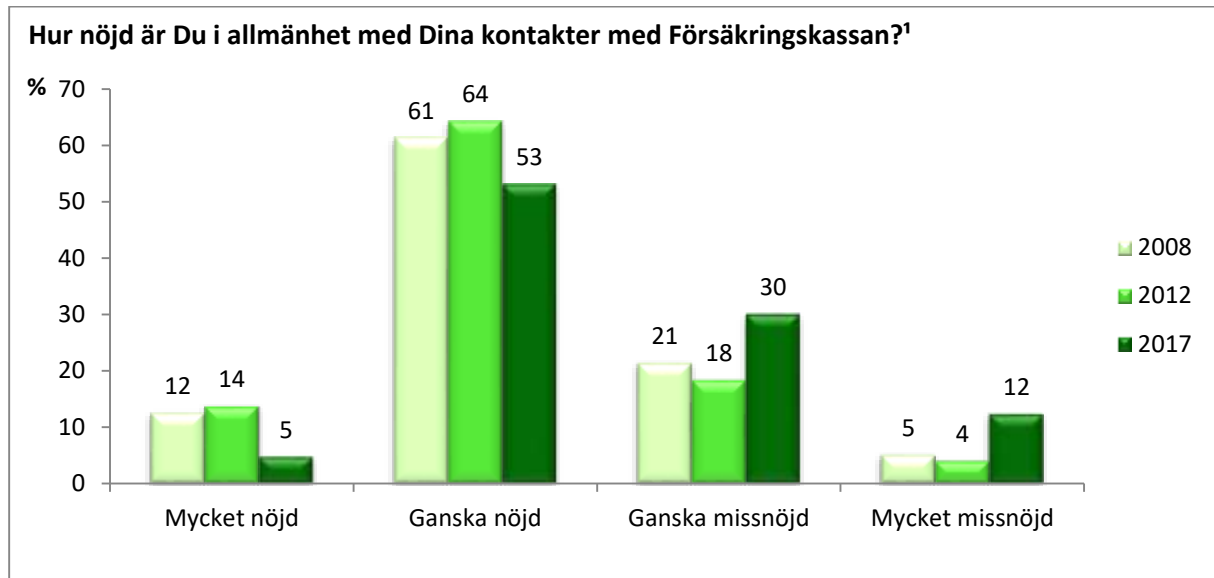
Figur 63. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.

Ovanstående resultat uppdelat på vårdcentral och övriga kliniska verksamheter visar att en tredjedel av vårdcentralsläkarna hade kontakter med Försäkringskassan minst någon gång per vecka åren 2008 (31 %) och 2017 (28 %) medan en mindre andel uppgav detsamma 2012 (17 %) (Tabell 44). En betydligt mindre andel bland övriga läkare hade samma frekvens av kontakter (10 % 2008; 6 % 2012; 7 % 2017). Däremot minskade andelen av övriga läkare som aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakter (38 % 2008; 31 % 2012; 24 % 2017). Motsvarande siffror bland vårdcentralsläkarna var 3-5 procent.

Tabell 44. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete har Du kontakt med någon från Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden?	Enkätår	Minst någon gång per vecka	Någon gång per månad	Några gånger per år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Vårdcentral	2008	31	54	13	3
	2012	17	65	15	3
	2017	28	50	17	5
Övriga läkare	2008	10	11	41	38
	2012	6	18	46	31
	2017	7	21	47	24

En fråga handlade om hur nöjd läkaren var med kontakten med Försäkringskassan. I Figur 64 har de läkare som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig har några kontakter med Försäkringskassan exkluderats. Av dem som hade kontakter med Försäkringskassan, var majoriteten mycket eller ganska nöjda med dem, dock var andelen betydligt mindre år 2017 än tidigare enkätår (73 % 2008; 78 % 2012; 58 % 2017).



Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.

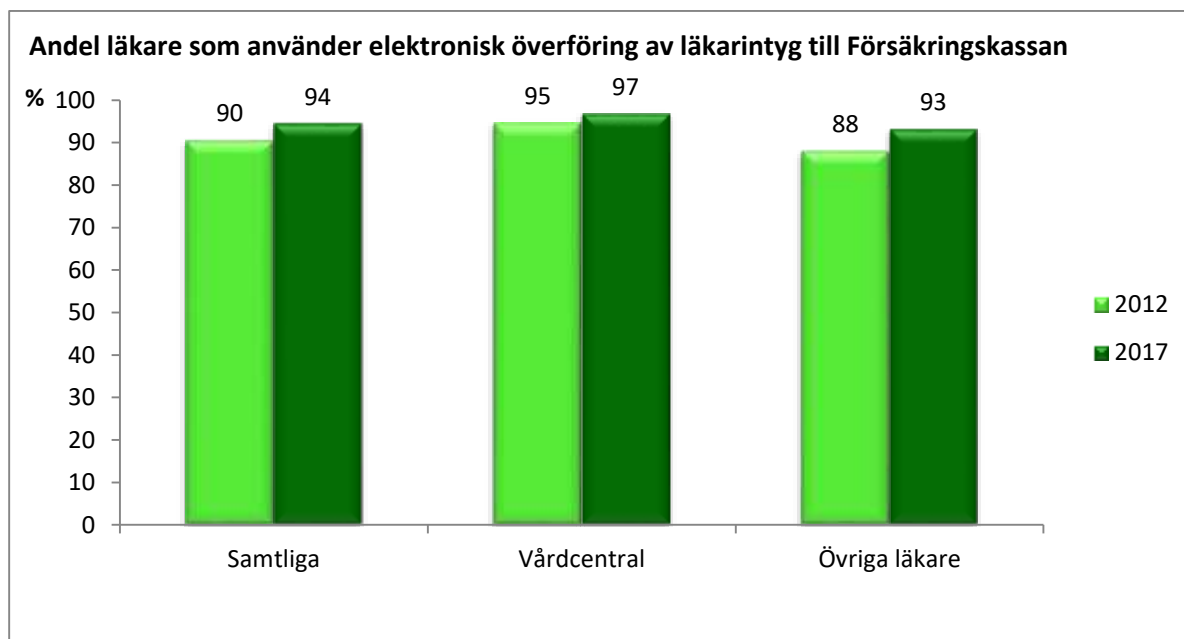
¹De läkare som svarade "Har inga kontakter med FK" har här exkluderats.

Ovanstående resultat redovisas i Tabell 45 uppdelat på vårdcentral och övriga. Bland vårdcentralsläkarna svarade en mindre andel att de var mycket eller ganska nöjda 2017 (44 %) än 2008 (78 %); både vad det gällde att vara mycket och ganska nöjd. För övriga läkare minskade andelen mycket nöjda (13 % 2008; 11 % 2012; 4 % 2017) medan andelen ganska nöjda ökade något (58 % 2008; 65 % 2012; 63 % 2017). En ökning av andelen som var mycket missnöjda med kontakten kunde ses både bland vårdcentralsläkarna (5 % 2008; 5 % 2012; 17 % 2017) och övriga läkare (5 % 2008; 3 % 2012; 9 % 2017).

Tabell 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på vårdcentral och övriga kliniska verksamheter, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur nöjd är Du i allmänhet med Dina kontakter med Försäkringskassan? ¹	Enkätår	Mycket nöjd	Ganska nöjd	Ganska missnöjd	Mycket missnöjd
Vårdcentral	2008	11	67	17	5
	2012	17	63	15	5
	2017	5	39	38	17
Övriga läkare	2008	13	58	24	5
	2012	11	65	21	3
	2017	4	63	24	9

Systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan började införas år 2011. I Södermanland använde hela 90 procent av läkarna detta system 2012; 95 procent av vårdcentralsläkarna (där systemet först infördes) och 88 procent av övriga läkare (Figur 65). År 2017 hade andelen ökat till 97 procent bland vårdcentralsläkarna och 93 procent bland övriga läkare.



Figur 65. Andel (%) läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2012 respektive 2017.

Bland dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg kunde en betydande ökning ses 2012-2017 i andelen som rapporterade att överföringen var integrerad med journalsystemet; från 71 till 92 procent bland vårdcentralsläkarna och från 78 till 96 procent bland övriga läkare (Tabell 46).

Tabell 46. Andel (%) läkare, av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg, som hade det systemet integrerat med sitt journalsystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Är elektronisk överföring av läkarintyg på något sätt integrerat med Ditt journalsystem? ¹	Enkätår	Ja	Nej	Vet ej
Samtliga	2012	75	22	2
	2017	94	5	1
Vårdcentral	2012	71	26	3
	2017	92	8	1
Övriga läkare	2012	78	20	2
	2017	96	3	1

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

Svårigheter i kontakter med Försäkringskassan

På frågan om vilka typer av svårigheter som läkarna upplevde i sina kontakter med Försäkringskassan var det första svarsalternativet att inte uppleva några svårigheter. Ungefär en tredjedel upplevde inte några svårigheter år 2008 (34 %) respektive 2012 (32 %), medan andelen var mindre (22 %) år 2017 (ej i figur). I Figur 66 visas resultaten för 15 specifika potentiella svårigheter i kontakten med Försäkringskassan som listades i de tre enkäterna – två av dem fanns inte med år 2008.

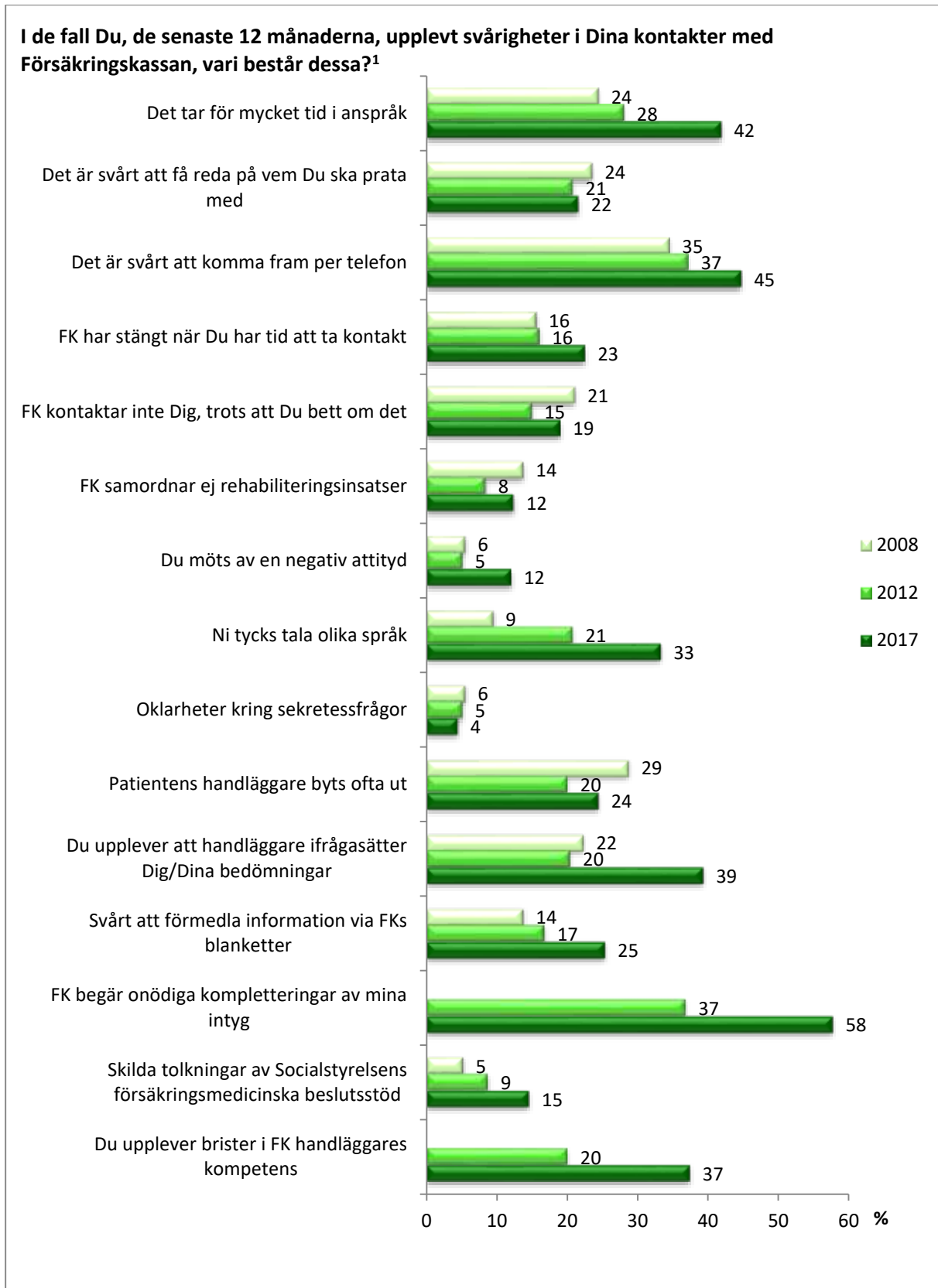
För fem av de 15 listade svårigheterna var andelen som upplevde dem mindre eller lika stor 2017 som tidigare år. För de övriga listade typerna av svårigheter var andelen som upplevde dem störst år 2017 och för de flesta fanns det en stegvis ökning av andelen som upplevde detta för varje enkätår.

Den svårighet, av samtliga 15 listade svårigheter, som störst andel upplevde 2017 var att Försäkringskassan begär onödiga kompletteringar av mina intyg (58 %), en ökning från 37 procent år 2012. I enkäten 2008 fanns inte denna typ av svårighet listad. De svårigheter som drygt 40 procent uppgav år 2017 var att det är svårt att komma fram per telefon (45 %) och att kontakten med Försäkringskassan ”tar för mycket tid i anspråk” (42 %).

