

Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning

Rapport
2007

Kristina Alexanderson
Mia von Knorring
Marianne Parmander
Arja Tyrkkö

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet



Rapporten kan laddas ner från www.ki.se/ip
där den ligger under "Publikationer" > "Nedladdningsbara publikationer".

eller beställas från

Sektionen för personskadeprevention
Institutionen för klinisk neurovetenskap
Karolinska Institutet
Berzelius väg 3
171 77 Stockholm

Fax: 08-524 832 05
Telefon: 08-524 83218
E-post: eva.nilsson@ki.se

Förord

I samband med den dramatiska ökningen av sjukfrånvaro i Sverige vid det senaste sekelskiftet, initierade regeringen ett flertal åtgärder för att minska sjukfrånvaron. En av dessa är den så kallade miljardsatsningen, vilket är ett unikt och omfattande treårigt projekt för att förbättra hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning. Under de tre åren 2007-2009 har regeringen avsatt upp till en miljard kronor per år i stimulanspengar till landstingen för denna satsning.

Miljardsatsningen kommer att utvärderas på många sätt, bl. a. med hjälp av olika typer av data från t.ex. Försäkringskassan, medicinska journaler, medicinska utlåtanden (s.k. sjukintyg), enkäter till läkare, intervjuer, dokument såsom handlingsplaner, protokoll etc. För att kunna utvärdera effekten av vidtagna åtgärder behövs även information om hur situationen var före satsningen, så kallade baslinjedata. Vissa sådana data finns redan insamlade eller går att samla in i efterhand från olika dokument eller register. Eftersom en central aspekt i miljardsatsningen är hur hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning leds och styrs, önskade regeringen även få baslinjedata om hur chefer på olika nivåer ser på detta. Undertecknad har lett arbetet med insamlandet och initiala analyser av sådana data, vilka redovisas i denna rapport. Avsikten är att följa upp detta om tre år, när miljardsatsningen är slutförd.

Följande personer har medverkat i olika delar av projektet. Samtliga är verksamma vid Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet i Stockholm, om inte annat framgår nedan:

- ◆ Kristina Alexanderson, professor, socionom, medicine doktor i socialmedicin.
- ◆ Vivian Daza-Saucedo, projektassistent.
- ◆ Eva Fellenius, sjuksköterska, verksamhetsstrateg, Centrum för vårdutveckling, Forum för kunskap och utveckling, Stockholms läns landsting.
- ◆ Eva Flodström, psykolog, personalutvecklare, Forsknings- och forskarutbildningsavdelningen, Karolinska Institutet.
- ◆ Christian Garheden, IT-ansvarig.
- ◆ Mia von Knorring, leg. psykolog, universitetsadjunkt i ledarskap och organisationsutveckling, doktorand i medical management.
- ◆ Annelie Löfqvist, konsult, f.d. direktör i Landstingsförbundet.
- ◆ Eva Nilsson, forskningsassistent.
- ◆ Marianne Parmander, magister i folkhälsovetenskap, socionom, Centrum för folkhälsa, Avdelningen för socialmedicin och epidemiologi, Stockholms läns landsting.
- ◆ Arja Tyrkkö, filosofie doktor i sociologi, forskare.

Dessutom har flera personer har bidragit med värdefulla synpunkter under manusarbetet, bl.a. konsult Sven-Eric Bergman, professor Mats Brommels, professor Martin Ingvar, doktorand Anna Löfgren, professor Staffan Marklund, medicine doktor Elsy Söderberg, Försäkringskassan, samt f.d. vd för Landstingsförbundet Ulf Wetterberg.

Vi tackar samtliga intervjupersoner som generöst delat med sig av sina erfarenheter i samband med datainsamlingen till detta projekt!

Kristina Alexanderson
Professor i socialförsäkring, projektansvarig

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Sammanfattning	3
1 Inledning	5
1.1 Miljardsatsningen.....	5
1.2 Socialstyrelsens tillsyn över sjukskrivningsprocessen.....	7
1.3 Hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation.....	9
1.4 Begrepp	10
1.5 Syfte	11
2 Material och metod	12
2.1 Studiepopulation.....	12
2.2 Datainsamling	12
2.2.1 Intervjuer	12
2.2.2 Intervjuguide.....	13
2.3 Deltagande och bortfall.....	14
2.3.1 Nivå 1: Landstingsdirektörer.....	14
2.3.2 Nivå 2: Chefer som är direkt underställda landstingsdirektören	14
2.2.3 Nivå 3: Verksamhetschef med direkt chefsansvar för sjukskrivande läkare	15
2.2.4 Undersökningsgruppen.....	15
2.4 Bearbetning och analys av data.....	17
2.4.1 Databearbetning.....	17
2.4.2 Dataanalys.....	17
3 Resultat.....	20
3.1 Ledning och styrning.....	20
3.1.1 Landstingsdirektörernas syn på ledning och styrning	21
3.1.2 Verksamhetschefernas syn på ledning och styrning.....	24
3.1.3 Nivå 2-chefernas syn på ledning och styrning	27
3.1.4 Syn på ledning av läkare.....	29
3.1.5 Stöd från närmaste chef.....	29
3.1.6 Sjukskrivningsfrågans prioritet i verksamheten.....	30
3.2 Kunskap och kompetens	31
3.2.1 Ledning av kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården.....	32
3.2.2 Omnämmande av forskning och vetenskap.....	35
3.3 Samverkan	37
3.3.1 Syn på samverkan i sjukskrivningsprocessen.....	37
3.3.2 Faktorer som ansågs påverka samverkan.....	40
3.4 Kvinnors ohälsa	45
3.4.1 Syn på arbetet med kvinnors ohälsa	45
3.5 Syn på miljardsatsningen.....	48
3.5.1 Miljardsatsningens betydelse.....	48
3.5.2 Betydelsen av ekonomiska incitament.....	51
3.5.3 Andra incitament än ekonomiska.....	54
3.5.4 Vad cheferna såg som sina viktigaste uppgifter.....	56
3.5.5 Beslutsstöd.....	58
4 Diskussion	59
4.1 Metodöverväganden	59
4.1.1 Studiedesign och datainsamling	59
4.1.2 Dataanalys.....	61
4.2 Diskussion av resultaten.....	61
4.2.1 Chefers syn på ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen.....	61
4.2.2 Ledning och styrning av kunskaps- och kompetensaspekter.....	64
4.2.3 Chefers syn på ledning och styrning av samverkansfrågor	66
4.2.4. Ledning och styrning av uppdraget om kvinnors ohälsa	67
4.2.5 Miljardsatsningens betydelse.....	68
4.2.6 Slutsatser	69
5 Referenser	70

Sammanfattning

Sjukfrånvaron i Sverige är hög och har dessutom varierat kraftigt de senaste två årtiondena. Många aktörer har betydelse i sjukskrivningsprocessen, bl.a. hälso- och sjukvården. Flera studier har påvisat brister i sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning. Mot bakgrund av detta har regeringen gjort en treårig satsning, den så kallade miljardsatsningen, för att stötta landstingen i att ge sjukskrivningshanteringen ökad prioritet. Satsningen innebär att landstingen tillsammans får upp till en miljard kronor per år under de tre åren 2007-2009 för att förbättra sjukskrivningshanteringen inom hälso- och sjukvården. Detta ska ske genom att strukturella åtgärder vidtas inom områdena ledning, kunskap/kompetens och samverkan. Ett särskilt fokus skall även läggas på kvinnors ohälsa.

