

Läkares sjukskrivningspraxis

En systematisk litteraturöversikt

*Elsy Söderberg
Christina Lindholm
Jenny Kärrholm
Kristina Alexanderson*

En rapport från Sociala rådet

Stockholm 2010



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2010:107

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2010

ISBN 978-91-38-23521-8
ISSN 0375-250X

Förord

I denna rapport, som är den sjunde från Sociala rådet, presenteras resultat från en systematisk litteraturöversikt om läkares arbete med sjukskrivningar.

Sjukförsäkringen, dvs. möjligheten till ekonomisk ersättning när en person p.g.a. sjukdom eller skada inte kan få inkomst från arbete, är en central del i alla välfärdssamhällen. I Sverige har antalet personer med sådan ersättning varierat mycket över de senare decennierna; mer än i de flesta andra länder. Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen och många interventioner har genomförts under de senaste åren med syfte att påverka just läkares arbete med sjukskrivning av patienter. År 2003 publicerade Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) en systematisk översikt av de studier som publicerats fram till oktober 2002 om läkares sjukskrivningspraxis (1). För att få ett bättre kunskapsunderlag kring dessa frågor har Sociala rådet initierat en uppdatering av SBU:s översikt med de studier som kommit därefter.

Sociala rådet tackar Elsy Söderberg, universitetslektor och hennes medförfattare för arbetet med denna översikt. Rapporten har granskats av Sören Brage, seniorforskare, allmänläkare, disputerad inom försäkringsmedicin samt verksam som överläkare vid Forskningssektionen, Arbets- och Velferdsetaten (NAV) i Oslo, Norge.

Kristina Alexanderson
Ordförande i Sociala rådet
Professor i socialförsäkring

Publikationer från Sociala rådet:

Rapport	Titel
1	Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden? En systematisk litteraturöversikt (SOU 2010:47)
2	Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år; en systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård (SOU 2010:48)
3	Vem arbetar efter 65 års ålder? En statistisk analys (SOU 2010:85)
4	Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturöversikt (SOU 2010:89)
5	Massuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet; en rapport om konsekvenser av 1990-talets friställningar för slutenvårdsutnyttjande och risk för förtida död (SOU 2010:102)
6	Ålderspension för invandrare från länder utanför OECD-området (SOU 2010:105)
7	Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturöversikt (SOU 2010:107)
8	Informal care and voluntary assistance; a systematic review of quantitative and qualitative aspects of assistance to elderly persons in Sweden, Italy, the United Kingdom and Canada
9	Valfrihet och kvalitet inom hälso- och sjukvården; en litteraturöversikt om faktorer som påverkar patienters val av vårdgivare

Innehåll

Sociala rådet i korthet	9
Sammanfattning	11
Förkortningar och begrepp	13
1 Bakgrund	15
1.1 Sjukförsäkring	16
1.2 Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning.....	18
1.3 Läkares olika professionella roller.....	19
1.4 Varför systematiska litteraturöversikter?	21
1.5 Syfte	22
2 Metod	23
2.1 Inklusionskriterier	23
2.2 Litteratursökningar.....	24
2.3 Relevansbedömning av identifierade studier.....	25
2.4 Extraktion av data från relevanta studier.....	25
2.5 Kvalitetsbedömning av relevanta studier.....	25
2.6 Kategorisering av resultat från inkluderade studier	26
2.7 Bedömning av vetenskaplig evidens.....	27

3	Resultat.....	29
3.1	Övergripande resultat	29
3.2	Litteraturöversiktens frågeområden.....	34
3.2.1	Vilka patientfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?	36
3.2.2	Vilka läkarfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?	44
3.2.3	Vilka problem rapporterar läkare i sitt arbete med patienters sjukskrivning?	52
3.2.4	Har sjukintygen tillräcklig kvalitet för det de ska användas till?	62
3.2.5	Är patienter och läkare överens om behovet av sjukskrivning?	63
3.2.6	Interventionsstudier; kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?.....	64
3.3	Sammanfattning av vetenskaplig evidens.....	66
4	Diskussion	69
4.1	Metodologiska överväganden	70
4.2	Resultatdiskussion.....	73
4.2.1	Andra systematiska litteraturöversikter	74
4.2.2	Finns det samband mellan patientfaktorer och läkares sjukskrivningspraxis?	75
4.2.3	Vilka läkarfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?	75
4.2.4	Läkares problem i handläggning av sjukskrivningsärenden	76
4.2.5	Har sjukintygen tillräcklig kvalitet för det de ska användas till?	79
4.2.6	Interventionsstudier; kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?.....	79
4.2.7	Vad har studerats?	80
4.2.8	Läkares arbete med sjukskrivning i Sverige.....	82
4.3	Fortsatt forskning	85
4.4	Slutsatser	87

Referenser	89
Författarpresentation	105
Bilaga 1 Kommittédirektiv.....	107
Bilaga 2 Mall för dataextraktion samt kriterier för kvalitetsbedömning.....	111
Bilaga 3 Tabell 3–6.....	115

Sociala rådet i korthet

Sociala rådets uppdrag är, enligt kommittédirektivet (se bilaga 1), att agera som rådgivare till regeringen på hälso- och sjukvårdsområdet samt i sociala frågor. Sociala rådet ska även förse regeringen med kunskap baserad på svenska och internationella forskningsrön, som är relevanta för utformningen av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden. Dessutom ska Sociala rådet identifiera utvecklingstendenser och viktiga faktorer som har betydelse för välfärdssektorns funktion.

Uppdraget omfattar de tre åren 2008–2010. I rådet ingår forskare från olika vetenskapsområden samt generaldirektörerna för Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Sociala rådets verksamhet utgörs av flera olika delar, t.ex. regelbundna möten med Socialdepartementets statsråd och politiskt sakkunniga och andra möten med Socialdepartementets tjänstemän. Sociala rådet ordnar även seminarier, samt en årlig konferens för en bredare publik.

Sociala rådet har under uppdragsperioden identifierat några områden där det saknas kunskap eller där befintlig kunskap behöver uppdateras eller sammanställas. Sociala rådet har därför initierat ett antal projekt som ska bidra till att fylla vissa kunskapsluckor med innehåll och/eller ge en uppdaterad och översiktlig bild av kunskapsläget. Projekten redovisas i en serie rapporter, i vilken föreliggande rapport ingår.

Rapporterna kan laddas ner från Sociala rådets hemsida: <http://www.sou.gov.se/socialaradet>. Där finns även information om rådet och dess verksamhet.

I Sociala rådet ingår följande personer:

- Kristina Alexanderson (ordförande), professor i socialförsäkring, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, kristina.alexanderson@ki.se
- Lennart Flood (ledamot), professor i ekonometri vid Handelshögskolan, Göteborgs universitet
- Laura Fratiglioni (ledamot), professor i geriatrisk epidemiologi vid Aging Research Center, Karolinska Institutet/Stockholms universitet
- Lars-Erik Holm (adjungerad ledamot), generaldirektör och chef för Socialstyrelsen
- Per Johansson (ledamot), professor i ekonometri vid Uppsala Universitet; Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
- Adriana Lender (adjungerad ledamot), generaldirektör och chef för Försäkringskassan
- Olle Lundberg (ledamot), professor i forskning om jämlikhet i hälsa vid Center for Health Equity Studies (CHESS), Karolinska Institutet/Stockholms universitet
- Clas Rehnberg (ledamot), docent i hälsoekonomi vid Medical Management Centre, Karolinska Institutet.

Sammanfattning

Sjukfrånvaron har varierat mycket över de senare decennierna i Sverige. Läkare har en central roll i processen kring patienters sjukfrånvaro. För många läkare i Sverige är sjukskrivningar en vanlig arbetsuppgift. Ett flertal åtgärder har vidtagits under de senare åren för att höja kvaliteten i läkares arbete med sjukskrivning av patienter. Som bas för sådana åtgärder behövs ett vetenskapligt kunskapsunderlag.

Syftet med detta projekt har varit att sammanställa den vetenskapliga kunskapen om läkares sjukskrivningspraxis genom att göra en systematisk litteraturöversikt av studier inom området.

Översikten har gjorts i flera steg, enligt den modell som bl.a. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) tillämpar. Studier om läkares sjukskrivningspraxis, som publicerats på engelska i vetenskapliga referentbedömda tidskrifter under 2002 till och med augusti 2009, har sökts i litteraturlatabaser och referenslistor. Vi identifierade 61 relevanta studier. Ingen studie bedömdes ha måttlig eller hög kvalitet utifrån syftet med denna översikt. Tjugoåtta studier bedömdes ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas i översikten. Vid bedömning av vetenskaplig evidens för olika resultat inkluderades även resultaten från SBU:s motsvarande översikt av tidigare studier om läkares sjukskrivningspraxis.

Antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis har ökat något under 2000-talet. Merparten, 79 procent, av de inkluderade studierna var tvärsnittstudier och endast tre var interventionsstudier. Den absoluta majoriteten var gjorda i nordvästra Europa och drygt 40 procent i Sverige.

Flertalet studier hade relativt få deltagare. Med undantag från ett större svenskt projekt har läkares sjukskrivningspraxis endast studerats för några få specialiteter, framförallt allmänläkare. Det var även en mycket stor variation mellan studierna, när det gäller frågeställningar, studiedesign, data, analysmetoder och utfallsmått,

vilket innebär att möjligheten att jämföra studiernas resultat är begränsad.

Det finns begränsat vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3) för att läkare upplever arbetet med sjukskrivning av patienter som problematiskt. På en mer detaljerad nivå finns det begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever följande fem områden som problematiska:

- att i sjukskrivningsärenden hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig
- att hantera situationer när läkaren och patienten har olika syn på behovet av sjukskrivning
- att bedöma patienters funktionsförmåga, arbetsförmåga och behov av sjukfrånvaro
- att inte ha tillräcklig kunskap om t.ex. socialförsäkringssystemet, förhållanden på arbetsmarknaden eller patienters arbetsvillkor
- att samverka med andra i sjukskrivningsärenden, både inom och utanför hälso- och sjukvården.

Även om flera studier behandlat andra faktorer, såsom patient- och läkarfaktorerers betydelse för sjukskrivningspraxis, finns ingen evidens för betydelsen av dessa faktorer för sjukskrivningspraxis, p.g.a. att resultaten från studierna går i olika riktning, alternativt att det finns för få studier om varje sådan faktor.

Den typ av problem som det finns evidens för att läkare har när det gäller sjukskrivning, understryker bland annat betydelsen av förutsättningar och stöd för läkare, även inom den egna organisationen, i att utveckla, vidmakthålla och använda försäkringsmedicinsk kompetens. Detta kan handla om utbildning, handledning, resurser, policy, riktlinjer och kvalitetsssäkring. Resultaten understryker även behovet av tydliggörandet av de roller olika aktörer har i sjukskrivningsprocessen, såväl inom hälso- och sjukvården som utanför, t.ex. Försäkringskassan och arbetsgivare.

Det låga antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis är det mest slående resultatet i denna litteraturöversikt. Framtida forskning behöver beakta det sammanhang som läkare arbetar i, förutsättningar för optimal sjukskrivningspraxis, faktorer som är möjliga att åtgärda samt inkludera även andra läkare än de vid vårdcentraler. Det behövs även interventionsstudier och internationella jämförelser, för att få evidensbaserad kunskap som underlag för åtgärder när det gäller läkares sjukskrivningspraxis.

Förkortningar och begrepp som används i rapporten

AFL	Lagen om Allmän Försäkring
FHV	Företagshälsovård
HR	Hazard ratio
KI	Konfidensintervall, vanligen 95-procentigt
OR	Odds ratio
RR	Relativ risk
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering; www.sbu.se
Sjukintyg	I svenskt språkbruk kallas ofta det medicinska underlag läkare har att skriva i sjukskrivningsärenden, där bland annat information om sjukdom respektive funktion och rekommenderad sjukskrivningstid skall ges, för läkarintyg eller sjukintyg. För att förenkla texten använder vi i rapporten termen sjukintyg för detta.

1 Bakgrund

I denna rapport redovisas resultatet från en systematisk litteraturöversikt av studier om läkares sjukskrivningspraxis. I projektet har det ingått att söka, bedöma och sammanställa resultat från sådana studier som publicerats från och med 2002 till och med augusti 2009 och sammanföra resultaten med dem från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) översikt av läkares sjukskrivningspraxis från 2003 (1) där sådana studier som publicerats till och med oktober 2002 inkluderades.

När det gäller läkares arbete med patienters sjukskrivning utgår vi i denna rapport från situationen i Sverige. Den skiljer sig inte mycket från situationen i de flesta andra välfärdsstater, med några få undantag. Undantagen gäller framför allt behandlande läkares roll i Nederländerna samt försäkringsläkarens roll i olika försäkringssystem (1, 2).

Sjukskrivning är ett komplext område med stora konsekvenser på såväl individnivå som samhällsnivå och ses ofta som ett folkhälsoproblem (1, 3, 4). Ett flertal utredningar i Sverige har konstaterat att vetenskapligt baserad kunskap om sjukfrånvaro i stor utsträckning saknas (1, 5–9). Forskning när det gäller sjukfrånvaro har i de flesta studier handlat om riskfaktorer för att bli sjukskriven, t.ex. faktorer i arbetslivet. Det finns även ett fåtal studier om vad som påverkar återgång i arbete när man är sjukskriven och om konsekvenser av att vara sjukskriven. Några studier har ett annat fokus, nämligen praxis¹ hos dem som arbetar med sjukskrivningsärenden i sin praktiska verksamhet, t.ex. läkare och handläggare på Försäkringskassan (1).

SBU publicerade år 2003 en rapport om sjukskrivning, där sju systematiska litteraturöversikter ingick (1). En av dessa översikter

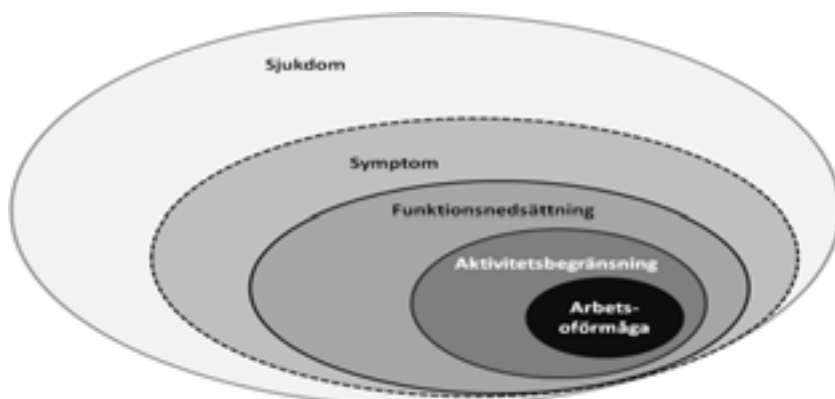
¹ Begreppet praxis används här för att beskriva handlingsmönster i läkares arbete med sjukskrivningsärenden, dvs. i professionell praktik. I det ingår alla de bedömningar och beslut som läkaren gör även vid patientkontakter som inte leder till sjukskrivning eller där en annan läkare redan sjukskrivit patienten.

behandlade studier om läkares sjukskrivningspraxis. Där konstaterades att för flertalet frågeställningar kunde ingen eller endast någon eller några studier identifieras och ofta var resultaten från dessa inte jämförbara med varandra på grund av stora skillnader i studiernas upplägg, t.ex. vad gäller studiedesign, studiepopulation, data, analysmetod eller utfallsmått. Endast två frågor kunde besvaras med någon grad av evidens, den lägsta av tre möjliga, dvs. begränsad evidens (evidensstyrka 3). För det första fanns det begränsat vetenskapligt stöd för att många läkare upplevde arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt. För det andra fanns det stöd för att sjukintygen ofta hade otillräcklig kvalitet för det som de är avsedda för, dvs. att användas som underlag för beslut i andra organisationers bedömning om huruvida patienten har rätt till ersättning under sjukfrånvaron. Den vetenskapligt baserade kunskapen var således på en synnerligen generell nivå och kunde knappast användas som bas för interventioner.

1.1 Sjukförsäkring

En person som drabbas av skada eller sjukdom kan ha rätt att vara sjukfrånvarande. För att då ha rätt till ersättning, så kallad sjukpenning, ska, i de flesta sjukförsäkringar och i de flesta länder, två kriterier, så kallade rekvisit, vara uppfyllda (10). Dessa är att personen dels ska ha en sjukdom eller skada, dels att just denna sjukdom eller skada ska ha lett till att personens arbetsförmåga är nedsatt i förhållande till kraven i personens ordinarie arbete, annat arbete hos samma arbetsgivare alternativt till kraven generellt på arbetsmarknaden. I de flesta länder ska arbetsförmågan vara helt nedsatt för rätt till sjukpenning, men i Sverige och några andra länder finns möjlighet till deltidssjukskrivning respektive deltids sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension). I Sverige måste arbetsförmågan vara nedsatt med minst 25 procent för att en person ska ha rätt till sjukpenning. I figur 1 illustreras samband mellan sjukdom, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga, enligt den modell som beskrevs i den så kallade arbetsförmågeutredningen (9). I bilden framgår att endast en del sjukdomar eller symptom som sjukdomen eller dess behandling innebär, leder till en funktionsnedsättning och att ännu färre medför aktivitetsbegränsning respektive arbetsförmåga.

Figur 1 Samband mellan sjukdom, symptom, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga, modifierad efter figur i SOU 2009:89 (9)



I Sverige intygar personen vanligen själv att han eller hon är arbetsförmögen på grund av sjukdom under de första sju dagarna i ett sjukskrivningsfall. För alla sjukskrivningsfall som överstiger sju dagar, i vissa fall redan tidigare, ska sjukdomen/skadan och den nedsatta arbetsförmågan även intygas av en läkare (i vissa fall tandläkare) via ett medicinskt underlag, ett så kallat sjukintyg, för att patienten ska ha rätt till sjuklön från arbetsgivaren och/eller sjukpenning från Försäkringskassan och eventuell ersättning från försäkringsbolag.

Sjukfrånvaro är en vanlig ordination inom hälso- och sjukvården i Sverige (11–13). Socialstyrelsen har konstaterat (14–18) att sjukskrivningar är en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient. Sjukskrivning ska därmed kvalitetssäkras och bedömas utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder och ska bl.a. bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Aktuella aspekter av läkares arbete med sjukskrivningsprocessen blir då bl.a. hur detta arbete leds och styrs samt former för kompetensutveckling och kunskapsgenerering (5, 14, 19).

När en person behöver vara frånvarande p.g.a. sjukdom är olika aktörer inblandade. Förutom personen själv kan bland annat arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, företagshälsovården, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten vara involverade. Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal (1, 5, 15, 19, 21). Hälso- och

sjukvården ska tillhandahålla ”god vård på lika villkor”. Tidigare studier och utredningar har visat att detta inte sker på ett tillfredsställande sätt när det gäller sjukskrivning och det har varit stora variationer i när, hur länge och till vilken grad läkare har rekommenderat patienter med liknande problemsituation att vara sjukfrånvarande (1, 5).

1.2 Läkarens uppgifter i samband med sjukskrivning

Av ovanstående framgår att läkare har en central roll i processen kring patienters sjukfrånvaro. Samtidigt som läkares arbete med patientens sjukskrivning och rehabilitering styrs av flera olika lagar och förordningar (1, 5, 15, 19) ska detta arbete, som all annan vård och behandling, baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet (13, 15, 23).

Läkarens arbetsuppgifter i samband med ställningstagande till sjukskrivning kan sammanfattas i följande sju punkter (12, 23):

- ta ställning till om sjukdom eller skada föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta, inklusive med sjukdom jämförda tillstånd,
- bedöma om sjukdomen eller skadan innebär sådan nedsättning av patientens funktionsförmåga att även arbetsförmågan är nedsatt i relation till de krav som patientens arbete innebär, eller till på arbetsmarknaden i övrigt förekommande arbeten, samt särskilt ange vilka arbetsuppgifter som inte kan utföras,
- tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med en sjukskrivning, inklusive hur sjukdomen/skadan kan påverkas av en sjukfrånvaro,
- ta ställning till längd och grad av sjukskrivningen, liksom vad som ska ske under sjukskrivningen t.ex. utredning, behandling, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder, dvs. tillsammans med patienten ta fram en handlingsplan,
- ta ställning till om det föreligger behov av kontakt med andra inom sjukvården (kurator, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, andra specialister) eller aktörer utifrån, såsom Försäkringskassa, företagshälsovård, arbetsgivare, och i så fall etablera kontakten med dem, samt att på ett adekvat sätt samverka med aktörer, inom och utanför hälso- och sjukvården,

- skriva ett intyg, enligt fastställt formulär (här kallat sjukintyg), så att det ger tillräckligt underlag för Försäkringskassans handläggare och andra att fatta beslut om ersättning och om det finns behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder samt
- att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Den första uppgiften, att utreda och ställa diagnos, är läkare väl förtrogna med. De vanligaste diagnoserna bakom sjukfrånvaro och sjuk- eller aktivitetsersättning är dock relaterade till besvär från rörelseorganen och/eller till psykiska besvär (1, 24–28). För flera av dessa besvär är den vetenskapliga kunskapsnivån mindre utvecklad, beträffande diagnos, behandling och rehabilitering liksom fastställande av besvärens allvarlighetsgrad, än för andra diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom (27–32). Det innebär ofta att det är stora svårigheter även med denna första uppgift för de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna.

När det gäller de övriga sex uppgifterna är det delvis andra typer av kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som är av vikt, såsom kommunikationsfärdigheter, förmåga att hantera konflikter, förmåga att samverka med andra aktörer, ha kunskap om möjligheter och skyldigheter som ligger inom ramen för läkarrollen respektive för andra, t.ex. Försäkringskassan eller arbetsgivare. Detta är synnerligen komplexa arbetsuppgifter som, kräver en hög grad av försäkringsmedicinsk professionalitet (33–35).

1.3 Läkares olika professionella roller

En aspekt som förekommer i flera studier om läkares sjukskrivningspraxis är hur läkare hanterar sina två roller som behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig. Därför vill vi redan här ge en bakgrund till denna aspekt. Läkare, liksom många andra professioner, har flera olika roller. I kontakten med patienten är, i detta sammanhang, följande fyra roller av intresse (5):

- rollen som patientens behandlade läkare med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; bota, lindra eller trösta enligt Hippokrates, och främja hälsa (36–38). I litteraturen om sjukfrånvaro benämns denna roll ibland som att vara ”patientens advokat” eller ”patien-

tens företrädare” och syftar då på att läkaren i denna roll ta olika typer av initiativ för att hjälpa sin patient eller att föra dennes talan i kontakten med andra aktörer,

- rollen som ”grindvakt” (*gatekeeper*), dvs. att ansvara för att (begränsade) resurser, inom den organisation där man verkar, används rättvist och ändamålsenligt (39–41),
- medicinskt sakkunnig, t.ex. i samband med intygsskrivande eller att som medicinskt sakkunnig uttala sig om något i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de andra rollerna, t.ex. den som behandlande läkare, och ett annat regelverk för handlande gäller då, samt
- myndighetsutövare, t.ex. i samband med frihetsberövande enligt specifika lagar, t.ex. i samband med psykiatrisk sjukdom eller missbruk.

I samband med sjukskrivning är det framför allt den första och den tredje av dessa fyra roller som är aktuella, dvs. den som behandlare och den som medicinskt sakkunnig. Däremot har läkaren inte en egentlig grindvaktsroll här. Under den s.k. arbetsgivarperioden, dvs. de första 14 dagarna i ett sjukskrivningsfall, har arbetsgivaren en grindvaktsroll, dvs. en kontrollfunktion. Därefter har handläggaren på Försäkringskassan denna roll, dvs. att bedöma om villkoren för rätt till sjukpenning är uppfyllda. Dessa beslut grundas bland annat på information i sjukintyg och på ansökan från den försäkrade, enligt det regelverk som beslutats av Riksdagen och vars tillämpning fortlöpande prövas av domstolar (42–45).

En av de arbetsuppgifter som läkare har är att skriva intyg, utlåtanden och remisser. Det rör sig om många olika typer av intyg, varav sjukintyg är en typ (46, 47). Vid intygsskrivande har läkaren alltså en något annan roll än den som ansvarig för patientens medicinska utredning och behandling. Här handlar det i stället om att, utifrån sin profession och sin medicinska sakkunskap, uttala sig om vissa sakförhållanden och göra en saklig bedömning till en annan myndighet eller aktör (46). Det finns ett utvecklat regelverk kring vad en läkare ska beakta när denne skriver olika typer av intyg och utlåtanden i sin roll som medicinskt sakkunnig (33, 46–48).

Det kan ibland finnas en konflikt mellan rollen som patientens behandlande läkare och rollen som medicinskt sakkunnig. Dessa två roller är inte unika för läkaryrket, utan är något som personer i

ett stort antal professioner, t.ex. socialarbetare, handläggare inom Försäkringskassan och poliser, har att hantera. Att integrera strategier för att hantera dessa roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en person genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet (23, 49–51).

En annan aspekt är att sjukskrivning är en vanlig arbetsuppgift bland majoriteten av de yrkesverksamma läkarna inom ett stort antal kliniska specialiteter (12). Det innebär att frågan även har betydelse ur arbetsmiljösynpunkt för många läkare.

1.4 Varför systematiska litteraturoversikter?

Vi har alla en tendens att hitta och minnas de studier som stämmer överens med vår egen uppfattning. En enskild studie är dock inte tillräckligt för att fastställa att något "är" på ett visst sätt, att det finns vetenskaplig evidens för något. Fler studier behövs och först om de flesta av de studier, som har hög eller åtminstone tillräcklig vetenskaplig kvalitet, visar resultat i samma riktning och om andra studier inte ger andra resultat, kan man tala om att det finns vetenskapligt stöd eller så kallad vetenskaplig evidens för något.

Tusentals vetenskapliga studier publiceras varje vecka. Det finns ingen möjlighet för en enskild person att hålla sig informerad om alla studiers resultat och ta ställning till deras vetenskapliga värde, ens inom ett relativt avgränsat område. Därför behövs sammanställningar av studier. En metod som alltmer används för att fastställa om det finns vetenskaplig evidens för ett resultat, är att göra systematiska översikter av vetenskapliga studier inom området. Dessa översikter följer en strikt metodik för att identifiera, relevansbedöma, granska och kvalitetsbedöma resultaten av genomförda studier. Nästa steg är att analysera om resultaten i de studier som bedömts som relevanta och av tillräckligt god kvalitet, kan ligga till grund för slutsatser om vetenskaplig evidens med avseende på någon studerad frågeställning. Detta innebär att det bara kan etableras evidens för frågor som är studerade i flera studier. Denna metodik är lika strikt som i "vanliga" studier, skillnaden är att i systematiska litteraturoversikter utgörs forskningsmaterialet av andra vetenskapliga studier.

1.5 Syfte

Syftet med detta projekt har varit att göra en systematisk litteraturoversikt av studier om läkares sjukskrivningspraxis för att sammanställa den vetenskapliga kunskapen på området.

2 Metod

Litteraturöversikten genomfördes enligt de kriterier som används av bland annat SBU (1) och the Cochrane Collaboration (52). Översikten gjordes i följande sex steg:

1. litteratursökning,
2. relevansbedömning av identifierade studier,
3. extrahering av data från de studier som bedömts som relevanta,
4. kvalitetsbedömning av relevanta studier,
5. kategorisering och sammanställning av resultat från de studier som bedömts ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas, samt
6. bedömning av förekomst av vetenskaplig evidens för resultat från studier av tillräcklig kvalitet.

I det sista steget, punkt 6, beaktades även resultaten från de studier som inkluderades i SBU:s litteraturöversikt om läkares sjukskrivningspraxis (1) och som publicerats på engelska i referentbedömda vetenskapliga tidskrifter. Nedan beskrivs tillvägagångssättet inom de sex stegen. Först redogörs för de inklusionskriterier som tillämpats för urval av studier.

2.1 Inklusionskriterier

Litteraturöversikten omfattar vetenskapliga studier som uppfyller samtliga tre följande kriterier:

- publicerad på engelska i en referentbedömd, vetenskaplig tidskrift under perioden från och med januari 2002 till och med augusti 2009,
- innehåller empiriska data om läkares arbete med sjukskrivning av patienter och

- inte ingick i SBU:s litteraturoversikt (1).

I SBU:s litteraturoversikt 2003 (1) inkluderades studier publicerade till och med oktober 2002. Då det kan ta lång tid, ibland över ett halvår, innan en publicerad studie kommer med i litteratordatabaser valde vi att söka studier för hela 2002, för att minska risken att missa studier.

2.2 Litteratursökningar

Studier söktes på två sätt; dels via litteratordatabaser, dels i inkluderade studiers referenslistor.

Sökningar gjordes via PubMed, via OVID, och via CRD. Ett flertal litteratordatabaser användes, bl.a. MEDLINE (bevakar tidskrifter inom medicin, omvårdnad, odontologi, hälso- och sjukvård), PsychINFO (psykologisk och beteendevetenskaplig litteratur), SOCA/SOCI (samhälls- och beteendevetenskaplig litteratur-), samt NHS EED, HTA, och DARE som även innehåller ekonomiska tidskrifter.

Följande *söktermer* användes för sjukskrivning: sickness certification, sick leave, sick-leave, sickness absence, sickness certificate, medical certificate, return to work, return-to-work, work capacity, work incapacity, work ability, work inability.

Följande söktermer användes för läkare: physician, doctor, specialist. Dessutom användes sökord för olika specialiteter, såsom general practitioner, psychiatrist, orthopaedic, family physician, cardiologist, gynaecologist.

Sökningarna begränsades till vetenskapliga studier och litteraturoversikter som publicerats efter 2001. Ingen begränsning gjordes vad avser åldrar eller att det skulle gälla människor, baserat på tidigare erfarenheter av att man då kan missa vissa studier.

Först söktes efter samtliga träffar i litteratordatabaserna som innehöll något om sjukskrivning, enligt ovanstående söktermer, respektive efter samtliga träffar som innehöll något om läkare. Därefter samkördes dessa så att de studier som innehöll något av sökorden från den ena gruppen och något från den andra togs fram. Dubletter exkluderades.

Vid sökningar i referenslistor i de inkluderade artiklarna och i identifierade litteraturoversikter användes främst titeln för att bedöma om respektive studie borde relevansbedömas.

2.3 Relevansbedömning av identifierade studier

Samtliga studier som identifierades i sökningarna, relevansbedömdes utifrån ovan nämnda inklusionskriterier. Titlar och sammanfattningar av studier som identifierades via litteratordatabassökningarna lästes av två personer oberoende av varandra. I referenslistor lästes titlar och en första bedömning gjordes utifrån detta. Vid osäkerhet om relevans lästes hela artikeln. Studier där det fanns oklarheter om relevans lästes även av övriga i projektgruppen och diskuterades tills konsensus om relevans nåtts. Om någon i gruppen var medförfattare till en studie deltog denna person inte i relevansbedömningen av den studien.

2.4 Extraktion av data från relevanta studier

För extrahering av data från de studier som bedömts som relevanta, användes en något modifierad version av den mall för dataextraktion som tagits fram i tidigare nämnda SBU-översikt (1). Mallen återges i sin helhet i bilaga 2. Två deltagare i projektgruppen extraherade, oberoende av varandra, data från var och en av studierna. Data sammanställdes i en övergripande tabell där central information från dataextraktionen skrevs in för respektive studie. Uppgifter i tabellen kontrollerades av minst en av de övriga forskarna i projektgruppen.

2.5 Kvalitetsbedömning av relevanta studier

De studier som bedömts som relevanta kvalitetsbedömdes enligt de kriterier som tagits fram i SBU-översikten (1). Kriterierna finns i bilaga 2. Vid kvalitetsbedömningen bedömdes följande fem aspekter av studien, i förhållande till syftet med översikten: design, bortfall, bias, analysmetod och precision. Var och en av dessa kunde tilldelas 0 till 3 poäng, förutom studiens design som kunde få från 0 till 5 poäng, p.g.a. designens stora betydelse för kvaliteten. Utgångspunkten i bedömningarna var de uppgifter som presenterades i artikeln.

Studier som genomförts med *kvantitativa* analysmetoder kunde få maximalt 17 poäng. Studiernas vetenskapliga kvalitet bedömdes utifrån nedanstående gränser:

- otillräcklig kvalitet: 0–6 poäng eller att någon av aspekterna design, bortfall, bias, analysmetod eller precision värderats till 0 poäng
- begränsad kvalitet: 7–12 poäng
- måttlig kvalitet: 13–15 poäng samt
- hög kvalitet: 16–17 poäng.

I studier där *kvalitativa* analysmetoder användes var värdering av bias och precision inte relevant varför skattningsskalan tillämpades endast för design, bortfall och analytisk metod, och 11 blev den maximala poängsumman:

- otillräcklig kvalitet: 0–4 poäng, eller om någon aspekt värderats till 0
- begränsad kvalitet: 5–6 poäng
- måttlig kvalitet: 7–9 poäng samt
- hög kvalitet: 10–11 poäng.

Studier som använt både kvantitativa och kvalitativa analysmetoder värderades med avseende på den analysmetod som bedömdes vara den huvudsakliga.

Två personer i projektgruppen gjorde oberoende av varandra en kvalitetsbedömning av var och en av studierna. Fanns det skillnader i bedömningarna av en studie, bedömde även övriga i projektgruppen studien och kvalitetsbedömningen diskuterades tills konsensus nåddes. Om någon i gruppen var medförfattare på en studie gjordes kvalitetsbedömningen enbart av de övriga i projektgruppen.

De studier, som enligt ovanstående kvalitetsbedömning, hade begränsad eller högre kvalitet ansågs ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas i översikten.

2.6 Kategorisering av resultat från inkluderade studier

Resultaten från de studier som bedömdes ha tillräcklig vetenskaplig kvalitet för att ingå i litteraturöversikten sammanställdes utifrån de olika frågor som kunde ställas till materialet. Vi utgick då från de frågor som formulerades i SBU-översikten (1) för att beskriva

läkares sjukskrivningspraxis i relation till resultaten i de då inkluderade studierna. I den översikten kunde följande tio frågor ställas:

- Vem initierar diskussion om sjukskrivning respektive förtids-pension?
- Hur gör läkare bedömning av arbetsförmåga?
- Gör patienter och läkare samma bedömning av sjukskrivningsbehovet?
- Vilken kvalitet har sjukintygen?
- Finns det skillnader mellan läkare avseende bedömning av sjuk-skrivningsbehov?
- Vilka patientfaktorer påverkar läkares sjukskrivningspraxis?
- Vilka problem anger läkare att de har i samband med sjukskrivning?
- Vilka läkarfaktorer påverkar sjukskrivningspraxis?
- Kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?
- Andra aspekter på läkares sjukskrivningspraxis?

Först undersökte vi om de inkluderade studierna innehöll resultat om dessa 10 områden. Därefter analyserade vi om resultaten i studierna kunde besvara ytterligare frågor. Vid identifiering av sådana frågeområden finns det i denna fas av en systematisk litteraturöversikt inslag av kvalitativ analys (53). Det betyder att denna fas delvis var explorativ, i sökandet efter kategorier/områden som det fanns resultat om. Inom SBU-översiktens (1) synnerligen övergripande frågor eftersöktes även förekomst av subkategorier, dvs. resultat på mer detaljerad nivå.

2.7 Bedömning av vetenskaplig evidens

I evidensbedömningen användes dels resultaten från de här inkluderade studierna, dels relevanta resultat från de studier i SBU-översikten som uppfyllde de inklusionskriterier som använts här.