Som framgår i Figur 66 ökade andelen som upplevde de olika typerna av svårigheter markant för flera av de listade alternativen. Det var bara ett alternativ som andelen som upplevde detta minskade, nämligen för oklarheter kring sekretessfrågor.

De största skillnaderna mellan enkätåren var i andelen som angav att kontakterna med Försäkringskassan tar för mycket tid (12 % 2008; 21 % 2012; 35 % 2017), som upplevde att handläggare ifrågasätter dem eller deras bedömningar (22 % 2008; 20 % 2012; 39 % 2017) respektive som upplever brister i Försäkringskassans handläggares kompetens (20 % 2012; 37 % 2017).

Medan andelen som svarade att svårigheten i kontakten bestod i att det var svårt att komma fram per telefon var relativt konstant mellan enkätåren bland läkarna i hela landet (38 % 2008; 36 % 2012; 40 % 2017) så ökade andelen successivt bland läkarna i Södermanland (35 % 2008; 37 % 2012; 45 % 2017). Både bland läkare i hela landet och bland läkare i Södermanland ökade andelen som upplevde att svårigheten bestod i brister i Försäkringskassans handläggares kompetens mellan 2012 och 2017; ökningen var däremot något större i Södermanland (20 % 2012; 37 % 2017) än i hela landet (27 % 2012; 37 % 2017).



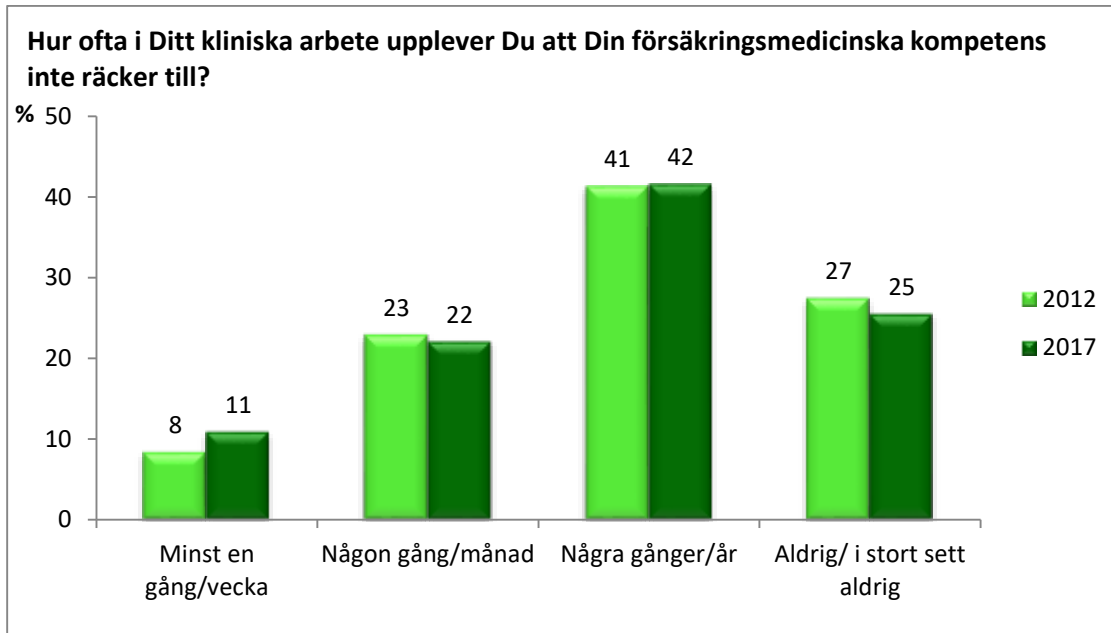
Figur 66. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2008, 2012 respektive 2017.

¹Svarsalternativet 'Annat' redovisas inte i figuren.

Försäkringsmedicinsk kompetens

Enkäterna innehöll flera direkta och indirekta frågor om försäkringsmedicinsk kompetens. Nedan redovisas några av dem

I Figur 67 redovisas svar på frågan om hur ofta läkaren upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, från enkätår 2012 och 2017. Det vanligaste var att läkarna upplevde detta några gånger per år (41-42 %) och inga egentliga skillnader fanns mellan enkätåren.



Figur 67. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, år 2012 respektive 2017.

Värdet av olika faktorer för hög kvalitet i arbetet

I enkäterna efterfrågades vilket värde läkarna ansåg att olika typer av kontakter hade för deras arbete med sjukskrivning av patienter. I Tabell 47 redovisas svaren för fem typer av kontakter. År 2008 satte läkarna i högst grad stort värde vid kontakter med läkarkollegor och annan vårdpersonal (62 %) samt samverkansmöten/avstämningsmöten (49 %). Motsvarande andelar var mindre år 2017, både vad det gällde kontakter med läkarkollegor och annan vårdpersonal (54 %) och samverkansmöten/avstämningsmöten (41 %). Andelen som upplevde att kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens har stort värde ökade däremot från 43 procent 2008 till 54 procent 2017.

Tabell 47. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	43	47	10
	2012	46	42	11
	2017	54	38	8
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	62	35	3
	2012	43	45	11
	2017	54	37	9
Kontakter med handläggare/utredare på FK	2008	45	44	12
	2012	35	50	14
	2017	44	44	12
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	49	35	16
	2012	41	39	20
	2017	41	43	16
Kontakter med patienters arbetsgivare	2008	29	49	22
	2012	21	46	33
	2017	25	50	25

Nedan redovisas andelen som satte stort värde vid de listade kontakterna uppdelat på vårdcentraler och övriga verksamheter. Vårdcentralsläkarna satte i högre grad stort värde vid samtliga kontakter (28-79 %) än övriga läkare (16-56 %) (Tabell 48). Bland både vårdcentralsläkarna och övriga läkare minskade andelen som satte stort värde vid kontakterna över åren, med undantag för kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens som ökade med elva procentenheter i båda grupperna och kontakter med patienters arbetsgivare som ökade med fyra procentenheter bland vårdcentralsläkarna.

Tabell 48. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har *stort värde* för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel som angav att följande alternativ har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
Möjlighet till kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens	2008	49	40
	2012	48	45
	2017	60	51
Kontakter med andra läkarkollegor och/eller annan vårdpersonal	2008	75	56
	2012	57	35
	2017	65	47
Kontakter med handläggare/utredare på FK	2008	58	38
	2012	46	29
	2017	55	37
Samverkansmöten/avstämningsmöten	2008	79	36
	2012	63	27
	2017	68	25
Kontakter med patienters arbetsgivare	2008	36	25
	2012	28	16
	2017	40	16

Läkarna fick även skatta hur de värderar ett antal andra aspekter för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, nu och i framtiden. Generellt skedde inga större förändringar 2008-2017; den största gällde andelen som inte satte något värde vid att få uppföljande statistik om hur de och deras enhet sjukskrivit senaste året, vilken ökade (24 % 2008; 36 % 2012; 35 % 2017) (Tabell 49). Omkring hälften av läkarna svarade att ett gemensamt verktyg/en mall för arbetsförmågebedömning skulle ha stort värde (46 % 2008, 52 % 2012, 51 % 2017). För denna faktor var det också minst andel som

svarade att det inte hade något värde. En stor andel svarade också att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten skulle ha stort värde för kvaliteten i sjukskrivningsarbetet, med liten ökning mellan åren (44 % 2008; 49 % 2012; 47 % 2017). Knappt hälften (43-48 %) svarade att bättre ersättning för att skriva intyg inte hade något värde för hög kvalitet.

Tabell 49. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	28	49	24
	2012	26	38	36
	2017	21	44	35
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	44	43	13
	2012	49	36	16
	2017	47	41	12
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	46	42	12
	2012	52	36	11
	2017	51	37	11
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	20	33	48
	2012	29	28	43
	2017	24	33	43

I Tabell 50 redovisas ovanstående uppdelat på vårdcentral och övriga. Vårdcentralsläkarna satte i något högre grad stort värde vid samtliga aspekter (21-61 %) än övriga läkare (17-46 %). Den största skillnaden mellan läkargrupperna över enkätåren var att andelen vårdcentralsläkare som satte stort värde vid att få bättre ersättning för att skriva intyg ökade med elva procentenheter över enkätåren (24 % 2008; 31 % 2012; 35 % 2017) medan andelen övriga läkare var densamma 2008 och 2017 (18 % 2008; 28 % 2012; 17 % 2017).

Tabell 50. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har *stort värde* för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel som angav att följande alternativ har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
Få uppföljande statistik om hur Du och Din enhet sjukskrivit senaste året	2008	31	26
	2012	31	23
	2017	23	20
Bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten	2008	58	38
	2012	60	42
	2017	53	44
Ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning	2008	56	41
	2012	61	47
	2017	60	46
Att få bättre ersättning för att skriva intyg	2008	24	18
	2012	31	28
	2017	35	17

Vad avser specifika sätt att få eller bibehålla försäkringsmedicinsk kompetens, så var det framförallt handledning (34-38 %) respektive kurser i försäkringsmedicin (37-41 %) som ansågs ha stort värde, störst andel 2017 (Tabell 51). Mindre än en femtedel ansåg detsamma om skriftlig information (13-17 %).

Tabell 51. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du följande alternativ för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden?	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Handledning	2008	34	50	16
	2012	44	40	16
	2017	38	48	14
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	17	65	18
	2012	13	66	21
	2017	17	65	18
Kurser i försäkringsmedicin	2008	37	45	18
	2012	47	40	13
	2017	41	47	13

När ovanstående resultatet delas upp på vårdcentraler och övriga kliniska verksamheter framkommer vissa skillnader, i de flesta fall likartade över de tre enkätåren (Tabell 52). Fyrtioen till 54 procent bland vårdcentralsläkarna och 30-43 procent bland övriga läkare ansåg att handledning respektive kurser i försäkringsmedicin hade stort värde. I båda grupperna var andelen störst 2012 och minst 2008.

Tabell 52. Andel (%) läkare som angav stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning för tre sätt att få ökad försäkringsmedicinsk kompetens, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

Andel som angav att följande alternativ har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
Handledning	2008	41	30
	2012	54	38
	2017	44	35
Skriftlig information (böcker, broschyrer, artiklar etc.)	2008	13	19
	2012	12	14
	2017	15	18
Kurser i försäkringsmedicin	2008	42	35
	2012	53	43
	2017	47	37

I enkäterna år 2012 och 2017 (ej år 2008) fanns det frågor om hur läkaren värderade att få underlag från andra professionella inom hälso- och sjukvården till sina egna försäkringsmedicinska bedömningar (Tabell 53). Det fanns en tydlig skillnad mellan åren med störst andel som ansåg att underlag från samtliga nämnda professioner hade stort värde 2017; 56 procent avseende underlag från fysioterapeuter/arbetsterapeuter, 50 procent avseende underlag från kurator/psykolog och 44 procent avseende underlag från annan läkare. Motsvarande siffror 2012 var 38, 36 respektive 26 procent.

Tabell 53. Andel (%) läkare som svarade att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från vissa yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.

Hur värderar Du att för hög kvalitet i Ditt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden, få underlag till Dina försäkringsmedicinska bedömningar av:	Enkätår	Stort värde	Måttligt värde	Inget värde
Annan läkare	2012	26	53	21
	2017	44	41	15
Fysioterapeut/arbetsterapeut	2012	38	45	17
	2017	56	34	10
Kurator/psykolog	2012	36	46	18
	2017	50	38	12

Uppdelat på vårdcentraler och övriga kliniska verksamheter visar ovanstående resultatet samma mönster (Tabell 54). Två tredjedelar av vårdcentralsläkarna svarade att underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut (66 %) samt från kurator/psykolog (63 %) har stort värde 2017, vilket är en större andel än 2012. Av övriga läkare svarade hälften att underlag från fysioterapeut/arbetsterapeut har stort värde (51 %) 2017; 40-41 procent svarade detsamma om underlag från de andra två professionerna. Bland övriga läkare fanns de största skillnaderna mellan åren med ökning på 19-25 procentenheter.

Tabell 54. Andel (%) läkare som svarade att det har stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från vissa yrkesgrupper, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2012 respektive 2017.