Syftet med föreliggande projekt har varit att generera kunskap om hur chefer inom hälso- och sjukvården ser på ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning, bl.a. för att få baslinjedata för att kunna utvärdera effekten av miljardsatsningen.

Datainsamling har skett från september 2006 till och med januari 2007 genom intervjuer med chefer på tre nivåer inom landstingens hälso- och sjukvård; landstingsdirektörerna (Nivå 1), de näst högsta cheferna för sjukvården med övergripande ansvar för sjukhusvård respektive primärvård (Nivå 2), samt ett strategiskt urval av verksamhetschefer inom både primärvård och sjukhusvård (Nivå 3). Intervjuerna har spelats in, skrivits ut ordagrant och analyserats via innehållsanalys. Bortfallet på Nivå 1 och 2 var lågt. Sammanlagt har data från intervjuer med 82 chefer analyserats.

Resultaten visar att hanteringen av patienters sjukskrivning var en fråga som nu fanns på agendan på högsta nivå i samtliga landsting. Handlingsplaner hade utarbetats och kontakter fanns med de regionala försäkringskasskontoren. Nästan alla landstingsdirektörer bedömdes dessutom ge sjukskrivningsfrågan hög prioritet. Graden av prioritet minskade dock avsevärt med chefsnivå. Även andelen chefer som beskrev att de fått stöd av sin närmaste chef i arbetet med att leda och styra sjukskrivningshantering eller som hade fått uppdrag inom området minskade kraftigt med chefsnivå. T.ex. upplevde verksamhetscheferna stöd från sin närmaste chef i betydligt lägre grad än vad cheferna på Nivå 2 gjorde.

I intervjuerna beskrevs i huvudsak två sätt att styra och leda sjukskrivningshanteringen i sjukvården: dels i chefslinjen, dels utanför chefslinjen via läkarprofessionen eller via olika stabsfunktioner. Högre chefer betonade oftare betydelsen av att få med sig läkargruppen i processen för att få genomslag. Chefer på lägre nivåer beskrev det visserligen som viktigt att få med sig läkarna i arbetet, men många upplevde att de hade svårt att leda sjukskrivningshanteringen inom sin verksamhet om frågan inte ”kom in i chefslinjen”. Ofta beskrev chefer det som svårt att avgöra vad som var en fråga för cheferna i linjen, och vad som var en fråga för läkarprofessionen eller för olika stabsfunktioner när det gällde sjukskrivningshantering.

I några landsting hade frågan delegerats till en chef på övergripande nivå inom primärvården medan ingen motsvarande delegation gjorts till en chef inom sjukhusvården trots att en stor del av sjukskrivning av patienter sker vid sjukhuskliniker.

Många chefer var famlande i *vad* det är som ska ledas och styras när det gäller patienters sjukskrivning. Få chefer tog i intervjuerna spontant upp ledningsaspekter som kvalitetssäkring, strategier för samverkan, kompetensutveckling och forskning, rutiner och riktlinjer, patientsäkerhetsfrågor eller system för dokumentation, när det gällde hanteringen av patienters sjukskrivning. Samtliga dessa är områden som Socialstyrelsen specifikt betonade i sin tillsyn av sjukskrivningshanteringen inom primärvården år 2004 och som även regleras i de lagar som styr chefers arbete inom hälso- och sjukvården. Kännetecknande var att många chefer, oavsett nivå, inte i första hand nämnde organisatoriska eller strukturella aspekter av verksamheten när det gällde ledning av arbetet med av patienters sjukskrivning, utan snarare diskuterade den enskilde läkarens agerande eller kompetens. Få diskuterade ledning och styrning av de andra yrkesgrupper, utöver läkare, som kan vara aktuella i sjukskrivningsprocessen. Många uttryckte även svårigheter med att leda läkare.

När det gäller *kunskap* fanns en stor medvetenhet bland cheferna om att det saknas vetenskaplig kunskap om optimal sjukskrivning och detta sågs som ett problem. Trots detta omnämnde endast ett fåtal chefer strategier för att generera ny kunskap och dessa var då oftast begränsade till enstaka projekt. Vidare föreföll många trevande inför hur man kan följa upp och kvalitetssäkra att den kunskap som faktiskt finns används i organisationen. Få hade vid tidpunkten för intervjun kännedom om det beslutsstöd för sjukskrivning som planeras bli introducerat i hela landet under hösten 2007, och ännu färre hade diskuterat en strategi för att börja använda detta i verksamheten.

Chefer på samtliga nivåer såg i allmänhet *samverkan* och samarbete som viktigt för att kunna förbättra hanteringen av patienters sjukskrivning. På högsta ledningsnivå hade vanligen tydligare samverkan med Försäkringskassan etablerats. Ofta saknades dock strategier för hur samverkan skulle hanteras på övriga nivåer i organisationen och vad som kan göras för att överbrygga hinder och svårigheter.

Få chefer beskrev konkreta planer när det gällde *kvinnors ohälsa* och dessa planer var då framförallt kopplade till enstaka projekt i verksamheten. Detta har möjligen samband med otydlighet i avtalet om miljardsatsningen.

Slutsatser som kan dras är att miljardsatsningen hittills inneburit att de högsta cheferna inom landstingens hälso- och sjukvård nu har sjukskrivningsfrågan på agendan och ger den hög prioritet. Stora skillnader framkom dock mellan de tre chefsnivåerna både i synen på det egna ansvaret, i chefernas upplevelse av möjligheten att utöva detta ansvar samt i hur sjukskrivningsfrågan prioriterades i verksamheten.

En stor osäkerhet framkom också hos många chefer kring *vad* det är som kan ledas och styras i arbetet med patienters sjukskrivning, snarare än om *hur* det kan ske. För att optimera effekterna av miljardsatsningen och förbättra hanteringen av patienters sjukskrivning, vore det en fördel att tydligare ge information och stöd till chefer i hälso- och sjukvården om vad ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen, på verksamhetsnivå, kan innebära.

1 Inledning

Sjukfrånvaron i Sverige är i ett internationellt perspektiv hög och har dessutom fluktuerat betydligt de senaste två decennierna vilket inte heller är vanligt i andra länder (1-3). Sedan flera år har den höga sjukfrånvaron definierats som ett stort samhällsproblem och ett folkhälsoproblem för Sverige (2, 4, 5).

Ett flertal aktörer kan vara aktuella i samband med en individs sjukfrånvaro, bl.a. arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan, hälso- och sjukvård, arbetsförmedling, socialtjänst, olika rehabiliteringsaktörer, och den sjukskrivne (4). Riksdag och regering har under de senaste åren vidtagit ett flertal åtgärder för att minska sjukfrånvaron i Sverige. En av dessa är den så kallade miljardsatsningen, en treårig satsning för att förbättra hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsärenden. I det projekt som beskrivs i denna rapport har vissa så kallade baslinjedata samlats in och analyserats, som senare bas för en av flera utvärderingar av miljardsatsningen.