I SBU-översikten (1) var inklusionskriterierna vidare än de som vanligen används i SBU:s litteraturöversikter och vidare än de vi använt här. Utöver internationellt publicerade vetenskapliga artiklar inkluderades där även doktorsavhandlingar och studier publicerade i vetenskapliga tidskrifter på svenska, norska eller danska. Av de 28 studier som inkluderades i SBU:s översikt (1) var 15 publicerade i

engelska vetenskapliga tidskrifter. Vi inkluderade resultaten från dessa 15 artiklar (54–68) vid bedömning av vetenskaplig evidens i vår översikt.

Det finns olika metoder för att bedöma om de sammanställda resultaten från relevanta studier av tillräckligt hög kvalitet kan ligga till grund för vetenskapligt stöd, ofta benämnt vetenskaplig evidens. Vi följde metoden från den tidigare nämnda SBU-översikten och använde även samma gradering av vetenskapligt stöd för att bedöma ett resultatets evidensstyrka (1).

- *evidensstyrka 1, starkt vetenskapligt stöd*: minst två studier med hög kvalitet eller god systematisk översikt av sådana studier, dvs. metaanalys av flera randomiserade kontrollerade studier (RCT),
- *evidensstyrka 2, måttligt vetenskapligt stöd*: en studie med hög kvalitet plus minst två med måttlig kvalitet,
- *evidensstyrka 3, begränsat vetenskapligt stöd*: minst två studier med måttlig kvalitet eller minst fem studier med begränsad kvalitet,
- *otillräckligt vetenskapligt stöd, dvs. ingen evidens*: annat, dvs. lägre än ovanstående eller där resultaten av studierna går i motsatt riktning.

I de fall där samma data för en population använts i flera studier har bara resultat från en av dessa studier medräknats i evidensbedömningen, vanligen den studie som hade flest deltagare.

3 Resultat

Här ges först en övergripande beskrivning av resultaten från de sex stegen beskrivna i metoddelen, liksom av typ av studier som inkluderades. Därefter redovisas resultaten på mer detaljerad nivå för varje frågeområde och i samband med det görs också bedömning av vetenskapligt stöd för olika resultat inom respektive frågeområde.

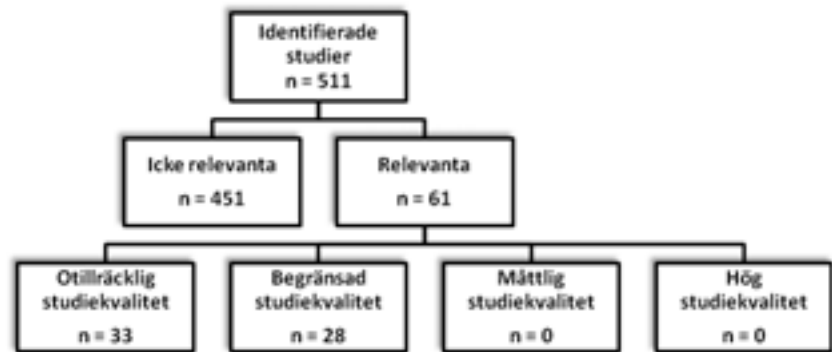
3.1 Övergripande resultat

Sökningarna resulterade i 511 vetenskapliga studier, som relevansbedömdes utifrån ovan angivna kriterier. Detta resulterade i 61 relevanta studier som kvalitetsbedömdes. Den mall för dataextraktion och de kriterier för kvalitetsbedömning som användes finns i bilaga 2.

Processen illustreras i figur 2. Av de 61 relevanta studierna bedömdes 33 studier (69–101) inte ha tillräcklig vetenskaplig kvalitet, utifrån syftet med översikten. Tjugoåtta av de relevanta studierna (102–129) bedömdes vara av tillräcklig kvalitet, utifrån översiktens syfte, och inkluderades i litteraturöversikten. Samtliga dessa 28 studier bedömdes vara av begränsad kvalitet, dvs. ingen studie bedömdes ha måttlig eller hög kvalitet.

Delar av resultaten från en av studierna som inkluderades i SBU-översikten, en avhandling i form av en monografi på svenska (130), har sedan publicerats i en engelskspråkig vetenskaplig artikel under 2002. Den bedömdes ha tillräcklig kvalitet och är en av de 28 studier som inkluderats (105) i vår översikt.

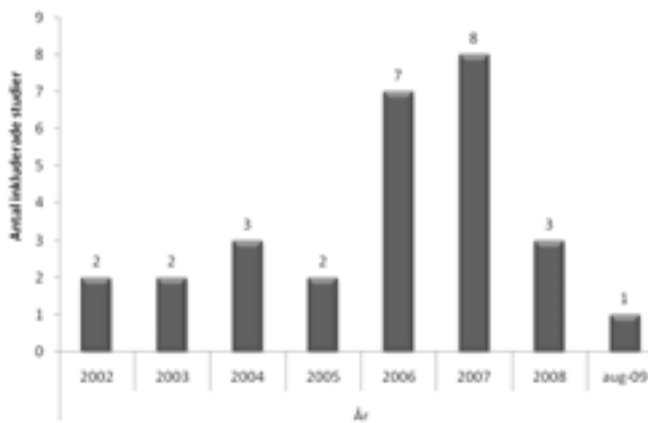
Figur 2. Figur över antal studier som identifierades i sökningarna och resultat av relevansbedömning samt kvalitetsbedömning



Vi identifierade även en systematisk litteraturöversikt (131), av studier som undersökt allmänläkares känslor och attityder kring sjukskrivning. Den tas upp i diskussionskapitlet.

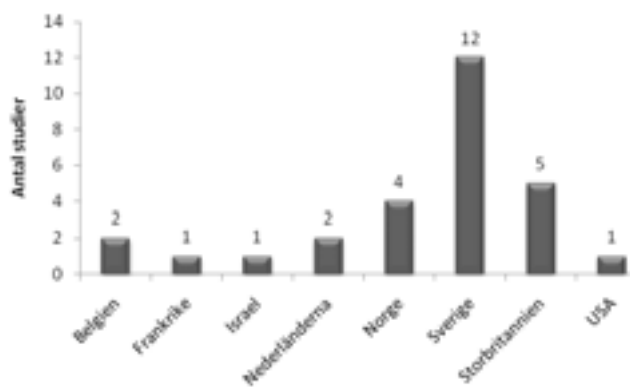
Flertalet av de inkluderade studierna publicerades under åren 2006–2008 (figur 3). Under 2009 är, som tidigare nämnts, studier publicerade efter augusti inte med. För 2002 inkluderades alltså endast studier som inte fanns med i SBU-översikten (1). De 33 exkluderade studierna visar en liknande fördelning som i figur 3, vad avser publiceringsår.

Figur 3. Antal studier, av de 28 inkluderade, som publicerats respektive år



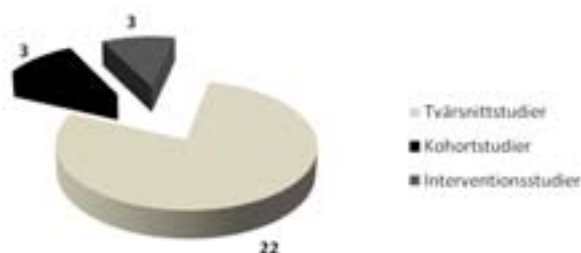
Tolv av de inkluderade studierna var genomförda i Sverige (102, 105, 111–114, 117, 118, 124–127), fem i Storbritannien (103, 109, 122, 123, 128), fyra i Norge (107, 108, 121, 129), två i Nederländerna (106, 110), två i Belgien (115, 116) samt en vardera i Frankrike (104), USA (119) och Israel (120) (figur 4). Med andra ord är alla utom två av studierna gjorda i Europa, och då framförallt i norra och västra Europa.

Figur 4. Antal inkluderade studier per land där de gjorts



När det gäller studiedesign, var flertalet av de inkluderade studierna observationsstudier och majoriteten, 79 procent, var tvärsnittsstudier. Tre var kohortstudier (110, 120, 121) och tre var kontrollerade interventionsstudier (106, 115, 129) (figur 5). Inga randomiserade kontrollerade studier identifierades.

Figur 5. Antal studier med olika studiedesign bland de 28 studier som inkluderats i översikten



Sammanlagt ingår 7 961 läkare i studierna. Vid beräkning av detta har hänsyn tagits till att samma personer ingick i några av studierna, dvs. ingen läkare har räknats mer än en gång, även om denne ingick i flera studier. I tabell 1 redovisas summan av antalet deltagande läkare inom respektive specialitet. Där framgår även antalet studier om respektive läkargrupp. I vissa studier har flera specialiteter inkluderats. Liksom i SBU-översikten (1) är det framförallt allmänläkares sjukskrivningspraxis som studerats. I de flesta studierna är antalet deltagare mycket få. Av antalet deltagare varierar mycket; från två deltagande läkare i en studie (114) till 5 455 i den största (113). I de studier som ingår i tabell 1 (dvs. de studier där antal deltagande läkare framgår) är medianen av deltagande läkare 65 och medelvärdet är 518 (standarddeviation: 1 305). Om studierna från det största projektet (102, 113, 125) exkluderas blir motsvarande siffror 56, 121 samt 200, dvs. skillnaderna är stora.

Tabell 1. Sammanlagt antal läkare som deltagit i studierna, uppdelat på typ av specialitet/klinisk verksamhet. I de fall där samma population använts för flera olika analyser/studier har baspopulationen bara medräknats en gång, dvs. varje läkare ingår bara en gång i dessa siffror.

Specialitet/typ av klinisk verksamhet ¹	Antal studerade läkare ¹	Antal studier respektive specialitet förekommer i ²	Lägsta och högsta antal deltagare i studierna om respektive specialitet
Allmänläkare	3 210	16 (4)	2–978
Psykatriker	442	2	1–441
Internmedicinare	472	3	2–396
Gynekologer	354	2	39–315
Kirurger	323	2	5–318
Ortopeder	219	3 (2)	2–200
Företagsläkare	216	5 (1)	2–124
Onkologer	108	1	108
Rehabiliteringsläkare	75	1	75
Försäkringsläkare	15	1 (1)	15
Läkare ³	2 527	2 (1)	1–2 500
Summa	7 961	20 (4)	1–5 455

¹I tabellen har följande tre studier inte tagits med:

- Två studier som helt baserades på läkarintyg, där antal läkare som skrivit dem inte framgår. Detta gällde dels studien av Fleten (107), som omfattade 999 sjukintyg, dels studien av Söderberg (127), som omfattade 2 249 sjukintyg (varav 1 208 var skrivna av allmänläkare, 465 av sjukhusläkare, 301 av företagsläkare och 668 av övriga läkare).

- En studie där frågeställningen var i vilken utsträckning sjukskrivna blev kallade till företagsläkare, antal sådana framgick inte (110).

²Inom parentes = antal studier där data använts flera gånger, men med olika frågeställningar. Av de 20 studierna där data om allmänläkares sjukskrivningspraxis förekommer, har alltså fyra gjorts på data/personer som även minst en annan studie använt.

³Läkare för vilka specialitet/typ av klinik ej har angivits.

I de inkluderade studierna har olika typer av data använts, framförallt enkätdata och data från intervjuer, men även läkarintyg och registerdata. Spridningen mellan studierna vad avser typ av data och vilka mått man använt för att presentera dessa data var mycket stor. Fem studier (105, 109, 111, 124, 126) baserades på kvalitativa analysmetoder och i de övriga användes statistiska analysmetoder; i en användes båda ansatserna (127).

3.2 Litteraturöversiktens frågeområden

Vid kategorisering av resultaten i de inkluderade 28 studierna, jämfördes dessa först, som framgår av metoddelen, med de tio områden som var ett resultat av SBU:s översikt (1). Flera av de tio områdena var inte aktuella, dvs. det fanns inte resultat kring dem i de 28 studierna. Vi identifierade inga nya frågeställningar i materialet. Följande sex områden är aktuella i denna översikt.

1. Vilka patientfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?
2. Vilka läkarfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?
3. Vilka problem har läkare i sitt arbete med patienters sjukskrivning?
4. Har sjukintygen tillräcklig kvalitet för det de ska användas till?
5. Är patienter och läkare överens om behovet av sjukskrivning?
6. Interventionsstudier; kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?

För några av dessa sex frågeområdena fanns det mer detaljerad information och subkategorier till de övergripande frågorna kunde identifieras. Detta gäller följande tre frågeområden: patientfaktorer, läkarfaktorer samt problem som läkare rapporterat i sitt arbete med sjukskrivning. I tabell 2 ges en sammanställning av frågeområden, subkategorier samt antal studier som har resultat inom var och en av dessa. Studierna inom parantes är de från SBU-översikten (1) som uppfyllde samma inklusionskriterier som krävdes för denna översikt. Ett antal studier har resultat om flera av dessa frågeområden, vilket innebär att de nämns mer än en gång.

Tabell 2. Sammanställning av frågeområden, subkategorier samt antal studier med resultat inom respektive område. Inom parentes redovisas antalet studier från SBU-översikten (1) som uppfyllde samma inklusionskriterier som i denna översikt.

De sex frågeområdena, med subkategorier	Antal studier 2002–2009 ¹ (antal i SBU- översikten)
1. Vilka patientfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis	8 (1)
- Ålder	3 (0)
- Kön	5 (0)
- Utbildningsnivå, typ av anställning	3 (0)
- Sjukdom och besvär	7 (0)
- Patienten efterfrågar sjukintyg	1 (1)
- Patientens bedömning av sin arbetsförmåga	2 (0)
2. Vilka läkarfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?	14 (5)
- Ålder eller erfarenhet	4 (2)
- Kön	7 (2)
- Uppfattningar, känslor etc.	5 (2)
- Specialitet, utbildningsnivå	2 (2)
3. Vilka problem har läkare i sitt arbete med patienters sjukskrivning?	13 (3)
- Rollerna som behandlande läkare respektive medicinskt sakkunnig	7 (1)
- Problematiskt med att hantera situationer när läkare och patient har olika åsikter om behovet av sjukskrivning	6 (2)
- Bedöma patienters funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning	7 (2)
- Problem att hantera förlängningar av sjukskrivningsfall som tidigare intygats av annan läkare	1 (1)
- Bristande kunskap	4 (1)
- Problem i samverkan med andra yrkesgrupper eller andra aktörer	8 (1)
- Bristande stöd och ledning i arbetet med sjukskrivningsärenden	3 (0)
4. Har sjukintygen tillräcklig kvalitet för det de ska användas till?	2 (2)
5. Är patienter och läkare överens om behovet av sjukskrivning	1 (1)
6. Interventionsstudier; kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?	3 (4)

¹ Antalet studier som anges här är ibland fler än dem i tabell 4–6. I tabell 2 nämns samtliga studier, även om de baseras på samma basmaterial.

I tabell 3, bilaga 3 ges en sammanställning av information om var och en av de 28 inkluderade studierna, uppdelat på de sex frågeområdena. Eftersom några studier hade resultat kring mer än ett område nämns dessa studier mer än en gång i tabellen. För varje studie redovisas följande: författare, publikationsår, syfte, studiedesign, år för datainsamling, studieobjekt, antal i studiepopulationen, antal deltagare, typ av data, utfallsmått och resultat. När det gäller resultat från statistiska analyser redovisas i tabell 3 endast de resultat som är statistiskt signifikanta på minst 5 procentig nivå. Samband ska i det här sammanhanget enbart tolkas som statistiskt samband och inte som ett orsaks-samband.

Resultat för subkategorierna, enligt tabell 2, sammanställs också i tabell 4, 5 och 6, även dessa i bilaga 3.

Nedan sammanfattas studierna för respektive frågeområde, enligt tabell 2. För vart och ett av dessa redovisas också en bedömning av vetenskaplig evidens. För de tre områden för vilka subkategorier finns, redovisas resultat och bedömning av vetenskaplig evidens först för vart och ett av dessa. Inom varje kategori presenteras studierna i bokstavsordning, efter förste författarens efternamn. Samtliga inkluderade studier har mer än en författare. För att inte göra texten onödigt tungläst har vi i hela rapporten valt att enbart nämna namnet på den första författaren, istället för att varje gång lägga till "med flera". Samtliga medförfattare till respektive studie framgår av referenslistan. Flera av studierna är aktuella för mer än ett område. Beskrivningen av respektive studie upprepas för varje område där studien är aktuell, så att all information inom vart och ett av de sex områdena finns samlad.

3.2.1 Vilka patientfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?

Frågeställningen utgår från att läkaren i sina bedömningar i sjukskrivningsärenden kan påverkas av andra faktorer hos patienten än sjukdom, funktion och arbetsförmåga. Det kan t.ex. vara patientens ålder, kön, utbildning, sjukdom, beteende, eller beskrivning av sina besvär. Detta är en av de frågeställningar där vi fann resultat för

flera sådana faktorer och därför kunde dela upp frågeställningen i sex subkategorier av patientfaktorer (tabell 4) med evidensbedömning för var och en av dessa.

Vi fann åtta studier (103, 110, 114, 118, 119, 121-123) som redovisar resultat om samband mellan faktorer hos patienten och läkarens sjukskrivningspraxis. Dessa redovisas nedan, för att sedan endast kortfattat beskrivas för respektive subkategori.

I en studie från Storbritannien av *Campbell* (103) användes en fallbeskrivning av en manlig patient, vilken utarbetades i åtta olika versioner. De olika versionerna gavs slumpmässigt till 429 allmänläkare för att studera om psykiska och fysiska problem, besvärlig familjesituation och patientens begäran om sjukintyg påverkade läkarens beslut att skriva ett sjukintyg. Studien visade att en majoritet av allmänläkarna var mer benägna att skriva ett sjukintyg till patienter som, enligt fallbeskrivningen, hade psykiska besvär, när de ansåg att patienten behövde eller "förtjänade" ett sådant. Läkarens beslut att skriva sjukintyg till patienter med fysiska besvär påverkades av att de ville behålla en god relation med patienten. Det fanns däremot inget samband mellan läkarnas beslut att utfärda sjukintyg och om patienten berättade om en besvärlig familjesituation eller om patienten efterfrågade ett intyg.

I Nederländerna genomförde *Joling* (110) en prospektiv kohortstudie med 2 034 sjukfrånvarande kvinnor och män, angående om och hur snart de blir kallade till företagsläkaren, dvs. praxis i handläggning av sjukskrivna patienter. *Joling* fann att kvinnor både hade större chans än män att bli kallade till företagsläkaren och att de blev kallade tidigare än män. Denna könsskillnad var inte relaterad till diagnos eller sjukskrivningstid men till hög utbildningsnivå, arbete i tillverkningsindustrin respektive till att arbeta i mindre företag (10–49 anställda). Vid justering för dessa faktorer försvann könsskillnaden. Både kvinnor och män med psykiska besvär hade 24 procent högre sannolikhet att bli kallade till företagsläkaren än anställda med besvär från rörelseorganen.

I en svensk studie av *Löfvander* (114) av två allmänläkares bedömningar av 175 invandrade sjukskrivna patienter visades att läkarnas bedömningar av patienternas arbetsförmåga hade samband med depression (OR 12,8) och smärtbeteende (OR 5,6) hos manliga patienter och med självskattad arbetsförmåga (OR 7,0) hos kvinnliga patienter. Det fanns inget samband med andra patientfaktorer, såsom ålder, typ av yrke eller tid i yrket. Läkarna berördes enligt egen

utsaga emotionellt av patienternas berättelser om sin livssituation, och de ansåg att detta möjligen påverkade deras bedömningar.

Skillnad i sjukskrivning vid olika besvär har också undersökts av *Norrmén* i en annan svensk studie av 65 allmänläkare angående deras konsultationer med 474 av sina patienter. *Norrmén* använde frågeformulär till läkarna och patienterna beträffande deras bedömning av olika faktorer relaterade till sjukdom och till konsekvenser för arbetsförmågan. Resultaten visade att det fanns samband mellan att läkaren sjukskrev patienten och att denne hade besvär från rörelseorganen (OR 3,5; KI 2,23–5,46), besvär av trötthet (OR 2,5; 1,25–5,03), eller en tidigare sjukskrivning under senaste året (OR 1,7; 1,23–2,26). Studien visade inget samband mellan att läkaren utfärdade ett sjukintyg och patientens kön, ålder, utbildning, yrke eller språk.

I USA gjorde *Pransky* (119) en explorativ studie för att få kunskap om allmänläkares praxis, perspektiv och vanliga problem när det gällde patienters arbetsförmåga och återgång i arbete, med speciellt fokus på vad läkarna upplevde som incitament, hinder och förbättringsmöjligheter i hanteringen av sjukskrivningsärenden. Sjukskrivningsfrågor var aktuella för cirka tio procent av deras patienter. Flertalet ansåg att tidig återgång i arbete var bra för patienten, men tyckte inte att de hade tillräckliga kunskaper inom området för att hantera detta på ett optimalt sätt. Nästan alla ansåg det vara viktigt att ha en roll i sina patienters sjukskrivningsprocess. Hinder för läkaren att göra ett bra jobb var dels vissa tillstånd hos patienten (somatisering, missbruk, psykiska besvär), konflikter på patientens jobb, patientens önskan om sjukskrivning, samt att arbetsgivaren inte hade alternativa arbetsuppgifter till patienten eller var svår att få information från. En majoritet av allmänläkarna (65 %) saknade specifika riktlinjer för bedömning av patientens möjlighet till återgång i arbete. Färre än en fjärdedel hade utbildning inom området. De som hade sådan utbildning upplevde att de bättre kunde hantera ovan nämnda hinder.

I Norge studerade *Reiso* (121) i vilken utsträckning läkares prognos för arbetsåtergång fyra veckor framåt för sina sjukskrivna patienter, stämde med patienternas faktiska återgång i arbete eller sjukskrivning. I studien inkluderades 49 allmänläkare och tre företagsläkare samt deras patienter. Vid en kortare sjukskrivningsperiod var sannolikheten högre för att läkares prognos var rätt om patienten hade luftvägsbesvär (OR 2,84) och lägre om patienten hade psykiska besvär (OR 0,46) jämfört med alla övriga diagnosgrupper.

Sannolikheten för korrekt prognos var ännu lägre för patienter som varit sjukskrivna länge (3–20 veckor) bland dem med skador, psykiska eller muskuloskeletala besvär. Man fann inget samband med patientens ålder eller kön eller med läkarens ålder, kön, sjukskrivnings beteende eller med de andra studerade faktorerna.

I en studie från Storbritannien (122) användes *Shiels* 3 906 sjukintyg utfärdade av 67 allmänläkare för att undersöka om det fanns samband mellan sjukskrivningens längd och om patienten respektive läkaren var kvinna eller man. Man fann inga sådana samband, med ett undantag: det var en något högre OR för sjukskrivna män som träffat en manlig läkare att vara sjukskriven i ett medellångt fall (6–28 veckor) (OR 1,38). Hänsyn togs till fysiska och psykiska problem, problematisk familjesituation och om patienten efterfrågade ett intyg.

I en annan studie av *Shiels* (123), på samma material, analyserade författarna sjukintyg utfärdade av 44 läkare vid nio vårdcentraler för att studera risken att bli långtidssjukskriven (definierat som ett sjukskrivningsfall > 28 veckor). Resultaten visade, i jämförelse med övriga diagnoser, att lättare psykiska besvär (OR 1,96) var den främsta förklaringsfaktorn, vilken förklarade 18 procent av variationen i risk för långtidssjukskrivning. Faktorer som rörde läkaren och vårdcentralen förklarade endast en liten del i variationen; 3,4 procent respektive 2,8 procent. Det fanns även samband mellan sjukskrivning och patientens ålder samt med att vara bosatt i ett låginkomstområde (OR 2,6).

3.2.1.1 Finns det samband mellan subkategorier av patientfaktorer och läkares sjukskrivningspraxis?

För bedömningen av vetenskapligt stöd avseende specifika patientfaktorer har evidens bedömts för var och en av de sex subkategorierna. Den studie (62) som i SBU-översikten (1) behandlade patientfaktorer har tagits med i bedömningen. Frågan om evidens tas därefter upp för huvudfrågeställningen. Resultaten har även sammanfattats i tabell 4, bilaga 3.

Patientens ålder

I en studie av Shiels (122) redovisas att medelåldern var högre bland de patienter som blev sjukskrivna > 28 veckor jämfört med de patienter som hade en medellång sjukskrivning. Däremot fanns inget samband mellan patientens ålder och att läkaren skrev ett sjukintyg i Norrméns studie (118) av svenska allmänläkare och deras patienter. Reiso (121) fann inget samband mellan patienternas ålder och grad av korrekthet i läkares bedömning om fortsatt sjukfrånvaro respektive återgång i arbete bland sina sjukskrivna patienter.

Evidensbedömning

I tre studier (118, 121, 122) redovisas resultat i olika riktning. I SBU-översikten (1) fanns ingen studie om detta. Det finns således inte vetenskapligt stöd för om patientens ålder påverkar läkares handläggning av sjukskrivningsärenden, på grund av för få studier.

Patientens kön

Shiels (122) använde sjukintyg i Skottland för att studera om det fanns en skillnad i om kvinnliga eller manliga patienter var sjukskrivna av kvinnliga respektive manliga allmänläkare. De fann inga sådana könsskillnader förutom att en högre andel av manliga patienter som konsulterat en manlig läkare hade en medellång sjukskrivning, 6–28 veckor. I en svensk studie där Löfvander studerade två allmänläkare (114) visades könsskillnader för några få aspekter; män med depression och smärta och kvinnor som skattat sin arbetsförmåga som låg bedömdes i större utsträckning ha nedsatt arbetsförmåga. I Jolings studie (110) framkom att det inte fanns några könsskillnader angående om och hur snart sjukskrivna personer blev kallade till företagsläkaren. Norrmén (118) fann att patientens kön inte inverkad på läkares beslut att skriva ett sjukintyg. Reiso (121) slutligen fann inget samband mellan patientens kön och att läkaren gör en korrekt prognos för fortsatt sjukskrivning eller återgång i arbete.

Evidensbedömning

I fem studier (110, 114, 118, 121, 122) redovisas resultat som går i olika riktning. I SBU-översikten (1) finns ingen studie om detta. Det finns således inte vetenskapligt stöd för att patientens kön påverkar läkarens handläggning av sjukskrivningsärenden, på grund av att resultaten går i olika riktning och att antalet studier om detta är för få.

Utbildningsnivå och typ av anställning

Joling (110) fann att högre utbildning innebar större chans för sjukskrivna att bli kallad till företagsläkare. En annan studie (114) visade att låg utbildningsnivå (mindre än 7 år) bland manliga patienter hade samband med läkarnas bedömning om att arbetsförmåga förelåg. En tredje studie (118) visade inte något samband mellan patientens utbildningsnivå och om läkaren utfärdade ett intyg eller ej.

Evidensbedömning

Studierna (110, 114, 118) behandlar betydelsen av patienters utbildningsnivå och typ av anställning och visar resultat i olika riktning. I SBU-översikten (1) finns ingen studie om detta. Det finns inget vetenskapligt stöd för inverkan av patientens utbildning och typ av anställning på läkarnas sjukskrivningspraxis, på grund av alltför få studier och att resultaten går i olika riktning.

Patientens sjukdom och besvär

Studien av Campbell (103) visade att allmänläkare var mer benägna att utfärda ett sjukintyg för patienter med lättare psykiska besvär än för dem med somatiska besvär. I Shiels studie (123) visades att bland utfärdade sjukintyg var dessa oftare för än längre period än 28 veckor om patienten hade lättare psykiska besvär. I Löfvanders studie av två allmänläkares arbete med sjukskrivning (114) visades att depression och smärtbeteende hos män hade samband med läkarnas bedömning av arbetsförmåga. Norrmén (118) fann att de patienter, som sökt läkare på grund av besvär från rörelseorganen

eller på grund av trötthet, oftare blev sjukskrivna. Joling visade i sin studie (110) att sjukskrivna med psykiska besvär hade högre chans att bli kallade till företagsläkare jämfört med dem med muskuloskeletala besvär. Pransky (119) fann att allmänläkare upplevde vissa tillstånd (somatisering, missbruk, psykiska besvär) som möjliga hinder för patientens återgång i arbete. Reiso (121) fann att för sjukskrivna med luftvägsbesvär hade läkaren lättare att ställa korrekt prognos för fortsatt sjukskrivning eller återgång i arbete, jämfört för de med psykiska besvär. Läkarna hade även svårare att ställa en korrekt prognos för fortsatt sjukskrivning eller återgång i arbete om patienten varit sjukskriven länge för skador, psykiska eller muskuloskeletala besvär.

Evidensbedömning

Det ska självklart finnas ett samband mellan diagnos och sjukskrivningspraxis, här handlar studierna mer om hur detta samband ser ut. Två studier (103, 114) indikerar ökad risk för sjukskrivning vid psykiska besvär, en studie visade att fler av sjukintygen för längre frånvaro avsåg psykiska diagnoser (123) och en annan studie (110) att företagsläkare kallade personer som var sjukskrivna p.g.a. psykiska besvär till besök snabbare än de med andra diagnoser. Enligt en studie (118) fanns samband mellan besvär från rörelseorganen respektive trötthet hos patienten och läkarens beslut att skriva sjukintyg. I en studie (121) visades att läkare hade svårare att korrekt bedöma prognosen för nedsatt arbetsförmåga vid vissa sjukdomar, framförallt psykiska besvär, skador och muskuloskeletala besvär. Enligt Pransky (119) ansåg allmänläkare att somatisering, missbruk eller psykiska besvär kunde vara hinder för återgång i arbete. Studierna är alla av begränsad kvalitet. I SBU-översikten (1) redovisades inte någon studie som undersökt denna patientfaktor. Sju studier (103, 110, 114, 118, 119, 121, 123) fann samband med typ av besvär och läkares praxis, bedömning eller svårigheter med bedömning i sjukskrivningsärenden. Variationen i design och utfallsmått mellan studierna är dock så betydande att det inte är meningsfullt att uttala sig om eventuella samband mellan patientens sjukdom och besvär och läkares sjukskrivningspraxis.

Patienten efterfrågar sjukintyg

Läkarens beslut att utfärda sjukintyg påverkades inte av om patienten efterfrågade detta, enligt en studie av Campbell (103).

Evidensbedömning

I SBU-översikten (1) redovisades en svensk enkätstudie med skriftliga patientfall (62). Till skillnad mot Campbell (103) visade denna att läkaren oftare rekommenderade sjukskrivning till patienter som efterfrågade detta än till dem som inte gjorde det. Det finns således två studier (62, 103) som undersökt inverkan av att patienten efterfrågar ett sjukintyg och resultaten från dem går i olika riktning. Det finns inte vetenskapligt stöd för att patientens efterfrågan av sjukintyg påverkar läkarens beslut att utfärda detta, p.g.a. olika riktning av resultaten och alltför få studier.

Patientens bedömning av sin arbetsförmåga

I en studie av Löfvander (58) framgår att det oftare fanns en överensstämmelse mellan kvinnliga patienters och läkares bedömning av arbetsförmåga än för manliga patienters och läkares bedömning. Norrmén (118) skriver i sin studie att patientens egen bedömning av arbetsförmåga påverkade läkarens beslut att skriva sjukintyg.

Evidensbedömning

I SBU-översikten (1) finns ingen studie om denna frågeställning. Resultaten av de två nya studierna (58, 118) går i samma riktning, men de är av begränsad kvalitet och är alltför få för att ge vetenskapligt stöd för att patientens självskattade arbetsförmåga påverkar läkarens handläggning av sjukskrivningsärenden.

Samlad evidensbedömning av patientfaktorer

I nio studier (62, 103, 110, 114, 118, 119, 121–123) redovisas resultat om samband mellan patientfaktorer och läkares sjukskrivningspraxis. Det var en stor variation i vilka patientfaktorer som undersökts i de

olika studierna. Ett antal av dessa faktorer har emellertid endast undersökts i en eller i ett fåtal studier, och i några fall är resultaten motstridiga. Evidens saknas för betydelse av samtliga typer av patientfaktorer, på grund av för få studier.

3.2.2 Vilka läkarfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?

Flera av de redovisade studierna presenterar resultat som rör samband mellan olika läkarfaktorer, såsom ålder, år i yrket, kön, attityder och läkaren sjukskrivningspraxis. Detta belyses i 14 studier (102, 104, 108, 112–114, 117, 120, 121, 122, 125–128).

Vi fann resultat för flera olika sådana läkarfaktorer och kunde därför dela upp frågeställningen i subkategorier med evidensbedömning för var och en av dessa. Detta sammanställs även i tabell 5, bilaga 3. Frågan om vetenskaplig evidens tas därefter upp för huvudfrågeställningen. Liksom för ovanstående frågeställning sammanfattas först de 14 studierna för att därefter endast kort redovisas för respektive subkategori.

I en studie av 822 specialister i allmänmedicin respektive i ortopedi i två svenska län (102) redovisade *Arrelöv* att en majoritet av dem minst en gång per vecka upplevde arbetet med sjukskrivning av patienter som problematiskt. Andelen som hade problem ofta var högre bland allmänläkarna. Deras OR för att uppleva problem med att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive som medicinsk sakkunnig var t.ex. 2,9 och för att hantera situationer där man hade andra åsikter än patienten om sjukskrivningsbehovet var OR 3,5, jämfört med ortopedier.

I en fransk studie av *Coudeyre* (104) av allmänläkare användes ett frågeformulär som inkluderade två skalor rörande läkares så kallade rörelserädsla (*fear-avoidance beliefs*)² vad gäller aktivitet vid ländryggsbesvär. Höga poäng på skalorna innebar stark rörelserädsla. Enkäten skickades till 864 allmänläkare för att undersöka

² Modellen för rörelserädsla är ett sätt att beskriva en kognitiv faktor som i olika studier visats sig ha betydelse för människors förhållande till och beteende vid bl.a. kroniska ländryggsbesvär. Det handlar om rädsla och oro och föreställningar om att röra sig vid smärta i ländryggen kan förvärra smärtan och att man därför bör undvika att vara i rörelse (93, 133, 134). Rörelserädsla anses problematiskt då det finns vetenskaplig evidens för att aktivitet är viktigt för att bli bättre vid denna typ av besvär. Riktlinjer i sjukvården handlar numera om att ge råd om aktivitet i samband med ländryggs smärta och det är då problematiskt om vårdgivare, t.ex. läkare, förmedlar sådant som främjar ett förhållningssätt präglad av rörelserädsla hos ryggpatienter.

betydelsen av deras egna attityder kring rörelserädsla för deras rekommendationer om sjukfrånvaro, vila och fysisk aktivitet för patienter med akuta ländryggsbesvär. Sexton procent av läkarna hade höga poäng på skalan för rörelserädsla och dessa läkare ordinerade sina patienter längre sjukfrånvaro (>8 dagar) samt vila vid ländryggsbesvär, jämfört med dem som hade lägre poäng.

Gulbrandsen (108) studerade samband mellan 308 norska allmänläkares attityder, bl.a. till sjukskrivning, och deras sjukskrivningspraxis. Man fann inga sådana samband.

I en svensk studie av *Larsson* (112) av 39 obstetrikers attityd till sjukskrivning visades att fler manliga än kvinnliga obstetriker, 73 respektive 51 procent, bedömde att ländryggssmärta hos gravida kunde förklaras av kvinnans personliga problem. Det framgick inte om detta påverkade deras sjukskrivningar. Inga övriga könsskillnader framkom.