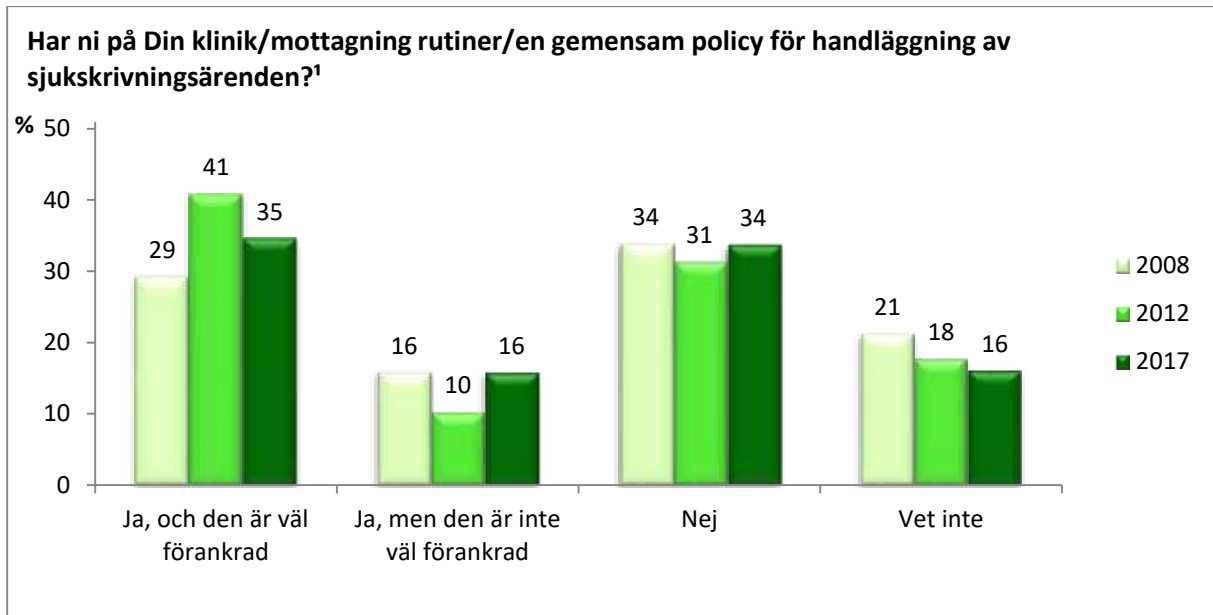
Andel som för hög kvalitet i sitt arbete med sjukskrivning, nu och i framtiden, angav att det har stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar av:	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
Annan läkare	2012	38	18
	2017	50	40
Fysioterapeut/arbetsterapeut	2012	57	26
	2017	66	51
Kurator/psykolog	2012	59	22
	2017	63	41

Organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning

Till organisatoriska förutsättningar för arbetet med sjukskrivning av patienter ingår bland annat att ha gemensamma rutiner eller policy för sjukskrivningsarbetet och att ha stöd från ledningen i det arbetet. En annan organisatorisk förutsättning är att ha tid avsatt för olika delar i sjukskrivningsarbetet. Under denna rubrik redovisas även svar på frågor om sjukskrivning som ett arbetsmiljöproblem.

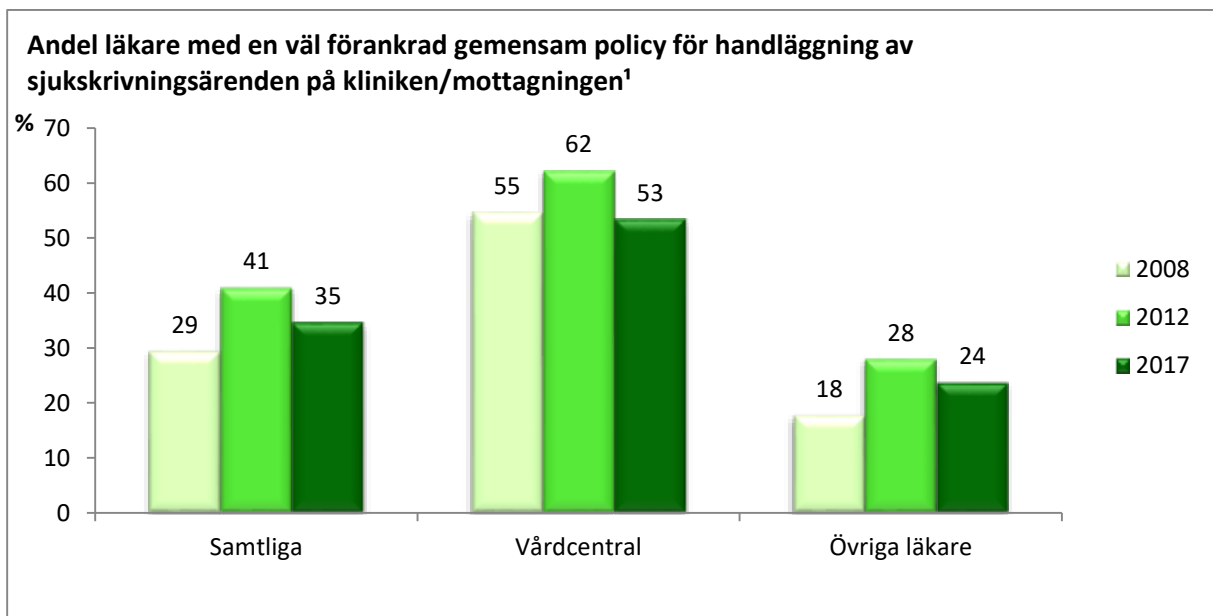
Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

En fråga i enkäten avsåg huruvida det på kliniken/mottagningen fanns rutiner/en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Andelen som svarade att de har en väl förankrad policy på kliniken var något större år 2012 (41 %) och 2017 (35 %) än 2008 (29 %), medan andelen som svarade att de har en policy som inte är väl förankrad var något lägre 2012 (10 % jämfört med 16 % 2008 och 2017) (Figur 68). Varje enkätår svarade runt en tredjedel av läkarna att de inte har någon policy medan andelen läkare som inte visste om de har någon policy minskade från 21 procent 2008 till 16 procent 2017.



Figur 68. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017. ¹De läkare som svarade ”Ej aktuellt, arbetar inte på en klinisk enhet” har här exkluderats.

I Figur 69 visas andelen som svarade att det finns en väl förankrad policy på deras klinik/mottagning uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. Alla tre enkätår svarade en majoritet av vårdcentralsläkarna (53-62 %) att de har en väl förankrad policy, medan andelen för övriga läkare varierade mellan 18-28 procent. Bland både vårdcentralsläkarna och övriga läkare var andelen störst år 2012.

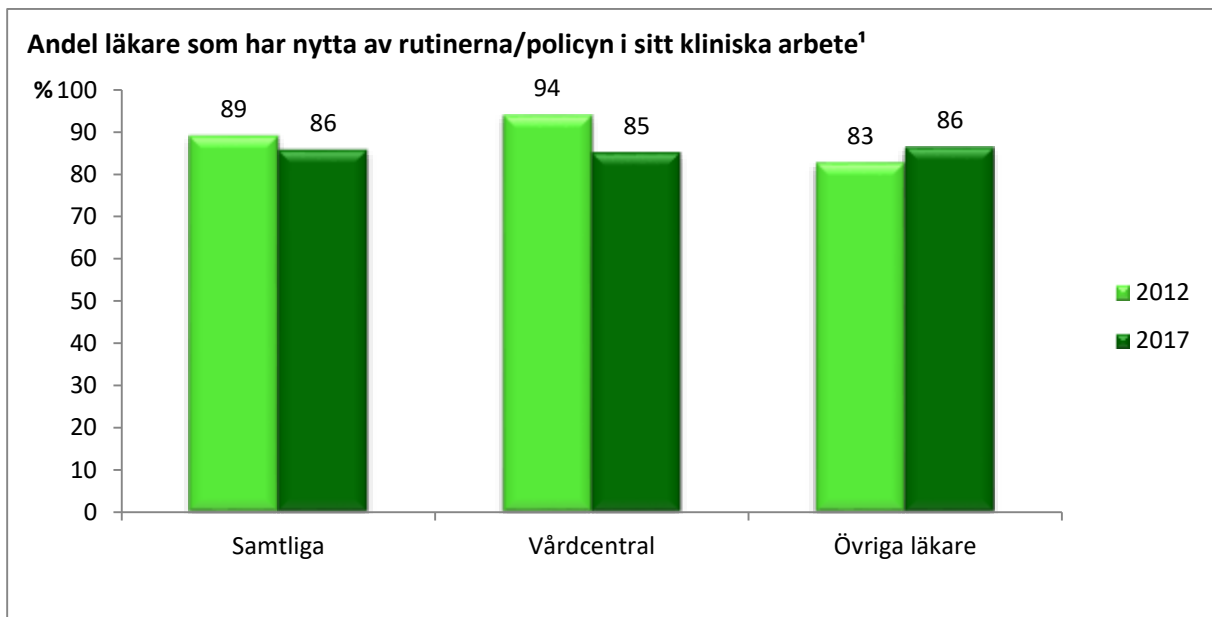


Figur 69. Andel (%) läkare som svarade att det finns en väl förankrad policy på deras klinik/mottagning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

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

År 2012 och 2017 fick de läkare som svarat att det fanns en policy, vare sig den var väl förankrad eller inte, en följdfråga som avsåg om de hade nytta av policyn i sitt kliniska arbete. Av de läkare som hade

en policy svarade 89 procent år 2012 och 86 procent år 2017 att de hade nytta av den i sitt arbete (Figur 70). Andelen var någon mindre bland övriga läkare än bland vårdcentralsläkarna. Förändringen mellan 2012 och 2017 fanns främst bland vårdcentralsläkarna där andelen som svarade att de har nytta av policyn minskade från 94 procent 2012 till 85 procent 2017.

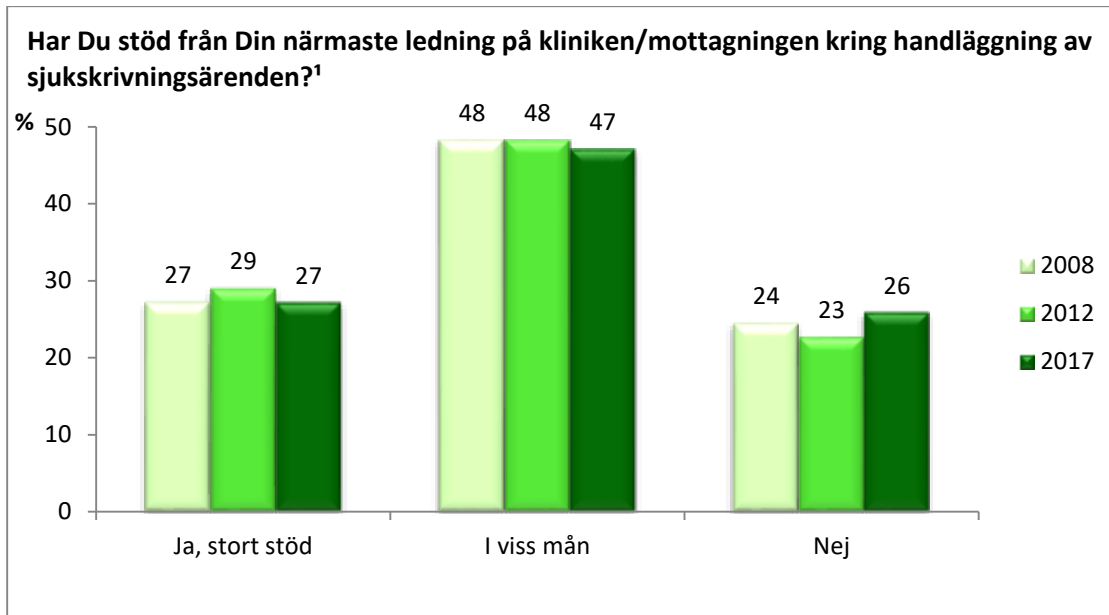


Figur 70. Andel (%) läkare som svarade att de har nytta av policyn i sitt arbete, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2012 respektive 2017.

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

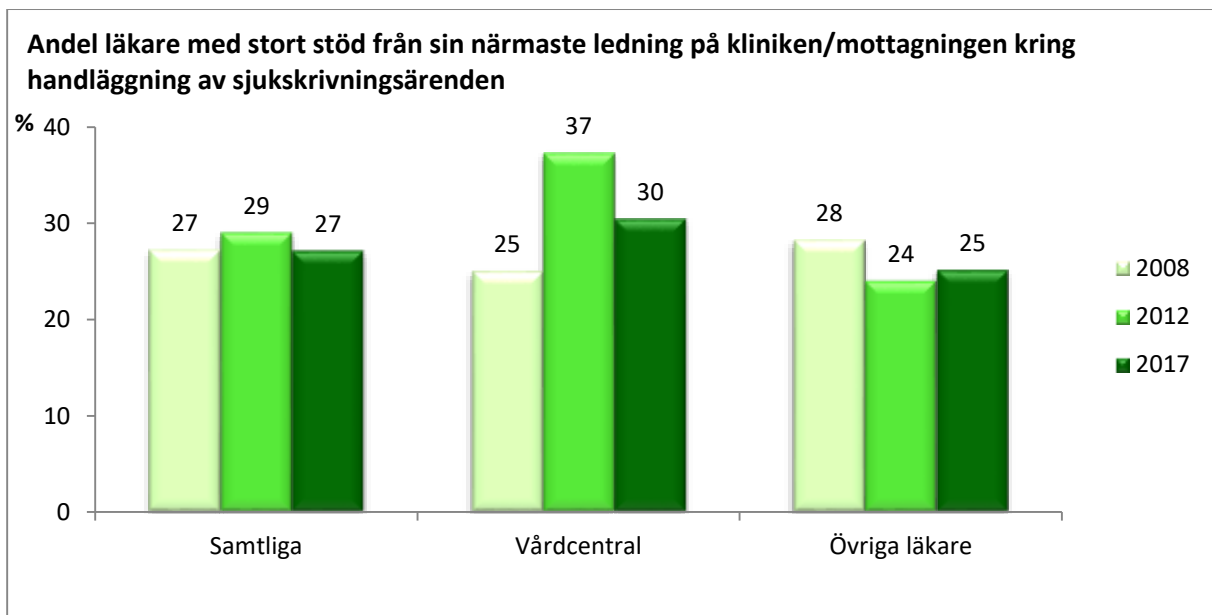
Stöd från ledningen

På frågan om att ha stöd från närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden fanns även svarsalternativen att frågan inte var aktuell eftersom läkaren inte hade någon chef eller att frågan inte var aktuell eftersom läkaren inte arbetade på en klinisk enhet. En av tjugo läkare svarade något av dessa alternativ respektive år (6 % 2008; 6 % 2012; 4 % 2017). I Figur 71 är svar från dem exkluderade. Svarmönstret gällande stöd från den närmaste ledningen skilde sig i princip inte alls mellan enkätåren. Drygt en fjärdedel (27-29 %) upplevde att de hade stort stöd i sitt sjukskrivningsarbete från närmaste ledning. En något mindre andel (23-26 %) svarade att de inte hade något sådant stöd.