I detta kapitel beskrivs först miljardsatsningen, och bakgrunden till denna satsning. För att ge ytterligare bakgrund till resultatredovisningen i kapitel 3 ges också en bild av Socialstyrelsens slutsatser från sin tillsyn över sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården samt en kort beskrivning av hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation. Dessutom diskuteras några centrala begrepp.

1.1 Miljardsatsningen

Hösten 2005 beslöt regeringen om en treårig satsning för att förbättra hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning. Satsningen innebär att för vart och ett av åren 2007, 2008 och 2009 utbetalar staten högst 1 miljard kronor som landstingen får dela på utifrån storlek respektive utifrån hur mycket man lyckas sänka sjukfrånvaron – det senare innebär att det finns ett tydligt ekonomiskt incitament inbyggt. En fjärdedel, 250 miljoner kronor, av det ekonomiska bidraget i miljardsatsningen är fast, dvs. varje landsting får en viss summa utifrån befolkningsunderlag, t.ex. innebär det för Stockholms läns landsting ca 50 miljoner kronor per år. Den övriga delen är rörlig och dess storlek beror framförallt på hur mycket sjukskrivningsnivån i respektive län gått ner det senaste året.

En förutsättning för utbetalning av dessa medel är att respektive landsting träffar en överenskommelse med Försäkringskassan om vilka åtgärder som skall vidtas under åren 2006-2008.

Denna satsning har fått flera olika benämningar, såsom sjukvårdsmiljarden eller miljardsatsningen. För att förenkla texten har vi i rapporten valt benämningen miljardsatsningen.

I avtalet från 2005 mellan staten och Landstingsförbundet, som fr.o.m. 27 mars 2007 ingår i Sveriges Kommuner och Landsting, konstateras att ”medlen skall användas till att öka hälso- och sjukvårdens deltagande för att förbättra sjukskrivningsprocessen och minska ohälsan i respektive län”. Vidare sägs det i avtalet att ”Den länsvisa

överenskommelsen skall innebära ett åtagande för landstinget att vidta strukturella åtgärder för att ge sjukskrivningsfrågorna ökad prioritet inom hälso- och sjukvården” och undanröja de problem som på olika sätt drabbar patienter. Satsningar skall framförallt omfatta utveckling av *fyra specifika områden: ledning, kompetens, samverkan och kvinnors ohälsa*.

Eftersom utgångsläget varierar mellan landstingen vad gäller hantering av sjukskrivningsprocessen inom landstinget ser dessa åtgärdsplaner olika ut mellan landstingen. Datainsamlingen i projektet genomfördes när landstingen just hade fått klart de lokala avtalen med Försäkringskassan.

Bakgrunden till miljardsatsningen var bl.a. tidigare studier (6-10) som påvisat omfattande problem inom hälso- och sjukvården när det gäller ledning, kompetens och samverkan i arbetet med patienters sjukskrivning.

Ledningsproblemen har bl.a. handlat om att landstingen sällan uttalat att hanteringen av patienters sjukskrivning är en prioriterad uppgift för medarbetarna och att landstingen har saknat en helhetsstrategi för arbetet. Befintliga styrsystem har dessutom ibland motverkat en optimal handläggning. Landstingen har i stor utsträckning saknat strategier för kvalitetssäkring, kompetensutveckling och kunskapsgenerering inom sjukskrivningsområdet och ledningen har sällan beaktat dessa frågor.

Kunskap och kompetens brister enligt studierna i flera avseenden. Till exempel saknas vetenskapligt baserad kunskap inom två områden. Dels om vad som är optimal sjukfrånvaro vid olika tillstånd och arbetskrav samt om konsekvenser (positiva och negativa) av att vara sjukfrånvarande. Dels om optimal diagnosättning, behandling och rehabilitering av flera av de stora besvärsgруппerna bakom sjukfrånvaro, såsom vissa psykiska besvär och vissa smärttillstånd. Sådan kunskap behövs för att göra adekvata ställningstaganden för den enskilde patienten.

Vidare är kompetensen ibland bristande bland sjukvårdspersonal inom framförallt tre områden. Det ena gäller försäkringsmedicinsk kunskap, dvs. kunskap om lagar och regler, hur försäkringen och samhället fungerar, om sjukvårdens roll, möjligheter och skyldigheter, om hur samverkan kan ske, om kommunikation, konflikthantering, samt om hur bedömning av arbetsförmåga kan ske. Det andra handlar om handläggning av patienter med psykosocial problematik – bristerna innebär bl.a. att sådan problematik inte hanteras alls alternativt att den medikaliseras. Det tredje området är färdigheter som behövs för samarbete och samverkan både inom sjukvården och externt med andra aktörer.

Samverkansproblem finns enligt studierna både internt inom sjukvården och externt i samverkan med andra aktörer såsom arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan och arbetsförmedling (6-10).

Ovanstående problem innebär att hanteringen av patienter för vilka sjukfrånvaro är aktuell inte alltid blir optimal. Det kan bl.a. leda till onödigt långa sjukskrivningar, långa och ofta passiva väntetider, ojämlig behandling, och att utrednings- och behandlingsprocesser av vikt för återgång i arbete inte sker parallellt. Studierna visar också att problemen leder till stor frustration bland professionella inom sjukvården liksom bland andra aktörer (6-10).

1.2 Socialstyrelsens tillsyn över sjukskrivningsprocessen

Ett flertal lagar har relevans för hantering av sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården. Dit hör bl.a. hälso- och sjukvårdslagen, lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, patientjournalagen samt flera av Socialstyrelsens föreskrifter t.ex. ”föreskriften om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården” samt ”föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården”. Socialstyrelsen, som utövar tillsyn över hälso- och sjukvården i Sverige, fick år 2003 i uppdrag av regeringen att utöva tillsyn av sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården i ett treårigt projekt (8-11). I tillsynen fokuserades specifikt hur *verksamheten* hanterade sjukskrivningsprocessen; dvs. inte den enskilde yrkesutövarens hantering av enskilda patienter.

Socialstyrelsen konstaterade i sin tillsyn att sjukskrivning utgör en möjlig åtgärd i samband med vård och behandling av en patient och att sjukskrivning därför skall hanteras och bedömas utifrån samma kriterier som andra åtgärder inom sjukvården. Man konstaterade även att sjukskrivningsprocessen måste ingå i ledningssystemen, både vad gäller rutiner för systematiskt kvalitetsarbete och rutiner för samverkan.

Socialstyrelsen fann ett flertal brister i hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsprocessen. Bl. a. fanns brister i dokumentation både i journaler och medicinska underlag (ofta kallade sjukintyg) när det gäller uppgifter som är väsentliga för patientsäkerheten. Detta innebär att kravet om spårbarhet ofta inte uppfylls: 8 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör en viss patient skall kunna identifieras och spåras i dokumentationen (8-11).