Löfgren (113) använde enkätdata från 5 455 läkare som arbetade inom tio olika typer av kliniska verksamheter i två svenska län. Sjuttiofyra procent av läkarna hade patientkonsultationer som också handlade om sjukskrivning minst några gånger per år och hälften hade sådana ärenden minst sex gånger/vecka. En tredjedel av läkarna ansåg att sådana ärenden var problematiska minst en gång i veckan, i större utsträckning om man hade sådana konsultationer ofta. Bland vårdcentralsläkarna hade 62 procent sjukskrivningsärenden minst sex gånger per vecka. Motsvarande siffra för ortopedier var 83, för rehabiliteringsläkare 79, företagsläkare 78, onkologer 73, och psykiatriker 64 procent, dvs. de hade sjukskrivningsärenden oftare. Andelen läkare som upplevde problem med dessa ärenden minst en gång per vecka var dock högst bland vårdcentralsläkarna; 60 procent. Det fanns inga könsskillnader. De aspekter som flest läkare skattade som mycket problematiska var; att hantera situationer när läkaren och patienten hade olika åsikt om behov av sjukskrivning, att förlänga sjukskrivning som utfärdats av en annan läkare samt att bedöma arbetsförmåga, och längd och grad av sjukskrivning.

I en annan svensk studie av *Löfvander* (114), av två allmänläkares bedömningar av arbetsförmågan hos invandrade patienter, visades att det var en god överensstämmelse mellan deras bedömning av män (kappa värde 0,73; $p < 0,001$) och kvinnor (kappa värde 0,70; $p < 0,001$). De två läkarna träffade var och en av patienterna gemensamt och skattade var för sig i efterhand deras arbetsförmåga. När läkarna, efter studien, reflekterade över konsultationerna fann de

att de påverkats emotionellt av patienternas beskrivning av sin livssituation och drog slutsatsen att detta påverkat deras bedömningar.

Betydelsen av läkarens erfarenhet och arbetstid undersöktes i en svensk enkätstudie av *Norrmén* (117) som inkluderade 65 allmänläkare och deras patienter. Den visade att äldre allmänläkare och de med längre erfarenhet från vårdcentralsarbete oftare utfärdade sjukintyg för sina patienter än vad allmänläkare med kortare erfarenhet gjorde. Även allmänläkare som arbetade deltid utfärdade sjukintyg mera frekvent än de som arbetade heltid. Allmänläkare som regelbundet deltog i fortbildning utfärdade färre intyg än de övriga. Man fann inget samband mellan allmänläkares kön och sjukskrivningsbeteende.

I en studie från Israel (120) studerade *Ratzon* om kirurger skiljde sig åt vad gäller bedömning av behovet av sjukskrivning. Data insamlades via funktionstester, enkäter och intervjuer för de 49 patienter som opererats för karpaltunnelsyndrom av någon av de fem kirurger som arbetade vid samma klinik. Merparten av patienterna var yrkesverksamma kvinnor. De besvarade en enkät före operationen och efter operationen gjordes ett funktionstest. Patienterna intervjuades per telefon varannan vecka under de kommande tre månaderna. Det var stora skillnader i den sjukskrivningstid som kirurgerna rekommenderade sina patienter, detta varierade från 1 till 36 dagar, med en median på 21 dagar. Det framgår ej vad dessa skillnader berodde på. Den största riskfaktorn för fördröjd återgång i arbete var just läkarens rekommendationer, vilket inte kunde förklaras med patientfaktorer såsom sjukdom och funktion-sbegränsning.

I Norge studerade *Reiso* (121) i vilken utsträckning läkarens prognos för sina sjukskrivna patienter vad avser om de återgått i arbete eller var fortsatt sjukskrivna fyra veckor senare, stämde med patienternas faktiska återgång i arbete eller sjukskrivning. Studien inkluderade 49 allmänläkare och tre företagsläkare samt deras patienter. Reiso visade att läkarnas prognos för patientens återgång i arbete i hög grad överensstämde med det faktiska utfallet vid kortare sjukskrivningar. Prediktionen för en fortsatt sjukskrivning vid långa sjukskrivningar, 3–20 veckor, var också god. Vid korta sjukskrivningsperioder var sannolikheten högre för att läkarens prognos skulle vara rätt om patienten hade luftvägsbesvär (OR 2,84) och lägre om patienten hade psykiska besvär (OR 0,46) jämfört med alla övriga diagnosgrupper. Sannolikheten för korrekt prognos var ännu lägre för patienter som varit sjukskrivna länge för

skador, psykiska eller muskuloskeletala besvär. Man fann inget samband mellan korrekt prognos och ålder eller kön hos patienten, läkarens ålder, kön eller sjukskrivningsbeteende eller med de andra studerade faktorerna.

I en studie från Storbritannien (122) av sjukintyg skrivna av 67 allmänläkare undersökte *Shiels* samband mellan kön och sjukskrivning dels i medellång, 6–28 veckor, och dels långvarig sjukskrivning, längre än 28 veckor. Analysen visade att manliga allmänläkare utfärdade fler intyg för medellång sjukskrivning till manliga än till kvinnliga patienter och fler än kvinnliga läkare till kvinnliga patienter. Inget samband med läkares kön vid långvarig sjukskrivning (> 28 veckor).

I en annan studie av *Shiels* (123), på samma material, analyserade författarna intyg utfärdade av 44 läkare vid nio vårdcentraler för att studera risken att bli långtidssjukskriven (> 28 veckor). Analysen visade att faktorer som rörde läkaren och vårdcentralen förklarade endast en liten del i variationen; 3,4 procent respektive 2,8 procent. Inget samband med läkarens kön vid sjukskrivning som varade längre än 28 veckor.

I en svensk studie av *Swartling* (126) intervjuades 17 ortopedier vid fem ortopediska kliniker i fyra landsting. Deras syn på sjukskrivningsuppdraget hade visst samband med deras syn på sin roll i sjukvårdssystemet. Några hade stora problem med att hantera de två rollerna som patientens behandlare respektive som medicinskt sakkunnig samt med att hantera om patienten hade annan syn på behovet av sjukskrivning. Om deras syn på uppdraget påverkade deras praxis eller ej framgick inte.

I en svensk enkätstudie av 3 997 läkare som arbetade inom vårdcentraler, ortopedi respektive övriga kliniker, studerade *Swartling* (125) förekomst av problem generellt när det gäller sjukskrivning och speciellt sådana problem som kunde vara emotionellt påfrestande. Liksom i Löfgrens studie (113), som baserats på samma data, fann hon att många upplevde problem i stor utsträckning och att detta framförallt gällde vårdcentralsläkare. Följande andelar av läkarna på vårdcentral, inom ortopedi, respektive andra kliniker upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de dubbla rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig (66, 39 respektive 30 %), hantera situationer när läkaren och patienten har olika uppfattningar om sjukskrivningsbehovet (83, 59, 54 %), upplever konflikter kring detta varje vecka (22, 16, 6 %) känner sig minst en gång per månad hotad av en patient i samband med sjukskrivning

(10, 5, respektive 3 %). Det fanns några skillnader, vad avser kön och antal år i yrket, och vilka problem man upplevde.

I en annan svensk studie av *Söderberg* (127) undersöktes kvaliteten i 2 249 sjukintyg. Det var stor variation med avseende på kvaliteten på information i intygen. I allmänhet innehöll sjukintyg från allmänläkare och från läkare under utbildning (dvs. de som ännu inte var specialister) mer information, särskilt när det gäller information om typ av anställning samt om vanligt förekommande arbetsuppgifter, jämfört med sjukintyg från företagsläkare och sjukhusläkare (p-värde <0,001).

Watson (128) undersökte i en enkätstudie samband mellan läkares attityder till smärta och deras sjukskrivningsbeteende. I studien ingick 83 allmänläkare på ön Jersey, Storbritannien. Läkares attityder mättes med en validerad skala över smärta och attityder till smärta, så kallad rörelserädsla (pain attitudes and beliefs scale, PABS). Resultatet visade att allmänläkares attityder till smärta inte hade samband med antalet utfärdade sjukintyg för icke specifik ländryggssmärta, men för övriga sjukdomstillstånd. Allmänläkare med lång erfarenhet utfärdade fler intyg för patienter med icke specifik ländryggssmärta än allmänläkare med kortare yrkeserfarenhet.

De ovan redovisade studierna belyser således betydelsen av olika faktorer, relaterade till den enskilde läkaren. Som framgår, var det en mycket stor spridning i studiedesign liksom i antalet deltagande läkare. Det senare varierade från två läkare i en studie (114) till 5 455 i den som hade flest deltagare (113).

3.2.2.1 Finns det samband mellan subkategorier av läkarfaktorer och läkares sjukskrivningspraxis?

Här följer en sammanställning av studierna utifrån de fyra subkategorier av läkarfaktorer som det fanns resultat om i flera studier; läkares ålder, kön, attityder och specialitet (tabell 2). Evidensnivån bedömdes för var och en av dessa subkategorier där även resultaten från studierna från SBU-översikten (1) beaktades. Resultaten finns även sammanställda i tabell 5, bilaga 3.

Läkarens ålder och erfarenhet

I Watsons studie från Storbritannien (128) visades att ju fler år som allmänläkare arbetat, desto fler sjukintyg skrev de för patienter med icke-specifika ländryggsbesvär. Enligt en svensk studie av Norrmén (117) utfärdade äldre allmänläkare och läkare med lång vårdcentralserfarenhet oftare sjukintyg för sina patienter än vad allmänläkare med kortare erfarenhet gjorde. Reiso (121) fann inget samband mellan grad av korrekthet i läkares bedömning om fortsatt sjukfrånvaro eller återgång i arbete och läkarens ålder. Swartling (125) fann att andelen som upplevde problem med sjukskrivningar sjönk med antal år i yrket.

Evidensbedömning

Studiernas resultat går i olika riktning avseende betydelse av läkarens ålder respektive erfarenhet i yrket. När de fyra studierna (117, 121, 125, 128) av begränsad kvalitet fogas till de två studierna om detta (62, 63) från SBU:s översikt (1), också de av begränsad kvalitet, finns det inte vetenskapligt stöd för att läkarens ålder eller år i yrket påverkar dennes sjukskrivningspraxis, p.g.a. att resultaten från studierna går i olika riktning.

Läkarens kön

Två svenska enkätstudier fann inget samband mellan läkares kön och sjukskrivningspraxis (114, 117). I en av dessa (114) deltog bara en kvinna och en man. Två norska studier (108, 121) fann inte heller någon könsskillnad i läkarnas attityd till handläggning av sjukskrivningsärenden respektive i korrekt prognos om framtida sjukskrivning. Tre studier, en från Skottland och två från Sverige, (112, 122, 125) visade könsskillnader för vissa aspekter men inte för andra.

Evidensbedömning

Resultaten av de sju studierna (108, 112, 114, 117, 121, 122, 125) går i olika riktning vad avser samband mellan läkarens kön och sjukskrivningspraxis. Tre av dem (108, 117, 121) fann inte några

könsskillnader i sjukskrivningspraxis vilket även stämmer med resultaten med en av studierna (63) från SBU-översikten. Tre studier fann vissa könsskillnader (112, 122, 125). Tillsammans med en studie (62) från SBU-översikten visar alltså sammanlagt fyra studier (62, 112, 122, 125) vissa könsskillnader (tabell 5). Samtliga studier är av begränsad kvalitet, och ger inte vetenskapligt stöd för samband mellan läkarens kön och deras sjukskrivningspraxis, p.g.a. att studierna är alltför få och att resultaten från dem som finns går i olika riktning.

Läkarnas uppfattningar och känslor

Det framkom i en fransk studie av Coudeyre (104) om läkares rörelserädsla (fear-avoidance beliefs) att allmänläkare med hög skattning på denna skala (stark rörelserädsla) var mer benägna att ordinera längre sjukskrivningar och vila vid akuta ländryggsbesvär än övriga läkare. En studie från Storbritannien av Watson (128) visade motsatsen, dvs. att allmänläkares attityder till smärta inte påverkade antalet sjukintyg för icke-specifika ländryggsbesvär, men däremot redovisades ett positivt samband mellan antal sjukintyg och patienter med psykiska besvär och besvär från luftvägarna. De två allmänläkarna i Löfvanders svenska studie (114) sa att de påverkats emotionellt av patienternas beskrivningar av sin livssituation. Gulbrandsen (108) visade i en norsk studie att läkares uppfattningar och erfarenheter inte påverkade deras sjukskrivningspraxis. Swartling visade i en studie av ortopedier i Sverige (126) att deras syn på handläggning av sjukskrivningsärenden hörde ihop med deras syn på sjukskrivningsuppdraget och sin roll i sjukvårdssystemet.

Evidensbedömning

Två studier fann att läkares sjukskrivningspraxis påverkades av läkarnas uppfattningar och/eller känslor (104, 114), en studie fann inget sådant samband (108) och två studier (126, 128) redovisade resultat om detta i olika riktning. Även när resultaten läggs samman med de två studierna om detta (58, 64) från SBU-översikten finns det inte tillräcklig vetenskapligt stöd för att läkarnas uppfattningar eller känslor påverkar deras sjukskrivningspraxis, p.g.a.

alltför få studier och att resultaten i dem som finns går i olika riktning.

Samband med läkarens specialitet eller utbildningsnivå

Beträffande samband mellan läkares specialitet och dennes sjukskrivningspraxis visade en svensk studie av Söderberg (127) skillnader mellan läkare inom olika kliniska verksamheter liksom mellan specialister och de som ännu inte var specialister, när det gäller kvalitet i de sjukintyg de skrev. I en annan svensk studie visade Löfgren (113) skillnader mellan läkare från olika typer av kliniska verksamheter i såväl frekvens som typ av upplevda problem i samband med sjukskrivningsärenden. Båda dessa studier omfattade stora material.

Evidensbedömning

Vi fann endast två studier (113, 127) som inkluderat läkare från olika kliniska verksamheter alternativt med olika utbildningsnivå. Båda studierna visade stora skillnader i upplevda problem respektive i kvalitet på sjukintyg mellan olika kategorier av läkare. I två svenska studier från SBU:s översikt (1) fann Englund och Jensen (56, 62) också skillnader. Dessa fyra studier (56, 62, 113, 127) går i samma riktning men är av begränsad kvalitet vilket innebär att det inte finns vetenskapligt stöd för ett samband mellan läkares specialitet och deras sjukskrivningspraxis, på grund av alltför få studier.

Samlad evidensbedömning av läkarfaktorer

I studierna om samband mellan läkarfaktorer och sjukskrivningspraxis är det en stor variation i vilka faktorer som studerats, och de flesta faktorer finns bara med i någon eller några av studierna. I en av studierna (120) konstateras bara att det finns skillnader men de ställs inte i relation till några faktorer. Samtliga inkluderade studier är av begränsad kvalitet. De läkarfaktorer som har studerats har evidensbedömts var för sig. För några av dessa faktorer finns motstridiga resultat och variationen i såväl urval som utfallsmått är betydande. Det finns därför inte vetenskapligt stöd för ett samband med någon av de studerade läkarfaktorerna och läkares sjukskrivnings-

praxis. Även när studierna (56, 58, 62–64) från SBU:s litteraturoversikt (1) tas med, saknas evidens för samtliga typer av läkarrelaterade faktorer.

3.2.3 Vilka problem rapporterar läkare i sitt arbete med patienters sjukskrivning?

I 13 studier (102, 105, 108, 109, 111–113, 116, 119, 124–126, 129) belyses olika typer av problem som läkare har i sitt arbete med sjukskrivning av patienter. Det fanns flera studier om några av dessa problem och vi kunde därför dela upp frågeställningen i subkategorier med evidensbedömning för var och en av dessa. De specifika problemområden som det fanns resultat om är; problem att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive medicinskt sakkunnig, svårigheter att förlänga sjukintyg som utfärdats av en annan läkare, problem med att bedöma patienters funktion, arbetsförmåga respektive behov av sjukskrivning, att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, problem i samverkan med andra yrkesgrupper eller andra aktörer, läkarens bristande kunskaper samt Resultaten är även sammanställda i tabell 6, bilaga 3.

Andelen läkare som rapporterade problem i sitt arbete med sjukskrivning varierade mellan studierna. I några studier ställdes mera detaljerade frågor om detta till ett stort antal läkare (102, 113, 125) medan andra studier undersökt denna fråga inom en specialitet, oftast bland allmänläkare. I studierna som ställt mer detaljerade frågor om problem, som i Löfgren (113), framkom stor variation i vad läkare upplever som problematiskt.

Studierna redovisas här nedan var för sig, för att sedan endast kortfattat beskrivas i samband med att respektive subkategori behandlas. En sammanfattande bedömning görs därefter för området i sin helhet.

I en studie av 822 specialister i allmänmedicin respektive ortopedi i två svenska län (102) redovisade *Arrelöv* att en majoritet minst en gång per vecka upplevde arbetet med sjukskrivning av patienter som problematiskt. Resultat redovisas för flera olika typer av problem. Båda grupperna fann det mest problematiskt att bedöma arbetsförmåga och optimal sjukskrivningstid, hantera situationer när man inte var överens med patienten, eller hantera eventuell förlängning av en sjukskrivning där annan läkare skrivit tidigare intyg. Andelen med problem var högre bland allmänläkarna. Deras

OR för att uppleva problem med att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive medicinsk sakkunnig var t.ex. 2,9 och för att hantera situationer där man hade andra åsikter än patienten om sjukskrivningsbehovet var OR 3,5, jämfört med ortoped.

I en svensk intervjustudie av 14 läkare vid olika typer av klinisk verksamhet (105) om deras erfarenheter i sjukskrivningsarbetet, visade *Edlund* att flera hade olika typer av problem med detta. Många kände sig isolerade, upplevde krav från samhället att inte utfärda sjukintyg samt att man hade mindre tid till konsultationer samtidigt som patienterna var fler och sjukare. Andra problem var, att man hade otillräckliga kunskaper om socialförsäkringssystemet, om arbetsmarknaden och krav i olika yrken samt bristande samverkan mellan slut- och öppenvård i sjukskrivningsärenden.

Gulbrandsen (108) studerade samband mellan norska allmänläkares attityder till sjukskrivning, och deras faktiska sjukskrivningspraxis. Det framkom att många upplevde ett flertal olika typer av problem i arbetet med sjukskrivningar och att detta även upplevdes som en börda.

I *Husseys* intervjustudie (109) av 67 allmänläkare i Skottland framkom att en majoritet upplevde en stark intressekonflikt mellan sin roll som behandlande läkare och sitt ansvar gentemot samhället respektive berörda myndigheter. Många valde då rollen som "patientföreträdare" och skrev intyg enligt patientens önskemål. Man fann även flera andra typer av problem och hur dessa hanterades. För några av läkarna var en upplevd obalans mellan lagstiftningens krav och den inneboende komplexiteten i handläggningen av sjukskrivningsärenden central. Ett annat problem som läkarna upplevde var att deras kunskap om sjukskrivningssystemet var begränsad.

I en svensk studie (112) med enkäter till 39 obstetriker visade *Larsson* att en majoritet av obstetrikerna fann handläggning av sjukskrivning av gravida kvinnor som problematiskt och upplevde en konflikt mellan de två olika rollerna som medicinskt sakkunnig och som gravida kvinnors behandlande läkare.

I en enkätstudie (113) med 5 455 läkare från olika typer av kliniska verksamheter, fann *Löfgren* att en tredjedel av läkarna minst en gång i veckan ansåg att arbetet med sjukskrivning var problematiskt. Flera detaljerade frågor om olika typer av problem ingick i studien, både vad gäller frekvens av dem och hur allvarliga man upplevde att de var. Avseende allvarlighetsgrad, ansåg man att följande var mycket eller ganska problematiskt att hantera: menings-

skiljaktigheter med patienten angående sjukskrivning (61 %), handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning som initierats av en annan läkare (54 %), bedöma arbetsförmåga (54 %), bedöma längd och grad av sjukfrånvaro (54 %) respektive göra en handlingsplan för sjukskrivningstiden (38 %). Att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive medicinskt sakkunnig ansåg 39 procent var mycket eller ganska problematiskt. Det var stora skillnader mellan de olika specialiteterna i svaren.

I en belgisk studie (116) studerade *Mortelmans* frekvens och innehåll i kommunikationen mellan 15 försäkringsläkare och 40 företagsläkare, då bristande kommunikation mellan dem var ett problem. Man införde ett strukturerat kommunikationssystem men det användes endast för 52 procent av de 504 patienterna.

I USA gjorde *Pransky* (119) en explorativ studie för att få kunskap om allmänläkares praxis, perspektiv och vanliga problem när det gäller patienters funktion och återgång i arbete, med speciellt fokus på vad läkarna upplevde som incitament, hinder och förbättringsmöjligheter i hantering av sjukskrivningsärenden. Sjukskrivningsfrågor var aktuella för ca tio procent av deras patienter. Närmare 80 procent ansåg att tidig återgång i arbete är bra för patienten. Flertalet tyckte inte att de hade tillräckliga kunskaper inom området för att hantera sjukskrivningar på ett optimalt sätt. Nästan alla ansåg att det var viktigt att ha en roll i sina patienters sjukskrivningsprocess. Hinder för läkarna att göra ett bra jobb var dels vissa tillstånd hos patienten (somatisering, missbruk, psykiska besvär), konflikter på jobbet, patientens önskan om sjukskrivning, att arbetsgivaren inte hade alternativa arbetsuppgifter eller var svår att få information från. En majoritet av läkarna saknade specifika riktlinjer för att bedöma återgång i arbete. Mindre än en fjärdedel hade utbildning inom området och de som hade sådan hanterade sjukskrivningsärendena på ett bättre sätt.

Skillnader beträffande synen på sjukskrivningsuppdraget framkom i en svensk intervjustudie av 19 allmänläkare (124). I studien fann *Swartling* även en del problem, såsom en stark känsla av konflikt mellan samhällets och patientens intressen. Det var stora skillnader mellan allmänläkarna i synen på sin roll som behandlande läkare och hur de upplevde konflikten mellan patientens respektive samhällets förväntningar. För några var hantering av sjukskrivningsärenden mycket problematiskt.

I en svensk enkätstudie med svar från 3 997 läkare som arbetade inom vårdcentraler, ortopedi respektive övriga kliniker, studerade

Swartling (125) förekomst av problem generellt när det gäller sjukskrivning och speciellt av sådana problem som kunde vara emotionellt påfrestande. Liksom i Löfgrens studie (113), som baserats på samma data, fann hon att många upplevde problem i stor utsträckning och att detta framförallt gällde vårdcentralläkare. Följande andelar av läkarna på vårdcentral, inom ortopedi, respektive inom andra kliniker upplevde det som mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig (66, 39 respektive 30 %) samt att hantera situationer när läkaren och patienten har olika uppfattningar om sjukskrivningsbehovet (83, 59, 54 %), upplevde konflikter kring detta varje vecka (22, 16, 6 %) respektive kände sig hotad av en patient i samband med sjukskrivning minst en gång per månad (10, 5, respektive 3 %).

I ytterligare en studie av *Swartling* (126), avseende 17 ortopeder vid fem olika ortopediska kliniker i fyra landsting i Sverige framkom bl.a. situationer där läkaren och patienten hade olika syn på behovet av sjukskrivning som ett problemområde, liksom att hantera de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig.

I en svensk studie (111) av *von Knorring*, baserad på fokusgruppsintervjuer av 26 läkare med olika specialiteter, identifierades att de problem läkarna upplevde fanns på olika strukturella nivåer; samhället, socialförsäkringssystemet, hälso- och sjukvårdens organisation och i läkarens arbetssituation. De problem som framkom rörde bl.a. arbetsförmågebedömning, läkarens två roller samt bristen på vetenskaplig kunskap om konsekvenser för patienten av att vara sjukskrivna. Upplevelsen av svårigheter ledde till att många beskrev sitt arbete med patienters sjukskrivning som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem – de mådde dåligt i samband med dessa arbetsuppgifter och kände inte att de gjorde att bra jobb. Det framkom att många av problemen som läkarna upplevde kunde kopplas till bristande ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning.

I en av interventionsstudierna, den av *Österås* (129), är själva utgångspunkten att läkare har problem med att bedöma funktion och arbetsförmåga, och interventionen syftar till att åtgärda detta.

3.2.3.1 Subkategorier av problem

Här följer en sammanställning av studierna utifrån de sju subkategorier som identifierades (tabell 2). Resultaten har även sammanställts i tabell 6, bilaga 3.

Problem att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive medicinskt sakkunnig

Svårigheter att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig i sjukskrivningsärenden, ibland uttryckt som konflikt mellan samhällets och patientens krav, har undersökts i flera studier. Tre studier av allmänläkare (108, 109, 124), en studie av ortopedier (126) och en studie (111) av olika specialistkategorier av läkare, inklusive allmänläkare, visade att många fann det problematiskt att hantera de två rollerna som behandlande läkare och medicinskt sakkunnig i handläggningen av sjukskrivningsärenden. En större enkätstudie (113) redovisade att 39 procent av läkarna från tio olika typer av klinisk verksamhet ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera de två rollerna. Swartling (125), fann att motsvarande siffra för vårdcentralsläkare var 66 procent. I en enkätstudie (112) av 39 obstetrikere redovisade Larsson att 77 procent instämde i att det fanns en konflikt mellan de två rollerna i handläggningen av sjukskrivningsärenden för gravida kvinnor.

Evidensbedömning

I sju studier (108, 109, 111–113, 124, 126) redovisade författarna att när det gäller sjukskrivningsärenden har många läkare problem med att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive medicinskt sakkunnig. Även en studie (65) från SBU-rapporten fann detta. Det innebär att det finns åtta studier (65, 108, 109, 111–113, 124, 126) av begränsad kvalitet som alla visar samma sak, vilket innebär att det föreligger begränsat vetenskapligt stöd för att många läkare har problem med att hantera de två rollerna som behandlade läkare och medicinskt sakkunnig i sjukskrivningsärenden (evidensstyrka 3).

Situationer där läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning

I två studier av allmänläkare (109, 124), en skotsk och en svensk, i en av ortopedier (126) i Sverige och i en studie av olika specialistkategorier av läkare (111) i Sverige visades att läkare tycker det är problematiskt att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning. I studien av obstetrikers attityder till sjukskrivning (112) redovisades att en majoritet hade upplevt obehagliga situationer i samband med patientsamtal där denne och patienten hade olika åsikter om behovet av sjukskrivning. I en svensk enkätstudie (113) redovisades att 61 procent av läkarna vid tio olika typer av klinisk verksamhet, ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera meningskiljaktigheter med patienter kring sjukskrivning. Swartling (125) fann att motsvarande siffra för vårdcentralsläkare var 83 procent och den siffran var endast något lägre för de av dessa som hade specialistutbildning i allmänmedicin (81%) (102).

Evidensbedömning

I sex studier (109, 111–113, 124, 126) redovisade författarna att läkare tycker det är problematiskt att hantera situationer när patient och läkare har olika åsikt om behovet av sjukskrivning. I SBU-översikten fanns två studier (64, 65) som visade samma resultat. Därmed finns det åtta studier (64, 65, 109, 111–113, 124, 126) av begränsad kvalitet som fann detta. Vilket ger begränsat vetenskapligt stöd för att läkare anser att det är problematiskt att hantera situationer där patient och läkare har olika åsikt om behovet av sjukskrivning (evidensstyrka 3).

Problem med att bedöma patienters funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning

Två studier av allmänläkare (109, 124) och en studie av läkare inom flera specialiteter (111) visade att läkarna tyckte att det är problematiskt att bedöma hur sjukdom påverkar patientens funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning. Löfgren (113) redovisade att 37 procent av läkarna, från tio olika typer av kliniska verksamheter, ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att bedöma patienters funktionsförmåga och ännu fler, 54 procent,

att bedöma arbetsförmåga. I en annan studie (102), baserat på samma data, men med fokus på specialister inom ortopedi respektive allmänmedicin, fann man liknande resultat samt att 78 procent av allmänläkarna och 44 procent av ortopederna ansåg det problematiskt att bedöma optimal sjukskrivningstid- och grad. I en studie (129) gjordes en intervention för att åtgärda problemet med att bedöma funktionsnedsättning och arbetsförmåga.

I en studie (112) av 39 obstetrikers attityder till sjukskrivning framkom att 63 procent instämde i att det var svårt att sätta en korrekt medicinsk diagnos i samband med att de skrev ett sjukintyg, samt att 88 procent bedömde att de var dåliga på att bedöma gravida kvinnors arbetsförmåga.

Evidensbedömning

I sju studier (102, 109, 111–113, 124, 129) redovisas resultat om läkares problem i samband med bedömning av patientens funktion, arbetsförmåga och behov av sjukskrivning. Studierna av Löfgren och Arrelöv (102, 113) redovisar delvis olika data för i viss utsträckning samma population, varför vi i evidensbedömningen bara räknar en av dem. Även en av interventionsstudierna, den av Österås (129), var baserad på och försökte åtgärda detta problem. Det fanns två studier (55, 65) i SBU-översikten som redovisade att läkare har problem med detta. De åtta studierna (55, 65, 109, 111–113, 124, 129) är alla av begränsad kvalitet och ger ett begränsat vetenskapligt stöd för att många läkare upplever bedömning av patientens funktion, arbetsförmåga respektive behov av sjukskrivning som problematiskt (evidensstyrka 3).

Problem med sjukskrivningsärenden som innebär att eventuellt förlänga sjukskrivning som initierats av en annan läkare

I en enkätstudie fann Löfgren (113) att 55 procent av läkarna från tio olika typer av klinisk verksamhet, ansåg att det var mycket eller ganska problematiskt att hantera förlängning av sjukskrivningar som initierats av en annan läkare, en betydligt lägre andel (12 %) ansåg att detta inte alls var problematiskt.

Evidensbedömning

Denna studie (113) är av begränsad kvalitet liksom Timpkas studie (65) från SBU-översikten. Det finns inte tillräckligt vetenskapligt stöd för att läkare upplever det som problematiskt att hantera sjuk-skrivningsärenden som initierats av en annan läkare, på grund av alltför få studier.

Problem med bristande kunskap

I fyra studier (105, 109, 119, 129), en svensk, en från Skottland, en från USA, och en från Norge framkom att läkarna såg det som ett problem att de inte hade tillräckliga kunskaper om arbetsmarknaden och villkoren på den samt om socialförsäkrings-systemet. I Österås studie (129) var detta en av utgångspunkterna för interventionen.

Evidensbedömning

Det fanns fyra nya studier som visade detta (105, 109, 119, 129), samt en studie från SBU:s översikt (65), varför det finns begränsat vetenskapligt stöd för att läkare anser att deras bristande kunskaper om arbetsmarknaden eller socialförsäkringssystemet är ett problem (evidensstyrka 3).

Problem i samverkan med andra yrkesgrupper eller andra aktörer

I åtta studier (102, 105, 109, 111, 112, 116, 119, 124) redovisades att läkare upplevde olika typer av problem i samverkan med aktörer utanför hälso- och sjukvård och/eller i samarbete med andra inom hälso- och sjukvården. I studien av von Knorring (111) framkom att ett problemområde läkarna hade var relaterat till utformningen av socialförsäkringssystemet och andra bidragssystem, t.ex. att ersättningsnivån varierade mellan dem. I en annan svensk studie (105) redovisades att sjukhusläkare upplevde samverkan med Försäkringskassan som problematisk, bl.a. på grund av att handläggarna där hade dålig kunskap om medicinska aspekter. Allmänläkarna ansåg dock att samverkan med Försäkringskassan fungerade allt bättre. Ett annat

problem var brister i samverkan mellan sluten- och öppenvård när det gäller sjukskrivningsärenden. I den skotska studien av allmänläkare (109) redovisar Hussey också flera problem i samverkan med andra, t.ex. att arbetsförmedlingen uppmuntrar sina klienter att gå till läkaren för att bli sjukskrivna. En majoritet av obstetrikerna i en svensk studie (112) upplevde att Försäkringskassan inte hade förståelse för deras bedömning av gravida kvinnors behov av sjukskrivning. Ett annat problem några hade var när barnmorskor förespråkade sjukskrivning av gravida patienter. Pransky (119) fann i sin studie att allmänläkare tyckte det var problem i samarbetet med arbetsgivare, t.ex. när de inte informerade om anpassningsmöjligheter eller inte var benägna att erbjuda detta. I Mortelmans studie (116) var utgångspunkten problem i kommunikation mellan olika läkarkategorier. Arrelöv (102) fann att specialister i ortopedi och allmänmedicin ofta sjukskrev patienter längre än nödvändigt p.g.a. väntetider till utredning hos Försäkringskassan eller arbetsförmedlingen eller för åtgärder hos arbetsgivaren. I en svensk studie (124) framkom att allmänläkare ansåg att handläggare på Försäkringskassan inte tog sitt ansvar i att bedöma om rätt till sjukpenning utan i praktiken lät läkaren göra detta, vilket läkarna upplevde som problematiskt.

Evidensbedömning

I åtta studier (102, 105, 109, 111, 112, 116, 119, 124) redovisades att läkare upplevde problem i samverkan med andra, både inom och utanför hälso- och sjukvården. Även en studie av Timpka (65) från SBU-översikten fann detta, dvs. det finns nio studier med liknande resultat. Det innebär att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att samverkan med andra, inom och utanför hälso- och sjukvården, i sjukskrivningsärenden upplevs som problematiskt av många läkare (evidensstyrka 3).

Bristande stöd och ledning i arbetet med sjukskrivningsärenden

I tre studier (102, 111, 125) finns data om olika aspekter relaterade till ledning och styrning av läkares arbete med sjukskrivningsärenden. I von Knorrings studie (111) framkom att läkarna var osäkra på var ansvaret för sjukskrivningar låg inom hälso- och sjuk-

vården samt att de saknade stöd från ledningen. I hälso- och sjukvården i Sverige är det i första hand verksamhetschefen som är ansvarig för att det finns en gemensam policy för olika aspekter av det gemensamma arbetet i sin verksamhet, vilket inkluderar policy för handläggning av sjukskrivningsärenden (13, 21, 137). Swartling (125) analyserade enkätsvar från 3 997 läkare som hade sjukskrivningsärenden och som arbetade vid vårdcentraler, ortopedkliniker respektive andra typer av kliniska verksamheter. Fyrtiotre procent av dem arbetade på en mottagning eller klinik där det inte fanns någon gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden. Trettiofyra procent hade inget stöd från sin närmaste chef i arbetet med sjukskrivningsärenden. Läkarna på ortopediklinik saknade oftare detta. Liknande resultat redovisas i en annan studie (102) på samma enkätdata, begränsat till specialister i ortopedi och allmänmedicin.

Evidensbedömning

Vi fann tre studier (102, 111, 125) av begränsad kvalitet i denna granskning, varav två var baserade på samma population. Ingen studie fanns om denna typ av problem i SBU-översikten. Det finns således inte vetenskapligt stöd angående problem med bristande ledning av läkares arbete med sjukskrivningsärenden, på grund av alltför få studier.

Samlad evidensbedömning av problem som läkare rapporterar i sjukskrivningsarbetet

SBU konstaterade i sin litteraturoversikt (1) att det fanns begränsad evidens för att läkare upplevde arbetet med sjukskrivning av patienter som problematiskt. Detta var ett mycket generellt resultat, studierna var då så få och hade så olika upplägg och fokus att det inte gick att uttala sig om problem på mer specifik nivå. I denna översikt finner vi samma övergripande resultat, dvs. att det finns begränsat vetenskapligt stöd för att många läkare finner arbetet med handläggning av patienters sjukskrivning som problematiskt. Sexton olika studier, när de tre från SBU-översikten tas med, samtliga av begränsad kvalitet, belyste olika typer av sådana problem

(55, 64, 65, 102, 105, 108, 109, 111–113, 116, 119, 124–126, 129) (evidensstyrka 3).

Studierna visar att läkare upplever många olika typer av problem i sin sjukskrivningspraxis. Av dessa olika problemområden finns det begränsat vetenskapligt stöd för följande fem aspekter; att hantera de två rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig, att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, att bedöma funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning, bristande kunskap, samt problem i samverkan med andra yrkesgrupper och aktörer (evidensstyrka 3).