Figur 71. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.
¹De läkare som svarade "Ej aktuellt, har ingen chef" eller "Ej aktuellt, arbetar inte på en klinik enhet" har exkluderats.

Ovanstående resultat, för andelen läkare som upplevde stort stöd från sin närmaste ledning, är i Figur 72 uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. En fjärdedel av övriga läkare (25 %) svarade 2017 att de har stort stöd av ledningen, med en liten minskning från 28 procent 2008. En större variation mellan åren framkom bland vårdcentralsläkarna: 25 procent 2008, 37 procent 2012 och 30 procent 2017.



Figur 72. Andel (%) läkare som svarat att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Tid till arbete med sjukskrivning

Enkäterna innehöll flera frågor kring tidsbrist i arbetet med sjukskrivningar. Andelen läkare som upplevde tidsbrist minst några gånger per år ökade successivt varje enkätår (Tabell 55). Nästan var tredje läkare upplevde dagligen tidsbrist när det gäller tid med patienten (29 %), patientrelaterad tid (32 %) och tid för egen kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden (28 %) år 2017, vilket då det gällde tid med patienten var en betydligt större andel än år 2008 (16 %).

Andelen som någon gång per vecka eller oftare hade tidsbrist vad det gäller tid med patienten och patientrelaterad tid ökade något mer bland läkarna i Södermanland (14 respektive 9 procentenheter) än bland läkarna i hela landet (5 respektive 4 procentenheter) 2008-2017. Därmed gick andelen från att vara något mindre än landet i helhet 2008 till att vara något större än landet i helhet 2017.

Tabell 55. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.

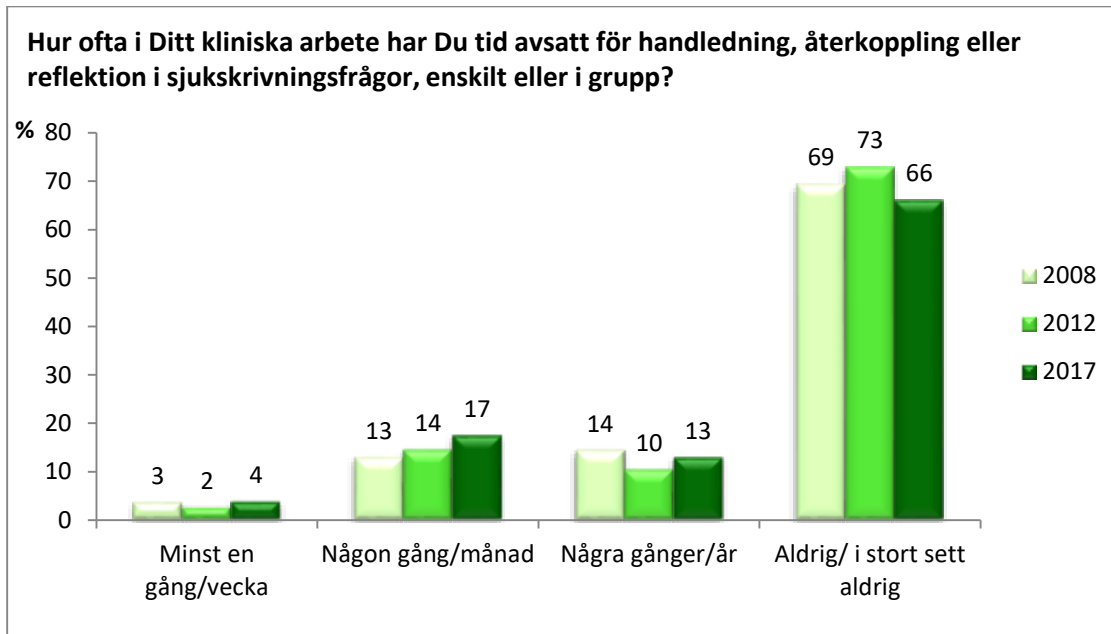
Hur ofta har Du tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Enkätår	Dagligen	Någon gång/vecka	Någon gång/månad	Några ggr/år	Aldrig, i stort sett aldrig
... tid med patienten?	2008	16	35	19	11	19
	2012	24	33	22	9	12
	2017	29	36	17	6	11
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	27	31	19	10	12
	2012	32	31	18	12	7
	2017	32	35	18	8	7
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	28	23	20	12	17
	2012	29	20	19	16	15
	2017	28	25	22	12	12

I Tabell 56 redovisas ovanstående för tidsbrist i arbetet med sjukskrivning minst varje vecka uppdelat på vårdcentraler och övrig klinisk verksamhet. Bland vårdcentralsläkarna hade 69-84 procent varje vecka tidsbrist med patienten och tidsbrist för patientrelaterad tid och bland övriga läkare rapporterades detsamma av 41-58 procent. En ökning över enkätåren kunde ses i båda läkargrupperna, den största för andelen vårdcentralsläkare som rapporterade tidsbrist med patienten minst varje vecka (15 procentenheter). Andelen som minst varje vecka hade tidsbrist med patienten var större bland vårdcentralsläkare (60-64 %) än bland övriga läkare (44-47 %), men i båda läkargrupperna var nivån oförändrad över enkätåren.

Tabell 56. Andel (%) läkare som upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning minst en gång i veckan, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.

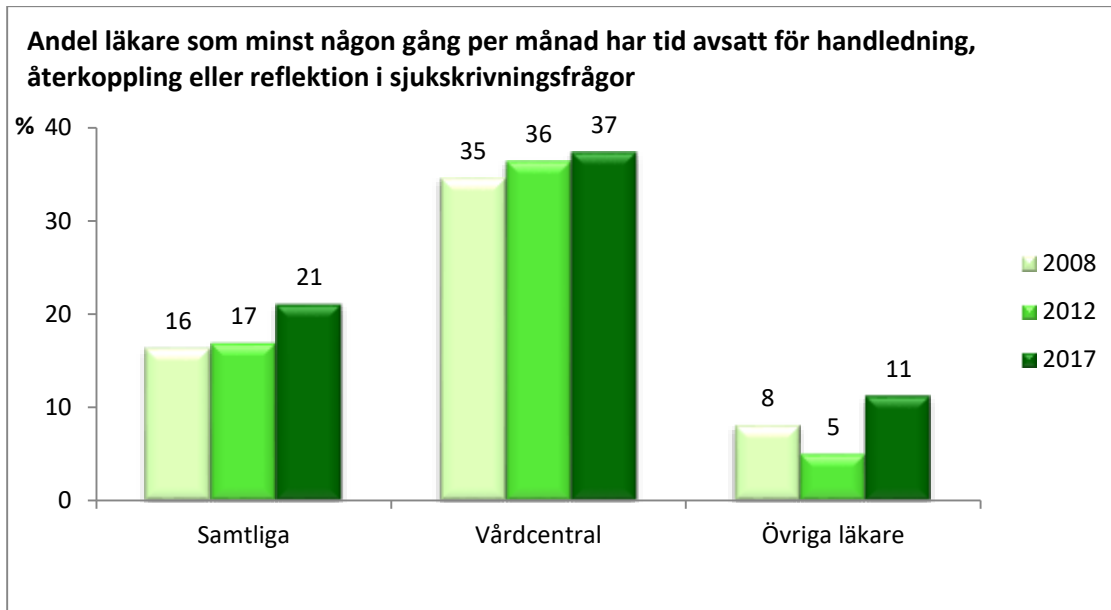
Andel läkare som minst någon gång per vecka har tidsbrist i sjukskrivningsärenden när det gäller...	Enkätår	Vårdcentral	Övriga läkare
... tid med patienten?	2008	72	41
	2012	69	50
	2017	87	53
... patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakter med andra aktörer, dokumentation, möten etc.)?	2008	75	50
	2012	75	56
	2017	84	58
... kompetensutveckling, handledning, reflektion?	2008	64	45
	2012	60	44
	2017	65	47

Det fanns inga större skillnader mellan åren när det gäller att ha tid avsatt för kompetensutveckling, handledning, reflektion, återkoppling i sjukskrivningsfrågor (Figur 73). Två tredjedelar av läkarna (66-73 %) hade aldrig tid avsatt för detta.



Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, år 2008, 2012 respektive 2017.

Ovanstående resultat visas i Figur 74 för dem som minst någon gång per månad har tid avsatt för kompetensutveckling, handledning eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, uppdelat på vårdcentraler och övriga kliniska verksamheter. Mer än en tredjedel (35-37 %) av vårdcentralsläkarna svarade att de minst någon gång per månad har tid avsatt för kompetensutveckling, handledning eller reflektion i sjukskrivningsfrågor; en något större andel 2017 än tidigare. Bland övriga läkare hade betydligt lägre andel sådan tid avsatt: 8 procent 2008, 5 procent 2012 och 11 procent 2017.

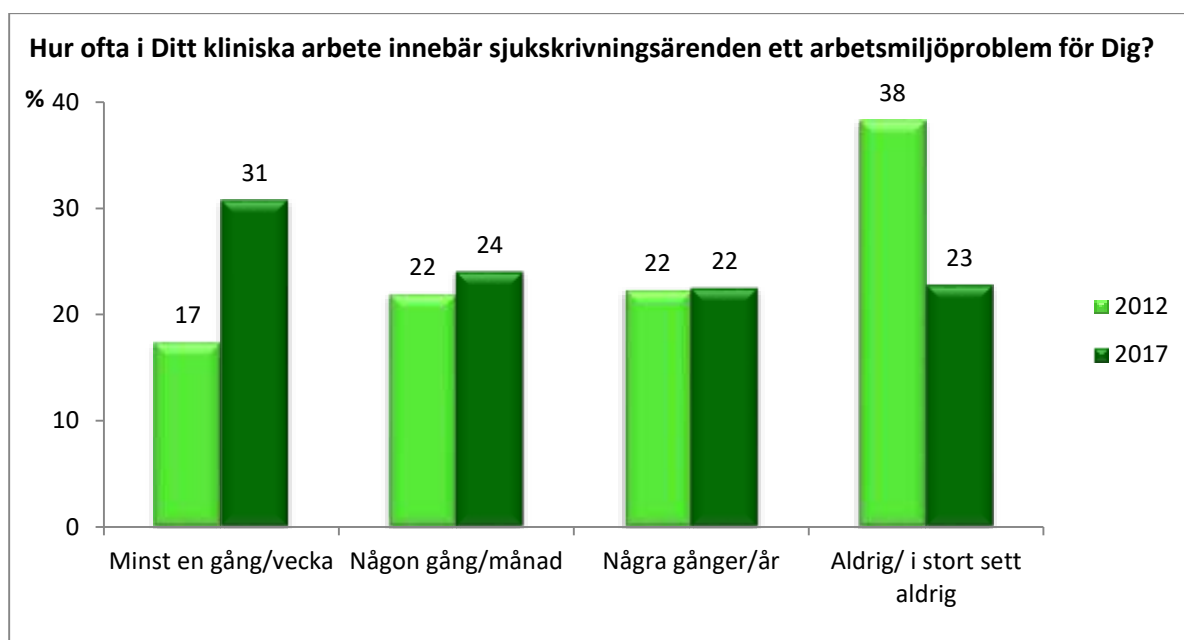


Figur 74. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Arbetsmiljöproblem

I flera studier har det framkommit att arbetet med sjukskrivningsärenden uppfattades som ett arbetsmiljöproblem av en del läkare. Frågor om detta infördes därför i de tre här redovisade enkäterna, dock med något olika utformning. I Figur 75 och Tabell 57 visas svar från jämförbara frågor 2012 och 2017 och i Figur 76 visas andelarna som inte/aldrig/i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem de tre enkätåren.

Andelen som svarade att de minst en gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem var 17 procent 2012 och 31 procent 2017 (Figur 75). Andelen som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem minskade från 38 procent 2012 till 23 procent 2017.



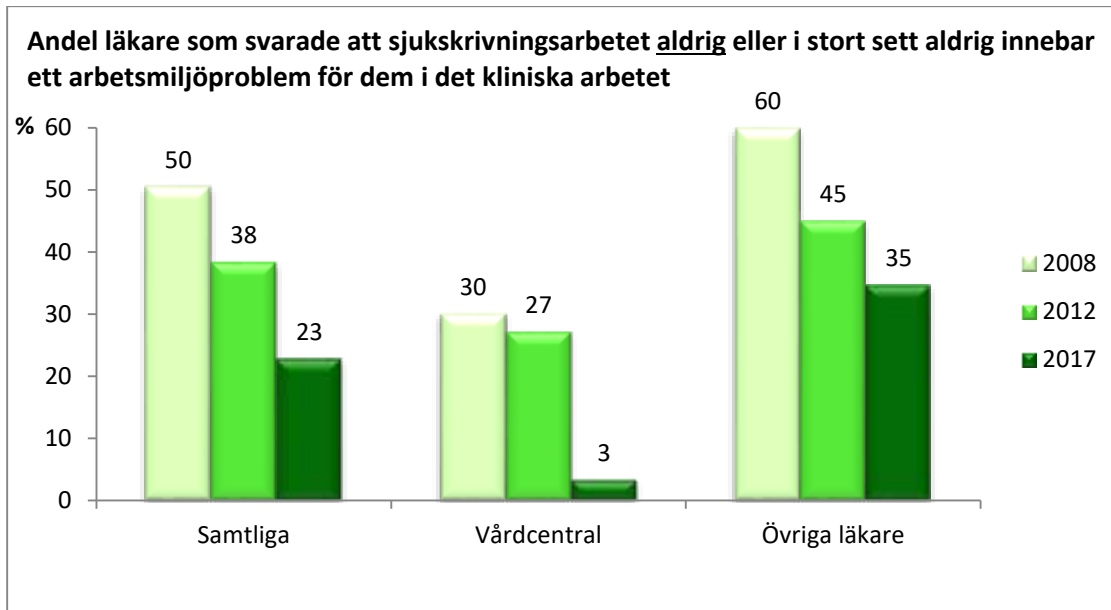
Figur 75. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2012 respektive 2017.