Socialstyrelsen framhöll att det i vårdgivarens och i verksamhetschefens ansvarsområde ingår att se till att det finns skriftliga och ändamålsenliga rutiner, riktlinjer eller PM som avser sjukskrivningsprocessen och handläggning av sjukskrivningsfrågor och uppföljning av långtidssjukskrivna patienter inom vården, utbildning samt kompetens för att utfärda intyg. Detta saknades ofta och Socialstyrelsen konstaterade att lokala riktlinjer eller rutiner behöver formuleras – skriftligt –, beslutas, införas och tillämpas i verksamheten (8-11). Man konstaterade också att väntetiderna till specialistbedömningar kunde vara långa och att sjukskrivning förekom utan att läkaren träffat patienten. Många verksamheter ansåg sig dessutom behöva bättre tillgång till beteendevetare i arbete som rörde sjukskrivningsprocessen.

Socialstyrelsen (10, sid. 14-15) framhöll vidare att samverkan i sjukskrivningsprocessen mellan olika kompetenser inom hälso- och sjukvården bör kvalitetssäkras, formaliseras och tydliggöras, inte bara inom en enhet utan även mellan olika vårdgivare och med andra aktörer såsom t.ex. Försäkringskassan.

På nästa sida ges ett utdrag ur Socialstyrelsens förslag till verksamhetsförbättringar (10).

Utdrag ur
Socialstyrelsens förslag till verksamhetsförbättringar,
 framtagna efter tillsyn av sjukskrivningsprocessen (10, sid. 14-15):

Kvalitetsarbete

I syfte att förbättra sjukskrivningsprocessen har Socialstyrelsen genom resultaten av tillsynen identifierat områden där det finns utrymme för kvalitetsutveckling:

- Ledningssystemen bör omfatta sjukskrivningsprocessen och såväl inom den offentliga vården som hos enskilda vårdgivare bör man utforma rutiner för sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården.
- Ledningssystemen bör även omfatta rutiner för egenkontroll för att kunna utvärdera insatser för gruppen långtidssjukskrivna patienter.

Det systematiska kvalitetsarbetet som rör sjukskrivning bör bland annat

- säkerställa att patientjournalerna innehåller viktiga uppgifter för övervägandet av sjukskrivning, t.ex. om patientens sociala förhållanden, eventuellt missbruk och planerade rehabiliteringsåtgärder
- säkerställa att det i journalen motiveras skäl för och syfte med sjukskrivningen såsom sjukskrivningens orsak, längd, omfattning och förväntade effekt
- säkerställa att försäkringskassan från sjukskrivande läkare får den information som efterfrågas i intygsblanketten och som behövs för de beslut försäkringskassan skall fatta. Det skall bl.a. tydligt anges hur patientens aktuella sjukdom begränsar funktionen och uppgiven arbetsförmåga samt planerade åtgärder och syftet med sjukskrivningen. Även eventuella arbetsgivare bör, när inte sekretessen hindrar det, få nödvändig information om patientens funktionsförmåga och behov av arbetsrehabiliterande åtgärder
- omfatta uppföljning av gruppen långtidssjukskrivna patienter.

Ledningssystemen bör också omfatta rutiner för samverkan kring långtidssjukskrivna patienter:

- I rehabiliteringsarbetet måste hälso- och sjukvården, övriga rehabiliteringsaktörer och inte minst patienten själv känna till sina roller och ta sitt ansvar för att säkerställa att rehabiliteringsåtgärder sätts in och att det sker i rätt tid.
- Samverkan mellan hälso- och sjukvården och övriga rehabiliteringsaktörer tillsammans med berörd patient bör utvecklas och vars och ens ansvar tydliggörs. Som ett led i samverkan bör man eftersträva kontinuitet i kontakten mellan de olika aktörerna och man bör främja god kommunikation inklusive återkoppling. Särskilt viktig bedöms kommunikationen mellan sjukskrivande läkare och försäkringskassan vara.

1.3 Hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation

Fokus i miljardsatsningen är ledning och styrning av arbetet inom hälso- och sjukvården med patienter som är sjukskrivna, eller riskerar att bli sjukskrivna. I ledning av offentlig hälso- och sjukvård i Sverige talar man ofta om tre typer av styrning: politisk, administrativ och professionell (12). I detta projekt är landstingens administrativa styrning och ledning i fokus.

I samtliga landsting tillsätts den högsta administrativa chefen, landstingsdirektören eller regiondirektören, av den politiskt sammansatta landstingsstyrelsen. Hur övriga ledningsfunktioner är organiserade skiljde sig dock i hög utsträckning åt både mellan och inom landstingen. I en del landsting finns det många chefsnivåer. I andra landsting, där organisationen är mer ”platt”, finns bara två eller tre nivåer. Cheferna kan ha olika utbildningsbakgrund - förr hade en stor del läkarutbildning, nu har en allt större andel annan grundutbildning (13, 14). Cheferna kan även ha mycket olika mandat och ”administrera” (= leda, förvalta, styra) olika typer av organisatoriska enheter. Många är chefer på deltid och har samtidigt andra uppdrag, t.ex. i klinisk verksamhet som läkare eller sjuksköterska.

Inom landstingsorganisationen finns också olika stabsfunktioner med uppdrag att stödja verksamheten på en övergripande nivå.

Beslutsvägarna för den administrativa ledningen följer vanligen formellt en så kallad linjeorganisation, med en eller flera chefer som är underställda varandra ”i linjen”, dvs. i chefslinjen, från högsta chefen, landstingsdirektör eller regiondirektör, över en eller flera nivåer, till den ansvarige för varje enskild verksamhet, den så kallade verksamhetschefen. Verksamhetschefen, som kan tillsätta ytterligare chefer under sig, har det yttersta personalansvaret för frågor som t.ex. rör psykosocial arbetsmiljö, kompetensutveckling och arbetsformer. Verksamhetens ledning och verksamhetschefens ansvar och befogenheter styrs bl.a. av tre paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen (12):

”28§ Ledning av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.

29§ Inom hälso- och sjukvården skall det finnas någon som svara för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen får dock bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta.

30§ Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullfölja enskilda ledningsuppgifter”.

Lagtexten innebär att det parallellt med den administrativa ledningen på olika nivåer i hälso- och sjukvården också finns professionell (medicinsk) ledning som utövas av läkare som på uppdrag av den administrativa ledningen tilldelats ansvar för ledning av viss medicinsk verksamhet.

Landstingen har också i viss utsträckning möjlighet att styra inriktningen på den hälso- och sjukvård som bedrivs utanför landstingen. Detta regleras då via uppdrag och avtal med upphandlade enskilda verksamheter. Hur dessa sedan väljer att utföra uppdragen leds och styrs dock via dessa verksamheters egen interna linjeorganisation eller eventuell annan ledningsform de valt.