Vetenskapligt stöd saknas för problem med andra aspekter av arbetet med sjukskrivning, på grund av alltför få studier.

3.2.4 Har sjukintygen tillräcklig kvalitet för det de ska användas till?

Vi fann en norsk och en svensk studie (107, 127) som belyser om sjukintygen har tillräcklig kvalitet för det de ska användas till, dvs. som underlag i bedömning om rätt till ersättning och åtgärder.

I den norska studien (107) av 999 sjukintyg visade *Fleten* att informationen i dessa var otillräcklig för att kunna fastställa för vilka patienter sjukskrivningen skulle kunna förkortas genom en anpassning av patientens arbete.

I den svenska studien (127) undersökte *Söderberg* kvaliteten i 2 249 sjukintyg i ett nytt sjukfall. Information om typ av arbete och arbetsuppgifter förekom i mindre omfattning i intyg från sjukhus och företagshälsovård i jämförelse med från primärvården (p värde $< 0,001$). I 21 procent av intygen var informationen om patientens medicinska tillstånd bristfällig, i 30 procent var funktionsbeskrivningen bristfällig och i ytterligare 22 procent av intygen var båda dessa bristfälligt beskrivna. Merparten, 73 procent av intygen, var alltså bristfälliga när det gäller att förmedla central information till dem som ska använda den.

Evidensbedömning

Båda studierna (107, 127) visade brister vad gäller sjukintygens kvalitet. När resultaten av dessa två fogas till de två som publicerats på engelska om detta (59, 60) från SBU:s översikt, finner samtliga fyra att det ofta finns brister i sjukintygen. Trots att samtliga studier går i samma riktning och det inte finns någon studie som visar motsatsen är underlaget inte tillräckligt för att kunna säga att det finns vetenskapligt stöd för detta resultat.

Med de vidare inklusionskriterierna som användes i SBU-översikten (1), fann man begränsat vetenskapligt stöd för bristande kvalitet i sjukintygen. Detta kunde alltså inte bekräftas i vår litteraturöversikt, p.g.a. alltför få studier.

3.2.5 Är patienter och läkare överens om behovet av sjukskrivning?

Det fanns en studie om huruvida patienter och läkare gör samma bedömning av sjukskrivningsbehov. I en tvärsnittsstudie (118) med enkätdata från 65 allmänläkares konsultationer med 474 konsekutiva patienter redovisade *Norrmén* att det fanns ett samband mellan patientens och läkarens bedömning och utfärdande av sjukintyg. För patienter som själva bedömde att de inte kunde arbeta p.g.a. sjukdom och där läkaren bekräftade arbetsförmågan var OR för sjukskrivning åtta gånger högre (OR 8,89; KI 3,60–21,93) för att ett sjukintyg skulle utfärdas än när man inte var överens om detta. När det gällde om läkaren och patienten gjorde samma bedömning skriver författarna att detta ofta var fallet, men redovisar inga siffror om det.

Evidensbedömning

Resultaten från *Norrmén* (118) överensstämmer med en av studierna om detta från SBU-översikten (58). Dessa två studier av begränsad kvalitet räcker inte för att ge vetenskapligt stöd för huruvida läkare och patient brukar vara överens om behovet av sjukskrivning.

3.2.6 Interventionsstudier; kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?

Tre interventionsstudier av tillräcklig kvalitet inkluderades.

I en kontrollerad interventionsstudie av *Faber* från Nederländerna (106) var syftet att främja samarbetet mellan allmänläkare och företagsläkare kring ländryggspatienter. I interventionsgruppen ingick 41 läkare, i kontrollgruppen, som fanns i en annan geografisk region, ingick 55 läkare. Interventionsgruppen gick en fyra timmar lång kurs där de bl.a. fick lära sig att använda ett formulär som skulle användas i samarbetet. Det var baserat på kliniska riktlinjer för denna patientgrupp och för samverkan mellan primärvård och företagshälsovård. Interventionsgruppen erbjöds även att delta i två två-timmars uppföljningar av kursen. Både i interventions- och kontrollgruppen deltog 56 patienter som varit sjukskrivna 3–12 veckor p.g.a. ländryggssmärta. Vid en uppföljning efter 6 månader fann forskarna att patienterna i interventionsgruppen hade längre sjukskrivningstid. Dessutom var sannolikheten signifikant högre för återgång i arbete för dem i kontrollgruppen, även när man justerat för de baslinjefaktorer som hade påverkat återgång i arbete (ålder, kön, sjukskrivningstid före inklusion, höga krav/lågt inflytande på arbetet, återkommande ländryggsbesvär och hur länge man haft sådana besvär innan projektet, funktionsförmåga, rädsla att röra sig vid smärta samt livskvalitet). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna vad avser smärta, funktionsförmåga, livskvalitet eller läkemedelskonsumtion. De i interventionsgruppen var emellertid mer nöjda med kontakten med sin företagsläkare. Interventionen hade inga effekter på kontakter mellan allmänläkare och företagsläkare. Under de sex månader som uppföljning varade kontaktade inga allmänläkare företagsläkare, och endast några företagsläkare i varje grupp kontaktade allmänläkare, ingen signifikant skillnad i antal.

I Belgien genomförde *Mortelmans* också en kontrollerad interventionsstudie för att förbättra samarbetet, här mellan försäkringsläkare och företagsläkare kring handläggning av sjukskrivna patienter (115). Interventionen inleddes med återkommande lokala möten med försäkringsläkare och de företagsläkare som tillhörde en företagsläkarorganisation, med syfte att främja samarbete, erfarenhetsutbyte, gemensamma synsätt på aktuella frågor samt tydliggöra deras olika roller i processen. Läkarna samtyckte också till att använda ett strukturerat formulär för kommunikation om sjuk-

skrivna patienter. Patienter som varit sjukskrivna minst en månad, var under 50 år och inte var gravida inkluderades och fördelades till interventionsgrupp (n = 505) eller kontrollgrupp (de som hörde till andra företagsläkare) (n = 1 059). Kommunikationsformuläret användes för patienterna i interventionsgruppen. Vid uppföljningen efter ett år framkom att det inte var någon skillnad i sjukskrivningslängd eller i andel som återgått i arbete mellan de två grupperna. Det fanns inte heller någon skillnad när man justerat för alla relevanta confounders, såsom skillnader mellan grupperna i ålder, kön, deltidsarbete, anställningstid hos nuvarande arbetsgivare, exponeringar i jobbet som lyft eller giftiga ämnen, rökning, syn på att inte kunna arbeta och att känna företagsläkaren. Data om effekt på samarbete, t.ex. i form av antal kontakter mellan försäkringsläkare och företagsläkare, presenteras inte. Däremot ges information om kontakter mellan dessa två grupper i enskilda patientärenden i en annan studie av Mortelmans, med tvärsnittsdesign (116), baserat på samma material. Under interventionen har företagsläkare och försäkringsläkare kontakt i 52 procent av patientfallen. Information om frekvensen av sådana kontakter innan interventionen saknas dock, men man hävdar att sådana kontakter sällan förekom.

I Norge gjorde Österas en annan typ av interventionsstudie (129) där syftet var att pröva om användandet av ett instrument för funktionsbedömning av långtidssjukskrivna patienter kunde påverka allmänläkares kunskaper, självförtroende och attityder. I Norge har man länge arbetat med att ta fram ett instrument för funktionsbedömning. För att testa instrumentet inbjöds samtliga 360 allmänläkare i sydöstra Norge att delta och 57 tackade ja. Av dessa ingick 27 i interventionsgruppen, de övriga i kontrollgruppen. De senare skulle utföra funktionsbedömningar som vanligt. Interventionen bestod av en heldagskurs för att lära sig instrumentet och öva sig att använda det, bl.a. i rollspel. Dessutom erbjöds man stöd i användandet via telefonkontakter. Instrumentet skulle användas för upp till tio av läkarnas patienter som varit sjukskrivna 8–26 veckor och för vilka prognosen för återgång i arbete var god. Samtliga läkare fick svara på en enkät före interventionen, strax efter interventionen samt sex månader senare. Läkaren svarade även på en enkät efter varje konsultation om respektive patient. Varje patient svarade på två enkäter, en före konsultationen och en precis efter konsultationen. Resultaten visade att allmänläkarna i interventionsgruppen förändrades i önskad riktning på alla faktorer utom en – attityder till funktionsmätning. Deras kunskaper liksom deras själv-

förtroende vad gäller funktionsbedömningar ökade signifikant i förhållande till kontrollgruppen, och förändringarna kvarstod på samma nivå sex månader efter interventionen.

Evidensbedömning

I två av dessa studier (106, 115) har man genom en intervention för att öka läkares kommunikation med varandra, mätt om detta påverkat patienters återgång i arbete. Den ena interventionen hade ingen effekt på återgång i arbete (115), den andra hade en negativ effekt (106). Interventionen i studien av Faber (106) hade ingen effekt på läkares kommunikation, den av Mortelmans (115) hade troligen en positiv effekt, detta har dock inte studerats ordentligt. Den tredje interventionsstudien (129), från Norge, hade effekt på allmänläkares kunskaper och självförtroende i funktionsbedömningar.

De fyra interventionsstudierna som inkluderades i SBU-översikten (59, 60, 66, 67) mätte även effekt på läkares beteende, t.ex. i form av hur de fyllde i sjukintygen eller hur många de sjukskrev. De interventioner som då studerades var dels regeländringar (59, 66, 67), dels rekommendationer och feedback till sjukskrivande läkare angående ifyllande av sjukintyg (60). De fyra studierna var kvasiexperimentella, inga kontrollgrupper förekom och samtliga fann effekt på läkares sjukskrivningspraxis.

När resultaten från dessa sju studier (59, 60, 66, 67, 106, 115, 129), samtliga av begränsad kvalitet, läggs samman, framkommer att i fyra visade man effekt på läkares sjukskrivningspraxis. En av interventionerna fick emellertid inte någon sådan effekt (106). Därmed saknas det vetenskapligt stöd för effekter av interventioner på läkares sjukskrivningspraxis. Studierna är för få och resultaten går delvis i olika riktningar. Dessutom är interventionerna av så skilda slag att flera inte lämpar sig för jämförelser med varandra.

3.3 Sammanfattning av vetenskaplig evidens

Sammanfattningsvis fann vi begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematiskt (evidensstyrka 3). På en mer specifik nivå fann vi begränsat vetenskapligt stöd för att detta gäller följande fem problemområden:

att i sjukskrivningsärenden hantera de dubbla rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig,

- att i sjukskrivningsärenden hantera de dubbla rollerna som behandlade läkare kontra medicinskt sakkunnig,
- att bedöma funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning,
- att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning,
- att den egna kunskapen är bristande, t.ex. vad gäller arbetsmarknaden eller socialförsäkringssystemet,
- att samverka med andra yrkesgrupper och aktörer i sjukskrivningsärenden.

Vi fann ingen vetenskaplig evidens för några andra faktorer.

4 Diskussion

Bakgrunden till denna litteraturöversikt är den centrala roll läkare har i sjukskrivningsprocessen. Många interventioner pågår och planeras med syfte att höja kvaliteten i läkares handläggning av patienters sjukskrivning, varför det finns ett stort behov av vetenskapligt baserad kunskap inom området.

Antalet studier om läkares sjukskrivningspraxis är mycket lågt. Under de sju år som översikten täcker publicerades 61 relevanta studier. Av dessa bedömdes knappt hälften, 28 stycken, ha tillräcklig kvalitet för att inkluderas i översikten. Samtliga dessa 28 hade begränsad vetenskaplig kvalitet, dvs. ingen hade måttlig eller hög kvalitet. Merparten av studierna, 79 procent, var tvärsnittstudier. De flesta var genomförda i nordvästra Europa och drygt 40 procent i Sverige. Det var en mycket stor variation mellan studierna vad avser studiedesign, studieobjekt, typ av data, analysmetoder och utfallsmått, vilket försvårar jämförelser mellan studierna och möjligheten att dra slutsatser av resultaten. Många aktuella frågeställningar vad gäller läkares sjukskrivningspraxis är inte studerade alls och i de flesta studier är fokus på individfaktorer hos patienten eller läkaren, snarare än på det sammanhang läkare arbetar i och på vad som kan påverkas.

Vi fann begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever handläggning av patienters sjukskrivning som problematisk (evidensstyrka 3). Resultat om detta fanns i fjorton studier. På en mer detaljerad nivå fann vi begränsat vetenskapligt stöd för att många läkare har problem i sjukskrivningsärenden med; att hantera de två rollerna som patientens behandlande läkare och som medicinskt sakkunnig, att samverka med andra yrkesgrupper och aktörer, att de saknar viss relevant kunskap, att bedöma patienters arbetsförmåga och behov av sjukskrivning samt att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning.

I detta avsnitt diskuteras först metodologiska aspekter av hur översikten genomförts. Därefter diskuteras resultaten, forskningsområdet och behov av fortsatt forskning.

4.1 Metodologiska överväganden

En systematisk litteraturöversikt innebär studier av andra studier och skiljer sig sålunda på flera sätt från annan typ av forskning. Denna översikt av studier om läkares sjukskrivningspraxis har gjorts systematiskt, utifrån den metod som etablerats och använts av välrenommerade organisationer för litteraturöversikter, t.ex. SBU (138) och Cochrane (52). Studier har sökts, relevans- och kvalitetsbedömts och evidens för olika resultat har bedömts. Vi har använt samma kriterier för kvalitets- och evidensbedömning som SBU använde i motsvarande litteraturöversikt år 2003 (1).

Identifiering av studier

Olika typer av fel kan uppstå i en litteraturöversikt. Ett centralt sådant är att missa studier, dvs. att inte alla relevanta studier identifieras. Det kan bero på olika faktorer och de vanligaste nämns nedan samt hur vi försökt hantera dem.

Som alltid i litteratordatabassökningar beror antalet studier man lyckas hitta delvis på hur etablerad forskningen inom det aktuella området är. I ett mindre etablerat område, såsom läkares sjukskrivningspraxis, är risken att missa studier större. Det kan bero på att studier givits fel sökord av dem som administrerar litteratordatabaser. Det kan också bero på att andra termer än de som sökts efter används i titlar och abstracts, då termerna inom området inte etablerats ännu. För att motverka detta använde vi ett brett spektrum av söktermer och sökte även i referenslistor.

En annan orsak till att studier inte identifieras kan vara att de är publicerade i tidskrifter som inte täcks av de litteratordatabaser som använts vid sökningarna. För att hantera detta sökte vi i olika litteratordatabaser liksom i referenslistor.

En tredje orsak är så kallad *publication delay*, dvs. att det ibland tar mycket lång tid innan en accepterad studie publiceras, ibland upp till ett par år. Ibland är det också en tidsfördröjning innan en publicerad studie registreras i litteratordatabaser. Detta innebär att

vissa relevanta studier möjligen inte varit tillgängliga i vetenskapliga publikationer eller databaser under vår sökperiod. Detta är också orsaken till att vi sökte relevanta studier för hela år 2002, trots att SBU-översikten inkluderade studier publicerade t.o.m. oktober 2002.

En fjärde orsak är så kallad *publication bias*. Detta är förknippat med att forskare ofta är mindre benägna att skicka in studier till tidskrifter för publicering om man inte funnit några skillnader i de utfall man analyserat. Dessutom kan vetenskapliga tidskrifter vara mindre benägna att acceptera studier för publicering om det inte finns några statistiska skillnader i fynden (139). Det får dock, i det aktuella forskningsområdet, ses som mindre troligt att denna form av publikation bias skulle förekomma i någon större utsträckning eftersom forskningen är så begränsad att det ännu är oklart vad som är "förväntade resultat". Förekomst av *publication bias* kan dock inte uteslutas.

Vi inkluderade, i likhet med vad som är vanligt i systematiska litteratursammanställningar, endast studier publicerade på engelska i vetenskapliga referentbedömda tidskrifter. Det betyder att vi kan ha missat välgjorda studier om läkares sjukskrivningspraxis som publicerats på andra språk. Om vi valt att även inkludera studier publicerade på språk som åtminstone två personer i forskargruppen behärskar väl, hade troligen fler studier inkluderats, men det hade blivit en stark bias i urvalet. I de länder där denna typ av forskning hittills genomförts är engelska det etablerade vetenskapliga språket.

I vår översikt är Sverige det enskilda land som flest av de inkluderade studierna kommer ifrån. En fråga man då kan ställa sig är om vi varit biased i identifieringen av studier eller i våra bedömningar av studiers relevans eller kvalitet. Av de 33 exkluderade studierna var sex stycken gjorda i Sverige, dvs. 18 procent. Av de inkluderade studierna kom 43 procent från Sverige. Det innebär att bias inte kan uteslutas. Rimligen har vi bättre kunskap om den forskning som görs i Sverige och kan därför ha identifierat sådana studier lättare. Vi har dock varit medvetna om detta i sökningarna och ingen av de svenska studierna har identifierats enbart via en referenslista. I bedömningarna av studier kan också en bias ha uppstått p.g.a. att vi har bättre kännedom om studier som kommer från Sverige. Denna bias kan ha inneburit risk för såväl högre som lägre poängsättning. Detsamma kan dock sägas om studier från t.ex. Norge, Storbritannien, Belgien och Holland, länder där vi har nära samarbete med forskare inom området och väl känner till sjuk-

försäkringarna. Vi har varit väl medvetna om denna risk och bedömningarna har endast baserats på den information som finns i publikationerna. Mot en bias i studieidentifieringen talar att vi själva var författare till tre av de relevanta men exkluderade studierna (82, 85, 98). Vi har inte bedömt de studier, som vi själva varit medförfattare till. Det senare har möjliggjorts genom att fyra personer ingått i projektgruppen.

Ett sätt att bedöma förekomst av bias i studieidentifieringen är att jämföra med de studier som inkluderats i andra systematiska litteraturöversikter inom området. Vi har bara hittat en sådan, av Wynne-Jones (131). Syftet i den översikten var snävare än i vår, nämligen att ge en översikt av samtliga studier som presenterade resultat om allmänläkares attityder till sjukskrivningsuppdraget. Även Wynne-Jones inkluderade endast studier publicerade på engelska. Dessa behövde dock inte vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter och alla identifierade publikationer togs med, dvs. författarna gjorde ingen kvalitetsgranskning av studierna. I deras översikt var faktiskt andelen studier från Sverige ännu högre (50 procent) jämfört med de 43 procenten i vår översikt. Även detta kan tala för att vi inte har varit biased vid inklusion eller i våra bedömningar, utan snarare för att det faktiskt har publicerats fler studier gjorda i Sverige.

Kvalitetsgranskning

I SBU:s litteraturöversikter inkluderas vanligen endast randomiserade, kontrollerade studier (RCT). Detta är dock inte möjligt inom området läkares sjukskrivningspraxis där ännu endast få sådana studier finns. En kritik mot denna översikt kan alltså vara att vi haft för låga krav, dvs. tagit med för många studier av för låg kvalitet. Vi har dock bedömt att de 28 studierna som inkluderades hade tillräcklig kvalitet för att ingå i en översikt, med hänsyn tagen till forskningsområdets relativt utvecklade nivå såväl teoretiskt, metodologiskt som begreppsmässigt (1). Samtidigt är det en mycket stor spridning av kvaliteten inom spannet "begränsad kvalitet" i de inkluderade studierna. Några ligger högt medan andra ligger precis över gränsen för att inkluderas. Även om kvaliteten kan synas låg i några av de studier vi inkluderat i denna översikt har de passerat två kvalitetsgranskningar, dels den som de vetenskapliga tidskrifterna genomför, dels den vi gjort.

Evidensbedömning

Vid evidensbedömning låter man vanligen inte resultat från studier av begränsad kvalitet ingå alls. I SBU-översikten om sjukskrivning (1) ansåg SBU att det var acceptabelt samt om det fanns minst fem studier av begränsad kvalitet som fann likartade resultat och inga andra studier fann motstridiga resultat kunde resultaten vara underlag för vetenskapligt stöd av den lägsta nivån. Om minst fem studier kom till samma resultat borde resultaten inte kunna bero på slumpen, på en femprocentig signifikansnivå. Vi har följt denna princip, väl medvetna om att det är problematiskt och att kommande studier, av bättre kvalitet behövs som bas för evidens.

4.2 Resultatdiskussion

Det mest slående är det låga antalet studier. Jämfört med SBU-översikten (1) har dock antalet studier med tillräcklig kvalitet ökat från 15 då till 28 i denna översikt. I SBU:s översikt fanns ingen tidsgräns bakåt för inklusion av studier. Av de relevanta studierna var den tidigaste från år 1968 (140) och den tidigast som även hade tillräcklig kvalitet för att inkluderas i översikten publicerades år 1984 (61). Det innebär att under den 25-årsperiod som SBU-översikten i praktiken täcker, publicerades 45 relevanta studier om läkares sjukskrivningspraxis i engelskspråkiga vetenskapliga tidskrifter. Under de sju år vår översikt täcker publicerades 61 sådana relevanta studier. Detta kan tolkas som att forskningsområdet utvecklats något, speciellt som även en större andel av de relevanta studierna hade tillräcklig kvalitet för att inkluderas i vår översikt. Fortfarande är emellertid antalet studier mycket lågt, jämfört med studier om andra områden. Den vetenskapliga evidensen är mycket knapp och på låg nivå.

Forskningsområdet präglas alltså av att få studier görs, att många av studierna är små, de flesta är tvärsnittstudier och av att många är explorativa till sin natur – det senare behövs vanligen inom ett relativt outvecklat forskningsområde. Variationen mellan studierna vad avser typ av utfall och mått på dessa utfall var mycket stor. En stor del av studierna har gjorts av forskare som endast publicerat en eller två vetenskapliga studier om läkares sjukskrivningspraxis. Det innebär möjligen att den erfarenhet och kompetensutveckling som vanligen krävs för att komma in i ett forsknings-

område inte har hunnit så långt. Både i SBU-översikten (1) och i vår översikt presenterades studiernas empiriska resultat, med några få undantag (105, 111, 124), utan att något bestämt teoretiskt perspektiv redovisades.

I studier om läkares sjukskrivningspraxis kan data samlas in på många olika sätt. Exempel på sådana är via intervjuer (individuellt eller i grupp), enkäter (vanliga enkäter, men även enkäter med patientfall som läkaren skall ta ställning till vad gäller åtgärder; ofta genom patientvinjetter), audits, inspelade konsultationer (ljud eller film), data extraherade från medicinska journaler, från medicinska utlåtanden (enkla och mer omfattande sjukintyg) eller akter från Försäkringskassan eller försäkringsbolag, data från olika register om hur läkare sjukskrivit, t.ex. från Försäkringskassans, arbetsgivarens eller hälso- och sjukvårdens olika register (1, 12). Enkäter och intervjuer kan riktas till läkare men även till andra grupper, såsom patienter, arbetsgivare, personal vid Försäkringskassa, etcetera, för att få kunskap om läkares arbete med sjukskrivning (12). Inga inkluderade studier använde audits eller data från video- eller ljudinspelningar av patient-läkarmöten.

4.2.1 Andra systematiska litteraturöversikter

Vi identifierade alltså endast en annan systematisk litteraturöversikt om läkares sjukskrivningspraxis (131), publicerad i engelskspråkiga tidskrifter sedan SBU:s översikt (1).

I Wynne-Jones litteraturöversikt (131), var syftet att få en bild av allmänläkares attityder till arbetet med sjukskrivningar, genom att göra en systematisk översikt och analysera resultaten från dem med narrativ kvalitativ metodik. Författarna fann tre teman i analyserna av de inkluderade studierna; konflikter, rollansvar samt hinder för god praxis. Konflikter handlade om ett av de områden vi fann evidens för i denna översikt, nämligen konflikter mellan läkare och patient kring behovet av sjukskrivning. Det fanns också konflikter med andra aktörer. Rollansvaret handlade om allmänläkarens olika roller, också i enlighet med våra fynd. När det gäller hinder för god praxis identifierade man sådana både inom och utanför sjukvården.

Resultaten för samtliga dessa aspekter är i god överensstämmelse med vad vi fann i denna översikt, men som sagt, inom ett smalare område – och med en bredare inkludering. Man inkluderade således,

utan kvalitetsgranskning, alla identifierade studier inom området som publicerats på engelska, även om de inte fanns i referentgranskade tidskrifter.

4.2.2 Finns det samband mellan patientfaktorer och läkares sjukskrivningspraxis?

Baserat på studierna i detta frågeområde var det möjligt att undersöka eventuella samband mellan läkares sjukskrivningspraxis och följande patientfaktorer: ålder, kön, utbildningsnivå, typ av anställning, sjukdom och besvär, efterfrågan på sjukintyg, samt bedömning av egna arbetsförmågan. (tabell 4, bilaga 3) Vi fann inget vetenskapligt stöd för några sådana samband, framför allt p.g.a. alltför få studier om varje faktor men också p.g.a. att resultaten gick i olika riktning.

I några studier har patientens kön använts som en variabel i analysen, däremot saknas analyser ur ett genusteoretiskt perspektiv (132, 141–144). Samband med andra relevanta patientfaktorer, såsom socialgrupp eller etnicitet var inte möjligt att bedöma då endast enstaka studier redovisade information om detta.

En frågeställning i studier i SBU-översikten (1) var vem som initierar frågan om sjukskrivning: patienten eller läkaren. Denna fråga beaktades inte i de här inkluderade studierna, möjligen eftersom det är en fråga som saknar praktisk relevans. Det är vanligen patienten som initierar hela konsultationen liksom vad den ska handla om. Vem som tar upp frågan om sjukfrånvaro saknar egentlig betydelse för hur läkaren handlägger den.

4.2.3 Vilka läkarfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?

Följande läkarfaktorerers samband av betydelse för läkares sjukskrivningspraxis kunde beaktas: läkares ålder, år i yrket, kön, uppfattningar samt specialitet. Det fanns inget vetenskapligt stöd för några sådana samband, framför allt p.g.a. alltför få studier men också p.g.a. att resultaten i studierna gick i olika riktning.

Studierna har mycket olika upplägg och utfallsmått, vilket försvårar jämförelser av resultaten. Ett metodproblem i flera av dessa studier, där man analyserar skillnader i sjukskrivningspraxis mellan olika läkare, är att man inte har information om eventuella skill-

nader i vilka patienter eller patientgrupper de studerade läkarna har. Rimligen är det stora skillnader, t.ex. mellan de patienter en nyutbildad AT-läkare har och de som en specialist med 40 års erfarenhet har. (Skillnader kan t.ex. gälla ålder, typ av sjuklighet och allvarlighetsgrad av denna, grad av mångsjuklighet, funktionsnedsättning, grad av komplicerad situation på andra sätt.) På samma sätt kan det vara viss skillnad mellan de patienter kvinnor och män har, liksom mellan de som vårdcentralläkare och sjukhusläkare har, mellan läkare vid olika typer av verksamheter och med olika specialitet. När sådan information saknas kan slutsatser om skillnader mellan läkares sjukskrivningspraxis vara felaktiga.

Några av studierna i denna kategori har endast baserats på information från de av patienterna som var sjukskrivna, t.ex. via användande av data från sjukintyg. Eftersom det inte finns information om vilka patienter som inte blev sjukskrivna av de olika läkarna, går det sällan att dra relevanta slutsatser om sjukskrivningspraxis vad avser vilka som blir sjukskrivna olika länge. Däremot är information från läkarintyg viktig för andra studiefrågor, t.ex. om vilken information som förmedlas via intyg, och eventuella skillnader i detta mellan olika läkare.

Studier som använder sig av olika fallbeskrivningar, så kallade vinjettstudier, försöker hantera ovan nämnda problem genom att läkare får ta ställning till standardiserade "patienter", vanligen i form av pappersfall. Detta ger en mer enhetlig bild, och kan även användas för studier av betydelsen av olika patientfaktorer genom att vissa patientkaraktäristika varieras i fallen som olika läkare får. Det finns dock andra metodologiska problem med denna typ av studier (1).

4.2.4 Läkares problem i handläggning av sjukskrivningsärenden

SBU fann i sin litteraturöversikt av läkares sjukskrivningspraxis (1) ett begränsat vetenskapligt stöd för att läkare upplever arbetet med handläggning av sjukskrivningsärenden som problematiskt. Det finns nu något fler studier om detta, varför det varit möjligt att på en mera detaljerad nivå undersöka detta för några olika typer av problem (tabell 6, bilaga 3).

Flera av de studerade problemområdena är relaterade till varandra. Många har samband med grad av försäkringsmedicinsk professio-

nalitet och i vilken mån den kontext som läkaren jobbar i, stödjer utveckling och utövande av den professionella rollen (5, 14–18, 145, 146). Dit hör t.ex. att i sjukskrivningsärenden *hantera de två rollerna*, som patientens behandlare och som medicinskt sakkunnig, i förhållande till andra aktörer i samhället. Ett annat är att hantera *situationer där läkaren och patienten har olika åsikter om behov av sjukskrivning*. Ett tredje är att ta ställning till eventuell förlängning av sjukskrivningsfall där *patientens sjukintyg tidigare skrivits av annan läkare*, där t.ex. information om syftet med sjukskrivningen och om handlingsplan saknas eller där man har annan åsikt än den andre läkaren om hur sjukskrivningsinstrumentet skall användas.

Problem med bedömning av patienters funktions- och arbetsförmåga respektive behov av sjukskrivning var vanligt. Att bedömning av arbetsförmåga är problematiskt är inte förvånande. Instrument och riktlinjer för detta saknas i stor utsträckning och behovet av sådana har diskuterats och framhållits i många olika sammanhang (8, 9, 147–150). Det saknas även bra instrument för bedömning av aktivitetsbegränsning (Figur 1) (9). När det gäller bedömning av funktionsförmåga finns det dock flera och väl etablerade instrument, speciellt när det gäller kroppslig funktionsförmåga, såsom syreupptagningsförmåga, syn och hörsel (147). Även för vissa kognitiva funktioner finns det etablerade bedömningsinstrument men för många andra funktioner saknas sådana, framför allt saknas det när det gäller mentala och sociala funktioner.

En annan orsak till problem i bedömningarna kan vara att det inom olika organisationer görs skilda tolkningar av de centrala begreppen funktions- och arbetsförmåga och om vem som kan respektive inte kan arbeta (9, 65, 151, 152). Behov finns av tydliga definitioner av centrala begrepp för att underlätta kommunikationen kring patienters sjukskrivningsärenden.

De problem i samverkan med andra yrkesgrupper och aktörer, som rapporteras i de redovisade studierna, relaterar till kontakten med företrädare för olika organisationer såsom Försäkringskassan och patientens arbetsgivare men även till andra läkare, andra yrkesgrupper eller enheter inom hälso- och sjukvården. Problem har beskrivits både vad gäller innehåll och konsekvenser och har betydelse för förståelsen av sjukskrivningspraktikens karaktär. I detta sammanhang har även det interorganisatoriska samarbetet stor betydelse för möjligheten att använda tillgänglig kunskap i handläggningen av ett sjukskrivningsärende. Ett exempel på detta är avstämningsmöten, vilket vi inte fann några studier om.

Det ställs numera stora förväntningar på att samarbete mellan olika yrkesgrupper och mellan organisationer ska leda till en förbättrad hantering av sjukskrivningsärenden. Här behövs mer kunskap om hur samarbete faktiskt sker och hur det kan utvecklas, ur flera professioners perspektiv, liksom ur patienters och arbetsgivares perspektiv. I studier av professionellas samarbete kring långtidssjukskrivna patienter redovisas t.ex. att nya arbetssätt kring rehabilitering kan leda till ett förstärkt interdisciplinärt samarbete inom primärvården och mellan primärvården och Försäkringskassan (153).

Några studier presenterar resultat om att problemen kan vara relaterade till *hälso- och sjukvårdens organisation*, såsom *ledning av sjukskrivningsarbete*. Som nämnts tidigare har forskningen om läkares sjukskrivningspraxis främst fokuserat den enskilde läkaren, inte den kontext hon eller han jobbar i. En bredare medvetenhet om betydelsen av just ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet finns sedan några år i Sverige (5, 14–17, 154, 155). Åtgärder för att förbättra organisationen kring sjukskrivningsarbetet behöver utvecklas ytterligare, och tarvar en säkrare vetenskaplig grund att stå på.

Måna läkare upplever det även som problematiskt att deras *kunskaper är bristfälliga* inom områden som är centrala för optimal hantering av sjukskrivningsärenden. Dit hör t.ex. kunskap om sjukförsäkringen och socialförsäkringen, om villkor på patientens arbetsplats och arbetsmarknaden i stort. I två enkätstudier, en till 7 700 och en till samtliga 37 000 yrkesverksamma läkare i Sverige om deras arbete med sjukskrivning av patienter, fanns frågor om detta och om vad läkare anser sig behöva kompetensutveckling i (11, 12). Studierna visade att majoriteten av läkarna som har sjukskrivningsärenden anser sig behöva kompetensutveckling inom ett flertal försäkringsmedicinska områden, såsom bedömning av patienters funktions- och arbetsförmåga, de egna och andra aktörers möjligheter och skyldigheter i denna typ av ärenden, samt kunskap om socialförsäkringarna och andra relevanta försäkringar (11, 12, 23, 156). Det framkom också att man sällan har tid för sådan kompetensutveckling och att så många som en tredjedel önskar handledning i dessa ärenden. Här finns uppenbarligen en stor potential till utveckling, och det torde vara viktigt att kompetensutvecklingen baseras även på läkares syn på optimala former för detta (12).

Mot bakgrund av de olika uppgifter som läkare kan ha i samband med handläggning av sjukskrivningsärenden (se Bakgrund avsnitt 1.2), kan läkares kompetens i handläggandet av sjuk-

skrivningsärenden beskrivas i termer av de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att optimalt utföra dessa uppgifter (12, 35, 157–161). Inom ramen för den svenska läkarutbildningen, det vill säga grundutbildning (5,5 år), allmäntjänstgöring (AT, ca 2 år) och specialisttjänstgöring (ST, ca 5 år), ingår viss undervisning i försäkringsmedicin, dock av mycket begränsad omfattning, särskilt med hänsyn tagen till hur stor betydelse hantering av sjukskrivningsinstrumentet kan få för den enskilde patienten (15, 33, 162–165). För vidare- och efterutbildning har olika kurser arrangerats av t.ex. Försäkringskassan eller landsting, ofta omfattande en eller några få dagar. Det behövs även mer akademiskt och vetenskapligt förankrade vidareutbildningar i försäkringsmedicin (12, 35, 162, 163, 166).

4.2.5 Har sjukintygen tillräcklig kvalitet för det de ska användas till?

Läkarintyget är ett viktigt medel för kommunikation mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer, vars praxis och förutsättningar t.ex. arbetsorganisation, styrning och ledning indirekt påverkar läkares sjukskrivningspraxis. Att kvaliteten på sjukintygen inte alltid är optimal skulle kunna bero på att sjukintygen inte följs upp av mottagaren av dem, att läkare inte prioriterar att skriva sjukintyg av tillräcklig kvalitet eller att syftet med hur de ska användas har varit otydligt (23).

Trots få studier om sjukintygens kvalitet är det värt att notera att studierna i stor utsträckning funnit samma typ av problem oavsett vilket år eller i vilket land de genomförts. Det centrala här torde vara att förstå hindren för god kvalitet i intygen, för att få underlag för åtgärder.