I Tabell 57 visas resultatet i figuren ovan uppdelat på vårdcentral och övrig verksamhet. Vårdcentralsläkarna uppgav i högre grad att sjukskrivningsärenden var ett arbetsmiljöproblem för dem och för båda läkargrupperna ökade andelarna som svarade detta mycket mellan enkätåren. Bland vårdcentralsläkarna svarade 25 procent 2012 och 47 procent 2017 att sjukskrivningsärenden minst en gång per vecka innebar ett arbetsmiljöproblem. Motsvarande andelar för övriga läkare var 12 respektive 21 procent. Endast 3 procent av vårdcentralsläkarna upplevde aldrig att sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem 2017, en betydande minskning, från 27 procent, år 2012.

Tabell 57. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Hur ofta i Ditt kliniska arbete innebär sjukskrivningsärenden ett arbetsmiljöproblem för Dig?	Enkätår	Minst 6 ggr/vecka	1-5 ggr/vecka	Någon gång/månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Samtliga	2012	7	11	22	22	38
	2017	10	21	24	22	23
Vårdcentral	2012	10	15	28	20	27
	2017	17	30	30	20	3
Övriga läkare	2012	4	8	18	24	45
	2017	6	15	20	24	35

För samtliga tre enkätår fanns svarsalternativet att arbetet med sjukskrivningar inte, aldrig eller i stort sett aldrig innebar ett arbetsmiljöproblem. I Figur 76 framgår att andelen som aldrig upplevde detta halverades från 50 procent 2008 till en fjärdedel (23 %) 2017. En drastisk minskning ses både bland vårdcentralsläkarna mellan 2012 och 2017 (30 % 2008; 27 % 2012; 3 % 2017) och bland övriga läkare främst mellan 2008 och 2012 (60 % 2008; 45 % 2012; 35 % 2017).



Figur 76. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden *aldrig* innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.

Sammanfattning jämförelsen 2017-2012-2008

Andelen läkare med olika *frekvens av sjukskrivningsärenden* förändrades inte mycket mellan de tre enkätåren. Det fanns dock skillnader mellan vårdcentralsläkare och övriga läkare när det gällde andel läkare som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger i veckan. Inom vårdcentraler ökade andelen läkare med sjukskrivningsärenden minst 6 gånger per vecka mellan enkätåren, från 37 procent 2008 till 45 procent 2017. Bland övriga läkare minskade andelen för varje enkätår från 2008 till 2017 (37 % 2008; 33 % 2012; 29 % 2017).

Andelen läkare som minst någon gång per vecka upplevde *sjukskrivningsärenden som problematiska* var något större år 2017 (43 %) jämfört med 2012 (39 %) och 2008 (36 %). Mer än hälften av vårdcentralsläkarna upplevde att sjukskrivningsärenden är mycket eller ganska problematiska samtliga enkätår (63 % 2008; 56 % 2012; 80 % 2017). Bland övriga läkare var motsvarande andelar betydligt mindre: 33 procent 2008, 35 procent 2012 och 48 procent 2017.

När det gäller vilka situationer eller aspekter i arbetet med att hantera sjukskrivningsärenden var bedömning av arbetsförmåga det som upplevdes som mest problematiskt samtliga år. En stor andel ansåg att det är *mycket eller ganska problematiska* problematiskt att göra detta (59 % 2008; 63 % 2012; 69 % 2017) och främst för patienter utan arbete (69 % 2012; 74 % 2017) (frågan fanns ej 2008). Den största skillnaden mellan enkätåren gäller andelen läkare som upplevde det mycket eller ganska problematiskt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg (38 % 2008; 41 % 2012; 48 % 2017).

En större andel läkare 2017 (60 %) jämfört med 2008 (47 %) och 2012 (52 %) svarade också att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig. En större andel bland vårdcentralsläkare (66 % 2008; 71 % 2012; 81 % 2017) jämfört med övriga läkare (53 % 2008; 56 % 2012; 72 % 2017) svarade detta. Vårdcentralsläkare hade även störst andelar vad avser övriga listade situationer.

Under alla tre enkätår mötte hälften av läkarna varje månad patienter som önskade sjukskrivning av annan anledning än arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada.

Mellan tre och åtta procent av läkarna upplevde minst någon gång i månaden någon typ av *oro eller hot* i samband med sjukskrivningsärenden de olika åren. Den absoluta majoriteten kände sig aldrig

eller i stort sett aldrig hotad av en patient (77 % 2017). Andelen som aldrig eller i stort sett aldrig upplevt något hot eller någon oro minskade något från 2008 till 2017. Störst förändring mellan åren var att aldrig oro sig för att en patient skulle byta läkare (90 % 2008; 89 % 2012; 81 % 2017).

På frågor om orsaker till att sjukskriva längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt, var andelen som svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig *sjukskrev längre än vad som egentligen skulle nödvändigt* relativt lika över åren, men minst år 2017 för samtliga listade anledningar. Det fanns en markant skillnad mellan andelen vårdcentralsläkare och övriga läkare som minst någon gång per månad sjukskrev längre än nödvändigt för samtliga listade anledningar, där vårdcentralsläkarna gjorde det i större utsträckning. Exempelvis ökade andelen som svarade att de minst någon gång per månad sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av brist på återbesökstider med 24 procentenheter, att patienten inte följer rekommendationer om behandling och rehabilitering med 14 procentenheter och att tillgång till annan adekvat behandling eller behandlare saknas med 12 procentenheter för vårdcentralsläkarna medan motsvarande ökning bland övriga läkare var nio, fem respektive fyra procentenheter.

Andelen som svarade att de bedömer sjukskrivningsärenden med stöd av det *försäkringsmedicinska beslutsstödet* (FMB) minst någon gång per månad var större 2017 (54 %) än 2012 (51 %) och 2008 (43 %). Vårdcentralsläkarna använde stödet i störst grad och bland dem ökade andelen mest mellan 2008 (59 %) och 2017 (72 %). Bland dem som minst några gånger per år bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av FMB svarade 27-34 procent att de gjorde det en gång i veckan eller oftare. Andelen som någon gång per månad eller oftare gjorde detsamma var större bland vårdcentralsläkarna (59-72 %) än bland övriga läkare (36-43 %). Andelen som tyckte att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av FMB ökade något bland vårdcentralsläkarna mellan 2008 (40 %) och 2017 (46 %) men minskade något bland övriga läkare under samma period (39 % 2008; 35 % 2012; 31 % 2017). Bland övriga läkare syns en tydlig minskning av andelen som upplevde att det *försäkringsmedicinska beslutsstödet* underlättar olika typer av kontakter över tid. Störst förändring var det för kontakten med patienten (74 % 2008; 53 % 2012; 47 % 2017).

När det gällde olika *kontakter* i sjukskrivningsarbetet fanns generellt inga större skillnader mellan enkätåren. Samtliga enkätår svarade drygt hälften av läkarna (51-56 %) att de har kontakt med sjukgymnast/arbetsterapeut minst någon gång per månad, medan en majoritet (60-72 %) svarade att de aldrig eller i stort sett aldrig har kontakt med patientens arbetsgivare eller socialtjänsten. Andelen som aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med Arbetsförmedlingen minskade från 51 procent 2008 till 39 procent 2012 och 37 procent 2017.

Andelen som minst någon gång per månad hade kontakt med *Försäkringskassan* ökade något från 2008 (41 %) till 2017 (47 %) och var genomgående större bland vårdcentralsläkarna (78-85 %) än bland övriga läkare (21-24 %). Bland övriga läkare minskade andelen som aldrig eller i stort sett aldrig hade kontakt med Försäkringskassan över tid (38 % 2008; 31 % 2012; 24 % 2017) medan motsvarande siffra genomgående var låg bland vårdcentralsläkarna (3-5 %). Samtliga enkätår var majoriteten av de läkare som hade kontakt med Försäkringskassan *ganska eller mycket nöjda med kontakten*, även om andelen var större 2008-2012 (73-78 %) än 2017 (58 %). Bland vårdcentralsläkarna var minskningen störst; där svarade mindre än hälften att de var mycket eller ganska nöjda 2017 (78 % 2008; 80 % 2012; 44 % 2017).

För frågan om vilka *typer av svårigheter* som upplevdes i kontakten med Försäkringskassan framkom en tydlig ökning mellan enkätåren avseende tio av de 15 listade svårigheterna. De fem vanligast förekommande svårigheterna år 2017 var att det tar för mycket tid i anspråk (42 %), att det är svårt att komma fram per telefon (45 %), att handläggare ifrågasätter dem/deras bedömningar (39 %), att FK begär onödiga kompletteringar av deras intyg (58 %) och att de upplever brister i handläggares kompetens (37 %); vilka ökade med 10-21 procentenheter sedan 2008.

En betydligt större andel ansåg att *underlag från andra* har stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet år 2017 än 2012. En ökning sågs för underlag både från fysioterapeuter/arbetsterapeuter (38 % 2012; 56 % 2017), kuratorer/psykologer (36 % 2012; 50 % 2017) och annan läkare (26 % 2012; 44 % 2017).

Den typ av kontakt som år 2017 ansågs ha störst värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet var kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens (43 % 2008; 46 % 2012; 54 % 2017). Andra faktorer som ansågs ha stort värde var att ha ett gemensamt verktyg/mall för arbetsförmågebedömning (46 % 2008; 52 % 2012; 51 % 2017) och bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten (44 % 2008; 49 % 2012; 47 % 2017). Samtliga tre enkätår svarade mellan trettio till fyrtio procent att handledning och kurser i försäkringsmedicin har stort värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivningar. Bland vårdcentralsläkarna angav dock störst andel varje enkätår att samverkansmöten/avstämningsmöten har stort värde (79 % 2008; 63 % 2012; 68 % 2017).

Avseende *organisatoriska förutsättningar* för arbetet med sjukskrivningar, fanns det inga större skillnader i svaren mellan de tre enkätåren, vare sig angående förekomst av en gemensam rutin/en policy för sjukskrivningsärenden (omkring en tredjedel hade detta) eller i andel som hade stort stöd från sin närmaste ledning när det gäller sjukskrivningar (27-29 %). Drygt en tredjedel varje år hade ingen policy och drygt en fjärdedel svarade att de inte hade något stöd från närmaste ledning. Detta bör ses i relation till att ett övergripande mål med sjukskrivningsmiljarderna har varit att stärka hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med sjukskrivning av patienter.

En annan organisatorisk förutsättning är *tid*; tid för patientkontakter, för patientrelaterad tid (som kontakter med andra aktörer och att skriva intyg) och för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. Nästan var tredje läkare upplevde dagligen tidsbrist när det gäller tid med patienten (29 %), patientrelaterad tid (32 %) och tid för egen kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden (28 %) år 2017 – en betydligt större andel än år 2008 t.ex. när det gäller tid med patienten (16 % 2008). Skillnaden var stor avseende svaren på frågorna om mellan vårdcentraler och övriga kliniska verksamheter. Över 70 procent av vårdcentralsläkarna upplevde varje vecka tidsbrist både vad avser tid med patienten och för patientrelaterad tid. För tid med patienten ökade andelen från 72 procent 2008 till 87 procent 2017 och för patientrelaterad tid från 75 procent 2008 till 84 procent 2017. Liknande ökning över åren ses också bland övriga läkare men på lägre nivå; 41 % 2008; 50 % 2012; 53 % 2017 respektive 50 % 2008; 56 % 2012; 58 % 2017.

Det fanns inga större skillnader mellan enkätåren när det gäller tid avsatt för kompetensutveckling, handledning, reflektion, återkoppling i sjukskrivningsfrågor; två tredjedelar (66-73 %) hade aldrig sådan tid. Uppdelat på klinisk verksamhet visade sig en skillnad 2008-2017; drygt en tredjedel (35-37 %) av vårdcentralsläkarna svarade att de minst någon gång per månad hade sådan tid avsatt medan en tiondel av övriga läkare svarade detsamma (8 % 2008; 5 % 2012; 11 % 2017).

Nittiofyra procent av läkarna svarade år 2017 (90 % 2012) att de använder *elektronisk överföring* av läkarintyg till Försäkringskassan. Tre fjärdedelar hade år 2012 systemet integrerat med sitt journalsystem och andelen ökade till 94 procent år 2017. Störst andel som använde systemet fanns bland vårdcentralsläkare och störst andel med systemet integrerat med journalsystemet fanns bland övriga läkare.

En femtedel (17 %) svarade år 2012 att de minst en gång per vecka upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem – denna andel var betydligt större år 2017 (31 %). Störst andel och även störst ökning från 2012 till 2017 fanns bland vårdcentralsläkarna; 25 respektive 47 procent år 2012 och 2017 jämfört med 12 respektive 21 procent bland övriga läkare. För samtliga tre enkätår fanns svarsalternativet att aldrig eller i stort sett aldrig uppleva arbetet med sjukskrivningar som ett arbetsmiljöproblem. År 2008 svarade hälften (50 %) av läkarna att de *aldrig* eller i stort sett aldrig upplever sjukskrivningsarbetet som ett arbetsmiljöproblem – den andelen halverades till 2017 (23 %). En drastisk minskning ses bland vårdcentralsläkarna mellan 2012 och 2017 (30 % 2008; 27 % 2012; 3 % 2017) och bland övriga läkare, främst mellan 2008 och 2012 (60 % 2008; 45 % 2012; 35 % 2017).