1.4 Begrepp

Problemområdet som detta projekt omfattar är synnerligen komplext dels vad gäller sjukskrivningsprocessen i sig, dels vad gäller ledning och styrning inom sammansatta organisationer såsom landstingen. Det finns många olika definitioner av styrning och ledning (15). I rapporten har vi valt att använda styrning och ledning som ett samlat begrepp för att i intervjuerna få en så bred beskrivning som möjligt av chefernas uppdrag. Detta innebär dock inte att begreppen är synonyma. När det gäller privata vårdgivares hantering av sjukskrivningsärenden har landstingets chefer t.ex. inget ledningsuppdrag, men kan, bl.a. genom utformning av avtalen med dem, i olika grad styra sådan verksamhet.

Begreppet sjukskrivning används här i mycket vid bemärkelse. Det sägs t.ex. ibland att läkare ”sjukskriver”, när det som avses är att läkare utfärdar ett medicinskt underlag som patientens arbetsgivare, och senare Försäkringskassans handläggare, använder som underlag för att fatta beslut om rätt till sjuklön respektive till sjukpenning. Vi är väl medvetna om att detta språkbruk bör ses över då det ibland ger patienter och andra berörda en felaktig bild av att det är läkaren som fattar beslutet om rätt till sjukpenning (16). På samma sätt använder vi ibland ordet sjukintyg som samlingsbegrepp för många av de olika medicinska underlag, intyg och utlåtanden som läkare utfärdar i samband med sjukskrivning. Även om det inte är helt korrekt att använda dessa termer tar vi oss friheten att göra det i den kommande texten, för att inte i onödan tynga språket.

Vi använder även begreppet *sjukskrivningsprocessen*, och hänvisar då till hur Socialstyrelsen definierat det i detta sammanhang (8, sid. 9).

”Man kan se sjukskrivning som resultatet av en process som innefattar flera aktörers aktiviteter, bedömningar och beslut. Huvudaktörerna är individen, hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Sjukskrivningsprocessen är mycket nära förknippad med rehabiliteringsprocessen. Hälso- och sjukvårdens ansvarar för vård och behandling, inklusive medicinsk rehabilitering samt intygande. I rollen ingår också att samverka med övriga aktörer. Sjukskrivningen är en följd av patientens sjukdomstillstånd. När en patient söker vård ska läkaren ta ställning till vilken behandling patientens sjukdom kräver. Läkaren ska ibland också bedöma huruvida sjukdomen kräver att patienten avstår från att arbeta/söka arbete. Sjukskrivning är då en del av behandlingen av sjukdomen och skall därför baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet enligt lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. I andra fall kan sjukdomen medföra att patienten saknar möjlighet att arbeta, utan att sjukskrivningen i sig har någon terapeutisk effekt. Det kan innebära att patienten har rätt till sjukpenning som ersättning för förlorad arbetsinkomst. När läkaren ordinerar sjukskrivning är det alltid en del av vården och behandlingen av patienten men inte alltid en del av behandlingen för sjukdomen ifråga.”

I sjukskrivningsprocessen har hälso- och sjukvården alltså ett flertal olika uppgifter utöver att utfärda intyg – uppgifter som skall utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, kvalitetssäkras, samverkas och samarbetas kring – uppgifter och strategier som ska styras och ledas på motsvarande sätt som andra uppgifter inom hälso- och sjukvården (1, 6, 8-10).

Den svenska allmänna *sjukförsäkringen* är en försäkring mot inkomstbortfall när en person inte kan försörja sig pga. sjukdom eller skada (17). Två rekvisit krävs för att få rätt till sjukpenning, dels att sjukdom eller skada föreligger, dels att just denna lett till nedsättning av arbetsförmågan med minst 25 %. Andra orsaker till nedsättning av arbetsförmågan berättigar inte till sjukpenning. Arbetsförmågan skall bedömas i relation till kraven i just den personens arbete eller, vid längre tids arbetsförmåga, i relation till andra på arbetsmarknaden vanligt förekommande arbeten.

1.5 Syfte

Syftet med projektet är att generera kunskap om hur chefer inom hälso- och sjukvården ser på ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Syftet är också att få baslinjedata inom detta område inför framtida utvärderingar av regeringens satsning för att förbättra hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsprocessen, den så kallade miljardsatsningen. Specifikt fokuseras de områden som poängteras i avtalet kring miljardsatsningen: ledning, kompetens, samverkan, respektive kvinnors ohälsa.

Syftet har däremot *inte* varit att beskriva åtgärder som vidtagits, det görs i andra sammanhang.

2 Material och metod

Studien baseras på material från intervjuer med chefer på olika nivåer inom landstingen. De flesta intervjuerna var individuella medan några genomfördes i grupp. Materialet har analyserats med innehållsanalys.

2.1 Studiepopulation

För att belysa ledning och styrning av sjukskrivningshantering inbjöds chefer på tre ledningsnivåer inom i hälso- och sjukvården att delta i studien. Studiepopulationen utgjordes av de högsta och näst högsta cheferna inom hälso- och sjukvården i var och ett av Sveriges 21 landsting samt ett strategiskt urval av verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård. Det innebär att studiepopulationen bestod av samtliga 21 landstingsdirektörer (här kallade Nivå 1), och totalt 45 chefer med övergripande ansvar för sjukhusvård och/eller primärvård i varje landsting (Nivå 2). Dessa var vanligen direkt underställda landstingsdirektören i respektive landsting. Studiepopulationen bestod också av ett antal verksamhetschefer för verksamheter som hanterar sjukskrivning av patienter (Nivå 3). För de senare gjordes ett strategiskt urval för att få en representation av chefer både från primärvård och sjukhusvård, från olika delar av landet samt från både storstads- och glesbygdslän.

Totalt har material från intervjuer av 82 chefer analyserats. Av dessa var 74 individuella intervjuer och tre fokusgruppintervjuer (Tabell 1).

Chefsnivåer i studien

- **Nivå 1** Landstingsdirektörer och regiondirektörer. Av anonymitetsskäl kallas samtliga dessa i fortsättningen för landstingsdirektörer, eftersom det endast fanns tre regiondirektörer.
- **Nivå 2** Chefer direkt underställda landstingsdirektören, med ansvar för primärvård och/eller sjukhusvård.
- **Nivå 3** Verksamhetschefer, med ansvar för enskilda medicinska verksamheter och direkt chefsansvar för sjukskrivande läkare.

2.2 Datainsamling

2.2.1 Intervjuer

Data har samlats in via semistrukturerade intervjuer genomförda av tre erfarna intervjuare som dessutom har arbetat såväl som chefer inom hälso- och sjukvård som med stöd till och/eller handledning av chefer. Samtliga landstingsdirektörer och chefer

på Nivå 1 och 2 har intervjuats individuellt, vid ett personligt möte eller via en telefonintervju. På Nivå 3 genomfördes både individuella intervjuer och fokusgruppintervjuer, dvs. intervjuer i grupp.