4.2.6 Interventionsstudier; kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?

De tre inkluderade interventionsstudierna visade inga effekter på sjukskrivningstid, men hade vissa andra positiva effekter, såsom att förbättra läkares kunskaper och självförtroende i arbetsförmågebedömningar. Särskilt den norska studien (167), som baseras på ett mångårigt arbete för att utveckla ett instrument för arbetsförmågebedömning, är av intresse för Sverige. Inte heller andra inter-

ventioner för att främja samverkan i sjukskrivningsärenden, där fokus inte varit på läkare, har haft effekt på sjukfrånvaro (153, 168).

I Sverige har många interventioner genomförts, initierade av regering, landsting, Försäkringskassan eller forskare. Detsamma gäller Storbritannien (4, 169–171). Effekterna av dessa har ännu i mycket liten grad rapporterats vetenskapligt. Eftersom kunskapen om läkares sjukskrivningspraxis är så knapp finns det extra anledning att utforma åtgärder så att de även kan bidra till att generera ytterligare kunskap.

4.2.7 Vad har studerats?

Sjukfrånvaro ses ofta som ett folkhälsoproblem med stora konsekvenser på såväl individnivå som samhällsnivå samtidigt som möjligheten till ersättning när man p.g.a. sjukdom eller skada inte kan försörja sig är en central del av välfärdssamhällen (1, 3, 4, 172–174). Sjukfrånvaro, både vad gäller vilka personer som är sjukfrånvarande och hur länge de är det, beror på många olika faktorer på ett flertal strukturella nivåer (1, 175). Läkares sjukskrivningspraxis är en sådan faktor, vilken är fokus i denna litteraturöversikt. I SBU-översikten gjordes en sammanställning av faktorer som kan tänkas påverka läkares sjukskrivningspraxis (1, s. 442). Vi har i figur 6 modifierat den sammanställningen något och även gjort en kategorisering av faktorerna utifrån strukturell nivå. De faktorer som undersökts i de studier som inkluderats i denna litteraturöversikt har markerats med fet stil.

Figur 6 Faktorer, på olika strukturella nivåer, som kan ha samband med läkares sjukskrivningspraxis. Modifierad från SBU-översikten (1, s. 442). Faktorer som det fanns data om i de studier som inkluderades i denna översikt är markerade med fet kursiverad stil.



I studierna i SBU-översikten (1), liksom i flertalet av studierna i denna översikt, har fokus varit på den enskilde läkaren eller dennes patienter. Däremot har läkarens möjligheter till en optimal handläggning av sjukskrivningsärenden, dvs. den kontext läkaren arbetar i, sällan beaktats. Sådana möjligheter kan ha samband med hälso- och sjukvårdens organisation, samverkan med andra aktörer utanför hälso- och sjukvård och kunskapsläget (5, 145, 146). Av figur 6 framgår att ett stort antal sådana relevanta faktorer hittills inte beaktats i studier. De studerade faktorerna har dessutom oftast bara ingått i någon eller några studier. Det är inte tillräckligt att endast studera vad läkare gör och inte gör, studier behövs även om de faktiska förutsättningarna för läkare att göra ett bra jobb.

Socialstyrelsen har konstaterat (14–18) att sjukskrivningar är en del av vård och behandling, dvs. det ska finnas strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling, för samverkan internt och externt samt för kunskapsgenerering på samma sätt som för annan vård och behandling. Ansvar för detta ligger på olika strukturella nivåer inom hälso- och sjukvården och verksamhetschefen ska se till att detta fungerar i den kliniska verksamheten (14, 15, 19, 137).

En annan aspekt av studierna är ur vilket perspektiv de gjorts. Resultat från studier om läkares sjukskrivningspraxis kan skilja sig mycket åt om frågorna ställts ur läkares perspektiv, ur patienters perspektiv, eller ur t.ex. Försäkringskassans eller arbetsgivares perspektiv. Andra relevanta perspektiv är framför allt kollegors, hälso- och sjukvårdens och samhällets (12, 41, 176). Studierna här utgår från några av dessa perspektiv, medan vissa saknas, t.ex. patienters, kollegors och arbetsgivares.

4.2.8 Läkarens arbete med sjukskrivning i Sverige

Den höga och varierande sjukfrånvaron i Sverige har lett till ett flertal åtgärder för att minska sjukfrånvaron (6) och några av dessa har även haft som syfte att höja kvalitén i läkares hantering av patienters sjukskrivning. Läkares hantering av sjukskrivningsärenden har i Sverige, liksom i många andra länder, tidigare utmärkts av följande förhållanden (5, 154):

- Det har inte funnits vetenskapligt baserad kunskap om optimal sjukskrivningstid- och grad vid olika tillstånd för personer med olika typer av arbetsuppgifter, samsjuklighet etcetera (1).

- Det har inte funnits vetenskapligt baserad kunskap om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven, och man har inom sjukvården sällan diskuterat eventuella negativa konsekvenser av att vara sjukskriven eller ha sjukersättning (1).
- När vetenskaplig kunskap saknas har hälso- och sjukvården, vanligen via Socialstyrelsen, oftast utarbetat riktlinjer för handläggning av olika situationer. Sådana har saknats när det gäller sjukskrivning (5, 14–17, 137). Ibland har vissa mottagningar eller kliniker tagit fram sådana riktlinjer, men de riktlinjerna har varierat mycket mellan olika mottagningar (5).
- De flesta läkare hade fått mycket begränsad utbildning i försäkringsmedicin (5, 6, 162–164, 177).
- Försäkringskassan har inte tagit sin ”grindvaksroll” eller kontrollansvar i någon större omfattning, dvs. har inte bedömt om en person uppfyller kraven för att få sjukpenning. Ett sjukintyg har vanligen accepterats oberoende av innehåll och sjukpenning utbetalats (178). Detta innebär att det varit en stor otydlighet i rollfördelning och ansvarsfördelning mellan olika aktörer, framför allt mellan läkare och handläggare på Försäkringskassan.
- Försäkringskassan har inte hållit på 12-månadersgränsen, dvs. gränsen för hur länge en person skulle kunna vara sjukskriven. Det innebär att en person kunnat vara sjukskriven mycket länge utan ställningstagande till åtgärder.
- Landstingen har saknat strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling och för kunskapsgenerering när det gäller dessa mycket komplexa arbetsuppgifter. Ingen inom landstingen ”ägde frågan”, den fanns inte på agendan och ansvarsfrågan var oklar (5, 14–17, 154).
- Problemen vad gäller samverkan såväl inom hälso- och sjukvården som med andra aktörer, t.ex. med arbetsgivare och Försäkringskassa, har varit stora när det gäller sjukskrivningsärenden.
- Det har funnits en allmänt spridd föreställning om att patienter vill vara sjukskrivna. När det varken fanns riktlinjer, ledning, feedback/kontroll från Försäkringskassan eller kunskap om eventuella negativa konsekvenser av att vara sjukskriven, har läkare och andra inom sjukvården ibland föreslagit sjukfrånvaro även när det inte varit motiverat, då man utgått från att patienten velat detta (154).

Sammantaget innebar ovanstående situation att många läkare kände sig utsatta och inte tyckte att de gjorde ett bra jobb när det gäller sjukskrivningar (5, 26, 27, 111, 154). Flera upplevde det till och med som ett psykosocialt arbetsmiljöproblem. Det senare, dvs. läkares arbetssituation, är en annan och central aspekt av läkares sjukskrivningspraxis. Inom ett stort antal kliniska specialiteter är sjukskrivning en vanlig arbetsuppgift i Sverige (12). Läkare har ofta en pressad arbetssituation (179–184) och många har alltså upplevt att ovanstående förhållanden i arbetet med sjukskrivningsuppgifter har bidragit till detta.

Under de senare åren har mycket hänt i Sverige, när det gäller ovanstående förhållanden. Några exempel är förändringar i lagstiftning, fastare tidsgränser i sjukförsäkringen, att Försäkringskassan tillämpar reglerna i större utsträckning, de 21 olika försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket har slagits samman till en myndighet – Försäkringskassan – för att få mer enhetlighet i bedömningar, den så kallade miljardsatsningen³, införandet av de försäkringsmedicinska beslutsstöden, flera olika typer av försäkringsmedicinska utbildningar riktade till läkare, en allmän diskussion i media och i samhället om sjukförsäkringen – t.ex. om att sjukdom inte ger rätt till sjukpenning utan att sjukdomen också måste ha lett till nedsättning av arbetsförmågan, rehabiliteringsgarantin samt en kraftig minskning av sjukfrånvaron. Det senare innebär att läkare, speciellt vid vårdcentralerna, har färre konsultationer där sjukskrivning är aktuellt (12, 185, 186). Även om det ännu finns ytterst få studier om konsekvenser av att vara sjukskriven har det kommit några sådana nu (1, 187–197) och de visar vissa negativa konsekvenser, vilket också innebär en något annan syn på handläggning av sjukskrivningsärenden.

Det finns all anledning att bättre studera olika effekter av dessa åtgärder (figur 6).

³ I den så kallade miljardsatsningen (145, 146) har regeringen gett ekonomiskt stöd, under åren 2006-2010, till samtliga landsting för att de ska förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Fokus i satsningen har varit på följande fyra områden; ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen, kompetensutveckling, samverkan om och kring sjukskrivningsprocessen samt kvinnors hälsa. Ett stort antal åtgärder har vidtagits i landstingen.

4.3 Fortsatt forskning

Utifrån denna översikt är det uppenbart att mer kunskap behövs om läkares sjukskrivningspraxis. Det är även uppenbart att det behövs inte bara fler studier utan framför allt bättre studier. Studier som kan generera relevant kunskap, t.ex. som underlag för klinisk verksamhet, för beslutsfattare inom olika organisationer och på olika strukturella nivåer, och för (blivande) patienter. Kunskap behövs också om vad som faktiskt är åtgärdbart.

I dessa studier behövs en tydlig förståelse för området läkares sjukskrivningspraxis, i hela dess komplexitet. Detta gäller t.ex. kring vad arbetsuppgifterna innebär, vad läkares professionaliseringsprocess innebär, särskilt kring försäkringsmedicinska uppgifter (166), och om hur den kan främjas, inom vilken kontext detta sker, om behov av kompetens samt om förutsättningarna för att få detta inom olika sammanhang, under såväl grundutbildning, vidareutbildning (AT och ST), efterutbildning som i klinisk verksamhet.

Centrala frågor är vilken typ av kunskap och åtgärder som behövs för att skapa förutsättningar för god kvalitet i sjukskrivningsarbetet.

Mer kunskap behövs om det som redan i viss mån studerats, nämligen vad läkare upplever som problematiskt, vad avser t.ex. frekvens och allvarlighetsgrad av specifika problem. Annan central kunskap är hur ledning och styrning av denna verksamhet kan utformas optimalt, åtgärder för att få detta att fungera, både generellt och när allt större delar av vården organiseras privat.

Mer kunskap behövs om samarbete med andra inom hälso- och sjukvården i sjukskrivningsärenden; paramedicinare, andra läkare, liksom andra enheter och kliniska verksamheter, för att bättre förstå var hinder och möjligheter finns och kan hanteras.

På samma sätt behövs mer kunskap om samverkan med personer inom andra organisationer, t.ex. arbetsförmedling, Försäkringskassa, arbetsgivare, kommun. Det behövs även kunskap om hur t.ex. läkares samverkan med Försäkringskassan kring patientärenden påverkas av såväl övergripande som regionala strukturer och former för samverkan mellan Försäkringskassa och hälso- och sjukvård, t.ex. inom ett län.

Kunskap behövs även om hur man kan stötta de processer som möjliggör att patientens erfarenhet och autonomi kan tas till vara och om vad som eventuellt hindrar detta (8). Till exempel behövs

det kunskap om lämpliga metoder att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med en eventuell sjukskrivning, i avvaktan på mer vetenskapligt baserad kunskap om detta. Det finns olika modeller för patientcentrerat arbetssätt (8, 198) och av dessa har bl.a. metoden Motiverande samtal prövats i en interventionsstudie (35). Effekten av denna och andra behöver dock utvärderas vetenskapligt i större utsträckning.

Hittills har sjukskrivningspraxis framför allt studerats bland vårdcentralsläkare. Flertalet interventioner har också riktats till denna grupp. Samtidigt har läkare inom andra specialiteter sjukskrivningsärenden betydligt oftare, t.ex. ortopedi, psykiatri, företagshälsovård och rehabilitering (12, 23, 113). Mer kunskap behövs även om deras sjukskrivningspraxis och hur den kan optimeras.

Denna översikt har handlat om läkares sjukskrivningspraxis. Motsvarande litteraturöversikt kan göras om andra yrkeskategoriers praxis i hantering av sjukskrivningsärenden, t.ex. handläggare vid Försäkringskassan (151). Mer kunskap behövs även om hur andra professioners kompetens indirekt påverkar läkares sjukskrivningspraxis, både via vad som görs och vad som inte görs.

I princip kvarstår samma behov av forskning som det SBU identifierade år 2003 (1), även om kunskapsläget i någon mån utvecklats, framför allt genom en precisering av typ av problem som läkare upplever i arbetet med sjukskrivning och tydliggörande av kunskapsluckorna. Olika typer av studier behövs, bl.a. tvärsnittsstudier och kohortstudier som bas för interventionsstudier. Studier behövs ur olika perspektiv och utifrån olika teoretiska referensramar och modeller. Det behövs vetenskapligt baserad kunskap om grunden för dessa problem och om hur de kan åtgärdas. Det behövs även större studier där fynd från mindre studier prövas på större populationer för att få bättre möjlighet att generalisera resultaten. Framförallt behövs interventionsstudier. Det är även generellt en brist på jämförande studier, nationella och internationella.

Typ av data, dataanalys och utfallsmått som används i liknande studier behöver tydliggöras. Därtill behövs större och mer detaljerade studier samt och studier om hur ett försäkringsmedicinskt professionellt förhållningssätt kan främjas och bibehållas. För detta behövs även vetenskaplig kompetens och kompetensutveckling inom området.

4.4 Slutsatser

I denna översikt av studier om läkares sjukskrivningspraxis är det låga antalet studier det mest slående. Det är också utmärkande för forskningsområdet att inga studier hade mer än begränsad vetenskaplig kvalitet. De allra flesta var tvärsnittstudier, hade relativt få deltagare och i majoriteten studerades endast allmänläkares sjukskrivningspraxis. Det var en stor variation mellan studierna vad avser design, data, analyser och utfallsmått vilket starkt begränsar möjligheterna till jämförelse. Den stora likheten i resultat mellan olika länder är också slående. Det innebär att vi kan lära mycket även av studier från andra länder.

Vi fann begränsat vetenskapligt stöd (evidensstyrka 3) för att läkare upplever problem i handläggningen av sjukskrivningsärenden. Specifika problem gällde att i sjukskrivningsärenden hantera de två rollerna som behandlare och medicinskt sakkunnig, att samverka med andra yrkesgrupper och aktörer, bedömning av patienters arbetsförmåga och behov av sjukskrivning, hantering av situationer när läkaren har andra åsikter än patienten om behovet av sjukskrivning samt att den egna försäkringsmedicinska kunskapen brister.

Detta är problem som är åtgärdbara, med interventioner på olika strukturella nivåer, framför allt inom hälso- och sjukvårdens organisation och i utbildningssammanhang. Samtidigt är det uppenbart att relevant kunskap saknas om många faktorer av betydelse (figur 6).

Flera faktorer som tidigare diskuterats i detta sammanhang, t.ex. betydelsen av läkares kön, ålder eller attityder, fann vi inget vetenskapligt stöd för betydelsen av, dels p.g.a. att antalet studier var för få men även för att resultaten i de olika studierna gick i olika riktning.

Många av de frågor som beslutsfattare har om läkares sjukskrivningspraxis kan inte besvaras utifrån det nuvarande vetenskapliga kunskapsunderlaget. Anmärkningsvärt är det låga antalet interventionsstudier, trots att omfattande resurser läggs på åtgärder för att påverka läkares sjukskrivningsresurser. Sådana interventioner kan i större utsträckning användas för att generera kunskap.

Referenser

1. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) nr 167. 2003.
2. de Boer W. Quality of evaluation of work disability. Hoofddorp: Universiteit van Amsterdam; 2010.
3. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
4. 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.
5. Alexanderson K, Brommels M, m.fl. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet. 2005.
6. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2002:5. 2002.
7. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2000:5. 2000.
8. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66. 2008.
9. Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/ Medicinska förutsättningar/ Försörjningsförmåga: Socialdepartementet; SOU-2009:89.
10. Svensk författningssamling (SFS) Lag (1962:381) om allmän försäkring. Sveriges Riksdag; Available from: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1962%3a381>.
11. Alexanderson K, Arrelöv B, m.fl. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet. 2005.

12. Alexanderson K, Arrelöv B, m.fl. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009.
13. Lindholm C, Arrelöv B, m.fl. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. BMC Public Health. 2010;10(752).
14. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003–2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
15. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
16. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
17. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
18. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006–2007. Stockholm: Socialstyrelsen. 2007.
19. Alexanderson K, von Knorring M, m fl. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Karolinska Institutet, Sektionen för personskadeprevention. 2007.
20. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning: Socialstyrelsen. 2007.
21. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
22. Uppföljning av en ny sjukskrivningsprocess: Socialstyrelsen. 2008.
23. Löfgren A. Physician´s sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
24. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos. 2010.
25. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2005;19(4):655-70.
26. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. Br Med Bull. 2006 January 1, 2006;77-78(1):55-69.
27. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.

28. Waddell G, Burton K, m.fl. Work and common health problems. *J Insur Med.* 2007;39(2):109–20.
29. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
30. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2004.
31. Utmattningssyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen. 2003.
32. Cohen D, Marfell N, m.fl. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occup Med (Lond).* 2010 Mar;60(2):121–6.
33. Järholm B, Olofsson C, red. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
34. Walters G, Blakey K, m.fl. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond).* 2010 Mar;60(2):152–5.
35. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
36. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? I: Swedenborg B, red. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60–6.
37. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
38. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
39. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
40. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
41. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: Perspectives of Different Actors [Doktorsavhandling]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
42. Stendahl S. Communicating Justice Providing Legitimacy. Uppsala: Justus förlag; 2003.
43. Rönnberg L. Hälso- och sjukvårdsrätt. 2:a ed: Studentlitteratur; 2007.

44. Lag om allmän försäkring (1962:381).
<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1962:381#K32010>.
45. Regelboken. <https://www.fkregelboken.se/>; Försäkringskassan; 2009.
46. Adler H, Sjölenius B. Intyg och utlåtande inom hälso- och sjukvården. Praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur; 2001.
47. Adler H. Medicinsk juridik, grundläggande handbok. Lund: Studentlitteratur; 2010.
48. Vad ska ett medicinskt underlag innehålla (FK 7263)? Stockholm: Försäkringskassan FK7263. 2010.
49. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
50. Becher T. Professional education in a comparative context. I: Torstendahl R, Burrage M, red. The formation of professions. London: Sage Publications; 1990. p. 134–50.
51. Sandahl C, Falkenström E, m.fl. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
52. www.cochrane.org.
53. Patton M. Qualitative Research and Evaluation Methods. 3 ed. London: Sage; 2002.
54. Himmel W, Sandholzer H, Kochen M. Sickness certification in general practice. *Eur J Gen Pract.* 1995;1:161–6.
55. Cassis I, Dupriez K, Burnand B, Vader JP. Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. *Int J Qual Health Care.* 1996 Dec;8(6):567–75.
56. Jensen I, Bodin L, Ljungqvist T, Bergström K, Nygren A. Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? *Spine.* 2000;25(21):2816–23.
57. Krakau I. Severity of illness in a Swedish general practice population. *Fam Pract.* 1991;8:28–31.
58. Löfvander M, Engström A, Theander H, Furhoff AK. Young immigrants on long-term sick-leave - A clinical study of diagnostic factors, psychosocial stressors, functional ability and sick-leave patterns. *Scandinavian Journal of Social Welfare.* 1997 Jan;6(1):54–60.

59. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. *Scand J Prim Health Care*. 2000 Dec;18(4):215-9.
60. Kersnik J. Management of sickness absence: a quality improvement study from Slovenia. *Quality in Health Care*. 1999;8:262-5.
61. Condren L, Cox J, McCormick J, Sullivan A. Certification of unfitness for work. *Irish Med J*. 1984;77:159-60.
62. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialties based on case vignettes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2000;1:48-52.
63. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scan J Prim Health*. 1997;15:68-75.
64. Chew-Graham C, May C. Chronic low back pain in general practice: the challenge of the consultation. *Family Practice*. 1999;16(1):46-9.
65. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
66. Claussen B. Rehabilitation efforts before and after tightening eligibility for disability benefits in Norway. *Int J Rehabil Res*. 1997 Jun;20(2):139-47.
67. Claussen B. Physicians as gatekeepers: will they contribute to restrict disability benefits? *Scand J Prim Health Care*. 1998 Dec;16(4):199-203.
68. Dasinger L, Krause N, Thompson R, Rudolph L. Doctor proactive communication, return-to-work recommendation, and duration of disability after a workers' compensation low back injury. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2001;43(6):515-25.
69. Anema JR, Jettinghoff K, Houtman I, Schoemaker CG, Buijs PC, van den Berg R. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *J Occup Rehabil*. 2006 Mar;16(1):41-52.
70. Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svärdsudd K. The influence of change of legislation concerning sickness absence on physicians' performance as certifiers. A population-based study. *Health Policy*. 2003 Mar;63(3):259-68.

71. Arrelöv B, Borgquist L, Svärdsudd K. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice a population-based study. *European Journal of Public Health*. 2005;15(5):470-4.
72. de Boer W, Donceel P, Brage S, Rus M, Willems J. Medico-legal reasoning in disability assessment: a focus group and validation study. *BMC Public Health*. 2008;8:335.
73. Bollag U, Rajewaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care - the physician's role. *Swiss Med Wkly*. 2007 Jun 16;137(23-24):341-6.
74. Breen A, Austin H, Campion-Smith C, Carr E, Mann E. "You feel so hopeless": a qualitative study of GP management of acute back pain. *Eur J Pain*. 2007 Jan;11(1):21-9.
75. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Fam Pract*. 2008 Feb 2.
76. Buchbinder R, Jolley D. Improvements in general practitioner beliefs and stated management of back pain persist 4.5 years after the cessation of a public health media campaign. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007 Mar 1;32(5):E156-62.
77. Carlsen B, Norheim OF. Introduction of the patient-list system in general practice. Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scand J Prim Health Care*. 2003 Dec;21(4):209-13.
78. Clayton M, Verow P. Advice given to patients about return to work and driving following surgery. *Occup Med (Lond)*. 2007 Oct;57(7):488-91.
79. Cohen DA, Aylward M, Rollnick S. Inside the fitness for work consultation: a qualitative study. *Occup Med (Lond)*. 2009 Aug;59(5):347-52.
80. Dey P, Simpson CW, Collins SI, Hodgson G, Dowrick CF, Simison AJ, Rose MJ. Implementation of RCGP guidelines for acute low back pain: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2004 Jan;54(498):33-7.
81. van Dijk P, Hogervorst W, ter Riet G, van Dijk F. A protocol improves GP recording of long-term sickness absence risk factors. *Occup Med (Lond)*. 2008 Jun;58(4):257-62.
82. Engblom M, Alexanderson K, Rudebeck C. Characteristics of sick-listing cases that physicians consider problematic - analyses of

- written case reports. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2009;27:250-5.
83. Faber E, Burdorf A, van Staa AL, Miedema HS, Verhaar JA. Qualitative evaluation of a form for standardized information exchange between orthopedic surgeons and occupational physicians. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:144.
 84. Fullen BM, Maher T, Bury G, Tynan A, Daly LE, Hurley DA. Adherence of Irish general practitioners to European guidelines for acute low back pain: a prospective pilot study. *Eur J Pain*. 2007 Aug;11(6):614-23.
 85. Gerner U, Alexanderson K. Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scand J Public Health*. 2009 Jan;37(1):57-63.
 86. Holdsworth L, Webster V, McFadyen A. Physiotherapists' and general practitioners' views on self-referral and physiotherapy scope of practice: Results from a national trial. *Physiotherapy*. 2008;94:263-42.
 87. Johnson CJ, Croghan E, Crawford J. The problem and management of sickness absence in the NHS: considerations for nurse managers. *J Nurs Manag*. 2003 Sep;11(5):336-42.
 88. Karlinsky H, Dunn C, Clifford B, Atkins J, Pachev G, Cunningham K, Fenrich P, Bayani Y. Workplace injury management: using new technology to deliver and evaluate physician continuing medical education. *J Occup Rehabil*. 2006 Dec;16(4):719-30.
 89. Kerstholt JH, De Boer WE, Jansen NJ. Disability assessments: effects of response mode and experience. *Disabil Rehabil*. 2006 Jan 30;28(2):111-5.
 90. Krohne K, Brage S. New rules meet established sickness certification practice: A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Sep;25(3):172-7.
 91. Krohne K, Brage S. How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *Br J Gen Pract*. 2008 Dec;58(557):850-5.
 92. Lalic H. Occupational medicine in taking over work injuries from family practice--a one-year follow-up. *Coll Antropol*. 2009 Sep;33(3):939-43.

93. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: Are we fear-avoidant? *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2002 Dec;12(4):223-32.
94. Martimo KP, Kaila-Kangas L, Kausto J, Takala EP, Ketola R, Riihimaki H, Luukkonen R, Karppinen J, Miranda H, Viikari-Juntura E. Effectiveness of early part-time sick leave in musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:23.
95. Meershoek A, Krumeich A, Vos R. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociol Health Illn*. 2007 May;29(4):497-514.
96. Mortelmans K, Donceel P, Lahaye D. Disability management through positive intervention in stakeholders' information asymmetry. A pilot study. *Occup Med (Lond)*. 2006 Mar;56(2):129-36.
97. Scheel IB, Hagen KB, Oxman AD. Active sick leave for patients with back pain: all the players onside, but still no action. *Spine*. 2002 Mar 15;27(6):654-9.
98. Swartling MS, Alexanderson KA, Wahlström RA. Barriers to good sickness certification - an interview study with Swedish general practitioners. *Scand J Public Health*. 2008 Jun;36(4):408-14.
99. Walker CA, Gregori A, O'Connor P, Jaques K, Joseph R. Sick notes, general practitioners, emergency departments and fracture clinics. *Emerg Med J*. 2007 Jan;24(1):31-2.
100. Watson J, Shin R, Zurakowski D, Ring D. A survey regarding physician recommendations regarding return to work. *J Hand Surg Am*. 2009 Jul-Aug;34(6):1111-8 e2.
101. Wind H, Gouttebauge V, Kuijer PP, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. The utility of functional capacity evaluation: the opinion of physicians and other experts in the field of return to work and disability claims. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006 Jun;79(6):528-34.
102. Arrelöv B, Alexanderson K, Hagberg J, Löfgren A, Nilsson G, Ponzer S. Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 2007;7:273. *BMC Public Health*. 2007;7:273.
103. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract*. 2006 Feb;23(1):125-30.

104. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, Baron G, Coriat F, Brin S, Revel M, Poiraudou S. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*. 2006 Oct;124(3):330-7.
105. Edlund C, Dahlgren L. The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disabil Rehabil*. 2002 Sep 20;24(14):727-33.
106. Faber E, Bierma-Zeinstra SM, Burdorf A, Nauta AP, Hulshof CT, Overzier PM, Miedema HS, Koes BW. In a controlled trial training general practitioners and occupational physicians to collaborate did not influence sickleave of patients with low back pain. *J Clin Epidemiol*. 2005 Jan;58(1):75-82.
107. Fleten N, Johnsen R, Ostrem BS. Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by modifying working conditions: a clinical epidemiology study. *BMC Public Health*. 2004 Mar 25;4(1):8.
108. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care*. 2007 Mar;25(1):20-6.
109. Hussey S, Hoddinott P, Wilson P, Dowell J, Barbour R. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ*. 2004 Jan 10;328(7431):88.
110. Joling C, Groot W, Janssen PP. Waiting for the doctor: gender differences in the timing of an intervention by the occupational physician. *J Occup Rehabil*. 2003 Mar;13(1):45-61.
111. 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. *Scand J Prim Health Care*. 2008 Mar;26(1):22-8.
112. Larsson C, Sydsjö A, Alexanderson K, Sydsjö G. Obstetricians' attitudes and opinions on sickness absence and benefits during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(2):165-70.
113. Löfgren A, Arrelöv B, Hagberg J, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25(3):178-85.
114. 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.
115. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006 Jul;63(7):495-502.
116. Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. An analysis of the communication during an enhanced and structured information exchange between social insurance physicians and occupational physicians in disability management in Belgium. *Disabil Rehabil*. 2007 Jul 15;29(13):1011-20.
117. Norrmen G, Svärdsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2006 Jun;24(2):104-9.
118. Norrmen G, Svärdsudd K, Andersson DK. How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning. *BMC Fam Pract*. 2008;9:3.
119. 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. *Disabil Rehabil*. 2002 Nov 10;24(16):867-74.
120. Ratzon N, Schejter-Margalit T, Froom P. Time to return to work and surgeons' recommendations after carpal tunnel release. *Occup Med (Lond)*. 2006 Jan;56(1):46-50.
121. Reiso H, Gulbrandsen P, Brage S. Doctors' prediction of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2004 Apr;21(2):192-8.
122. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract*. 2006 Apr;23(2):246-52.
123. Shiels C, Gabbay MB. Patient, clinician, and general practice factors in long-term certified sickness. *Scand J Public Health*. 2007;35(3):250-6.
124. Swartling MS, Peterson SA, Wahlström RA. Views on sick-listing practice among Swedish general practitioners - a phenomenographic study. *BMC Family Practice*. 2007;8(44).
125. Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K, Wahlström RA. Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish

- physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2007 Sep;17(3):398-408.
126. Swartling M, Wahlström R. Isolated specialist or system integrated physician - different views on sickness certification among orthopedic surgeons: an interview study. *BMC Health Services Research*. 2008;8:273:doi:10.1186/472-9963-8-273.
127. 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.
128. Watson PJ, Bowey J, Purcell-Jones G, Gales T. General practitioner sickness absence certification for low back pain is not directly associated with beliefs about back pain. *Eur J Pain*. 2008 Apr;12(3):314-20.
129. Österås 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.
130. Edlund C. Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Doktorsavhandling, monografi]. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
131. Wynne-Jones G, Mallen C, Main C, Dunn K. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*. 2010;28:67-75.
132. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians - a review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(6):460-74.
133. Linton SJ. Radd för att röra sig? *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2000;5:415-20.
134. Linton SJ, Ryberg M. A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial. *Pain*. 2001 Feb 1;90(1-2):83-90.
135. Grol R, Mokkink H, m.fl. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract*. 1985;2(3):128-35.
136. Wallace J, Lemaire J, m.fl. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374(9702):1714-21.

137. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen. SOSFS 2005:12 (M); Föreskrifter. 2005.
138. www.sbu.se.
139. Sackett DL. Bias in analytic research. *Journal of Chronic Diseases*. 1979(32):51-63.
140. Carne S. Sick Absence Certification. Analysis of one Group Practice in 1967. *Brit med J*. 1969(1):147-9.
141. Kilbom Å, Karen M, m.fl. red. Yrkesarbetande kvinnors hälsa. Helsingborg: Arbetslivsinstitutet; 1999.
142. Hovellius B, Johansson EE, red. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004.
143. Bird CE, Rieker PP. Gender and health - the effects of constrained choices and social policies. New York: Cambridge University Press; 2008.
144. Alexanderson K. Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro?
I: Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag Betänkande av sjukförsäkringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; SOU:2000:121, sid 273-301.
145. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
146. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009:
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
147. Ludvigsson M, Svensson T, et al. Begreppet arbetsförmåga - en litteraturgenomgång. *Arbete och Hälsa*. 2006;8:1-19.
148. Grimby G. ICF som utgångspunkt för rehabilitering. *Socialmed tidskrift*. 2002(6):498-503.
149. Muijzer A, Groothoff JW, m.fl. The assessment of efforts to return to work in the European Union. *Eur J Public Health*. 2010 Feb 8.

150. Österås N, Gulbrandsen P, m.fl. A randomised comparison of a four- and a five-point scale version of the Norwegian Function Assessment Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:14.
151. Söderberg E, Alexanderson K. 'Gatekeepers in sickness insurance': a systematic review of the literature on practices of social insurance officers. *Health & Social Care in the Community*. 2005;13(3):211-23.
152. Hensing G, Timpka T, m.fl. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
153. Hultberg E-L. Co-financed collaboration between welfare services - Effects on staff and patients with musculoskeletal disorders [Doktorsavhandling]. Göteborg: Sahlgrenska akademien; 2005.
154. 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.
155. von Knorring M, de Rijk A, m.fl. Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare. *BMC Health Services Research*. 2010;20(271).
156. Löfgren A, Hagberg J, m.fl. AT och ST -läkares problem med och önskemål kring kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention. Karolinska Institutet. 2006.
157. Hård af Segerstad H, Helgesson M, m.fl. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
158. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
159. Talmage JB, Melhorn JM, red. A physician's guide to return to work. USA: AMA press; 2005.
160. Albrecht GL, Seelman KD, m.fl. red. Handbook of disability studies. Thousand oaks: Sage; 2001.
161. Vahlne Westerhäll L, m.fl. Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen. Stockholm 2009.
162. Ekholm J, Netz P, m.fl. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.

163. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare: Socialstyrelsen. 2005.
164. Alexanderson K, Thiringer G, m.fl. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
165. Alexanderson K. Undervisning om försäkringsmedicin. Läkartidningen. 2001;98(11):1262-3.
166. Alexanderson K. Det första Magisterprogrammet i försäkringsmedicin. I: Haglund BJA, redaktör. Försäkringsmedicin - i gränssnittet mellan medicin och försäkring. Stockholm: Socialmedicinsk tidskrift; 2009. p. 518-28.
167. Österås N, Gulbrandsen P, m.fl. Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. Scand J Public Health. 2010 Mar;38(2):192-9.
168. Ekenvall L, Alexanderson K. Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. En litteraturgenomgång. I: Alexanderson K, ed. 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.
169. Aylward M, Sawney P. Support and rehabilitation - restoring fitness for work. Palmer KT, Cox RAF, Brown I, red. Fitness for work. 2006.
170. Aylward M. Health Commission Wales: A review. A report on the findings and conclusions, including recommendations, for Mrs Edwina Hart AM MBE, Minister for Health and Social Services, Welsh Assembly Government. 2008.
171. Dorsett R. Pathways to work for new and repeat incapacity benefits claimants: Evaluation synthesis report. 2008.
172. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. Scandinavian Journal of Public Health. 2004;32:321-3.
173. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. Arbetarhistoria. 1999;23(89):26-31.

174. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
175. Alexanderson K. Sickness absence; a review of performed studies with focus on levels of exposures and theories utilized. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998;26(4):241-9.
176. Palmer E. Sjukförsäkring. Kulturer och Attityder. Fyra aktörers perspektiv. SKA- projektet. Försäkringskassan. 2006.
177. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen*. 2000;97(46):5324-7.
178. Marklund S, Bjurvald M, m.fl. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
179. Lindfors S, Eintrei C, m.fl. Stressande faktorer bland disputerade specialistläkare anställda vid ett universitetssjukhus. Stockholm & Linköping: Karolinska Institutet & Linköpings Universitet; 2005.
180. Lindfors S, Eintrei C, m.fl. Stress factors affecting academic physicians at a university hospital. *Work*. 2009;34:305-13.
181. Arnetz B. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*. 2001;52:203-13.
182. Calnan M, Wainwright D, m.fl. Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Social Science and Medicine*. 2001;52:499-507.
183. Coomber S, Todd C, m.fl. Stress in UK intensive care unit doctors. *British Journal of Anaesthesia*. 2002;89(6):873-81.
184. Elovainio M, Kivimäki M. Work and strain in physicians in Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*. 1998;26(1):26-33.
185. Skånér Y, Södersten E, m.fl. Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholms län. Resultat från två enkäter till läkarna i Stockholm, år 2004 och 2008. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009.
186. Söderberg E, Södersten E, m.fl. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från två enkäter 2004 och 2008: Karolinska Institutet & Linköpings universitet. 2009.
187. Kivimäki M, Ferrie JE, m.fl. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Oct;61(10):915-20.
188. Kivimäki M, Head J, m.fl. Sickness absence as a prognostic marker for common chronic conditions: analysis of mortality in the GAZEL study. *Occup Environ Med*. 2008 Dec;65(12):820-6.