De största förändringarna som skett mellan de tre enkätåren har varit mellan 2012 och 2017.

Jämfört med läkare i hela landet hade läkarna i Södermanland oftare kontakter med externa aktörer, både vad det gällde avstämningsmöten kring patienter de sjukskrev och kontakt med socialtjänsten och Arbetsförmedlingen, samt för vårdcentralsläkarna även kontakt med patienters arbetsgivare och

Försäkringskassan. I jämförelsen mellan enkätåren 2008, 2012 och 2017 framkom det att det i Södermanland skedde en ökning av kontakter med socialtjänsten och Arbetsförmedlingen mellan 2008 och 2017, där den största förändringen sågs 2008-2012. Motsvarande ökning sågs inte i landet i helhet. Läkarna i Södermanland upplevde även att kontakter med Arbetsförmedlingen hade stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning i större utsträckning än i landet i helhet. Samtidigt var det vanligare för läkare i Södermanland än i hela landet att sjukskriva patienter längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av exempelvis väntetider till utredning hos Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Avslutande kommentarer

Övergripande resultat återfinns i sammanfattningen på sidan 4, sammanfattningarna för varje avsnitt i kapitlet med resultat från 2017 samt sammanfattningen för kapitlet med jämförelser över tid (sidan 120). Här följer några övergripande kommentarer, framförallt av metodologisk karaktär.

De tre olika enkäterna är tvärsnittsstudier och kan användas för tidsserieanalyser. Då det endast delvis är samma personer som ingår i respektive enkät, kan resultaten blott jämföras över tid på gruppnivå. Då data är avidentifierade har vi inte möjlighet att jämföra enskilda läkares svar de olika enkätåren. Mellan 2008 och 2017 har det skett stora förändringar i läkarkårens sammansättning; flera av dem som var yrkesverksamma år 2008 är det inte längre 2017 medan många nya läkare har utbildats och börjat arbeta som läkare. Det innebär att även om vi hade kunnat jämföra svar på individnivå, hade den grupp som då studerats varit begränsad och inte särskilt representativ för läkarkåren som helhet.

Svarsfrekvensen minskade mellan åren, generellt liksom i Södermanland, från 2008 (60 %) till 2012 (54 %) och ytterligare till 2017 (53 %). Detta följer den allmänna trenden av att svarsfrekvenser minskar i enkätstudier (240, 241). Svarsfrekvensen får dock betraktas som god i denna studie, i jämförelse med andra enkätstudier som genomförs nu.

Som oftast i enkätstudier var svarsfrekvensen högre bland kvinnor. Eftersom enkäten skickades till läkarnas hemadresser är det större risk att unga läkare, framförallt AT-läkare eller de som ännu inte påbörjat AT, inte har nåtts av inbjudan att delta på grund av att de sannolikt är mer geografiskt rörliga. Möjligheten att delta via webbenkät användes av en betydligt större andel år 2017 (58 %) än år 2012 (17 %), de två år då denna möjlighet funnits. Många av de läkare som kontaktade oss under datainsamlingen berättade att de samtidigt fick ett stort antal andra förfrågningar om att svara på enkäter.

I 2008 års enkät, men inte 2012 eller 2017, inkluderades samtliga yrkesverksamma läkare som bodde i Sverige, delvis för att få kunskap om åldersspridningen och då det fanns hypoteser om att äldre läkare sjukskrev på ett annat sätt än yngre. I en delstudie jämfördes svarsmönstret för dem som var 65 år eller äldre med svarsmönstret för dem som var under 65 år och det framkom då endast mindre skillnader mellan grupperna (242). I jämförelserna mellan de tre enkäterna i denna rapport har endast personer som hade jämförbara åldrar inkluderats och därmed inte de som var äldre än 68 år.

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

Varje år har ungefär hälften av de sjukskrivande läkarna varit kvinnor. I tidigare litteraturöversikter har det inte framkommit könsskillnader i hur läkare sjukskriver (7) 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 typer av 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 könstratifierade.

I 2017 års enkät ingick för första gången frågor om vilken typ av organisation (offentlig/privat organiserad respektive finansierad) som läkaren arbetade inom och huruvida läkaren huvudsakligen arbetade som så kallad *hyrläkare/stafettläkare*. Det senare definierades som att vara inhyrd högst en månad i sträck på varje ställe. Tidsgränsen på en månad diskuterades både inom referensgruppen och med andra. Valet av denna definition baserades på att det är den som Läkarförbundet använder. Många så kallade hyrläkare eller stafettläkare är kvar på samma klinik/mottagning betydligt längre, ibland flera år. Förhoppningsvis omfattas de då också av till exempel rutiner, policys samt stöd från närmaste

ledning vad gäller hantering av patienters sjukskrivning. Här var syftet istället att få en bild av situationen för de hyrläkare/stafettläkare som ofta byter arbetsplats. Då antalet läkare som arbetade i privat organiserad och finansierad respektive som hyrläkare/stafettläkare var lågt i Södermanland sårredovisas inte resultaten för dessa grupper i denna rapport.

I alla enkätstudier som bygger på tidigare enkäter måste betydelsen av att använda exakt samma *frågeformulering* och samma svarsalternativ i varje enkät vägas mot värdet av att försöka förbättra frågans utformning. Forskningen om läkares arbete med sjukskrivning är ännu inte särskilt utvecklad, varför det inte finns etablerade frågeformulär att tillgå. I stället har kunskap genererats i analyserna av svar i de tidigare enkäterna, både i studier av de fasta svarsalternativen och av de öppna svaren (50, 219, 238, 239, 243). Baserat på dessa har vi modifierat några frågor vad avser formulering eller svarsalternativ. Detta innebär i vissa fall en begränsning när det gäller jämförelser mellan åren och hur vi har hanterat detta beskrivs i metoddelen (sidan 18). Ibland baseras även ändringar av formuleringar på att språkbruket har förändrats. Ett exempel är att det som tidigare kallades policy numera ofta benämns som rutiner. Det innefattar olika aspekter som varje verksamhetschef ansvarar för att implementera i verksamheten, inklusive hantering av sjukskrivningsärenden, kvalitetssäkring av detta, organisation av samverkan i sjukskrivningsärenden, försäkringsmedicinsk kompetensutveckling, etcetera (62).

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.

I denna rapport, avseende läkare i Södermanlands län, visas de flesta resultaten för samtliga deltagande läkare samt uppdelat för vårdcentralsläkare och för gruppen övriga läkare. Skillnaderna var ofta stora mellan vårdcentraler och övrig klinisk verksamhet. Detta var förväntat, då det finns avsevärda skillnader vad gäller patientkaraktäristika, diagnospanorama, nedsättning av funktion respektive arbetsförmåga och patienters behov. Det innebär också skilda behov av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, samarbeten och kontakter – i synnerhet med Försäkringskassan.

Mellan de första enkätåren (2008-2012) minskade andelen läkare som hade sjukskrivningsärenden åtminstone sex gånger per vecka. Detta är i överensstämmelse med den kraftiga nedgången av sjuktalet i Sverige sedan 2003 (30). År 2017 var andelen som hade sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka något större igen, vilket också är i linje med att sjuktalet har ökat något de senare åren. Andelen läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan blev också betydligt större år 2017.

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

En aspekt som behöver fördjupade analyser är frågan om huruvida arbetet med sjukskrivningar upplevs som ett *arbetsmiljöproblem*. Resultatet visade en kraftig ökning av läkare som betraktade detta som ett arbetsmiljöproblem minst en gång per vecka (17 % 2012; 31 % 2017), speciellt på vårdcentralerna (25 % 2012; 47 % 2017). Det finns många faktorer som kan påverka om sjukskrivningsarbetet upplevs som ett arbetsmiljöproblem. För att förstå detta behövs fördjupade analyser av såväl de slutna som de öppna svaren, generellt bland alla deltagande läkare och för specifika typer av kliniska verksamheter.

Våra resultat visar att andelen läkare som upplevde *olika typer av problem* inte har minskat trots att stora satsningar gjorts inom området. Många interventioner för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar har riktats till vårdcentralsläkare. Resultaten visar dock att vårdcentralsläkare fortfarande upplevde arbetet med sjukskrivning som problematiskt i högre grad än vad läkare inom andra kliniska verksamheter gör. Detta kan bero på många olika faktorer. De kompetensutvecklingsinsatser som skett kan till exempel ha inneburit en ökad medvetenhet om problem i sjukskrivningsarbetet och om vad optimal hantering av sjukskrivningsärenden innebär. Som

tidigare nämnts torde det även ha samband med både typ av patienter och mångfald av diagnoser samt möjlighet att remittera vidare.

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

Ett resultat i jämförelserna mellan åren är den stora och ökande andelen läkare som ansåg att en svårighet i kontakten med Försäkringskassan var att *Försäkringskassan begärde onödiga kompletteringar av deras intyg*. Andelen som ansåg det gick från 37 procent 2012 till 58 procent 2017 (vilka var de två enkätår då frågan fanns med) – en ökning med 21 procentenheter. Samma period kunde stora ökningar även ses för andelen som ansåg att svårigheten bestod i att Försäkringskassans handläggare ifrågasatte deras bedömningar (19 procentenheter) och att de upplevde brister i handläggarnas kompetens (17 procentenheter).

Försäkringskassan har, baserat på ett urval av 5070 av samtliga 1,5 miljoner sjukintyg gällande sjukpenning från hela landet under ett år (dvs, cirka tre promille av samtliga intyg), uppskattat att de under år 2011 begärde kompletteringar av 9,3 procent av läkarintygen, 2012 av 7,2 procent och år 2017 av 9,7 procent (244). Det innebär att jämfört med 2011 är det ingen ökning av andel intyg som Försäkringskassan begärt kompletteringar av däremot att en viss ökning skett jämfört med 2012. Då antalet sjukskrivningsfall ökade mellan 2011 och 2017 innebär det dock att antalet läkarintyg som Försäkringskassan begärde komplettering av var drygt 60 procent större 2017 än 2011.

Vad gäller svaren på frågorna om *organisatoriska förutsättningar* för arbete med sjukskrivningsärenden, fanns modesta skillnaden mellan enkätåren, med undantag för en viss försämring vad det gällde tidsbrist i sjukskrivningsarbetet. (40, 62, 146, 148, 245) Dessa resultat kan ses som anmärkningsvärda då förbättrad ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning har varit det främsta målet med sjukskrivningsmiljarderna, inklusive att på verksamhetsnivå skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess. Att en liten eller ingen förbättring observeras kan bero på flera faktorer som behöver utvärderas med fördjupade analyser av dessa liksom andra data (40, 62, 146, 148, 245). En möjlig anledning är att det faktiskt inte skett någon förändring över åren, en annan är att interventionerna med syfte att förbättra ledning och styrning varit verkningslösa eller ännu inte haft någon effekt längst ut i organisationerna. Resultat från en tidigare studie tyder på det att det senare kan vara en delförklaring (62). En tredje möjlig orsak kan vara att detta inte är ett optimalt sätt att mäta sådana förändringar. Det kan också vara så att den kompetensutveckling som skett inom läkarkåren under de senare 15 åren har inneburit att läkare har en djupare förståelse för komplexiteten i de olika arbetsuppgifterna relaterade till sjukskrivning och därmed har mer kunskap och högre förväntningar på vad gemensamma rutiner/en policy och stöd från ledning i det arbetet skulle kunna innebära. En femte anledning kan vara att kraven på läkare i deras arbete med handläggning av sjukskrivningsärenden har ökat mycket de senare åren – och därmed förväntningar på organisatoriskt stöd.

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

Två typer av interventioner som har skett under de senaste åren är införandet av *det försäkringsmedicinska beslutsstödet* (sedan 2007-2008) och *elektronisk överföring av läkarintyg* (sedan 2011). Införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet har varit framgångsrikt såtillvida att beslutsstödet används i stor utsträckning, speciellt av vårdcentralsläkare. Systemet för elektronisk överföring av läkarintyg är implementerat i stor uträkning då flertalet använde sig av det 2012 (90 %)

och 2017 (94 %) och 94 procent av användarna uppgav att det var integrerat med deras journalsystem 2017.

En annan intervention är införandet av yrkeskategorin *rehabkoordinatorer* i hälso- och sjukvården, något som skedde efter enkätåret 2012. År 2017 hade drygt hälften (56 %) av läkarna i Södermanland tillgång till en rehabkoordinator; som väntat var andelen betydligt högre bland vårdcentralsläkarna (93 %) än bland övriga läkare (34 %) då rehabkoordinatorer först och främst införts vid vårdcentraler. Införandet av dessa koordinatörer uppfattades som mycket positivt bland de som hade tillgång till dem, vilket visade sig i att tre fjärdedelar ansåg att rehabkoordinatorernas verksamhet hade stort värde för hög kvalitet i sjukskrivningsarbetet och att en dryg tredjedel, en större andel bland vårdcentralsläkarna (48 %) än övriga läkare (16 %), samarbetade med eller remitterade till denna yrkeskategori minst en gång per vecka. Det kan jämföras med andelen av samtliga sjukskrivande läkare som minst en gång i veckan samarbetade med eller remitterade till fysioterapeut/arbetsterapeut (26 %) eller kurator/psykolog (23 %) 2017. En lika stor andel ansåg att det var av stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från rehabkoordinator (50 %), fysioterapeut/arbetsterapeut (56 %) respektive kurator/psykolog (50 %) år 2017. Detta visar att införandet av denna nya yrkeskategori snabbt vunnit stort förtroende bland läkarna i Södermanland.