Samtliga i studiepopulationen fick inbjudan att delta i studien via ett brev till sin arbetsplats. Först inbjöds chefer på Nivå 1, därefter på Nivå 2 och sist, från och med november 2006, chefer på Nivå 3. Detta för att öka chansen att initiativ från chefer på högre nivå skulle ha hunnit nå ut till verksamhetschefer vid tidpunkten för intervjun. Inbjudan att delta i studien innehöll information om studiens syfte, bakgrund, att det var frivilligt att delta, hur resultatet skulle redovisas samt hur urvalet av intervjupersoner gjorts. Intervjuarna kontaktade sedan de inbjudna för att boka en tid för intervju; de som inbjöds till fokusgruppsintervju fick redan i inbjudningsbrevet möjliga datum att ta ställning till. Varje intervjuperson lämnade sitt samtycke till deltagande i studien genom att muntligen bekräfta detta i samband med intervjun.

Intervjuerna genomfördes från och med september 2006 fram till och med januari 2007. De individuella intervjuerna varade högst en timme, i genomsnitt cirka 45 minuter. Flertalet genomfördes som telefonintervjuer, andra vid personliga möten. Fokusgruppintervjuerna genomfördes i lokal i anslutning till de intervjuades arbetsplatser och varade ca 1,5 timme. Vid fokusgruppintervjuerna deltog två av intervjuarna, en som moderator och en som bisittare (18-21).

2.2.2 Intervjuguide

Intervjuerna var semistrukturerade och intervjuarna utgick från en generell intervjuguide som anpassades för respektive chefsnivå. Utformningen av intervjuguiden baserades på tidigare studier inom området (6), på syftet med projektet och på diskussioner inom projektgruppen. Intervjuguidens användbarhet och relevans testades i pilotintervjuer. Projektgruppen träffades regelbundet och diskuterade reaktioner både från de intervjuade och från intervjuarna, vilket ibland ledde till smärre modifieringar av respektive intervjuguide, utifrån en grounded theory ansats (22-24).

Följande områden togs upp i intervjuguiderna:

- Ledning och styrning av arbetet med hantering inom hälso- och sjukvården av patienters sjukskrivning, generellt och vad gäller de fyra områdena som lyfts fram i miljardsatsningen (ledning, kompetens, samverkan, respektive kvinnors ohälsa).
- Eventuella problem med detta, intervjupersonens syn på sitt ansvar i frågan, hur miljardsatsningen påverkar detta, det ekonomiska incitamentets betydelse, personer i organisationen som fått uppdrag kopplade till miljardsatsningen, på vilken nivå i organisationen de är placerade, vilka mandat, resurser och befogenheter dessa fått.
- Hur ledningen av sjukskrivningshantering och av miljardsatsningen har organiserats, vilka problem man upplever finns kring ledning av den här frågan, styrmedel som används, hur och på vilken nivå samverkan sker med Försäkringskassan och andra aktörer.
- Hur man förberett implementering av kommande förslag till beslutsstöd kring sjukskrivningsfrågor.

- Mot slutet av intervjuerna ombads personen att berätta om vilka uppgifter hon eller han såg som sina tre viktigaste för att leda och styra en förbättrad hantering av patienters sjukskrivning inom hälso- och sjukvården.

Intervjuguiden användes på ett flexibelt sätt. Den intervjuade gavs möjlighet att ta upp och reflektera kring egna tankar och erfarenheter. Om den intervjuade mer svarade i termer av generella visioner och mål var intervjuarna instruerade att fråga om hur just ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning sker konkret.

Projektet har granskats av den Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, som lämnat sitt godkännande.

2.3 Deltagande och bortfall

På Nivå 1 och 2 utgör studien en totalundersökning, dvs. alla i studiepopulationen inbjöds. På Nivå 2 var det ibland problematiskt att identifiera de chefer som uppfyllde inklusionskriterierna, dvs. var direkt underställda landstingsdirektören med ansvar för sjukhusvård resp. primärvård. Det beror på att det var en stor variation i hur landstingen var organiserade, bl.a. i hur många chefsnivåer som fanns inom respektive landsting. I vissa landsting fanns inga chefsnivåer i chefslinjen mellan Nivå 1 och Nivå 3, medan det i andra fanns en eller flera chefsnivåer mellan dessa två.

2.3.1 Nivå 1: Landstingsdirektörer

Samtliga 21 landstingsdirektörer inbjöds per brev att delta i studien (Tabell 1). I brevet betonades värdet av att de, i sin egenskap av att vara högsta ansvariga chef för hälso- och sjukvården, deltog i intervjun. Tre stycken valde att inte medverka. Två av dessa hänvisade till biträdande landstingsdirektören respektive till en direkt underställd tjänsteman med ansvar för sjukvårdsfrågor. Dessa två personer har i studien intervjuats som tillhörande Nivå 2, inte Nivå 1, varför bortfallet blev 14 % på Nivå 1 (Tabell 1).

2.3.2 Nivå 2: Chefer som är direkt underställda landstingsdirektören

Målgruppen utgjorde den eller de chefer, direkt underställda landstingsdirektören, som var ansvariga för sjukhusvård och/eller primär/närsjukvård i respektive landsting. På grund av skillnader i organisation mellan landstingen innebar urvalskriteriet att mellan en till fyra personer per landsting inbjöds till individuell intervju, dock vanligen två stycken. Cheferna på Nivå 2 identifierades i de flesta fall via de informationsansvariga inom respektive landsting. I några fall gavs informationen via landstingsdirektörens sekreterare. Av 45 inbjudna chefer deltog 36 i studien, dvs. 80 % deltagande. Nio chefer valde att inte delta. En av dem delegerade uppgiften till en chef i stab som emellertid inte uppfyllde urvalskriterierna på denna nivå och därför inte intervjuades. Tre avböjde deltagande, övriga avbokade eller fanns inte på plats vid inbokad intervjutid eller kunde inte, trots upprepade försök, nås under intervjuperioden. Ytterligare en intervju föll därefter bort ur materialet p.g.a. dålig ljudkvalitet.

Cheferna som intervjuades på Nivå 2 utgjorde en mer heterogen grupp än förväntat. Här fanns divisionschefer, länsverksamhetschefer, biträdande landstingsdirektörer,

hälso- och sjukvårdsdirektörer, primärvårdsdirektörer, m.fl. representerade. Gemensamt var att alla befann sig någonstans mellan Nivå 1 och 3 i sjukvårdsorganisationen inom landstinget. I de flesta fall var dessa chefer direkt underställda landstingsdirektören. I många fall var de också verksamhetschefernas närmaste övre chef, medan de i andra fall befann sig längre från verksamheten och flera chefsnivåer fanns mellan dem och verksamhetscheferna. I en del landsting med platt organisation saknades chefer i linjen på Nivå 2 och verksamhetscheferna var då direkt underställda landstingsdirektören. I dessa landsting hade cheferna på Nivå 2 ofta en stabsfunktion och har alltså ingen överordnad chefsfunktion för verksamhetscheferna. De var i de flesta fall dock chefer för medarbetarna inom sin egen stab. Även dessa chefer har intervjuats på Nivå 2, då många av dem har fått uppdrag av landstingsdirektören att ansvara för sjukskrivningshanteringen i samband med miljardsatsningen.