189. Ferrie JE, Vahtera J, m.fl. Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2009;63(50-55).
190. Head J, Ferrie JE, m.fl. Diagnosis-specific sickness absence as a predictor of mortality: the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2008;337:a1469.
191. Kivimäki M, Forma P, m.fl. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Aug;58(8):710-1.
192. Vahtera J, Westerlund H, m.fl. All-cause and diagnosis-specific sickness absence as a predictor of sustained sub-optimal health: a 14-year follow-up in the GAZEL cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010;64(4):311-7.
193. Virtanen M, Kivimäki M, m.fl. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med*. 2006 March 1, 2006;63(3):212-7.
194. Karlsson N. Prospective Cohort Studies of Disability Pension and Mortality in a Swedish County. (Doktorsavhandling) Stockholm: Karolinska Institutet; 2007.
195. Floderus B, Göransson S, m.fl. Positiv och negativ påverkan på livssituationen vid långtidssjukskrivning. *Arbete och Hälsa*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2003 (1-24).
196. Floderus F, Göransson S, m.fl. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *J Rehabil Med*. 2005;37:291-9.
197. Niederkrotenthaler T, Floderus B, m.fl. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and contemplated suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of Epidemiology and Community Health, Online First*. 2010;10.1136.
198. Balint M. *Läkaren, patienten och sjukdomen*. Lund: Studentlitteratur; 1978.

Författarpresentation

Elsy Söderberg, medicine doktor, universitetslektor vid Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet. Forskar om arbetsförmåga, förutsättningar för arbete och samverkan i sjukskrivningsprocessen. Har lång erfarenhet av forskning i försäkringsmedicin och har gjort systematiska litteraturöversikter om sjukskrivnings- och handläggningspraxis. (elsy.soderberg@liu.se)

Christina Lindholm, doktor i medicinsk vetenskap. Forskare vid Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. Har forskat och undervisat inom folkhälsa och socialmedicin och har lång erfarenhet av socialförsäkringsområdet.

Jenny Kärrholm, doktor i medicinsk vetenskap, chef på Enheten för sjukförmåner, Inspektionen för socialförsäkringen. Har disputerat i rehabiliteringsmedicin och forskat och undervisat inom området samverkan mellan aktörer i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Har erfarenhet av internationella jämförelser inom sjukförsäkringsområdet.

Kristina Alexanderson, doktor i medicinsk vetenskap, professor i socialförsäkring vid Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm. Har forskat och undervisat inom sjukfrånvaroområdet i mer än 20 år och gjort ett flertal systematiska litteraturöversikter. (kristina.alexanderson@ki.se)

Kommittédirektiv



Socialt råd

**Dir.
2007:161**

Beslut vid regeringssammanträde den 29 november 2007

Sammanfattning av uppdraget

Ett råd bestående av forskare ska tillkallas med uppdrag att belysa relevanta forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska agera som rådgivare till regeringen i hälso- och sjukvårdsfrågor och i sociala frågor samt förse regeringen med relevant kunskap för utformningen av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden.

Arbetet ska redovisas dels i en årlig rapport, dels vid återkommande möten med ansvariga statsråd och tjänstemän vid Regeringskansliet.

Behovet av ett socialt råd

Det svenska samhället står inför ett flertal utmaningar. Det stora utanförskapet och en åldrande befolkning sätter bl.a. socialförsäkringssystemen, hälso- och sjukvården och äldreomsorgen under finansiell press. Samtidigt ökar möjligheterna till att leva ett längre liv i hälsa för en stor del av befolkningen. För att möta dessa utmaningar krävs en effektiv och evidensbaserad politik. Aktuella forsknings- och utredningsresultat med relevans för utformning av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets område behöver tas tillvara på ett mer effektivt sätt än i dag. Flertalet myndigheter inom det sociala området följer i dag forskningen inom respektive ansvarsområde. Det finns dock ett behov av att få en samlad syn på aktuella frågor som är bredare än någon myndighets verksamhetsområde. Genom att ha kontakt med välmeriterade forskare, verksamma inom det sociala området, kan man främja

utformningen av en samlad evidensbaserad politik för det sociala området.

Uppdraget

För att på ett mer effektivt sätt än i dag ta till vara aktuell kunskap, såsom nya forskningsrön på det sociala området, och främja utbytet mellan forskning och politik ska ett råd med välmeriterade forskare tillsättas av regeringen. Utöver dessa adjungeras generaldirektörerna för Försäkringskassan och Socialstyrelsen till rådet. Rådets uppgift är att bidra till att bredda och fördjupa underlaget för framtida socialpolitiska avgöranden. Rådets verksamhet delas in i två huvudområden:

- Att vara rådgivare till regeringen i frågor inom det sociala området.
- Att förse regeringen med relevant kunskap för utformning av välfärdspolitiken inom Socialdepartementets områden.

Rådet ska redovisa relevant och aktuell kunskap baserad på bl.a. svenska och internationella forskningsrön inom det sociala området. Rådet ska identifiera utvecklingstendenser och viktiga faktorer som har betydelse för välfärdssektorns funktion och utveckling. Rådet ska även agera rådgivare åt och lämna rekommendationer till regeringen i långsiktiga strategiska frågor.

Rådet ska i sitt arbete samråda med berörda aktörer och utredningar som har relevans för rådets uppdrag.

Det står rådet fritt att utarbeta arbetsformer och innehåll på ett sådant sätt som rådet bäst anser fylla syftet med uppdraget.

Redovisning av uppdraget

I uppdraget ingår att löpande ge råd och information åt regeringen. Detta ska ske på följande sätt:

- Möten med ansvariga statsråd minst två gånger per år. Respektive statsråd och rådet väljer ämne varannan gång. Diskussionerna inleds med förberedda inlägg från rådets medlemmar.
- Regelbundna möten med berörda tjänstemän vid Regeringskansliet.

En gång per år ska rådet lämna en rapport till regeringen med en redogörelse för den verksamhet som rådet har bedrivit under året. Därutöver är rådet oförhindrat att lämna rapporter i valfria frågor.

Rådets uppdrag omfattar perioden från den 1 januari 2008 till och med den 31 december 2010. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2010.

(Socialdepartementet)

Bilaga 2

Mall för dataextraktion och bedömning; Läkares sjukskrivningspraxis.

Modifierad efter SBU 2003 (1)

Datum granskningen gjordes: 200... - - . Granskare:.....

Titel.....

Försteförfattare **Land (studie)**

Tidskrift..... **Publiceringsår**.....

Syfte.....

Vilka **samband** studeras?

Typ av studie *Experimentell studie*: RCT CT Kvasiexperiment Annan interventionsstudie
 Observationsstudie Tvärsnitt Longitudinell: Prospektiv Retrospektiv Kohort Fall-kontroll
 Litteraturstudie: Meta-analys Systematisk översikt Review Modellstudie Multicenter
 Annat.....

Datainsamling när? Framgår ej

Studietid: Ej aktuellt Varierar ÅrMånaderAdekvat: Ja Nej Tveksamt

Föremål för studie (Flera alt möjliga) Sjukskrivna Patienter Befolkning Arbetslösa Visst geografiskt omr.:.....
 Egen företag. Anställd; visst yrke, vilket..... viss arbetsplats/bransch, vilken.....
 Annat.....

Metod för data-insamling (flera alt möjliga) *Enkät*: med vinjetter. Audit-typ. Annan.....
 Validerad: Ja Nej delvis uppgift saknas hänvisn till annan artikel
 Intervju strukturerad semi-strukturerad individuell grupp face-to-face telefon
 Registerdata: Typ:
 Läkarintyg *Journal*, sjukvård *Utredning*, FK *Utredning gjord i annan organisation*
 Screening instr. *Observation*
 Klinisk undersökning *Annat*.....

Synpunkter:

Typ av sjukfrånvarodata (Fler alt möjliga) Ej aktuellt
 Sjukfrånvaro Förtidspension Oklart, hur.....
 Självrapporterade, Läkarrapporterade Från sjukintyg
 Registerdata (försäkringsbolag) Registerdata(arbetsgivare)
 Incidens/fall Incidens/personer längd, sjukskrivningsdiagnos Annat.....

Sjukdom/diagnos i fokus (flera kan anges): Indexsjukdom.....
 Samsjuklighet:

Diagnosmetod (Flera alt. ok) Ej aktuellt Sjukskrivningsintyg Förtidspension Registerdata Självrapporterad
 Data från med. journal el dyl. Klinisk undersökning speciell för studien
 Annan..... Uppgift saknas

Inklusionskriterier

Anges ej Tydliga Otydliga Adekvata Ej adekvata.

Enhetliga för ingående grupper; Ja Nej Oklart

Kontroll- eller referensgrupp: relevant vald ja delvis nej Ej aktuellt

Exklusionskriterier

Anges ej Tydliga Otydliga Adekvata Ej adekvata.

Enhetliga för ingående grupper; Ja Nej Oklart

Beskrivning av **studiepopulationen**, studiegruppen etc, totalt och uppdelat på kön, med % bortfall, i olika delgrupper. Antal individer:

	Studiepop..	Studiegr+bortfall.	Uppföljning + bortfall.	Kontroll: studiegr+bortfall.	Uppföljning+bortfall
Totalt	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Kvinnor	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
Män	_____	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %

Är **studiegruppen** tillräckligt stor? Ja Nej. Synpunkter:.....

Bortfall, primärt bortfall saknas Systematiskt icke-systematiskt ej analyserat uppgift saknas

Om bortfallet är systematiskt: har hänsyn tagits till detta i dataanalyser ja delvis nej oklart
i slutsatser ja delvis nej oklart

Sekundärt bortfall ej aktuellt bortfall saknas Systematiskt ej systematiskt ej analyserat
 uppgift saknas

Om bortfallet är systematiskt: har hänsyn tagits till detta i dataanalyser ja delvis nej oklart
i slutsatser ja delvis nej oklart

Internt bortfall som är av vikt? ja nej oklart

Kommentarer:

Intervention. Ja Nej

Typ av intervention:

- Sjukskrivning.....
- Rehabilitering.....
- Behandling
- Ändr. försäkringsvillkor.....
- Ändrade arbetsförhållanden.....
- Annan åtgärd

Determinanter, vilka har inkluderats:.....

Bias

Selektionsfel: Nej oklart, men ej troligt oklart, men troligt ja:.....

Informationsfel: Nej oklart, men ej troligt oklart, men troligt ja:.....

Confounding: Nej oklart, men ej troligt oklart, men troligt ja:.....

Justerat för i analysen Ja Nej

Kommentarer

Utfallsmått Sjukfrånvaro: kort lång Typ av mått..... Förtidspension/sjukbidrag

För konsekvensstudierna: Sjukdom Hälsa Återgång i arbete Livskvalitet Arbetsförmåga

Funktionsförmåga Livsstil Ekonomi

Annat.....

Vilka utfallsmått har använts? Adekvata Ja Nej

Teorianknytning anges Nej Ja, vilken.....

Metoder för dataanalys Tydligt beskriven: ja nej. Adekvat delvis adekvat ej adekvat

uppgift saknas

Vilka metoder har använts:.....

Har **effektmodifiering** beaktats i analysen? Ja Nej Ej relevant

Specifika **svagheter** i analysen:.....

Kvantitativ analys ja nej

i förväg tydligt formulerad hypotes ja nej

power-analys; gjord ja nej Borde gjorts

Etisk frågeställning: beroende part medverkat i undersökningen ja nej framgår ej

Resultat: (med fokus på de som är av intresse för projektet)

Typ av samband

Grad av styrka (högt, lågt, inget)

Resultaten generaliserbara nej tveksamt Ja, för vilken grupp?

Granskarens kommentarer

Kvalitetsbedömning

	0	1	3	5	Kommentarer
Design etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	0	1	2	3	Kommentarer
Bortfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Analysmetod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Precision, utfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Summa poäng: _____

Kommentar

Kriterier för bedömning av kvalitet i de studier som bedömts vara relevanta

Modifierad efter SBU 2003 (1)

	Poäng
1. Studiedesign etc	
Aspekter att ta ställning till i förhållande till frågeställningen: tillräcklig <i>storlek</i> , adekvat <i>studiedesign</i> , relevant <i>uppföljningstid</i> med hänsyn till utfallsmåttet, relevant <i>kontroll- eller jämförelsegrupp</i> (där sådan är aktuell), relevanta och tydliga <i>inklusionskriterier</i> , relevanta och tydliga <i>exklusionskriterier</i> , relevanta <i>kriterier för fastställande av diagnos</i> , valid metod för <i>datainsamling</i> .	
a) Samtliga ovanstående aspekter är uppfyllda.	5
b) Någon av ovanstående aspekter är inte fullt tillfredställande.	3
c) Några av ovanstående aspekter är inte fullt tillfredställande.	1
d) Någon av ovanstående aspekter är undermålig.	0
2. Bortfall	
Följande fyra aspekter är av vikt: bortfallets <i>storlek</i> (i alla steg), hur noga det är <i>redovisat</i> , grad av <i>systematik</i> och dess betydelse för resultatet, <i>hur hänsyn tagits till eventuell systematik</i> i bortfallet i analysen. Alla olika typer av bortfall sammanvägs här: primärt, sekundärt (dvs. vid uppföljningar), internt (sällan redovisat) olika bortfall vid olika steg i processen och vid olika typer av datainsamling för samma studiepopulation etc. Det avgörande är i vilken grad bortfallet kan ha påverkat resultaten. Detta beror alltså på dess storlek, eventuell systematik och om man korrigerat för systematiken på ett adekvat sätt.	
a) Bortfallet kan inte antas ha påverkat resultaten.	3
b) Bortfallet kan antas ha påverkat resultaten, men endast i liten utsträckning.	2
c) Bortfall kan antas ha påverkat resultaten, men inte på något avgörande sätt.	1
d) Stor risk för att resultaten påverkats av bortfallet på ett avgörande sätt.	0
3. Bias	
a) Hänsyn tagen till confounders på adekvat sätt.	3
b) Hänsyn tagen till vissa confounders på adekvat sätt.	2
c) Tveksamt om tillräcklig hänsyn tagits till confounding.	1
d) Inkluderade confounders ej kontrollerade för. Klara selektionsfel. eller informationsfel, som ej tagits hänsyn till i analys eller tolkning.	0
4. Analysmetod	
a) Relevant statistisk metod, tagit hänsyn till effektm modifierare.	3
b) Relevant statistisk/kvalitativ metod.	2
c) Acceptabel statistisk/kvalitativ metod.	1
d) Tveksam analysmetod.	0
5. Precision, utfall (outcome)	
a) Adekvat utfallsmått i förhållande till frågeställning etc, objektivt verifierbart eller väl definierat. Smala konfidensintervall eller andra spridningsmått.	3
b) Adekvat mått, men ej väl definierat. Signifikanta men breda konfidensintervall.	2
c) Delvis adekvat mått, ej väl definierat. Låg precision.	1
d) Icke adekvat, oklart beskrivet, ej möjligt att bedöma. Oacceptabel precision.	0

Tabell 3

Tabell 3. Sammanställning av information om var och en av de 28 inkluderade studierna, uppdelat på var och en av de sex frågeställningarna (enligt tabell 2). Inom varje område är artiklarna listade i bokstavsordning, baserat på första författarens namn. Eftersom vissa studier har resultat inom flera områden, kan varje studie förekomma flera gånger i tabellen.

Vilka patientfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?							
Författare Publikations- år (Referensnr.) Land	Syfte	Studie- design Datainsam- lingsår	Studie- objekt	Antal i studie- populationen Antal studiedeltagare (Svarsfrekvens) (% ♀)	Typ av data	Utfallsmått	Resultat
Campbell 2006 (103) Stor- britannien	Att undersöka om läkarens beslut om att utfärda sjukintyg eller ej har samband med typ av problem hos patienten; sjukdomsbesvär (psyksiska/fysiska), familjesituation (besvärlig/ej besvärlig), krav från patient om intyg (begär/begär inte intyg)	Tvårsnitt År: Ej angivet	Alla allmänläkare i östra och västra Sussex, Storbritannien	Studiepopulation: 829 allmänläkare Deltagare: 489 (59%) (31% ♀)	Enkätdata inklusive åtta versioner av fallbeskrivning för en manlig patient. Informationen i de olika versionerna varierade utifrån de faktorer som beskrivits i syftet	En av de åtta versionerna gavs slumpmässigt till varje allmänläkare som skattade sina bedömningar inom två huvudområden; tilltro till patienten och beslut om att utfärda ett sjukintyg eller ej	Beslutet om att utfärda ett sjukintyg påverkades inte av patientens familjesituation eller patientens begäran om sjukintyg. Patienter med psykiska problem sjukskrevs oftare och ansågs vara mer sjuka, arbetsförmögna och mindre arbetsskygga än patienter med fysiska problem. Läkarna var mer benägna att utfärda sjukintyg till en patient med psykiska problem på grund av att denne behövde alternativt förjänade det och till en patient med fysiska problem i syfte att upprätthålla en bra relation med patienten.

<p>Joling 2003 (110) Neder- länderna</p>	<p>Att undersöka om könsskillnader i risk för förtidspension har samband med sannolikheten att bli kallad av företagshälsovårdens (FHV) läkare</p>	<p>Prospektiv kohort 1990</p>	<p>Alla anställda som sjuknämmt sig nov. 1990 och vars fall rapporterats till medicinsk adm. service (General administration service GMD) 9 månader senare. De anställdas företagsläkare.</p>	<p>Studiepopulation: 2 622 sjuknämnda anställda (38% ♀) från en populationsbaserad studie</p>	<p>Data från baslinjeenkät i en longitudinell populationsbaserad undersökning samt data om väntetid för konsultation av företagsläkaren</p>	<p>Könsskillnader i sannolikheten att bli kallad till företagsläkaren</p>	<p>Kvinnor hade större sannolikhet för att bli kallade till företagsläkaren och blev detta tidigare i sjukskrivningsfallet. Könsskillnaderna kunde dock förklaras av faktorer såsom hög utbildningsnivå, arbete i tillverkningsindustrin respektive i mindre företag (10-49 anställda). Såväl manliga som kvinnliga anställda med psykiska besvär hade 24 procent högre sannolikhet att bli kallade än anställda med besvär från rörelseorganen.</p>
<p>Löfvander 2003 (114) Sverige</p>	<p>Att studera vilka faktorer som är relaterade till två allmänläkares gemensamma bedömning av arbetsförmåga hos invandrade sjukskrivna patienter samt om läkarnas bedömningar var samstämmiga</p>	<p>Tvårsnitt 1993-1997</p>	<p>Allmänläkare vid en vårdcentral i Stockholm & konsekutivt valda yrkesverksamma patienter med invandrabakgrund, ≥45 år, som varit sjukskrivna minst 6 veckor (ej cancer), och påbörjat ett 4-veckors behandlingsprogram</p>	<p>Studiepopulation: 2 allmänläkare och 175 patienter. Deltagare: 2 allmänläkare (50 % ♀), 151 (86%) patienter (68% ♀).</p>	<p>Anteckningar från konsultationerna där den ena allmänläkaren undersökte patienten och den andre observerade och antecknade. De två allmänläkarna alternerade i dessa roller</p>	<p>Allmänläkarnas individuella bedömningar av patienternas arbetsförmåga</p>	<p>Det fanns en god överensstämmelse emellan de två läkarnas bedömning av både mäns och kvinnors arbetsförmåga. Det fanns ett positivt samband mellan läkarnas skattning av arbetsförmåga och depression och smärta hos män respektive med självskattad arbetsförmåga hos kvinnor: OR för att vara bedömd som arbetsförmögen var högst för manliga patienter med depression (OR 12,8), smärtbeteende (OR 5,6), respektive låg utbildning <7 år (OR 5,1), och för kvinnliga patienter vid självskattad arbetsförmåga (OR 7,0). Två tredjedelar av de patienter som skattade sig själva som arbetsförmögna hade enligt allmänläkarnas uppfattning en arbetsförmåga på minst 50%. Etnicitet, yrke, högre ålder och varaktighet i yrkeslivet/yrket hade inget samband med läkarnas bedömning av arbetsförmåga.</p>

<p>Norrmén 2008 (118) Sverige</p>	<p>Att undersöka och jämföra läkares och patienters uppfattning om medicinska faktorer och funktion och betydelsen av detta för sjukskrivning.</p>	<p>Tvårsnitt 1996</p>	<p>Allmänläkare vid 16 vårdcentraler i ett svenskt län, och deras konsekutiva patienter i ålderna 18-64 år som inte redan var sjukskrivna eller pensionerade</p>	<p>Studiepopulation: Alla 93 allmänläkare vid 37 vårdcentraler i Örebro län. Deltagare: 65 (89 %), (43% ♀) läkare vid 16 vårdcentraler/familjeläkarmottagningar samt 642 av deras patienter. 521 (81%) patienter svarade på en utdelad enkät. Svar från både läkare och patient fanns för 474 (74%) av konsultationerna. (66% ♀ bland de sjukskrivna, 64% ♀ bland de icke sjukskrivna).</p>	<p>Enkätdata från patienterna samt från läkarna för varje konsultation</p>	<p>Utfärdande av sjukintyg eller inte.</p>	<p>Om patienten bedömde att arbetsförmågan var nedsatt ökade OR (OR 7,0; 95% KI 2,7-18,3) för att läkaren skrev ett sjukintyg. Det fanns ett samband mellan tidigare sjukskrivning (OR 1,7; 95% KI 1,2-2,3) och om patienten sökt läkaren på grund av besvär från rörelseorganen (OR 3,5; 95% KI 2,2-5,5) eller trötthet (OR 2,5; 95% KI 1,3-5,0) och utfärdande av sjukintyg. Det fanns inget samband med patientens kön, ålder, utbildning, yrke eller språk. När läkaren och patienten var överens om att arbetsförmågan var nedsatt, sjukskrevs merparten. Om läkaren bedömde att besvären allvarligt minskade patientens arbetsförmåga var OR för sjukskrivning hög (OR 14,2; 95% KI: 8,6-23,2).</p>
<p>Pransky 2002 (119) USA</p>	<p>Att utforska allmänläkares sjukskrivningspraxis och vad som påverkar den</p>	<p>Tvårsnitt År: Ej angivet</p>	<p>423 allmänläkare, yrkesverksamma i Massa-chusetts</p>	<p>Studiegrupp: 181 läkare (43%) (31%♀). Av dessa var 59% allmänläkare och 41% intermedicinare.</p>	<p>Enkät med fallbeskrivningar</p>	<p>Andel sjukskrivnings-ärenden bland egna patienter, andel som upplever olika typer av hinder, som har olika åsikter, eller hanterar situationer på olika sätt i sjukskrivnings-ärenden</p>	<p>Sjukskrivningsfrågor var aktuella för ca 10% av allmänläkares patienter. En majoritet, nästan 80%, ansåg att återgång i arbete var bra för patienten. Hindrande faktorer var missbruk, psykiska besvär, somatisering, önskan om sjukskrivning, konflikt med arbetsgivare, och låg arbetstillfredsställelse. Andra svårigheter för läkaren var att bestämma när patienten kunde arbeta igen, att det saknades information om möjligheten till anpassade arbetsuppgifter. Att det saknades specifika riktlinjer för återgång i arbete var ett hinder enligt en majoritet, 65%.</p>

<p>Reiso 2004 (121) Norge</p>	<p>Att undersöka hur läkares prognos av sjukskrivna patienters sjukskrivning 4 veckor framåt stämmer med den faktiska sjukskrivningstiden, och faktorer som har samband med riktighet i prognosen.</p>	<p>Kohort 1996</p>	<p>Alla allmänläkare och företagsläkare i Aust-Agders län i södra Norge samt deltagarna av deras patienter som varit sjukskrivna mindre än 20 veckor</p>	<p>Studiepopulation: 91 läkare. Deltagare: 52 (57%) varav 49 allmänläkare, 3 företagsläkare (25% ♀), Läkares enkätsvar för 796 av deras patienter; 486 patienter som vid konsultationen hade haft kort sjukskrivning (< 3 veckor), och för 310 patienter med längre sjukskrivning (3-20 veckor).</p>	<p>Enkät/audit. För varje patient svarade läkaren på ett antal frågor om patienten och angav sin egen prognos för om patienten skulle återgå i arbete efter fyra veckor eller inte. Data om patientens sjukskrivningsstatus 4 veckor senare inhämtades via försäkringskassans register.</p>	<p>Andel av fall där läkares prognos för patientens återgång i arbete respektive fortsatt sjukskrivning efter 4 veckor stämde. Positive predictive value (PPV) för att ha gjort rätt prognos. OR för korrekt prognos relaterat till ett antal variabler, såsom ålder, kön, diagnos, bedömd arbetsförmåga, underlag för bedömningen.</p>	<p>Läkares prognos om återgång i arbete var mer positiv än det faktiska utfallet för båda patientgrupperna. PPV för att patienter som varit sjukskrivna <3 veckor skulle ha återgått i arbete efter 4 veckor var 84% (KI 79-87) och för patienter med längre sjukskrivning 53% (KI 43-62). Motsvarande PPV för att patienten fortfarande skulle vara sjukskriven var 72% (62-80) respektive 91% (85-94) vid lång sjukskrivning. Sannolikheten för en korrekt prediktion var högre vid luftvägsbesvär (OR 2,8) och lägre vid psykiska besvär (OR 0,4) för patienter med en kort sjukskrivning. För patienter som varit sjukskrivna längre var OR för korrekt prognos låg vid skador (0,1), psykiska besvär (0,5) och muskuloskeletal besvär (0,3). Det fanns inget samband mellan ålder eller kön hos patient eller hos läkaren och PPV.</p>
<p>Shiels 2006 (122) Stor-britannien</p>	<p>Att undersöka samband mellan sjukskrivning och patientens respektive allmänläkares kön</p>	<p>Tvårsnitt 2000-2001</p>	<p>Sjukintyg skrivna av allmänläkare i nordvästra England och deras 6 271 patienter</p>	<p>Sjukintyg (n=13 127) under 12 månader för 6 271 patienter. Inkluderade var de 3 906 patienter (55 % ♀) för vilka det fanns data om kön för både patient och läkare och där patienten hade flera sjukskrivningsperioder med samma diagnos intygade av samma läkare. 67 läkare hade skrivit dessa sjukintyg (52 % ♀).</p>	<p>Sjukintyg utfärdade för medellängd (6-28 veckor) respektive lång tid (>28 veckor)</p>	<p>Inga könsskillnader vad gäller kvinnliga och manliga läkares sjukskrivning av kvinnor och män, förutom att en högre andel män som träffat manliga läkare var sjukskrivna i medellånga fall (6-28 dagar) p.g.a. lättare psykiska besvär. Inga samband fanns för kvinnor som konsulterade kvinnliga läkare (kontrollerat för patientdata, ålder, diagnos, funktionsbegränsning). Vid sjukskrivning >28 veckor fanns inget samband med vare sig diagnos eller patientens eller läkares kön.</p>	

<p>Shiels 2007 (123) Stor- britannien</p>	<p>Att studera i vilken utsträckning faktorer relaterade till patient, vårdcentral respektive läkare kan förklara variationen i långvarig sjukskrivning (>28 veckor)</p>	<p>Tvårsnitt 2000-2001</p>	<p>Sjukintyg skrivna av allmänläkare vid 9 vårdcentraler i nordvästra England och deras 6 271 patienter</p>	<p>Sjukintyg (N= 13 127) under 12 månader för 6 271 patienter vid 9 vårdcentraler. Inkluderade var de 3385 patienter (55% ♀), som hade ett sammanhängande sjukskrivningsfall där samtliga perioder intygats av en och samma läkare och hade samma diagnos. Antalet sjukskrivande läkare var 44. I analyserna ingick 308 sjukskrivningsfall >28 veckor, dvs. för 9,8 % av patienterna.</p>	<p>Information från sjukintyg, om vårdcentraler och om typ av bostadsområde</p>	<p>Patientens kön, ålder, typ av bostadsområde, besvär, Sjukintygsdata om patientfaktorer (ålder, kön, boende i socialt underprivilegierade områden, diagnos), sjukskrivande läkare, mottagning (klinik).</p>	<p>De studerade förklaringsfaktorerna, inklusive diagnos, kunde endast förklara 27 % i variationen av långtidsjukskrivning. Diagnos förklarade 18%, medan sjukskrivande läkare och vårdcentral förklarade en mycket liten del (3,4 % respektive 2,8 %). De patienter som var äldre, var män, bodde i ett lägnkomstområde, eller hade lättare psykiska besvär hade högre risk att ha ett sjukskrivningsfall som varade >28 veckor. Bland de 308 långtidsjukskrivna var 37% det p.g.a. psykiska besvär, och 20% p.g.a. rörelseorganens sjukdomar. Lättare psykiska besvär innebar en dubbelt så hög risk för sjukskrivning >28 v jämfört med övriga diagnosgrupper. Även ålder påverkade risken. Att patienten kom från ett lägnkomstområde var den enskilda faktor som visade högst OR (OR 2,6; KI 1,6-4,1) för långtidsjukskrivning. Det fanns stora variationer mellan läkarna i antal och längd på utfärdade sjukintyg.</p>
--	---	----------------------------	---	--	---	---	---

Vilka läkarfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?							
Författare Publications- år (Referensnr.) Land	Syfte	Studie- design	Studieobjekt	Antal i studie- populationen Antal studiedeltagare (Svarsfrekvens) (% ♀)	Typ av data	Utfallsmått	Resultat
Arrelöv 2007 (102) Sverige	Att studera problem med sjukskrivning och copingstrategier för att hantera dessa bland allmänläkare och ortopedier	Tvårsnitt 2004	Alla specialister i allmänmedi- cin och ortopedi <65 år i två län i Sverige	Studiepopulation: ca 7 700 läkare <65 år i Stockholms & Östergötlands län. Deltagare: 71%, 673 allmänläkare (52% ♀) och 149 ortopedier (15% ♀).	Data från en enkät som skickats hem till läkare i de två länen	Skillnader mellan allmänläkare och ortopedier vad avser problem med sjukskrivning och strategier för att hantera dessa, givna som odds ratios (OR) där ortopedier utgjorde referensgrupp	97% av allmänläkarna och ortopederna hade minst en gång per vecka patienter som var aktuella för sjukskrivning. Majoriteten upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång per vecka. Allmänläkarna hade betydligt högre OR för att uppleva problem avseende om patientens funktionsnedläggning påverkar arbetsförmågan (OR 7,1), bedömning av arbetsförmåga (OR 4,0) och att bedöma den optimala längden och graden av sjukskrivning (OR 4,2). Allmänläkare hade också en högre OR (2,9) för att uppleva problem med att hantera sina två roller som behandlare kontra medicinskt sakkunnig. OR för att ha konflikter med patienter kring sjukskrivning (OR 3,5) var också högre bland allmänläkare. Allmänläkare kontaktade handläggare på Försäkringskassan i större utsträckning än ortopedier (OR 4,2) samt hade i dubbeltt så hög utsträckning stöd från sin chef och på deras klinik fanns oftare en gemensam policy för hantering av sjukskrivningsärenden.