I rapporten har övergripande resultat från projektet redovisats. Materialet är omfattande och ger utrymme för många fördjupade analyser av frågekomplex i läkares arbete med hantering av patienters sjukskrivning. I denna rapport har exempelvis inte några resultat redovisats från de öppna svar som 168 läkare i Södermanland har lämnat i 2017 års enkät.

Tabellförteckning

Tabell 1. Svarefrekvens (%) för samtliga samt uppdelat på kön bland läkarna i Södermanland.	20
Tabell 2. Antal svarande läkare i Södermanland, antal och andel av dem som var sjukskrivande samt antal och andel som ingår i jämförelserna mellan de tre enkätåren.....	20
Tabell 3. Antal och andel (%) läkare, andel kvinnor och män, andel i varje åldersgrupp samt andelar för högsta utbildningsnivå, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	26
Tabell 4. Antal och andel (%) sjukskrivande läkare, andel kvinnor, andel i varje åldersgrupp och per utbildningsnivå, samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare respektive övriga läkare.	30
Tabell 5. Andel (%) läkares i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, i relation till typ av organisation de huvudsakligen arbetade inom.	35
Tabell 6. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	38
Tabell 7. Andel (%) läkare som upplevde ovan beskrivna situationer som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	39
Tabell 8. 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.	39
Tabell 9. 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.	40
Tabell 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde de beskrivna situationerna, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	41
Tabell 11. 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 12. 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.	43
Tabell 13. 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.	44
Tabell 14. Andel (%) läkare i relation till hur väl de kände till Socialstyrelsens "Övergripande principer för sjukskrivning", samt andel som ansåg att de ger stöd i sjukskrivningsarbetet, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	45
Tabell 15. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer.53	
Tabell 16. Andel (%) läkare som angav att underlag från olika yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning.....	54
Tabell 17. 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.	56
Tabell 18. Andel (%) läkare som svarat att det är mycket/ganska problematiskt att svara på Försäkringskassans begäran om hanteringar respektive svarat att begäran om kompletteringar av intyg är en svårighet i kontakten med Försäkringskassan.	61
Tabell 19. Antal och andel (%) läkare som använde sig av elektronisk överföring av läkarintyg (FK 7263), samt andel av dessa som angav att systemet var/inte var integrerat med deras journalsystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	61
Tabell 20. Andel (%) läkare som angav att de 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.....	63
Tabell 21. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	66

Tabell 22. Antal läkare som ingår i jämförelsen 2008-2012-2017, andel (%) kvinnor, andel per åldersgrupp samt andel specialistutbildade, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	78
Tabell 23. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	80
Tabell 24. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008 och 2012, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	81
Tabell 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska år 2008, 2012 respektive 2017, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	81
Tabell 26. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på Vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.....	83
Tabell 27. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.....	85
Tabell 28. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som <i>mycket eller ganska problematiska</i> , för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.....	86
Tabell 29. Andel (%) läkare som upplevde tre nedan beskrivna aspekter i kontakter med patienter i sjukskrivningsärenden som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.....	86
Tabell 30. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som <i>mycket eller ganska problematiska</i> , för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.....	87
Tabell 31. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som mycket, ganska, lite eller inte alls problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.....	87
Tabell 32. Andel (%) läkare som upplevde nedan beskrivna uppgifter i sjukskrivningsarbetet som <i>mycket eller ganska problematiska</i> , för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.....	88
Tabell 33. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika patientrelaterade situationer i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.....	89
Tabell 34. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av hot eller oro i sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.....	89
Tabell 35. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av hot eller oro i sjukskrivningsärenden <i>minst någon gång per månad</i> , år 2008, 2012 respektive 2017, för samtliga samt uppdelat på vårdcentral och övriga.....	90
Tabell 36. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de angav att de sjukskriver längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av väntetider till olika utredningar, åtgärder eller behandlingar, år 2008, 2012 respektive 2017.....	90
Tabell 37. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, minst någon gång per månad uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.....	91
Tabell 38. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, år 2008, 2012 respektive 2017.....	92
Tabell 39. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt på grund av olika anledningar, minst någon gång/månad, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.....	93
Tabell 40. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017. ...	97
Tabell 41. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdpersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017. ...	98
Tabell 42. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de samarbetade med/remitterade till andra aktörer, år 2008, 2012 respektive 2017.....	101

Tabell 43. Andel (%) läkare som samarbetade med/remitterade till andra professioner eller organisationer <i>minst någon gång per månad</i> , uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.	102
Tabell 44. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden, uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.	103
Tabell 45. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, uppdelat på vårdcentral och övriga kliniska verksamheter, år 2008, 2012 respektive 2017.	104
Tabell 46. Andel (%) läkare, av dem som använde elektronisk överföring av läkarintyg, som hade det systemet integrerat med sitt journalsystem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.	105
Tabell 47. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer hade stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	109
Tabell 48. Andel (%) läkare som angav att kontakter med andra aktörer har <i>stort värde</i> för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.	109
Tabell 49. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	110
Tabell 50. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har <i>stort värde</i> för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.	110
Tabell 51. Andel (%) läkare som angav att olika faktorer har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	111
Tabell 52. Andel (%) läkare som angav stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning för tre sätt att få ökad försäkringsmedicinsk kompetens, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.	111
Tabell 53. Andel (%) läkare som svarade att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från vissa yrkesgrupper har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2012 respektive 2017.	112
Tabell 54. Andel (%) läkare som svarade att det har stort värde att få underlag till sina försäkringsmedicinska bedömningar från vissa yrkesgrupper, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2012 respektive 2017.	112
Tabell 55. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde olika typer av tidsbrist i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	116
Tabell 56. Andel (%) läkare som upplevde tidsbrist i arbetet med sjukskrivning minst en gång i veckan, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.	116
Tabell 57. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.	119

Figurförteckning

Figur 1. Åldersfördelning (%) bland de svarande som var yrkesverksamma i Sverige, uppdelat på kvinnor och män.....	26
Figur 2. Andel (%) läkare med läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning respektive specialistutbildning som högsta utbildningsnivå, uppdelat på kvinnor och män.....	27
Figur 3. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	28
Figur 4. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	31
Figur 5. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå är läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	31
Figur 6. Andel (%) läkare i relation till antal specialistutbildningar, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	32
Figur 7. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män och för samtliga.....	32
Figur 8. Andel (%) läkare som huvudsakligen arbetade inom en offentlig organisation, en privat organisation som är offentligt finansierad respektive inom en privat organisation som även är privat finansierad.....	33
Figur 9. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	34
Figur 10. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, uppdelat på läkarens typ av arbetsplats/organisation.....	34
Figur 11. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	35
Figur 12. 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.....	36
Figur 13. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska.....	37
Figur 14. Andel (%) läkare i relation till vilken information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd de använde, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	46
Figur 15. 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.....	47
Figur 16. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, uppdelat på högsta utbildningsnivå.....	47
Figur 17. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på fem kliniska verksamheter.....	48
Figur 18. Andel (%) läkare som angav att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå.....	48
Figur 19. 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.....	49
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), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.....	50

Figur 21. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 51	51
Figur 22. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, Försäkringskassan, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats respektive Arbetsförmedlingen, uppdelat på högsta utbildningsnivå..... 52	52
Figur 23. Andel (%) läkare som svarade att det är mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att hantera situationer när man själv och andra i vårdteamet har olika åsikter om en patients sjukskrivning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. De som svarade ”Ej aktuellt” är exkluderade. 55	55
Figur 24. Andel (%) läkare i relation till hur deras kontakter med patienters arbetsgivare fungerade, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 57	57
Figur 25. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de svarade att de har kontakt med någon från Försäkringskassan (FK) kring sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 58	58
Figur 26. 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. De som svarade ”Har inga kontakter med Försäkringskassan” är exkluderade. 58	58
Figur 27. Andel (%) läkare som svarade att de inte har några svårigheter i kontakten med Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 59	59
Figur 28. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare..... 60	60
Figur 29. Andel (%) läkare i relation till hur ofta upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 62	62
Figur 30. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 65	65
Figur 31. 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. 65	65
Figur 32. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 67	67
Figur 33. 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. 67	67
Figur 34. 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. .. 68	68
Figur 35. Andel (%) läkare som hade tillgång till en så kallad rehabkoordinator i sin verksamhet, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare. 69	69
Figur 36. Andel (%) läkare, av dem som hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, 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. 69	69
Figur 37. Andel (%) läkare, av de som hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, 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. 70	70
Figur 38. Andel (%) läkare, av de som hade tillgång till rehabkoordinator i sin verksamhet, som angav att rehabkoordinatorns verksamhet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på högsta utbildningsnivå. 71	71
Figur 39. Andel (%) läkare som helt, delvis 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. 72	72
Figur 40. Andel (%) läkare som helt, delvis 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. 73	73

Figur 41. Andel (%) läkare som helt, delvis 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.	73
Figur 42. Andel (%) läkare i relation till hur väl de instämde i påståendet ovan, uppdelat på högsta utbildningsnivå.	74
Figur 43. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde sjukskrivningsärenden som ett arbetsmiljöproblem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare.	75
Figur 44. Åldersfördelning (%) bland sjukskrivande läkare, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.	78
Figur 45. Andel (%) läkare vars högsta utbildningsnivå var läkarexamen, läkarlegitimation, pågående specialistutbildning (ST-utbildning) respektive specialistutbildning, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.	79
Figur 46. Andel (%) läkare i relation till hur länge de varit på sin nuvarande arbetsplats, uppdelat på kvinnor och män, år 2008, 2012 respektive 2017.	79
Figur 47. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de mötte patienter som är sjukskrivna eller aktuella för sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	80
Figur 48. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att sjukskrivningsärenden är problematiska, år 2008, 2012 respektive 2017.	81
Figur 49. Andel (%) läkare som mötte patienter aktuella för sjukskrivning minst sex gånger i veckan i relation till andel som upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, för vårdcentralsläkare (VC) respektive läkare i övriga verksamheter, år 2008, 2012 respektive 2017.	82
Figur 50. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, år 2008, 2012 respektive 2017.	83
Figur 51. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på läkare med och utan specialistutbildning, år 2008, 2012 respektive 2017.	84
Figur 52. Andel (%) läkare som upplevde handläggning av patienters sjukskrivning som mycket, ganska, lite eller inte alls problematisk, uppdelat på sjukskrivningslängd, år 2012 respektive 2017.	88
Figur 53. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.	93
Figur 54. Andel (%) läkare som bedömde sjukskrivningsärenden med stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd minst någon gång per månad, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.	94
Figur 55. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket, ganska, lite eller inte alls problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, år 2008, 2012 respektive 2017.	95
Figur 56. Andel (%) läkare som upplevde att det var mycket eller ganska problematiskt att skriva läkarintyg med stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.	95
Figur 57. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.	96
Figur 58. Andel (%) läkare som ansåg att det försäkringsmedicinska beslutsstödet underlättar kontakterna med patienten, hälso- och sjukvårdspersonal, patientens arbetsplats/Arbetsförmedlingen respektive Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.	97
Figur 59. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	98
Figur 60. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort, måttligt eller inget värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, år 2008, 2012 respektive 2017.	99
Figur 61. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.	99

Figur 62. Andel (%) läkare som svarade att det försäkringsmedicinska beslutsstödet har stort värde för hög kvalitet i arbetet med sjukskrivning, uppdelat på vårdcentral och övriga, år 2008, 2012 respektive 2017.....	100
Figur 63. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade kontakt med någon från Försäkringskassan angående sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.....	103
Figur 64. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om hur nöjda de är med sina kontakter med Försäkringskassan, år 2008, 2012 respektive 2017.....	104
Figur 65. Andel (%) läkare som använde elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2012 respektive 2017.	105
Figur 66. Andel (%) läkare som upplevde olika typer av svårigheter i kontakten med Försäkringskassan (FK), år 2008, 2012 respektive 2017.	107
Figur 67. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till, år 2012 respektive 2017.....	108
Figur 68. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om det på deras klinik/mottagning finns en policy för handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.	113
Figur 69. Andel (%) läkare som svarade att det finns en väl förankrad policy på deras klinik/mottagning, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.	113
Figur 70. Andel (%) läkare som svarade att de har nytta av policyn i sitt arbete, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2012 respektive 2017.	114
Figur 71. Andel (%) läkare som angav respektive svarsalternativ på frågan om de har stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, år 2008, 2012 respektive 2017.	115
Figur 72. Andel (%) läkare som svarat att de har stort stöd från sin närmaste ledning kring handläggning av sjukskrivningsärenden, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.....	115
Figur 73. Andel (%) läkare i relation till hur ofta de hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflektion i sjukskrivningsfrågor, år 2008, 2012 respektive 2017.....	117
Figur 74. Andel (%) läkare som minst någon gång per månad hade tid avsatt för handledning/återkoppling/reflexion i sjukskrivningsfrågor, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.....	118
Figur 75. Andel (%) läkare i relation till hur ofta sjukskrivningsärenden innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, år 2012 respektive 2017.....	119
Figur 76. Andel (%) läkare som svarade att sjukskrivningsärenden <i>aldrig</i> innebar ett arbetsmiljöproblem för dem, för samtliga samt uppdelat på vårdcentralsläkare och övriga läkare, år 2008, 2012 respektive 2017.....	120

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. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
4. 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. ISBN 978-91-7549-356-5.
5. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
6. 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.
7. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturoversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
8. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.
9. 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.
10. Zwerver F. Development and evaluation of an implementation strategy for insurance medicine guidelines for depression [Doctoral]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012.
11. 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.
12. 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.
13. Letrilliart L, Barrau A. Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *The European journal of general practice*. 2012;18(4):219-28.
14. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008.
15. Carlson G. Idén fick sin lyftning i fanan. Om sjukförsäkringshistoria i Göteborg. Borås: Sjuhäradsbygdens tryckeri; 2002.
16. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
17. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen; 2005.
18. Alexanderson K. Hälsa och försörjningsförmåga i kristider. In: Wijkström F, editor. *Idéer för framtiden Tankar på vägen in i det nya sparbankslandet*. 2010:1. Stockholm: SparbanksAkademien; 2010. p. 174-95.
19. Järvholm B, Olofsson C, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
20. Brorsson J-Å. Socialförsäkringen och försäkringskassan - i ett historiskt perspektiv. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2000;6:505-15.
21. Stone D. *The disabled state*. Philadelphia: Temple University Press; 1984.
22. Lindqvist R. *Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990*. Lund: Studentlitteratur; 1990.