2.2.3 Nivå 3: Verksamhetschef med direkt chefsansvar för sjukskrivande läkare

Initialt skickades en inbjudan om deltagande i fokusgruppintervju till ett antal strategiskt utvalda verksamhetschefer från olika typer av klinisk verksamhet i tre strategiskt valda landsting. Tyvärr blev bortfallet mycket stort, vilket inte är ovanligt när läkare inbjuds att medverka i fokusgruppintervjuer (7, 25). En anledning till sådant bortfall är att de inbjudna bara får en eller några få tider att välja på för gruppmötet, dvs. det går inte att individualisera tiden för intervju och inte heller att ändra den om en deltagare får förhinder. I två fokusgrupper tackade samtliga inbjudna chefer nej till deltagande. I dessa fall inbjöds istället några till individuella intervjuer. Inbjudningar att delta i individuell intervju gick i detta skede också ut till ett antal verksamhetschefer som uppfyllde urvalskriterierna i ytterligare landsting. Totalt genomfördes tre fokusgruppsintervjuer med sammanlagt åtta chefer. Dessutom inbjöds 30 verksamhetschefer till individuell intervju. Av dessa deltog 22. Fem avböjde deltagande och två gick inte att nå under intervjuperioden. Totalt intervjuades 30 verksamhetschefer i fem landsting. Vid analysarbetet framkom att en av de intervjuade cheferna hade en befattning som var underställd verksamhetschefen. Personen uppfyllde därmed inte inklusionskriterierna för denna nivå och exkluderades från de genomförda analyserna, och bortfallet i denna grupp blev 28 % (8 av 29). Det innebär att materialet består av 29 verksamhetschefer i fem landsting, varav åtta intervjuades i fokusgrupper (Tabell 1).

2.2.4 Undersökningsgruppen

I tabell 1 ges en sammanställning av studiepopulationen och de intervjuade, i tabell 2 av intervjupersonernas utbildningsbakgrund, kön respektive organisatorisk tillhörighet och i tabell 3 av könsfördelningen bland chefer med respektive utan läkarutbildning.

Bortfallet var, som framgår av ovanstående stycken, lågt på Nivå 1 och 2, liksom för de individuella intervjuerna på Nivå 3. I bortfallet ingår, på samtliga tre nivåer, chefer inom landsting i både storstads- och glesbygdslän, dvs. ingen selektion. På Nivå 1 består bortfallet enbart av män, på Nivå 2 huvudsakligen av kvinnor och på Nivå 3 huvudsakligen av män. På Nivå 2 var bortfallet större bland chefer inom primärvården. I de tre landsting där landstingsdirektören ej deltog intervjuades minst en person på Nivå 2.

I samtliga landsting har åtminstone en chef på nivå 2 intervjuats, med ett undantag. För ett fåtal enskilda intervjufrågor finns också ett visst bortfall som beror på att alla frågor inte har ställts till alla intervjupersoner, oftast på grund av tidsbrist under intervjun. Ett annat skäl till att uppgifter ibland saknas vid enskilda frågor är dålig ljudkvalitet. Detta bortfall i vissa av analyserna framgår i resultatredovisningen i tabellerna i resultatkapitlet, antingen genom att antal som det finns svar från är färre, eller av antalet personer för vilka det anges att ”uppgift saknas”.

Tabell 1. Undersökningsgrupp och bortfall¹ avseende urvalskriterier för respektive nivå.

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
Antal inbjudna	21	45	29 ¹
- varav kvinnor/män	5/16	18/27	13/16
- varav PV/SJH/både PV och SJH ³	-	15/13/17	15/14/0
Antal individuella intervjuer	18	35	21
Antal intervjuade i fokusgrupper	0	0	8
Bortfall	3	10	8 ¹
- varav kvinnor/män	0/3	7/3	2/6
- varav PV/SJH/både PV och SJH ²	-	6/2/2	3/5/0

1) Gäller inbjudna till individuell intervju.

2) PV = primärvård, SJH = sjukhusvård.

Av de intervjuade cheferna hade 42 procent läkarutbildning. Bland cheferna på Nivå 1 och 2 var cirka en tredjedel läkare, medan detta gällde för hälften på Nivå 3 – dessa skillnader var inte statistiskt signifikanta. Merparten av läkarna var män. Som framgår av tabell 2 är det något större andel män (62 procent) bland de intervjuade cheferna, i något större utsträckning på Nivå 1, inte heller dessa skillnader är signifikanta.

Utöver landstingsdirektörerna omfattar studien chefer inom både primär- och sjukhusvården.

Tabell 2. Intervjupersonerna i procent och antal efter läkare/ej läkare¹, kön, primärvård/sjukhusvård; totalt och uppdelat på chefsnivå.

		Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		n=82	%	(n=18) %	(n=35) %	(n=29) %
Utbildning	Läkare ¹	34	42	33	37	52
	Ej läkare	48	59	67	63	48
Kön	Kvinna	31	38	28	31	52
	Man	51	62	72	69	48
Organisatorisk tillhörighet	Primärvård ²	22	27	-	23 ³	48
	Sjukhusvård ²	27	33	-	34	52

1) Uppgifter hämtade från läkarmatrikeln (26).

2) Ej relevant för de 18 landstingsdirektörerna.

3) Några av cheferna på Nivå 2 ansvarade för både primärvård och sjukhusvård.

Som framgår av tabell 3 hade de kvinnliga cheferna sällan läkarutbildning, speciellt gäller detta Nivå 3. Alla de landstingsdirektörer som är läkare är män.

Tabell 3. Könsfördelning bland chefer med och utan läkarutbildning, totalt och efter nivå.

		Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		n=82	%	(n=18) %	(n=35) %	(n=29) %
Läkare ¹	Kvinna	6	18	0	15	27
	Man	28	82	100	85	73
Ej läkare	Kvinna	25	52	42	41	79
	Man	23	48	58	59	21

1) Uppgifter hämtade från läkarmatrikeln (26).

2.4 Bearbetning och analys av data

2.4.1 Databearbetning

Samtliga intervjuer spelades in på ljudband och transkriberades ordagrant av en skrivbyrå. Utskrifterna validitetstestades i två steg. Initialt läste varje intervjuare igenom minst en av de utskrivna intervjuer hon genomfört, samtidigt som hon lyssnade till det inspelade materialet. Eventuella feltolkningar och icke utskrivna detaljer rättades till för en till två intervjuer per intervjuare. Överensstämmelsen mellan inspelade intervjuer och utskrift befanns vara hög. Dock var inte ljudkvaliteten optimal i några av inspelningarna, ofta p.g.a. yttre omständigheter vid inspelningen, t.ex. via mobiltelefon under färd. För resterande intervjuer gick en av intervjuarna igenom utskriften och lyssnade på de avsnitt där utskrivaren hade satt frågetecken i texten. Detta hade gjorts av skrivbyrån på de ställen där det var svårt att höra vad som sades. I de fall intervjuaren, som kunnig inom området, kunde höra vad som sades, skrevs detta in i dokumentet. Utskrifterna avidentifierades, dvs. namn etcetera som nämnts i intervjun raderades och varje intervju gavs ett löpnummer. All dataanalys har skett med avidentifierat material. De utskrivna intervjuerna omfattar ca 1 200 sidor skriven text.