<p>Coudrey 2006 (104) Frankrike</p>	<p>Att beskriva allmänläkares rörelserådsla (Fear-avoidance beliefs, FABQ) vad gäller ländryggsmärta, att studera betydelsen av detta för rekommendation om vila/sängläge, fysisk aktivitet och sjukskrivning för akuta och kroniska ländryggsbesvär samt identifikation av faktorer som har samband med läkares rörelserådsla.</p>	<p>Tvärsnitt September 2003- februari 2004</p>	<p>Slumpmässigt valda läkare, stratifierade utifrån geografisk region i Frankrike</p>	<p>Studiebaser: Allmänläkare i en nationell databas. Studiepopulation: Slumpmässigt urval av 1800 allmänläkare stratifierade per region. Deltagare: 864 (48%), (20% ♀).</p>	<p>Enkätdata, inklusive 2 skolor om rörelserådsla (FABQ)</p>	<p>Läkarens rörelserådsla vad gäller ländryggsmärta, rekommendationer för sängläge, fysisk aktivitet och sjukfrånvarolängd</p>	<p>16% av allmänläkarna hade höga poäng (>14) på FABQ-skalan vilket tyder på rörelserådsla. Allmänläkare med hög skattning på FABQ skalan ordinerade längre sjukskrivningar och vila vid akuta ländryggsbesvär. Deras rörelserådsla hade inget samband med egna erfarenheter av ländryggsmärta, utbildning eller andra faktorer relaterade till läkaren.</p>
<p>Gulbrandsen 2007 (108) Norge</p>	<p>Att studera samband mellan allmänläkares attityder och deras sjukskrivningspraxis</p>	<p>Tvärsnitt Juni 2002</p>	<p>Allmänläkare i Norge</p>	<p>Studiebaser: alla läkare i Norge. Studiepopulation: ett nationsomfattande representativt urval av 1 605 läkare. Deltagare: 1 168 (73%). Endast allmänläkare inkluderades. Deltagare: 308 allmänläkare (28% ♀).</p>	<p>Enkätdata</p>	<p>Upplättad belastning, självsfattning, tvivel, hantering av sjukintyg och grndvaktrollen, samband med arbetstillfredsställelse, förmyndarmentallet, personlighet & frekvens av utfärdande av sjukintyg; tolerans, åsikt om huruvida sjukintyg är en medicinsk uppgift, socialpolitisk attityd.</p>	<p>Det fanns stora skillnader i attityd till sjukskrivning mellan allmänläkarna; t.ex. om en patient ska vara sjukskriven p.g.a. sociala skäl och om att intaga en 'grndvaktroll' i sjukförsäkringen. Tre grupper med ett distinkt svarsmönster skiljde ut sig bland majoriteten av allmänläkare. Trots skillnaderna i attityd till sjukskrivning uppvisade allmänläkarna liknande handläggning, patientkontakt och antal sjukintyg per vecka.</p>

<p>Larsson 2006 (112) Sverige</p>	<p>Att undersöka om sjukskrivning under graviditet eventuellt kan förklaras av attityder till sjukskrivning hos obstetrikern som arbetar inom mödravården.</p>	<p>Tvårsnitt 2000</p>	<p>Alla obstetrikern inom offentlig mödravård på sju sjukhus i sydöstra Sverige.</p>	<p>Studiepopulation: Samtliga 45 obstetrikern. Deltagare: 39 (87%) (59% ♀).</p>	<p>Enkätdata</p>	<p>Fördelningen av tid på diskussioner om normal graviditet, illamående, förlösnings, föräldraskap, sjukskrivning och andra sociala förmåner. Skäl för att skriva sjukintyg och obstetrikerns attityd gentemot att vara sjukskriven under graviditet.</p>	<p>Inga skillnader fanns i attityder mellan manliga och kvinnliga obstetrikern förutom att fler manliga än kvinnliga obstetrikern (73 % vs 51%) bedömde att ländryggsmärta hos gravida kan förklaras av personliga problem hos kvinnan. Framgår ej om detta påverkade sjukskrivningen.</p>
<p>Löfgren 2007 (113) Sverige</p>	<p>Att studera läkarnas sjukskrivningspraxis med avseende på frekvensen av sjukskrivningskonsultationer samt frekvens och allvarlighetsgrad av olika problem i samband med sjukskrivning, generellt och vid olika typer av kliniker</p>	<p>Tvårsnitt 2004</p>	<p>Samtliga ca 7 700 läkare i två län i Sverige</p>	<p>Studiepopulation: 7 665 läkare <65 år i Stockholms och Östergötlands län. Urval: läkare som hade patienter som var aktuella för sjukskrivning. Deltagare; 5 455 (71%) (50% ♀).</p>	<p>Enkätdata</p>	<p>Läkarnas utbildningsnivå, ålder, kön och år i praktik, typ av klinik de arbetade vid, frekvens av sjukskrivningskonsultationer och frekvens och allvarlighetsgrad av relaterade problem</p>	<p>Det var stor skillnad mellan läkare som arbetar inom olika typer av verksamheter i hur ofta de sjukskrev och hur ofta de upplevde problem. Andelen med problem var högst bland läkare vid vårdcentraler och inom ortopedi och lägst inom intermedicin och kirurgi. Bland läkarna vid vårdcentraler skattade 82% det som ganska eller mycket problematiskt att bedöma arbetsförmåga, jämfört med 33% av ortopederna. En högre andel av vårdcentralsläkarna jämfört med läkare på övriga kliniker ansåg det problematiskt att hantera patienter som hade annan upplåtning om behovet av sjukskrivning. Resultat redovisas för ett flertal specifika problemområden.</p>

Löfvander	Studera vilka faktorer som är relaterade till två allmänläkares gemensamma bedömning av arbetsförmåga hos invandrade sjukskrivna patienter samt om läkarnas bedömningar var samstämmiga	Tvårsnitt 1993-1997	Allmänläkare vid en vårdcentral i Stockholm, och konsekutivt valda yrkesverksamma patienter med invandrarbakgrund, ≥ 45 år, som varit sjukskrivna minst sex veckor (ej cancer), och påbörjat ett 4-veckors behandlingsprogram	Studiepopulation: 2 allmänläkare och 175 patienter. Deltagare: 2 allmänläkare (50% ♀), 151 (86%) patienter (68% ♀).	Anteckningar från konsultationerna där den ena allmänläkaren undersökte patienten och den andre observerade och antecknade. De två allmänläkarna alternerade i dessa roller	Allmänläkarnas individuella bedömningar av patienternas arbetsförmåga	Det fanns en god överensstämmelse emellan de två läkarnas bedömning av både mäns och kvinnors arbetsförmåga. Det fanns ett positivt samband mellan läkarnas skattning av arbetsförmåga och depression och smärta hos män respektive med självskattad arbetsförmåga hos kvinnor; OR för att vara bedömd som arbetsförmögen var högst för manliga patienter med depression (OR 12,8), smärtbetende (OR 5,6), respektive låg utbildning <7 år (OR 5,1), och för kvinnliga patienter vid självskattad arbetsförmåga (OR 7,0). Två tredjedelar av de patienter som skattade sig själva som arbetsförmögna hade enligt allmänläkarnas uppfattning en arbetsförmåga på minst 50%. Etnicitet, yrke, högre ålder och varaktighet i yrkeslivet/yrket hade inget samband med läkarnas bedömning av arbetsförmåga. De två allmänläkarna beskrev att deras bedömningar troligen påverkades av patientens beskrivningar av sin situation.
------------------	---	---------------------	--	---	---	---	---

<p>Norrmén 2006 (117) Sverige</p>	<p>Att beskriva läkarrelaterade faktorer associerade med beslutet om sjukskrivning i mötet mellan patient och allmänläkare</p>	<p>Tvårsnitt 1996</p>	<p>Allmänläkare vid 14 offentliga och två privata vårdcentraler i ett svenskt län och deras konsekutiva patienter, 18-64 år, som inte redan var sjukskrivna eller pensionerade.</p>	<p>Studiepopulation: Allmänläkare inom primärvården vid 26 vårdcentraler och alla 11 privata vårdcentraler i Örebro län Urval: 73 allmänläkare vid 14 av vårdcentralerna och 2 av de privata vårdcentralerna och deras 10 konsekutiva patienter. Deltagare: 65 allmänläkare (89 %) (43% ♀) och deras 623 patienter (61% ♀).</p>	<p>Data från två enkäter till allmänläkare; en med frågor om läkaren och en om varje konsultation</p>	<p>Samband mellan läkarfaktorer och utfärdande av sjuksintyg</p>	<p>Allmänläkare med lång erfarenhet inom primärvård och de som arbetade deltid utfärdade sjuksintyg mer frekvent, oavsett om patienten hade en infektionssjukdom eller muskuloskeletala problem, än allmänläkare med kortare erfarenhet. Stor variation i samband mellan läkarfaktorer och utfärdande av sjuksintyg. Läkare som regelbundet deltog i medicinsk fortbildning utfärdade färre sjuksintyg än andra. Läkare som hade regelbunden kontakt med Försäkringskassan utfärdade fler sjuksintyg. Inget samband kunde ses mellan läkarens kön och utfärdande av sjuksintyg.</p>
<p>Ratzon 2006 (120) Israel</p>	<p>Att få kunskap om faktorer som predicerar en fördröjd återgång i arbete.</p>	<p>Prospektiv kohort År: Anges ej</p>	<p>Alla kirurger på en klinik och deras konsekutiva patienter, opererade för karpaltunnelsyndrom</p>	<p>Studiepopulation: Samtliga kirurger på en klinik, 50 patienter med anställning opererade av dessa kirurger. Deltagare: alla 5 kirurger; 49 patienter (98%) (88% ♀). Majoriteten var kvinnor med arbete inom kontor, omsorg, lokalvård eller servering</p>	<p>Data från enkät före operation och telefonintervjuer en månad efter operation och därefter var 14:e dag upp till 90 dagar efter operation. Data om rekommenderad sjukskrivning från kirurgerna vid utskrivning och data från kliniska funktionstester</p>	<p>Predicerande faktorer för fördröjd återgång i arbete. Fördröjd återgång definierades som >21 dagars sjukskrivning, den genomsnittliga sjukskrivningstid hade störst betydelse, av många olika faktorer, för fördröjd tid till återgång i arbete.</p>	<p>Den tid kirurgerna rekommenderade sina patienter att vara sjukskrivna varierade från 1 till 36 dagar, med en median på 21 dagar. Det framgår ej vad dessa skillnader berodde på. Läkarens rekommenderade sjukskrivningstid hade störst betydelse, av många olika faktorer, för fördröjd tid till återgång i arbete.</p>

<p>Reiso 2004 (121) Norge</p>	<p>Att undersöka hur läkares prognos av sjukskrivna patienters sjukskrivning 4 veckor framåt stämmer med den faktiska sjukskrivningstiden, och faktorer som har samband med riktighet i prognosen.</p>	<p>Kohort 1996</p>	<p>Alla allmänläkare och företagsläkare i Aust-Agders län i södra Norge samt deltagarna patienter som varit sjukskrivna mindre än 20 veckor</p>	<p>Studiepopulation: 91 läkare Deltagare: 52 (57 %) varav 49 allmänläkare, 3 företagsläkare (25 % ♀), samt läkarnas enkät svar för 796 av deras patienter, 486 patienter som vid konsultationen hade haft kort sjukskrivning, < 3 veckor, och för 310 patienter med längre sjukskrivning, 3 till 20 veckor.</p>	<p>Enkät/audit. För varje patient svarade läkaren på ett antal frågor om patienten, inklusive sin egen prognos för om patienten skulle återgått i arbete efter fyra veckor eller inte. Data om patientens sjukskrivningsstat us 4 veckor senare inhämtades via försäkringskassans register.</p>	<p>Andel av fall där läkarnas prognos för patientens återgång i arbete respektive fortsatt sjukskrivning efter 4 veckor stämde. Positive predictive value (PPV) för att ha gjort rätt prognos. OR för korrekt prognos relaterat till ett antal variabler, såsom ålder, kön, diagnos, bedömd arbetsförmåga, underlag för bedömningen.</p>	<p>Läkarnas prognos om återgång i arbete var mer positiv än det faktiska utfallet för båda grupperna av patienter. PPV för att patienter som varit sjukskrivna <3 veckor skulle ha återgått i arbete efter 4 veckor var 84% (KI 79-87) och för patienter med längre sjukskrivning 53% (KI 43-62). Motsvarande PPV för att patienten fortfarande skulle vara sjukskriven var 72% (KI 62-80) respektive 91% (KI 85-94) vid lång sjukskrivning. Sannolikheten för en korrekt prognos var högre vid luftvägsbesvär (OR 2,84) och lägre vid psykiska besvär (OR 0,4) för patienter med en kort sjukskrivning. För patienter som varit sjukskrivna längre var OR för korrekt prognos låg vid skador (0,1), psykiska besvär (0,5) och muskuloskeletal besvär (OR 0,3). Det fanns inget samband mellan ålder eller kön hos patient respektive ålder eller kön hos läkaren eller några av de andra faktorerna.</p>
<p>Shiels 2006 (122) Stor-britannien</p>	<p>Att undersöka samband mellan sjukskrivning och patientens respektive allmänläkares kön</p>	<p>Tvårsnitt 2000-2001</p>	<p>Sjukintyg skrivna av allmänläkare i nordvästra England och deras 6 271 patienter</p>	<p>Sjukintyg (n=13 127) under 12 månader för 6 271 patienter (52 % ♀). Inkluderade var de 3 906 patienter för vilka det fanns data om kön för både patient och läkare och där patienten hade flera sjukskrivningsperioder med samma diagnos intygade av samma läkare. 67 läkare hade skrivit dessa sjukintyg (52 % ♀).</p>	<p>Information från sjukintyg</p>	<p>Sjukintyg utfärdade för medelläng (6-28 veckor) respektive lång tid (>28 veckor)</p>	<p>Inga könsskillnader vad gäller kvinnliga och manliga läkares sjukskrivning av kvinnor och män, utom för att en högre andel män som träffat manliga läkare var sjukskrivna i medellånga fall (6-28 dagar) p.g.a. lättare psykiska besvär. Inga samband fanns för kvinnor som konsulterade kvinnliga läkare (kontrollerat för patientdata, ålder, diagnos, funktionsbegränsning). Vid sjukskrivning >28 veckor fanns inget samband med vare sig diagnos eller patientens eller läkares kön.</p>

<p>Swartling 2007 (125) Sverige</p>	<p>Att studera förekomsten av emotionellt påfrestande problem i hanteringen av sjukskrivnings-ärenden bland läkare som arbetar på en vårdcentral (VC), på ortopedkliniker respektive inom andra arbetsplatser</p>	<p>Tvårsnitt 2004</p>	<p>Alla läkare under 65 år i två län i Sverige</p>	<p>Studiepopulation: 7 665 läkare, 71% svarsfrekvens. Studiegupp: De 3997 läkare (50 % ♀), som hade konsultationer som inkluderade överväganden om sjukskrivning. Av dessa arbetade 954 vid VC, 189 på ortopedkliniker, och 2854 vid övriga kliniker.</p>	<p>Enkätdata</p>	<p>Frekvens och OR för att uppleva följande typer av problem med olika frekvens: problem generellt med sjukskrivning, konflikt, oro för att bli anmäld respektive att bli hotad i samband med sjukskrivnings-ärenden, konflikt behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig, olika åsikter mellan patient –läkare</p>	<p>60% av VC läkarna och 53 % av ortopederna ansåg att sjukskrivningsärenden var problematiska minst en gång i veckan, jämfört med 23% för övriga läkare. Motsvarande siffror för att ha konflikt med patient var 22, 2 respektive 6 %. Siffrorna för att minst en gång/månad känna sig hotad respektive oroad för att bli anmäld till ansvarsnämnden var 12, 5 och 3% respektive 10, 5 och 3%. Justerade OR för läkare vid VC att uppleva sjukskrivning som problematiskt minst en gång i veckan jämfört de övriga var 4,9, mycket eller ganska problematiskt att hantera de dubbla rollerna (OR 4,6), att uppleva konfliktsituationer (OR 3,8), och att känna sig hotade minst en gång i månaden (OR 3,0). Läkare som ofta mötte sjukskrivna patienter hade en OR på 7,0 (VC), 6,9 (ortopedkliniker), och 7,4 (övriga kliniker) av att finna sjukskrivning problematiskt.</p>
<p>Swartling 2008 (126) Sverige</p>	<p>Studera ortopeders syn på sjukskrivnings-uppdraget</p>	<p>Tvårsnitt 2004</p>	<p>Specialister i ortopedi anställda vid fem olika ortopediska kliniker i fyra landsting i Sverige</p>	<p>Ett strategiskt urval av samliga 108 ortopeder vid fem ortopedikliniker, baserat på ålder, kön, subspecialitet, forsknings erfarenhet och typ av klinik ledde till att 32 stycken erbjöds deltaga. Av dessa accepterade 20 att deltaga av vilka 17 deltog (12% ♀). (Bortfall 15%)</p>	<p>Utskrifter från inspelade individuella intervjuer. Fenomenografisk analys.</p>	<p>Ortopedernas syn på sjukskrivnings-uppdraget och på god sjukskrivningspraxis</p>	<p>Det fanns ett samband mellan ortopedernas syn på sjukskrivningsuppdraget och deras syn på sin roll i sjukvårdssystemet. Tre olika kategorier av sådana roller identifierades; den isolerade specialisten, rådgivaren, respektive läkare som såg sig som en del av systemet. De två senare såg sjukskrivningsuppdraget som en del av sitt arbete. Några hade svårt att hantera om de och patienten hade olika syn på behovet av sjukskrivning.</p>

<p>Söderberg 2005 (127) Sverige</p>	<p>Fastställa kvaliteten på sjukintyg som underlag för Försäkringskassehandläggare i deras beslut om rätt till sjukpenning</p>	<p>Tvårsnitt: En vecka i september 2002</p>	<p>Alla nya sjukintyg > 28 dagar som mottogs av Försäkringskassan i Östergötlands län. 13 intyg exkluderades då de var oläsliga. Deltagare: 2 236 (99 %) (64%♀).</p>	<p>Information från sjukintygen extraherades utifrån en mail och analyserades med kvantitativa och kvalitativa metoder</p>	<p>Data från intygen om sjukskrivande enhet, läkarens utbildningsnivå (specialist/ej specialistutbildad), patientens kön, ålder, antal sjukskrivningsdagar, partiell sjukskrivning, diagnos (ICD 10), funktionsbedömning, anställningsform, arbetsuppgifter, objektiva undersökningsfynd, prognos, förslag till rehabiliteringsåtgärder</p>	<p>57 % av sjukintygen var utfärdade vid vårdcentraler. Kvaliteten på intygen varierade mycket. Intyg från allmänläkare respektive läkare som ännu inte var specialister innehöll mer information om t.ex. typ av arbete och objektiva undersökningsfynd än de från övriga läkarkategorier. Viktig information saknades i 73 % av intygen, vilka därmed var otillräckliga som underlag för handläggares beslut om ersättning. Information om patientens arbetsuppgifter saknades i högre utsträckning i intyg utfärdade av sjukhusläkare än av allmänläkare (61% respektive 31%). Förslag till rehabiliteringsåtgärder saknades oftare i intygen för kvinnor än för män (64 % respektive 36 %).</p>
<p>Watson 2008 (128) Stor- britannien</p>	<p>Att undersöka samband mellan allmänläkares syn på smärta (Pain Attitudes and Beliefs; PABS) och benägenhet att skriva sjukintyg för icke specifika ländryggsmärta jämfört med andra icke specifika tillstånd.</p>	<p>Tvårsnitt 2005-2006</p>	<p>Studiepopulation: Alla 94 allmänläkare på ön Jersey under 2006. Deltagare: 83 allmänläkare (88 %) (26%♀).</p>	<p>Enkätdata för allmänläkare: Kön, år i yrket, antal arbetstimmar/vecka, antal patienter med ländryggsbesvär/månad, samt svar på PABS. Information om sjukintyg som kunde relateras till respektive läkare.</p>	<p>Antal sjukintyg utfärdade för icke specifik ländryggsmärta, psykiska besvär respektive för ländryggsbesvär</p>	<p>Ju fler är läkaren arbetat, ju fler sjukintyg skrevs för psykiska besvär och ländryggsbesvär. Det fanns inget samband mellan allmänläkares attityd till smärta, så kallad rörelserädsla, mätt med PABS och antal utfärdade intyg för icke specifik ländryggsmärta. Det fanns ett samband mellan allmänläkares attityd (PABS) och antal intyg som skrevs p.g.a. psykiska besvär och ländryggsbesvär.</p>

Vilka problem har läkare i sitt arbete med handläggning av patienters sjukskrivning?							
Författare Publications- år (Referensnr.) Land	Syfte	Studie- design Datansam- lingsår	Studieobjekt Alla specialister i allmän- medicin och ortopedi <65 år i två län i Sverige	Studiepopulation: Antal i studie- populationen Antal studiedeltagare (Svarsfrekvens) (% ♀)	Typ av data	Utfallsmått	Resultat
Arrelöv 2007 (102) Sverige	Att studera problem med sjukskrivning och strategier för att hantera dessa bland allmänläkare och ortopedier	Tvårsnitt 2004	Alla specialister i allmän- medicin och ortopedi <65 år i två län i Sverige	Studiepopulation: ca 7 700 läkare <65 år i Stockholm & Östergötlands län. Deltagare: svarsfrekvensen för hela gruppen var 71%. Av dessa var 673 allmänläkare (52% ♀) och 149 ortopedier (15% ♀).	Data från en enkät som skickats hem till alla läkare i de två länen	Skillnader mellan allmänläkare och ortopedier vad avser problem med sjukskrivning och strategier för att hantera dessa, givna som odds ratios (OR), där ortopedier utgjorde referensgrupp	97% av allmänläkarna och ortopederna hade minst en gång per vecka patienter som var aktuella för sjukskrivning. Majoriteten upplevde sjukskrivnings- ärenden som problematiska minst en gång per vecka. Sannolikheten var högre för att allmänläkare upplevde problem jämfört med ortopederna avseende bedömning av om patientens funktionsnedsättning påverkar arbetsförmågan (OR 7,1), bedömning av arbetsförmåga (OR 4,0) och att bedöma den optimala längden och graden av sjukskrivning (OR 4,2). Allmänläkare hade också en högre OR (2,9) för att uppleva problem med att hantera sina två roller som behandlare kontra medicinskt sakkunnig. OR för att ha konflikter med patienter kring sjukskrivning (OR 3,5) var också högre bland allmänläkare. Allmänläkare kontaktade handläggare på Försäkringskassan i större utsträckning än ortopedier (OR 4,2) samt hade i dubbel så hög utsträckning stöd från sin chef och på deras klinik fanns oftare en gemensam policy för hantering av sjukskrivningsärenden.

<p>Edlund 2002 (105) Sverige</p>	<p>Att studera läkares erfarenhet av och syn på sjukskrivning och samverkan med dessa</p>	<p>Tvårsnitt 1996</p>	<p>Allmänläkare, ortoped, internmedicinare, företagsläkare, privatläkare, psykiatriker</p>	<p>Studiepopulation: läkare i Västerbottens län. Information saknas om selektionsstrategier och bortfall. Deltagare: 14 läkare (29 % ♀); 6 allmänläkare, 2 ortoped, 2 företagsläkare, 2 intermedicinare, 1 psykiatriker, 1 privatläkare inom öppenvård.</p>	<p>Information från transkriberade individuella intervjuer med tematiska frågor</p>	<p>Läkares attityder, beteende, och handlingsätt utifrån läkares roll, samverkan, förebyggande av sjukfrånvaro, sjukskrivning och arbetslivsinriktad rehabilitering</p>	<p>Läkarna upplevde att de träffade alltför och allt sjukare patienter samtidigt som de hade mindre tid för patienterna. Känslor av isolering, av att inte ha inflytande, av ökande krav och tidsbrist upplevdes som hinder för att göra ett bra arbete med sjukskrivningsärenden. Andra hinder var bristfälliga kunskaper om lagstiftning, arbetsmarknad och arbetskrav samt bristande samverkan mellan öppen- och slutenvård.</p>
<p>Gulbrandøsen 2007 (108) Norge</p>	<p>Att studera samband mellan allmänläkares attityder och deras sjukskrivningspraxis.</p>	<p>Tvårsnitt Juni 2002</p>	<p>Allmänläkare i Norge</p>	<p>Studiebasi: alla läkare i Norge. Studiepopulation: ett representativt urval av 1 605 av dessa läkare. Deltagare: 1 168 (73%). Endast allmänläkare inkluderades. Deltagare: 308 allmänläkare (28% ♀).</p>	<p>Enkätdata</p>	<p>Uppfattad belastning, självskattning, tvivel, sätt att hantera sjukintyg och grindvaktrollen, samband med arbetsstillförelse, förmyndarmentalitet, personlighet och frekvens av utfärdande av sjukintyg; tolerans, åsikt om huruvida sjukintyg är en medicinsk uppgift, socialpolitisk attityd.</p>	<p>Trots skillnaderna i attityd till sjukskrivning fanns inga skillnader i handläggning av sjukskrivningsärenden, i patientkontakter och antal sjukintyg per vecka. Det fanns stora skillnader i syn på sjukskrivning mellan allmänläkarna, t.ex. att patienten skulle kunna vara sjukskriven p.g.a. sociala skäl och till att ta en 'grindvaktroll' i sjukförsäkringen.</p>

<p>Hussey 2004 (109) Stor- britannien</p>	<p>Studera hur allmänläkare hanterar sjukskrivnings-systemet, deras syn på systemet och förslag på förändringar</p>	<p>Tvårsnitt År: Anges ej</p>	<p>Riktat urval av allmänläkare i tre regioner i Skottland</p>	<p>Studiepopulation: allmänläkare praktiserande i Glasgow, Tayside, & Highland-regionerna i Skottland. Deltagare; 67 allmänläkare (% ♀ inte angivet).</p>	<p>Utskrifter från 11 fokusgrupps-intervjuer analyserades kvalitativt</p>	<p>Allmänläkarnas uppfattningar om sjukskrivningssystemet</p>	<p>Nästan alla allmänläkarna upplevde en stark intressekonflikt mellan sin roll som behandlande läkare och sitt ansvar gentemot samhället och berörda myndigheter. Många prioriterade att göra sig till patientföreträdare och utfärdade intyg på begäran, vilket undergrävde gränsrollen. Kunskapen om sjukskrivningssystemet var begränsad, och allmänläkare upplevde avsaknad av stöd från sina chefer/överordnade</p>
<p>Larsson 2006 (112) Sverige</p>	<p>Att undersöka om sjukskrivning under graviditet kan förklaras av attityder till sjukskrivning - hos obstetrikern som arbetar inom mödravården</p>	<p>Tvårsnitt 2000</p>	<p>Alla obstetrikern inom offentlig mödravård på sju sjukhus i sydöstra Sverige</p>	<p>Studiepopulation: samtliga 45 obstetrikern Deltagare; 39 (87%) (59% ♀).</p>	<p>Enkätdata</p>	<p>Fördelningen av tid på diskussioner om normal graviditet, illamående, förlossning, föräldraskap, sjukskrivning & andra sociala förmåner. Skäl för att skriva sjukintyg och obstetrikerns attityd till sjukskrivning under graviditet</p>	<p>En stor andel av läkarna angav att de hade olika typer av problem relaterade till sjukskrivningsfrågor av gravida kvinnor och att detta ofta tog en stor del av konsultationstiden. Problem bl.a. med att hantera de dubbla rollerna som patientens läkare och som medicinskt sakkunnig, med kontakter med Försäkringskassan och med att patienter vill vara sjukskrivna istället för att använda föräldrapenning.</p>
<p>Löfgren 2007 (113) Sverige</p>	<p>Att studera läkares sjukskrivningspraxis med avseende på frekvens av sjukskrivningskonsultationer samt frekvens och allvarighetsgrad av olika problem i samband med sjukskrivning, generellt och vid olika typer av kliniker</p>	<p>Tvårsnitt 2004</p>	<p>Samtliga ca 7 700 läkare i två län i Sverige</p>	<p>Studiepopulation: 7 665 läkare <65 år i Stockholms och Östergötlands län. Urval: Läkare som hade patienter som var aktuella för sjukskrivning. Deltagare: 5 455 (71%) (50% ♀).</p>	<p>Enkätdata</p>	<p>Läkarnas specialistkompetens, utbildningsnivå, typ av klinik de arbetade vid, ålder, kön och år i praktik, frekvens av sjukskrivningskonsultationer samt frekvens och allvarighetsgrad av relaterade problem</p>	<p>Det var stor skillnad mellan läkare vid olika kliniska verksamheter i hur ofta de sjukskrev och hur ofta de upplevde problem. Andelen med problem var högst bland vårdcentral-läkare och ortopedi och lägst inom intern-medicin och kirurgi. Bland vårdcentralsläkare skattade 82% det som ganska eller mycket problematiskt att bedöma arbetsförmåga, jämfört med 33% av ortopederna. En högre andel av vårdcentralsläkarna jämfört med de på övriga kliniker ansåg det problematiskt att hantera patienter som hade annan uppfattning om behovet av sjukskrivning. Resultat redovisas för ett flertal specifika problemområden.</p>

Mortelmans 2007 (116) Belgien	Att analysera kommunikation mellan försäkringsläkare och företagsläkare, under en intervention med syfte att öka och strukturera utbytet av information	Tvärsnitt Oktober 2001-juli 2003	Försäkringsläkare vid the Christian Sickness Fund (CSF) samt företagsläkare vid den externa företagshälsovården inom tre regioner i norra Belgien.	Studiepopulation: Försäkringsläkare & företagsläkare inom 3 regioner i norra Belgien och deras patienter. Urval: 15 försäkringsläkare vid CSF och samtliga 40 företagsläkare i regionerna; 505 sjukskrivna anställda i en interventionsgrupp, (59%♀).	Information från kommunikationsformulär använda av försäkrings- och företagsläkare	Kommunikationsfrekvens, kommunikationens innehåll och typ av patient där försäkringsläkaren vill ha kommunikation med företagsläkare	Kommunikation mellan läkarna skedde för 52% av patienterna och fokuserade i synnerhet på arbetsanpassning som kunde påverka patientens återgång i arbete. Kommunikationen användes i synnerhet för patienter med mentala besvär, smärtproblematik eller arbetsrelaterade besvär, hög fysisk arbetsbelastning, och en dålig prognos för återgång i arbete.
Pransky 2002 (119) USA	Att utforska allmänläkares praxis och vad som påverkar den	Tvärsnitt År: Ej angivet	423 allmänläkare, yrkesverk samma i Massachussetts	Studiegrupp: 181 läkare (43%) (31%♀). Av dessa var 59% allmänläkare och 41% intermedicinare.	Enkät med fallbeskrivningar	Andel sjukskrivningsärenden bland egna patienterna, andel som upplever olika typer av hinder, som har olika åsikter, eller hanterar situationer på olika sätt i sjukskrivningsärenden.	Sjukskrivningsfrågor var aktuella för ca tio procent av allmänläkares patienter. En majoritet, nästan 80 %, ansåg att återgång i arbete var bra för patienten. Hindrande faktorer var missbruk, psykiska besvär, somatisering, önskan om sjukskrivning, konflikt med arbetsgivare, och låg arbetstillföredställelse. Andra svårigheter var att bestämma när patienten kunde arbeta igen, och att det saknades information om möjligheten till anpassade arbetsuppgifter. Att det saknades specifika riktlinjer för återgång i arbete var ett hinder enligt en majoritet, 65 %.
Swartling 2007 (124) Sverige	Att utforska allmänläkares syn på sjukskrivning	Tvärsnitt 2003-2004	Strategiskt urval av allmänläkare från 17 vårdcentraler 14 mellan-svenska län	Studiepopulation: 29 allmänläkare valda utifrån ålder, kön och lokalisering av vårdcentralerna. Deltagare: 19 allmänläkare, 66 % (47 %♀).	Kvalitativ analys av utskrift från semi-strukturerade individuella intervjuer	Syn på sjukskrivning, ansvar för sjukskrivning respektive rehabilitering	Det var stora skillnader i allmänläkarnas syn på sjukskrivning, avseende ett flertal olika faktorer, såsom syn på sin egen och patientens roll. Alla upplevde en möjlig konflikt mellan samhällets och patientens intressen och hanterade detta på olika sätt i sin yrkesroll.

<p>Svarthling 2007 (125) Sverige</p>	<p>Att studera förekomsten av emotionellt påfrestande problem i hanteringen av sjukskrivningsärenden bland läkare som arbetar på en vårdcentral (VC), på ortopedkliniker respektive inom andra arbetsplatser</p>	<p>Tvårsnitt 2004</p>	<p>Alla läkare under 65 år i två län i Sverige</p>	<p>Studiepopulation: 7 665 läkare, 71% svarsfrekvens. Studiegrupp: De 3 997 läkare (50 % ♀), som hade konsultationer som inkluderade överväganden om sjukskrivning. Av dessa arbetade 954 vid VC, 189 på ortopedkliniker, och 2 854 vid övriga kliniker.</p>	<p>Enkätdata</p>	<p>Frekvens och OR för att uppleva följande typer av problem, med olika frekvens: problem generellt med sjukskrivning, konflikt, oro för att bli hotad eller oro för samband med sjukskrivnings-ärenden, konflikt mellan rollen som behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig, olika åsikter mellan patient – läkare</p>	<p>60% av VC läkarna och 53 % av ortopederna ansåg att sjukskrivningsärenden var problematiska minst en gång/vecka, jämfört med 23% för övriga läkare. Motsvarande siffror för att ha konflikt med patient var 22, respektive 6 %. Siffrorna för att minst en gång/månad känna sig hotad respektive oroad för att bli anmäld till ansvarsnämnden var 13 och 3% respektive 11 och 3%. Justerade OR för läkare vid VC att uppleva sjukskrivning som problematiskt minst en gång/vecka jämfört de övriga var 4,9; mycket eller ganska problematiskt att hantera de dubbla rollerna (OR 4,6), uppleva konfliktsituationer (OR 3,8), och känna sig hotad minst en gång/månad (OR 3,0). Läkare som ofta hade sjukskrivningsärenden hade en OR på 7,0 (VC), 6,9 (ortopedkliniker) och 7,4 (övriga kliniker) av att finna sjukskrivning problematiskt.</p>
<p>Svarthling 2008 (126) Sverige</p>	<p>Studera ortopeders syn på sjukskrivningsuppdraget</p>	<p>Tvårsnitt 2004</p>	<p>Specialister i ortopedi anställda vid fem olika ortopediska kliniker i fyra län i Sverige</p>	<p>Ett strategiskt urval av samliga 108 ortopedier vid fem ortopedikliniker, baserat på ålder, kön, subspecialitet, forskningserfarenhet och klinik ledde till att 32 stycken erbjöds deltaga. Av dessa accepterade 20 att deltaga av vilka 17 deltog (12% ♀). (Bortfall: 15%).</p>	<p>Utskrifter från inspelade individuella intervjuer. Fenomenografisk analys.</p>	<p>Ortopedernas syn på sjukskrivningsuppdraget och på god sjukskrivningspraxis</p>	<p>Det fanns ett samband mellan ortopedernas syn på sjukskrivningsuppdraget och deras syn på sin roll i sjukvårdssystemet. Tre olika kategorier av sådana roller identifierades; den isolerade specialisten, rådgivaren, respektive läkare som såg sig som en del av systemet. De två senare såg sjukskrivningsuppdraget som en del av sitt arbete. Några hade svårt att hantera om de och patienten hade olika syn på behovet av sjukskrivning.</p>

<p>von Knorring 2008 (111) Sverige</p>	<p>Identifiera vilka problem som läkare upplever i arbetet med sjukskrivning av patienter</p>	<p>Tvårsnitt 2004</p>	<p>Allmänläkare, ortoped, psykiatriker, rehabiliteringsläkare, obstetriker</p>	<p>Deltagare: 26 läkare (50% ♀) strategiskt valda för att få variation i avser region, kön och typ av klinik. Inbjudan skickades till 380 läkare.</p>	<p>Kvalitativa innehållsanalyser av utskrifter från sex fokusgruppsdiskussioner. Från utskrifterna extraherades alla uttalanden om problem, vilket utgjorde analysmaterialet.</p>	<p>Kategorier av problem som läkarna berättade om</p>	<p>De problem läkarna upplevde var relaterade till fyra områden; samhället och socialförsäkringssystemet, hälso- & sjukvårdssystemets organisation, andra aktörer inom sjukvården samt till läkarens egen arbets-situation. Brist på ledarskap och högre ledningsansvar vad avser hälso- & sjukvårdens hantering av arbete med patienters sjukskrivning identifierades som problem inom alla fyra områdena. Många läkare beskrev utmattning, förtvivlan och bristande yrkesstolthet p.g.a. att de kände att de bidrog till medialisering och längre sjukskrivningar.</p>
<p>Østerås 2009 (129) Norge</p>	<p>Utvärdera en intervention, vad avser effekten på allmänläkares kunskap, attityder och självförtroende i att bedöma funktionsförmåga samt kunskap om arbetsfaktorer för sjukskrivna patienter</p>	<p>Kontrollerad intervention: Endags kurs + telefonstöd i att använda en metod för strukturerad funktionsbedömning av långtids-sjukskrivna patienter i allmänmedicin. Mars-oktober 2005.</p>	<p>Studiepopulation : 360 allmänläkare som inbjöds att delta i studien. 57 accepterade att delta. De randomiserades till var sin grupp. Varje läkare skulle använda metoden för upp till 10 konsekutiva patienter som varit heltids-sjukskrivna i 8-26 veckor, med god prognos för arbetsåtergång. Läkare i kontrollgruppen skulle bedömma som vanligt.</p>	<p>29 (35% ♀) läkare randomiserades till intervention-sgruppen; 22 fullföljde hela vägen. 133 patienter ingick. 29 (38% ♀) läkare i kontrollgruppen; 26 av dem var med vid alla datainsamlingar (90%).</p>	<p>Data från enkäter till patienterna, dels före mötet med läkaren om funktion och arbetsplatsvariabler och dels precis efter konsultationen. Enkät till läkarna före, just efter varje patient-konsultation och 6 månader efter interventionen. Data om demografi för läkare och patienter.</p>	<p>Effekter av interventionen avseende förändringar i läkares självförtroende vid bedömning av patientens arbetsförmåga, kunskap om patientens arbets-situation och vad som stressar patienten samt i attityder till funktionsbedömning</p>	<p>Utgångspunkten i denna studie var läkares bristande kunskaper. Kunskaperna förbättrades signifikant mer i interventionsgruppen än för dem i kontrollgruppen, liksom deras självförtroende i att göra funktionsbedömningar, deras kunskap om patienternas arbets-situation och upplevelser av belastning, enligt såväl läkarna som patienterna. Resultaten kvarstod också sex månader efter interventionen. Läkarnas attityder till funktionsbedömning förändrades inte.</p>

Har sjukintygen tillräcklig kvalitet för det de ska användas till?							
Författare Publikations- år (Referensnr.) Land	Syfte	Studie- design Datainsam- lingsår	Studieobjekt	Antal i studie- populationen Antal studiedeltagare (Svarsfrekvens) (% ¹)	Typ av data	Utfallsmått	Resultat
Fleten 2004 (107) Norge	Studera information i sjukintyg och om informationen kan utgöra underlag för bedömning av om förändringar i arbetet kan förkorta sjukskrivningsperioden	Tvårsnitt Oktober-november 1997; februari-mars 1998	Handläggare och försäkringsläkare vid försäkringskassorna i Harstad och Tromsø i Norge samt ett slumpmässigt urval av 496 av personer som varit sjukskrivna i två veckor	999 sjukintyg för >2 veckor p.g.a. muskuloskeletal eller psykiska besvär. Inget bortfall. 50% (n=501) valdes slumpmässigt för att bedömning av information i sjukintyg. För de övriga (n=498) användes även registerinformation om sjukskrivning. Två handläggare och två försäkringsläkare gjorde bedömningarna. Ett slumpmässigt urval om 496 av de sjukskrivna fick en enkät och 159 (32%) besvarade den. % ¹ anges ej.	Två typer av data: 1. Bedömningar gjorda av 4 professionella (2 handläggare och 2 försäkringsläkare) av 999 sjukintyg för fall >2 veckor. Två bedömde varje fall. För hälften, slumpmässigt utvalda (n=501) baserades bedömningen endast på information från intyget, för övriga 498 hade bedömarna även tillgång till sjukfrånvarohistorik. Vissa intyg bedömdes även av patienten. 2. Enkätdata från 159 av de sjukskrivna.	Bedömning dels av om det fanns tillräcklig information för att bedöma behov av arbetsanpassning, dels om arbetsanpassning skulle kuma leda till kortare sjukfrånvarotid	Sjukintygen saknade ofta tillräcklig information för att fastställa för vilka av de sjukskrivna som en modifiering av arbetsförhållandena kunnat förkorta sjukskrivningens längd. Det var en låg överensstämmelse mellan bedömningarna både inom och mellan de två professionella grupperna. 120-30 % av sjukfallen bedömdes både försäkringskassan och den sjukskrivne att en arbetsanpassning hade förkortat sjukskrivningstiden och i ytterligare 20% att möjligheten till detta fanns.