23. Riley JC. Disease without Death: New Sources for a History of Sickness. *Journal of Interdisciplinary History*. 1986;17(3):537-56.
24. Riley JC. Ill Health During the English Mortality Decline: The Friendly Societies' Experience. *Bull Hist Med*. 1987;61:563-88.
25. Rehabilitation and return to work: Europe's systems and policies. European Agency for Safety and Health at Work.
26. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
27. 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.
28. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2004;32:321-3.
29. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
30. Socialförsäkringen i siffror 2017. Stockholm: Försäkringskassan; 2017.
31. 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.
32. Järvholm B, Mannelqvist R, Olofsson C, Torén K, editors. *Försäkringsmedicin*. Lund: Studentlitteratur; 2013.
33. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2011.
34. Elrud R, Ljungquist T, Alexanderson K. Litteraturöversikt, grå litteratur. Bilaga till förstudierapport SRS. Stockholm: Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
35. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
36. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
37. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga. Socialdepartementet; 2009.
38. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of rehabilitation medicine*. 2009;41:115-21.
39. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2000:5.
40. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet; 2005.
41. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5.
42. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66.
43. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
44. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
45. Analyser av sjukförsäkringens utveckling 2013. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
46. Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 1. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos; 2014.
47. Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet. Stockholm: Försäkringskassan; 2015.
48. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
49. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
50. 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.

51. 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.
52. 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).
53. Starzmann K. The physician and the sickness certification [Doctoral]. Gothenburg: Sahlgrenska Academy; 2018.
54. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
55. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
56. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
57. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
58. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
59. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
60. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
61. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. SKL; 2009.
62. 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.
63. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2005.
64. Löfgren A. Physician's sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
65. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. In: Mellan arbete och sjukdom. Socialförsäkringsrapport: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
66. Lidwall U. Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Försäkringskassan; 2011.
67. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd; diagnosspecifika rekommendationer <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen; 2017 [
68. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occupational medicine*. 2010;60(2):152-5.
69. Friberg E, Alexanderson K. Forskning om försäkringsmedicinska utredningar. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
70. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity - a qualitative study. *BMC public health*. 2012;12:702.
71. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
72. Barrows H. Problem-based learning: an approach to medical education. New York: Springer; 1980.
73. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos; 2010.
74. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
75. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006;77-78(1):55-69.
76. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006. 1-246 p.

77. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med.* 2007;39(2):109-20.
78. Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa - en process med stora utmaningar. Stockholm: Riksrevisionen; 2018.
79. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
80. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. Report No.: 166/1.
81. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
82. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occupational medicine.* 2010;60(2):121-6.
83. Johannisson K. Om begreppet kultursjukdom. *Läkartidningen.* 2008(44):3129-32.
84. Nilsing E, Soderberg E, Normelli H, Oberg B. Description of functioning in sickness certificates. *Scand J Public Health.* 2011;39(5):508-16.
85. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom universitetens läkarprogram. Försäkringskassan; 2010.
86. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning inom landstingens program för AT. Stockholm: Försäkringskassan; 2011.
87. Vägledning. Försäkringsmedicinsk utbildning för ST-läkare - en rekommendation. Försäkringskassan; 2012.
88. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen.* 2001;98(11):1261-4.
89. Cohen D. Sickness certification and stress: reviewing the challenges. *Primary Care Mental Health.* 2005;3(3):201-4.
90. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. *Läkartidningen.* 2001;98(11):1262-3.
91. Engblom M. Sickness certification when experienced as problematic by physicians. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
92. Handlingsplan för kompetensutveckling i försäkringsmedicin. Stockholms läns landsting; 2012.
93. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. *Socialmedicinsk tidsskrift.* 2009;6:518-28.
94. Löfgren A, Silén C, Alexanderson K. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2011;39:245-54.
95. 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.
96. 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.
97. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. *Varför är svenskarna så sjuka?* Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
98. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
99. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
100. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
101. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
102. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund. Sveriges läkarförbund; 2006.
103. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
104. 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.
105. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.

106. 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.
107. Barroso J. Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas? En litteraturöversikt.: Karolinska Institutet; 2013.
108. Loisel P, Anema JR. Handbook of work disability. Prevention and management.: Springer; 2013.
109. Alexanderson K, editor. Socialförsäkringsforskning. En vänbok till Staffan Marklund. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
110. Palmer E, editor. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv (SKA-projektet): Försäkringskassan; 2006.
111. 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.
112. 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.
113. 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.
114. 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.
115. 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.
116. Waddell G, Burton AK, Kendall N. Vocational Rehabilitation. What works, for whom, and when? ; 2008.
117. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudreau S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006;124(3):330-7.
118. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006;23(2):246-52.
119. 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.
120. 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.
121. Razon N, Schejter-Margalit T, Froom P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occupational medicine*. 2006;56(1):46-50.
122. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):495-502.
123. Söderberg E, Dahlqvist H, Shahirnejad B. Underlag för beslut - en studie av läkarintyg ur ett socialförsäkringsperspektiv. FOU Oktaven. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2002.
124. 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.
125. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004. Report No.: 2.
126. Söderberg E, Shahirnejad B, Johansson H, Alexandersson K. I gränssnittet mellan medicin och försäkring - en studie av läkarintygs kvalitet. Linköping: Försäkringskassan Östergötland; 2003.
127. 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.
128. Hensing G, Alexanderson K, Åhlgren M, Timpka T. Vardagens Problem - erfarenheter från handläggare inom Östergötlands läns Allmänna Försäkringskassa. Socialmedicinska avd, samhällsmed. inst. Hälsouniv, Lkpg; 1996.

129. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
130. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006;23(1):125-30.
131. Joling C, Groot W, Janssen PP. Waiting for the doctor: gender differences in the timing of an intervention by the occupational physician. *Journal of occupational rehabilitation*. 2003;13(1):45-61.
132. 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.
133. Svensson A-K. Läkarnas möte med patienten påverkar sjukskrivningens längd. *Läkartidningen*. 2003;100(17):1509.
134. 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.
135. Klanghed U, Svensson T, Alexanderson K. Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work*. 2004;22:247-54.
136. 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.
137. 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.
138. Östlund G. Promoting return to work [Doktorsavhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2002.
139. 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.
140. 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.
141. 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.
143. Lynoe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work: empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ open*. 2011;1(2):e000246.
144. 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.
145. 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.
146. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014. Report No:9.
147. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.
148. 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, Karolinska Institutet; 2007.
149. 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).
150. von Knorring M. The manager role in relation to the medical profession. (doktorsavhandling) Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
151. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scandinavian journal of primary health care*. 2008;26(1):22-8.

152. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *Bmj*. 2004;328(7431):88.
153. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).
154. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scandinavian journal of primary health care*. 2007;25(1):20-6.
155. Gulbrandsen P, Forde R, Aasland OG. Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002;122(19):1874-9.
156. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn*. 2007;29(4):497-514.
157. Breen A, Austin H, Champion-Smith C, Carr E, Mann E. "You feel so hopeless": a qualitative study of GP management of acute back pain. *Eur J Pain*. 2007;11(1):21-9.
158. Bollag U, Rajewaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*. 2007;137(23-24):341-6.
159. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
160. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU; 2013.
161. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. *Disability and rehabilitation*. 2002;24(16):867-74.
162. Aylward M. Department for Work and Pensions is trying to address challenges. *Bmj*. 2004;328(feb):461-2.
163. 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.
164. 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.
165. Osteras N, Gulbrandsen P, Kann IC, Brage S. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scand J Public Health*. 2010;38(2):192-9.
166. Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SC, de Boer WE, Zumbrunn T, Guyatt GH, Busse JW, Kunz R. Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PloS one*. 2012;7(11):e49760.
167. 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.
168. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen*. 2000;97(46):5324-7.
169. 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.
170. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers: Sweden*. OECD; 2010.
171. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers*. OECD; 2010.
172. Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. *Läkartidningen*. 2005 november, 2005:3666-74.
173. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
174. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35. 2002.
175. Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm: Regeringskansliet; 2015.
176. 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.

177. 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.
178. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007. Socialstyrelsen; 2008.
179. Rehabiliteringsgarantin 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
180. Rehabiliteringsgarantin 2014. Vad innebär den nationella överenskommelsen? Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
181. Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta. Sveriges kommuner och landsting; 2008.
182. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Delrapport II. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
183. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Lund; 2011.
184. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
185. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingets insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
186. Rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2012.
187. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgarantin. Kartläggning ur aktuella regelverk. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
188. Rehabiliteringsgarantin fungerar inte - tänk om eller lägg ner. Stockholm: Riksrevisionen; 2015.
189. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
190. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat. Försäkringskassan; 2013.
191. Manual för genomförande av Aktivitetsförmågeutredningar (AFU). Försäkringskassan; 2013.
192. 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.
193. Aktivitetsförmågeutredningen (AFU). Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2015.
194. Aktivitetsförmågeutredningar (AFU) behöver kvalitetssäkras - ett genusperspektiv. Inspektionen för socialförsäkringen; 2016.
195. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
196. Friberg E, Alexanderson K. Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande i samband med aktivitetsförmågeutredningen. Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet; 2015.
197. Ljungquist T. Utvärdering av utvidgad sjukgymnastisk undersökning inom aktivitetsförmågeutredning (AFU). Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2014.
198. 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.
199. 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.
200. Karlsson Vargas M, Dahlin S. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsen; 2013.
201. Alexanderson K, Friberg E, Haque M, Josefsson P, Nilsson K, Sjölund S. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd; underlag för utvärdering. Stockholm: Karolinska Institutet, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2017.
202. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Socialstyrelsen; 2007.
203. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008. Socialstyrelsen; 2009.

204. Söderberg E, Smeds M, Johansson A, Festin K. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010. Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet; 2011.
205. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
206. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, diagnosspecifikt.
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>: Socialstyrelsen.
207. Tidsbegränsning av sjukpenning. Försäkringskassan; 2013.
208. Rahman S. Disability pension due to common mental disorders - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour [Doctoral]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2017.
209. Wang M. Sickness absence - subsequent psychiatric morbidity and suicidal behaviour. Stockholm: Karolinska Institutet; 2015.
210. 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.
211. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of epidemiology and community health*. 2012;66(3):233-9.
212. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013. Report No.: S2010:04.
213. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen.: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
214. Intygstjänster 2017. Delrapport 2. Inera; 2017.
215. Rapporter i Statistiktjänsten. Inera; 2016.
216. 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.
217. Socialdepartementet. En ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. 2018:5 D, editor. Stockholm: Regeringskansliet; 2018.
218. 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.
219. 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.
220. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
221. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
222. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
223. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011.
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
224. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
225. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
226. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
227. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
228. 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.

229. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.
230. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
231. Ledning och styrning av sjukskrivningar: SKL; 2013
[http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1]
232. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2011.
233. Ledning och styrning av landstings/regioners försäkringsmedicinska uppdrag. SKL; 2018.
234. Att leda funktion för koordinering. Stöd för verksamhetschefer och landstingsledning. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2017.
235. Frågor och svar. Villkor 5 - Stöd för rätt sjukskrivning 2017-2017. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL); 2016.
236. Stöd för rätt sjukskrivning. Stockholm: Försäkringskassan, SKL; 2016 Dnr SKL: 14/3621.
237. Alexanderson K, Elrud R, Hinas E, Ljungquist T. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning i Södermanlands län. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008. Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för försäkringsmedicin; 2014.
238. Elrud R, Hinas E, Alexanderson K. Läkares upplevelser av kontakter med Försäkringskassan, med fokus på förtroende. Försäkringskassan; 2015.
239. 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.
240. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. Statistiska centralbyrån; 2011.
241. Arkhede S, Bové J, Bové K, Jansson D. SOM-undersökningarna 2016 - En metodöversikt. SOM-institutet, Göteborgs universitet; 2017.
242. Ekmer A, Lindholm C, Södersten E, Alexanderson K. Äldre läkares arbete med sjukskrivning, resultat från en nationell enkätstudie 2008. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
243. Gerner U. Läkares roll i samband med sjukskrivning - synpunkter från läkare i en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet/Sthlms läns landsting/ Försäkringskassan; 2006. Report No.: 49.
244. Svar på regeringsuppdrag Rapport - Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. Stockholm: Försäkringskassan; 2017 2017-12-12
245. Friberg E, Hinas E, Alexanderson K. Långtidssjukskrivna personers upplevelse av bemötande från Försäkringskassans handläggare, med fokus på professionellt bemötande. Stockholm: Försäkringskassan; 2014.



**Karolinska
Institutet**

www.ki.se/im

ISBN 978-91-7676-058-1