Söderberg	Fastställa kvaliteten på sjukintyg som underlag för handläggare vid Försäkringskassan i att fatta beslut om rätt till sjukpenning	Tvårsnitt En vecka i september 2002	Alla nya sjukintyg > 28 dagar som mottogs av Försäkringskassan i ett svenskt län	Alla nya sjukintyg (n=2 249) > 28 dagar som inkom under en vecka till Försäkringskassan i Östergötlands län. 13 intyg exkluderades då de var oläsliga. Deltagare: 2 236. (99 %) (64%♀).	Information från sjukintygen extraherades utifrån en mail och analyserades med kvantitativa och kvalitativa metoder	Data från intygen om sjukskrivande enhet, läkarens utbildningsnivå (specialist/ ej specialistutbildad), patientens kön, ålder, antal sjukskrivningsdagar, partiell sjukskrivning, diagnos (ICD 10), funktionsbedömning, anställningsform, arbetsuppgifter, objektiva prognos, förslag till rehabiliteringsåtgärder.	57 % av intygen var utfärdade vid vårdcentraler. Kvaliteten på intygen varierade mycket. Intyg från allmänläkare respektive läkare som ännu inte var specialister innehöll mer information om t.ex. typ av arbete och objektiva undersökningsfynd, än de från övriga läkarkategorier. Viktig information saknades i 73 % av intygen, vilka därmed var otillräckliga som underlag för handläggares beslut om ersättning. Information om patientens arbetsuppgifter saknades i högre utsträckning i intyg utfärdade av sjuksläkare än av allmänläkare (61% respektive 31%). Förslag till rehabiliteringsåtgärder saknades oftare i intygen för kvinnor än för män (64 % respektive 36 %).
------------------	---	--	--	---	---	---	---

Är patienter och läkare överens om behovet av sjukskrivning?							
Författare Publikations- år (Referensnr.) Land	Syfte	Studie- design Datansam- lingsår	Studieobjekt	Antal i studie- populationen Antal studiedeltagare (Svarsfrekvens) (% ♀)	Typ av data	Utfallsmått	Resultat
Normén 2008 (118) Sverige	Att undersöka och jämföra läkares och patienters uppfattning om medicinska faktorer och funktions- nedsättning och deras betydelse för sjukskrivning	Tvårsnitt 1996	Allmän- läkare vid 16 vård- centraler i ett svenskt län, och deras konsekutiva patienter i äldrarna 18- 64 år som inte redan var sjukskrivna eller pen- sionerade	Studiepopulation: Alla 93 allmänläkare vid 37 vårdcentraler i Örebro län. Deltagare: 65 (89 %), (43% ♀) läkare vid 16 vårdcentraler/ familjeläkarmottag- ningar, samt 642 av deras patienter. 521 (81%) patienter svarade på en enkät. Svar från både läkare och patient fanns för 474 (74%) av konsultationerna. (66% ♀ bland de sjukskrivna/64% ♀ bland de icke sjukskrivna).	Enkätdata från patienterna och från läkarna för varje konsultation	Utfärdande av sjukintyg eller inte	Författarna skriver att i flertalet fall gjorde patienter och läkare samma bedömning av arbetsförmåga och behov av sjukskrivning men visar inte data om detta

Interventionsstudier; kan läkares sjukskrivningspraxis påverkas?							
Författare Publications- år (Referensnr.) Land	Syfte	Studie- design Datainsam- lingsår	Studieobjekt	Antal i studie- populationen Antal studiedeltagare (Svarsfrekvens) (% ♀)	Typ av data	Utfallsmått	Resultat
Faber 2005 (106) Neder- länderna	Att undersöka effekt av en samarbetskurs på samarbetet mellan allmänläkare och företagsläkare vad avser patienter med ländryggssmärta	Interven- tion; kurs i att samarbeta kring ländryggs- patienter samt formulär för detta. Kontroll- lerad studie. År: anges ej.	Allmän- läkare, företags- läkare och deras ländryggs- patienter som varit sjukskrivna 3-12 veckor, i två regioner- i Zuid- provinsen, Neder- länderna	Studiepopulation: Alla 100 allmänläkare & 35 företagsläkare i interventions- regionen, 115 allmänläkare & 40 företagsläkare i kontrollregionen. Deltagare: 21 allmänläkare (21%) & 20 företagsläkare (57%) i interventions- regionen, 28 allmänläkare (24%) & 27 företagsläkare (68%) i kontrollregionen. Antalet patienter som uppfyllde inklusions- kriterierna: 56 i varje region. 29% ♀ i interventions- regionen, 21% ♀ i kontrollregionen.	Data från enkäter till patienterna vid inkluderingen samt efter 3 och 6 månader. Antal besök hos hälso- och sjukvården. Sjukskrivningsdata från företagshäsovården. Data om samarbete från läkarnas checklista.	Frekvens av samarbete mellan allmänläkare och företagsläkare efter kursen. - Effekt av interventionen på sjukskrivnings- längd, återgång i arbete, hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet.	Ingen positiv effekt av interventionen för samarbetet mellan allmänläkare och företagsläkare eller för deras ländryggspatienters återgång i arbete. Patienterna i interventionsgruppen återgick senare i arbete än de i kontrollgruppen; medianen för sjukskrivningslängd var 45 dagar i kontrollgruppen och 76 dagar i interventionsgruppen; skillnaden var statistiskt signifikant. Ingen allmänläkare kontaktade någon företagsläkare i någon region under uppföljningstiden på sex månader. Företagsläkarna kontaktade allmänläkare angående 7 patienter i interventionsgruppen och 2 patienter i kontrollgruppen (E) statistiskt signifikant skillnad). Inga skillnader mellan patienterna från de två grupperna under uppföljningen. Patienterna förbättrades lika mycket med avseende på smärta, funktionsförmåga, livskvalitet och läkemedelskonsumtion. Patienterna i interventionsgruppen var mer nöjda med sin företagsläkare än de övriga patienterna.

<p>Mortelmans 2006 (115) Belgien</p>	<p>Att bedöma effekten av ett ökat informationsutbyte mellan försäkringsläkare och företagsläkare på arbets återgång för sjukskrivna patienter</p>	<p>Kontrollerad intervention (kurs + formulär för samverkan) Oktober 2001 – juli 2003</p>	<p>Försäkringsläkare vid the Christian Sickness Fund (CSF) samt företagsläkare vid den externa företagshälsovården inom tre regioner i norra Belgien. Läkarnas ansvarsområde patienter <51 år som varit sjukfrånvarande 1-12 månader. Gravida kvinnor exkluderades.</p>	<p>Studiepopulation: försäkringsläkare & företagsläkare inom 3 regioner samt deras patienter. Urval: 15 försäkringsläkare vid CSF, samtliga 40 företagsläkare vid företagshälsovården, 1 883 sjukskrivna 1-12 månader, tillhörande försäkringsläkarnas ansvarsområde. Deltagare: 1 564 patienter (84 %), (50 %♀). Av dessa var 505 (32%) uttagna till interventionsgruppen, 1 059 (68%) till kontrollgruppen.</p>	<p>Data från enkät till patienterna vid inkludering. Data från läkarnas kommunikationsformulär, data om sjukfrånvaron via CSF</p>	<p>Effekter av interventionen avseende andelen sjukskrivna, återgång i arbete, antal sjukskrivningsperioder under perioden</p>	<p>Inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp för något av utfallen, dvs. återgång i arbete, andel sjukskrivna respektive antal sjukskrivningsperioder under uppföljningstiden. Justering för eventuella störfaktorer (confounders) påverkade inte resultaten.</p>
---	--	---	--	---	---	--	--

<p>Østerås 2009 (129) Norge</p>	<p>Utvärdera en intervention, vad avser dess effekt på allmänläkares kunskap, attityder och självförtroende i att bedöma funktionsförmåga samt kunskap om arbetslivsfaktorer för sjukskrivna patienter</p>	<p>Kontrollerad intervention: endagars kurs + telefonstöd i att använda en metod för strukturerad funktionsbedömning av långtids-sjukskrivna patienter i allmänmedicin. Mars-oktober 2005.</p>	<p>Studiepopulation: 360 allmänläkare som inbjöds att delta i studien. 57 accepterade att delta. De randomiserades till var sin grupp. Varje läkare skulle använda metoden för upp till 10 konsekutiva patienter som varit heltidssjukskrivna sedan 8-26 veckor, med god prognos för återgång i arbete. Läkare i kontrollgruppen skulle bedöma arbetsförmåga som vanligt.</p>	<p>29 (35 % ♀) läkare randomiserades till interventionsgruppen; 22 (79%) av dem fullföljde hela vägen. 133 patienter ingick. 29 (38 % ♀) läkare i kontrollgruppen; 26 av dem var med vid alla datainsamlingar (90%).</p>	<p>Data från enkäter till patienterna, dels före mötet med läkaren och dels precis efter konsultationen. Enkät till läkarna före, just efter varje patientkonsultation och 6 månader efter interventionen. Data om demografi för läkare och patienter.</p>	<p>Effekter av interventionen avseende förändringar i läkares självförtroende vid bedömning av patientens arbetsförmåga, kunskap om patientens arbetsituation och vad som stressar patienten samt i attityder till funktionsbedömning</p>	<p>Utgångspunkten i denna studie var läkares bristande kunskaper. Kunskaperna förbättrades signifikant mer i interventionsgruppen än för de i kontrollgruppen, liksom deras självförtroende i att göra funktionsbedömningar, deras kunskap om patienternas arbetsituation och upplevelser av belastning, enligt såväl läkarna som patienterna. Resultatet kvarstod också sex månader efter interventionen. Läkares attityder till funktionsbedömning förändrades inte.</p>
--	--	--	---	--	--	---	--

Tabell 4. Vilka patientfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?

Ett plustecken betyder att man i studien fann ett samband, ett minustecken innebär att inget sådant samband fanns. Om både plus- och minustecken anges var resultatet i studien motsärliga avseende detta samband, t.ex. för undergrupper.

Typ av patientfaktor Antal studier Sammanfattning	Studier i denna litteraturoversikt							Studier i SBU-s översikt (1)
	Campbell 2006 (103)	Joling 2003 (110)	Löfvander 2003 (114)	Normén 2008 (118)	Pransky 2002 (119)	Reiso 2004 (121)	Shiels 2006 & 2007 (122 123) ¹	
Patientens ålder 3 Resultaten går i olika riktning				Inget samband mellan patientens ålder och läkares beslut att utfärda sjukintyg			Högre medelålder bland de som sjukskrivs >28 veckor	
Patientens kön 5 Resultaten går i olika riktning		Inget samband mellan den sjukskrivnes kön och sannolikhet för att bli kallad till företagsläkare	+/- Några faktorer hade skilda samband med hur läkare bedömde kvinnors och mäns arbetsförmåga	Inget samband mellan patientens kön och att läkaren utfärdade sjukintyg			+/- Inga könsskillnader förutom att en högre andel män som träffat manliga läkare var sjuk- skrivna i en medel- lång sjukskrivning (6-28 v)	
Utbildningsnivå och typ av anställning 3 Resultaten går i olika riktning		+ Hög utbildnings- nivå, arbete i till- verkningsindustri respektive i mindre företag (10-49 anställda) ökade chansen att bli kallad till företagsläkare	+ Låg utbildningsnivå (< 7 år) bland sjukskrivna män innebar OR=5,1 för att läkarna bedömde att de hade nedsatt arbetsförmåga	Inget samband mellan patientens utbildning eller yrke och att läkaren utfärdade sjukintyg				

<p>Patientens sjukdom och besvär⁷</p> <p>Indikerar samband mellan praxis och typ av sjukdom och besvär</p>	<p>+</p> <p>För patienter som hade psykiska besvär var allmänläkare (baserat på fallbeskrivningar) mer benägna att utfärda ett sjukintyg än för patienter med somatiska besvär</p>	<p>+</p> <p>Anställda, män och kvinnor, med psykiska besvär hade 24% högre sannolikhet att bli kallade till företagsläkare, än anställda med besvär från rörelseorganen</p>	<p>+</p> <p>Det fanns ett samband mellan läkarnas bedömning av arbetsförmåga och depression (OR 12,8) respektive smärtbetende (OR 5,6) hos män.</p>	<p>+</p> <p>Det fanns ett samband mellan besvär från rörelseorganen (OR 3,45), respektive med trötthet (OR 2,5), och att läkaren utfärdade sjukintyg</p>	<p>+</p> <p>Somatisering, missbruk, respektive psykiska besvär upplevdes som hinder i att stötta patienter i att återgå i arbete</p>	<p>+/-</p> <p>För patienter med luftvägsbesvär hade läkare lättare att ställa korrekt prognos (OR 2,84) om sjukskrivning & återgång i arbete, medan prognosen sällan var korrekt vid psykiska besvär (OR 0,4). För dem som varit sjukskrivna längre var OR för korrekt prognos låg vid skador (0,12), psykiska besvär (0,54) och muskuloskeletala besvär (0,33).</p>	<p>+</p> <p>En högre andel män, som sökt manliga läkare var sjukskrivna i medellånga fall (6-28 dagar) på grund av lättare psykiska besvär</p>	
<p>Patienten efterfrågar sjukintyg²</p> <p>Resultaten går i olika riktning</p>	<p>-</p> <p>Allmänläkarens beslut att utfärda ett sjukintyg påverkades inte av om patienten efterfrågade detta</p>						<p>+</p> <p>Allmänläkarens beslut att utfärda ett sjukintyg för patienter med ländryggsmärta och sömnsvårigheter påverkades av om patienten efterfrågade detta</p>	
<p>Patientens bedömning av sin arbetsförmåga²</p> <p>Resultaten går i samma riktning; att samband finns</p>			<p>+</p> <p>Det fanns ett samband mellan läkarnas bedömning av arbetsförmåga och självskattad arbetsförmåga hos kvinnor (OR 7,0)</p>	<p>+</p> <p>Om patienten bedömde att arbetsförmågan var nedsatt ökade risken för en sjukskrivning</p>				

⁷Två studier, delvis baserade på samma material.

Tabell 5. Vilka läkarfaktorer har samband med läkares sjukskrivningspraxis?
 Plusstecken i en cell innebär att studien visade att det fanns ett samband mellan respektive faktor och läkares sjukskrivningspraxis, och minustecken att inget samband fanns. Om inget tecken anges innebär det att respektive aspekt inte behandlats i den studien.

Typ av faktor	Studier i denna litteraturoversikt ¹											Studier från SBU:s översikt ⁽¹⁾				
	Coudreyre 2006 (104)	Gulbrand- sen 2007 (108)	Larsson, 2006 (112)	Löfgren, Swardling, Arrelöv 2007 (102, 113, 125)	Löfvander 2003 (114)	Normén 2006 (117)	Reiso 2004 (121)	Shiels 2006 (122)	Swardling 2008 (126)	Söderber- g 2005 (127)	Watson 2008 (128)	Chew- Graham 1999 (64)	Englund 2000 (62)	Jensen 2000 (56)	Löfvander 1997 (58) 1997 (63)	Peterson 1997 (58)
Antal studier Samman- fattning																
Läkarens ålder och år i yrket 6 <i>Resultaten går i olika riktning avseende inverkan av ålder/ erfarenhet hos läkare</i>				+/- Andelen som upplever vissa problem minskar med antal år i yrket (125)	- De äldre & med lång yrkeserfa- renhet och predikto- nen av sjukskriv- ning eller oftare återgång i sjukintyg till sina patienter	+ Inom familje- medicin skrev oftare sjukintyg till sina patienter	- Inget samband med ålder	- Inget samband med ålder och predikto- nen av sjukskriv- ning eller oftare återgång i sjukintyg till sina patienter					- Inget samband mellan ålder och kost- nader för utfär- dade sjuk- skriv- ningar			+ Äldre sjukskrev oftare och föreslog fler åtgärder om det var långt till sjukhus
Läkarens kön 9 <i>Resultaten går i olika riktning vad avser samband med dessa och deras sjukskrivnings- praxis</i>	- Inga køns- skil- nader i attityder mellan allmän- läkare		+/- Endast en skillnad: fler manliga än kvinnliga obstetrik- ersäg att ländryggs- smärta hos gravida förklaras av patientens personliga problem	+/- Kønskillna- der avseende vissa problemo- mråden (125)	- Inga køns- skillnader i antal intyg	- Inget samband med läkarens køn och predikto- nen av sjukskriv- ning eller återgång i besvär i arbete för patienter	+/- Män utfärdat fler intyg till manliga patienter med lättare psyki- ska besvär i fall < 28 v. Inga andra køns- skil- nader					+ Kvinnor sjukskrev oftare än män (58 vs 43%) och sjuks- skriv- nings- kost- naderna blev högre för deras fall			- Inga køns- skil- nader i bedöm- ningar baserade på s.k. pappers- fall	

Läkarens upplätningar och/eller känslor 7 Resultaten går i olika riktning vad avser om samband med detta och deras sjukskrivningspraxis	+ Allmänläkare med hög rörelse rädsla ordinerade längre sjukskrivningar vid akuta ländryggsbesvär	- Inget samband mellan läkarens attityder & deras sjukskrivningspraxis						+ De två läkarna ansåg att de påverkats emottullt av patienternas berättelser				+/ Ortopedernas uppfattning om sjukskrivning var relaterad till deras syn på sin roll i sjukvården. Oklart om detta påverkade praxis.	+/ Inget samband mellan rörelse rädsla & antal sjukskrivade ländryggsbesvär men på psykiska besvär och luftvägsbesvär	+ Oförmåga att hantera patienters beskrivningar av problem samt oro för att stora patientrelationen ledde till att läkaren inte tog upp vissa frågor	+ Externa läkare bedömde att patienter hade högre grad av arbetsförmåga än sjukskrivande läkare	
Läkarens specialitet 4 Merparten av studerna inkluderar bara en specialitet. Samtliga där flera specialiteter ingick visade stora skillnader	+ Stor skillnad mellan specialister i hur ofta de sjukskriver, hur ofta de upplevde problem och i åtgärder								+ Stor skillnad i kvaliteten i sjukskrivning från specialister och icke-specialister samt från olika grupper av läkare		+ Allmänläkare skrev mer än ortopederna och mindre än psykiatriker	+ Skillnad mellan ortoped- och läkare i bedömning av behov av behandling och rehabilitering				

* Ratzon (120) fann skillnader i hur fem olika kirurger sjukskriv, men relaterar det ej till specifika läkarfaktorer varför den studien ej nämns i tabellen.

2 I dessa tre studier har data från samma enkät använts, men med olika frågeställningar och olika subgrupper (102, 113, 125).

Tabell 6. Vilka problem rapporterar läkare i sitt arbete med patienters sjukskrivning?

Plustecken i en cell innebär att studien visade att läkare fann respektive aspekt problematisk. Om inget tecken anges innebär det att respektive aspekt inte behandlats i den studien. Ingen studie redovisade att läkare fann någon av dessa aspekter problematisk.

	Studier inkluderade i denna översikt										Studier från SBU:s översikt (1)			
	Edlund 2002 (105)	Gulbrand- sen 2007 (108)	Hussey 2004 (109)	Larsson 2006 (112)	Löfgren 2007 (102, 113, 125) ¹	Mortelmans 2007 (116)	Pransky 2002 (119)	Swartling 2007 (124)	Swartling 2008 (126)	von Knorring 2008 (111)	Østerås 2009 (129)	Cassidy 1996 (155)	Chew- Graham 1999 (64) (65)	Timpka 1995 (65)
Åtta studier visar att det är problem för läkare att hantera de två rollerna som behandlande läkare respektive som medicinskt sakkunnig		+	+	+	+		+	+	+					+
Åtta studier fann att läkare tycker det är problematiskt att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning			+	+	+		+	+	+				+	+
Åtta studier fann att läkare tycker det är problematiskt att bedöma patienters funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning			+	+	+		+		+			+		+
Två studier visar att läkare anser det problematiskt med sjukskrivningsärenden som innebär förlängning av sjukskrivningsfall som tidigare intygats av en annan läkare					+									+
Fem studier fann att läkare tycker att det är problematiskt att deras kunskaper inom området, t.ex. om arbetsmarknaden och socialförsäkringssystemet, är bristande	+		+				+				+			+
En studie fann att läkare upplever problem i samverkan med andra yrkesgrupper eller andra aktörer, kring patienters sjukskrivning, t.ex. mellan öppen- och slutenvård eller i kontakten med Försäkringskassan eller arbetsgivare	+		+	+	+		+		+					+
Två studier lyfts betydelsen av organisatoriska faktorer, t.ex. vad avser stöd, eller ledning och styrning av dessa arbetsuppgifter					+									

¹ I dessa tre studier har data från samma enkät använts, men med olika frågeställningar och olika subgrupper (102, 113, 125)

Statens offentliga utredningar 2010

Kronologisk förteckning

1. Lätt att göra rätt – om förmedling av brottskadestånd. Ju.
2. Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. Ju.
3. Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. M.
4. Allmänna handlingar i elektronisk form – offentlighet och integritet. Ju.
5. Skolgång för alla barn. U.
6. Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. M.
7. Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. IJ.
8. En myndighet för havs- och vattenmiljö. M.
9. Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. Jo.
10. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
11. Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. Ku.
12. I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. Ku.
13. Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. Fi.
14. Partsinsyn enligt rättegångsbalken. Ju.
15. Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. Ju.
16. Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. IJ.
17. Prissatt vatten? M.
18. En reformerad budgetlag. Fi.
19. Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. U.
20. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. Fi.
21. Bättre marknad för tjänstehundar. Jo.
22. Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. Fö.
23. Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. N.
24. Avtalad upphovsrätt. Ju.
25. Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. Fö.
26. Flyttningsbidrag och unionsrätten. A.
27. Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. N.
28. Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. U.
29. En ny förvaltningslag. Ju.
30. Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. N.
31. Första hjälpen i psykisk hälsa. S.
32. Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. UD.
33. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
34. På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksutställningar. Ku.
35. Kunskap som befrielse? En metanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. U.
36. Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. U.
37. Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet. IJ.
38. Muttbrott. Ju.
39. Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. S.

40. Cirkulär migration och utveckling – kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas. Ju.
41. Kompensationstillägg – om ersättning vid försenade utbetalningar. S.
42. Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårdslag. Jo.
43. Förundersökningsbegränsning. Ju.
44. Mål och medel – särskilda åtgärder för vissa måltyper i domstol. Ju.
45. Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslag till ny lag. S.
46. Utländsk näringsverksamhet i Sverige. En översyn av lagstiftningen om utländska filialer i ett EU-perspektiv. N.
47. Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden? En systematisk litteraturöversikt. S.
48. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård. S.
49. Förbud mot köp av sexuell tjänst. En utvärdering 1999–2008. Ju.
50. Försvarsmaktens helikopterresurser. Fö.
51. Könsskillnader i skolprestationer – idéer om orsaker. U.
52. Biologiska faktorer och könsskillnader i skolresultat. Ett diskussionsunderlag för Delegationen för jämställdhet i skolans arbete för analys av bakgrunden till pojkars sämre skolprestationer jämfört med flickors. U.
53. Pojkar och skolan: Ett bakgrundsdokument om "pojkkrisen". Översättning på svenska av engelsk rapport: Boys and School: A Background Paper on the "Boy Crisis". + Engelsk rapport. U.
54. Förbättrad återbetalning av studielån. U.
55. Romers rätt – en strategi för romer i Sverige. IJ.
56. Innovationsupphandling. N.
57. Effektivare planering av vägar och järnvägar. N.
58. Rehabiliteringsrådets delbetänkande. S.
59. Underhållsskyldighet i internationella situationer – Underhållsförordningen, 2007 års Haagkonvention och 2007 års Haagprotokoll + Bilagedel. Ju.
60. Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering. IJ.
61. Driftskompatibilitet och enheter som ansvarar för underhåll inom EU:s järnvägssystem. N.
62. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. Under konstruktion – framtidens e-förvaltning. Fi.
63. EU:s direktiv om sanktioner mot arbetsgivare. Ju.
64. "Se de tidiga tecknen" – forskare reflekterar över sju berättelser från förskola och skola. U.
65. Kompetens och ansvar. S.
66. Barns perspektiv på jämställdhet i skola. En kunskapsöversikt. U.
67. I rättan tid? Om ålder och skolstart. U.
68. Ny yttrandefrihetsgrundlag? Yttrandefrihetskommittén presenterar tre modeller. Ju.
69. Förbättrad vinterberedskap inom järnvägen. N.
70. Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter. + Bilagor + Lättläst + Daisy. IJ.
71. Sexualbrottslagstiftningen – utvärdering och reformförslag. Ju.
72. Folk rätt i väpnad konflikt – svensk tolkning och tillämpning. + Bilaga 7, Svensk manual i humanitär rätt m.m. Fö.
73. Svensk sjöfarts konkurrensförutsättningar. N.
74. Mer innovation ur transportforskning. N.
75. Gymnasial lärlingsutbildning – utbildning för jobb. Erfarenheter efter två års försök med lärlingsutbildning. U.
76. Transportstyrelsens databaser på vägtrafikområdet – integritet och effektivitet. N.
77. Sammanläggningar av landsting – övergångsstyre och utjämning. Fi.
78. Fondverksamhet över gränserna. Genomförande av UCITS IV-direktivet. Fi.
79. Pojkars och flickors psykiska hälsa i skolan: en kunskapsöversikt. U.
80. Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. U.
81. En ny biobankslag. S.
82. Trafikverket ICT. N.

83. Att bli medveten och förändra sitt förhållningssätt. Jämställdhetsarbete i skolan. U.
84. Hedersrelaterad problematik i skolan – en kunskaps- och forskningsöversikt. U.
85. Vem arbetar efter 65 års ålder? En statistisk analys. S.
86. Personalförsörjningen i ett reformerat försvar. Fö.
87. Skadestånd och Europakonventionen. Ju.
88. Vägen till arbete. Arbetsmarknadspolitik, utbildning och arbetsmarknadsintegration. Fi.
89. Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturöversikt. S.
90. En ny lag om ekonomiska föreningar. Del 1 + 2. Ju.
91. Planering på djupet – fysisk planering av havet. M.
92. En effektivare förvaltning av statens fastigheter. Fi.
93. Att skapa arbeten. Löner, anställningskydd och konkurrens. Fi.
94. Gotland – användningen av beteckningarna regionfullmäktige och regionstyrelse. Fi.
95. Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning. U.
96. Riktiga betyg är bättre än höga betyg. Förslag till omprövning av betyg. U.
97. Resultatuppföljning, läskvalitet och skolutveckling – tre bidrag till diskussionen om jämställdhet i skolan. U.
98. Gårdsförsäljning. S.
99. Flickor, pojkar, individer – om betydelsen av jämställdhet för kunskap och utveckling i skolan. U.
100. Ansvar för järnvägssäkerheten. Kan en annan fördelning gynna en marknadsdriven utveckling? N.
101. Handlingsplan för att utveckla strategier i miljömålssystemet. M.
102. Massuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet. En rapport om konsekvenser av 1900-talets friställningar för slutenvårdsutnyttjande och risk för förtida död. S.
103. Särskilda spaningsmetoder. Ju.
104. E-legitimationsnämnden och Svensk e-legitimation. Fi.
105. Ålderspension för invandrare från länder utanför OECD-området. S.
106. Folkhälsa – Djurhälsa. Ny ansvarsfördelning mellan stat och näring. Del A + B + Bilagor. Jo.
107. Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt. S.

Statens offentliga utredningar 2010

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Lätt att göra rätt
– om förmedling av brottsskadestånd. [1]
- Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. [2]
- Allmänna handlingar i elektronisk form
– offentlighet och integritet. [4]
- Partsinsyn enligt rättegångsbalken. [14]
- Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. [15]
- Avtalad upphovsrätt. [24]
- En ny förvaltningslag. [29]
- Mutbrott. (38)
- Cirkulär migration och utveckling
– kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas. [40]
- Förundersökningsbegränsning. [43]
- Mål och medel – särskilda åtgärder för vissa måltyper i domstol. [44]
- Förbud mot köp av sexuell tjänst. En utvärdering 1999–2008. [49]
- Underhållsskyldighet i internationella situationer – Underhållsförordningen, 2007 års Haagkonvention och 2007 års Haagprotokoll + Bilagedel. [59]
- EU:s direktiv om sanktioner mot arbetsgivare. [63]
- Ny yttrandefrihetsgrundlag? Yttrandefrihetskommittén presenterar tre modeller. [68]
- Sexualbrottslagstiftningen – utvärdering och reformförslag. [71]
- Skadestånd och Europakonventionen. [87]
- En ny lag om ekonomiska föreningar.
Del 1+2. [90]
- Särskilda spaningsmetoder. [103]

Utrikesdepartementet

- Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. [32]

Försvarsdepartementet

- Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. [22]
- Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. [25]
- Försvarsmaktens helikopterresurser. [50]
- Folkrätt i väpnad konflikt – svensk tolkning och tillämpning. + Bilaga 7, Svensk manual i humanitär rätt m.m. [72]
- Personalförsörjningen i ett reformerat försvar. [86]

Socialdepartementet

- Första hjälpen i psykisk hälsa. [31]
- Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. [39]
- Kompensationstillägg – om ersättning vid försenade utbetalningar. [41]
- Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslag till ny lag. [45]
- Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden?
En systematisk litteraturoversikt. [47]
- Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård. [48]
- Rehabiliteringsrådets delbetänkande. [58]
- Kompetens och ansvar. [65]
- En ny biobankslag. [81]
- Vem arbetar efter 65 års ålder? En statistisk analys. [85]
- Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? En systematisk litteraturoversikt. [89]
- Gårdsförsäljning. [98]
- Massuppsägningar, arbetslöshet och sjuklighet.
En rapport om konsekvenser av 1900-talets friställningar för slutenvårdsutnyttjande och risk för förtida död. [102]

- Ålderspension för invandrare från länder utanför OECD-området. [105]
- Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt. [107]

Finansdepartementet

- Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. [13]
- En reformerad budgetlag. [18]
- Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. [20]
- Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. Under konstruktion – framtidens e-förvaltning. [62]
- Sammanläggningar av landsting – övergångsstyre och utjämning. [77]
- Fondverksamhet över gränserna. Genomförande av UCITS IV-direktivet. [78]
- Vägen till arbete. Arbetsmarknadspolitik, utbildning och arbetsmarknadsintegration. [88]
- En effektivare förvaltning av statens fastigheter. [92]
- Att skapa arbeten. Löner, anställningsskydd och konkurrens. [93]
- Gotland – användningen av beteckningarna regionfullmäktige och regionstyrelse. [94]
- E-legitimationsnämnden och Svensk e-legitimation. [104]

Utbildningsdepartementet

- Skolgång för alla barn. [5]
- Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [10]
- Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. [19]
- Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. [28]
- Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [33]
- Kunskap som befrielse? En metaanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. [35]
- Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. [36]

- Könsskillnader i skolprestationer – idéer om orsaker. [51]
- Biologiska faktorer och könsskillnader i skolresultat. Ett diskussionsunderlag för Delegationen för jämställdhet i skolans arbete för analys av bakgrunden till pojkars sämre skolprestationer jämfört med flickors. [52]
- Pojkar och skolan: Ett bakgrundsdokument om pojkkrisen. Översättning på svenska av engelsk rapport: Boys and School: A Backgroundpaper on the "Boy Crisis". + Engelsk rapport. [53]
- Förbättrad återbetalning av studieskulder. [54]
- "Se de tidiga tecknen" – forskare reflekterar över sju berättelser från förskola och skola. [64]
- Barns perspektiv på jämställdhet i skola. En kunskapsöversikt. [66]
- I rättan tid? Om ålder och skolstart. [67]
- Gymnasial lärlingsutbildning – utbildning för jobb. Erfarenheter efter två års försök med lärlingsutbildning. [75]
- Pojkars och flickors psykiska hälsa i skolan: en kunskapsöversikt. [79]
- Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. [80]
- Att bli medveten och förändra sitt förhållningssätt. Jämställdhetsarbete i skolan. [83]
- Hedersrelaterad problematik i skolan – en kunskaps- och forskningsöversikt. [84]
- Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning. [95]
- Riktiga betyg är bättre än höga betyg. Förslag till omprövning av betyg. [96]
- Resultatuppföljning, läskvalitet och skolutveckling – tre bidrag till diskussionen om jämställdhet i skolan. [97]
- Flickor, pojkar, individer – om betydelsen av jämställdhet för kunskap och utveckling i skolan. [99]

Jordbruksdepartementet

- Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. [9]
- Bättre marknad för tjänstehundar. [21]
- Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårdsplan. [42]
- Folkhälsa – Djurhälsa. Ny ansvarsfördelning mellan stat och näring. Del A+B+Bilagor. [106]

Miljödepartementet

- Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. [3]
- Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. [6]
- En myndighet för havs- och vattenmiljö. [8]
- Prissatt vatten? [17]
- Planering på djupet – fysisk planering av havet. [91]
- Handlingsplan för att utveckla strategier i miljömålssystemet. [101]

Näringsdepartementet

- Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. [23]
- Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. [27]
- Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. [30]
- Utländsk näringsverksamhet i Sverige. En översyn av lagstiftningen om utländska filialer i ett EU-perspektiv. [46]
- Innovationsupphandling. [56]
- Effektivare planering av vägar och järnvägar. [57]
- Driftskompatibilitet och enheter som ansvarar för underhåll inom EU:s järnvägssystem. [61]
- Förbättrad vinterberedskap inom järnvägen. [69]
- Svensk sjöfarts konkurrensförutsättningar [73]
- Mer innovation ur transportforskning. [74]
- Transportstyrelsens databaser på vägtrafikområdet – integritet och effektivitet. [76]
- Trafikverket ICT. [82]
- Ansvar för järnvägssäkerheten. Kan en annan fördelning gynna en marknadsdriven utveckling? [100]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

- Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. [7]
- Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. [16]
- Sverige för nyanlända utanför flyktingmottandet. [37]

- Romers rätt – en strategi för romer i Sverige. [55]
- Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering. [60]
- Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter. + Bilagor + Lättläst + Daisy. [70]

Kulturdepartementet

- Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. [11]
- I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. [12]
- På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksställningar. [34]

Arbetsmarknadsdepartementet

- Flyttningsbidrag och unionsrätten. [26]