2.4.2 Dataanalys

De utskrivna intervjutexterna analyserades med hjälp av innehållsanalys, med både en kvalitativ och en kvantitativ ansats (27). I analysarbetet har även ett dataprogram för kvalitativ textanalys, NVivo, använts, där forskarnas kodning och kategorisering av det utskrivna materialet, har lagts in i dataprogrammet. En fördel med detta program är den nära kopplingen mellan analyskategorierna och det empiriska underlaget. Via NVivo finns kapacitet att hantera stora datamängder, vilket var väsentligt i analyserna av det här insamlade materialet (28).

2.4.2.1 Kvalitativ innehållsanalys

Kodningen av data är av central betydelse i kvalitativ innehållsanalys. Den innebär att uttalanden från intervjuerna grupperas i meningsfulla kategorier. Genom kodning

filtreras och sorteras hela textmaterialet, viktiga textelement väljs ut och delar av det ursprungliga materialet läggs åt sidan (29). Kodningen kan göras på flera olika sätt beroende på vilken typ av kunskap man söker (30). Därför är det viktigt att noggrant rekonstruera den väg som lett från data till resultat. I denna studie gjordes analysen i flera steg:

- 1) Provkodning av ett urval bestående av sex intervjuer. Utifrån detta, framtagande av kategorier att koda materialet efter; dels nio övergripande kategorier, dels ett antal konkreta frågor att ställa till varje intervju.
- 2) Grovkodning med nio kategorier och bedömningsfrågorna.
- 3) Detaljerad kodning av texterna inom respektive kategori.
- 4) Öppen kodning inom vissa kategorier.

1) I det första steget utformades och testades kodningsmallar med ett strategiskt urval av sex intervjuer gjorda med både kvinnliga och manliga chefer på samtliga nivåer. Dessa sex intervjuer lästes av hela forskargruppen upprepade gånger för att få en bild av innehållet och för att pröva olika typer av kodningssätt. Utgångspunkten för kodningen var projektets syfte samt temaområden och frågor i intervjuguiden. Antalet kategorier i de första kodningsmallarna varierade mellan nio och femtio beroende på hur detaljerat kodningarna gjorts. Innehåll, olika nivåer på kodning, vilka frågor som initialt var rimliga att ställa till materialet och vilka som var relevanta att ställa diskuterades vid ett flertal möten i projektgruppen. Gruppen enades om att arbeta utifrån breda kategorier, bl.a. på grund av materialets omfattning, och att i nästa steg detaljkoda selekterad text inom respektive kategori. Bland de breda kategorierna ingick följande: styrning och ledning av sjukskrivningshantering, miljardsatsningens betydelse, kvalitetsuppföljning, kvinnors ohälsa och samverkan.

2) I steg två identifierades uttalanden som innehöll information som var relevant för var och en av de övergripande nio kategorierna. Omgivande text togs med så att sammanhanget skulle vara tydligt. Fyra personer, med olika utbildning och vetenskaplig kompetens, utförde kodningen oberoende av varandra. Tveksamheterna om hur uttalanden skulle kodas diskuterades vid gemensamma möten för att stärka validiteten i studien (31). Kategoriseringen fastställdes alltså gemensamt av olika personer genom samförhandlat resultat. Kodningen av intervjuerna lades in i NVivo av två av forskarna, och detta innebar också en kontroll av om det fanns samstämmighet i hur olika uttalanden kategoriserades. Uttalanden som kunde tillhöra två eller flera olika kategorier kodades till samtliga dessa, dvs. ett uttalande kunde ingå i fler än en kategori.

3) Efter grovkodningen i steg två genomfördes i steg tre, en detaljerad kodning av texterna inom de olika kategorierna. Eftersom datamaterialet är synnerligen omfattande uppgår det totala antalet kodade uttalanden till flera tusen.

Flera av undergrupperna inom varje kategori hade gruppen kommit överens om redan under steg ett, andra identifierades under arbetet med texterna. Med detta tillvägagångssätt säkerställdes att ingen viktig information förlorades. Denna detaljerade kodning gjordes av en forskare för varje område och resultaten, dvs. de identifierade undergrupperna, diskuterades i gruppen och modifierades utifrån dessa diskussioner.

4) I steg fyra gjordes öppen kodning inom vissa kategorier för att ta fram detaljerade beskrivningar av några teman (t.ex. chefers syn på ansvar, resp. miljardsatsningens betydelse). Denna kodning gjordes av den forskare som även gjorde den efterföljande analysen inom temat.

2.4.2.2 Fakta- och bedömningsfrågor

Prövningen av olika kodningssätt i steg ett av kodningsarbetet ledde också till att två olika kodningsmetoder användes. Eftersom urvalet är strukturerat för att fånga in stor variationsvidd och nyanser och då datamaterialet är omfattande, valdes, som komplement till den kvalitativa innehållsanalysen, ett mer kvantitativt analysätt i syfte att ge en övergripande bild av materialet. Denna metod bygger på användningen av faktafrågor och av bedömningsfrågor till intervjumaterialet.

Utifrån projektets syfte ställdes följaktligen vissa frågor till materialet, dels faktafrågor dels bedömningsfrågor och ett frågeformulär för dessa frågor utformades. Exempel på faktafrågor är t.ex. om företagshälsovården eller forskning omnämns av den intervjuade. Några av dessa frågor konstruerades också för att ge relevant bakgrundsinformation, t.ex. om den intervjuade var ny eller inte på sin befattning, eller i vilken utsträckning cheferna diskuterade arbetet med sjukskrivningar både inom sjukhusvård och inom primärvård. Exempel på bedömningsfrågor är om den intervjuade bedömdes ge hög eller låg prioritet till arbetet med sjukskrivningsfrågor.

Frågeformuläret konstruerades parallellt med kodningsmallen, några av de initiala kodningskategorierna kunde t.ex. göras om till denna typ av frågor. Även denna metod prövades först med sex intervjuer och korrigerades efterhand. Svaren på frågorna i formuläret bygger på forskarnas bedömning av intervjupersonernas uttalanden som helhet. Som mätinstrument består formuläret av 21 frågor med ett fåtal enkla svarsalternativ. För de flesta frågorna reserverades ett svarsalternativ ("oklart") om det var svårt att göra en bedömning utifrån texten. För att få en samstämmighet i bedömningarna diskuterades dessa vid forskargruppmöten.

Resultaten av analysen av fakta- och bedömningsfrågorna redovisas i tabeller där chefsnivån utgör fördelningsgrunden. Sambanden har testats med χ^2 test (Fishers exakta test) (32, 33). Där signifikanta skillnader finns framgår detta i texten.

3 Resultat

Materialet är mycket omfattande och kan analyseras utifrån olika perspektiv och teorier. Här presenteras resultat från analyser av chefers syn på ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen generellt och specifikt vad gäller kompetens, samverkan, kvinnors ohälsa samt miljardsatsningens betydelse. Resultat av kvalitativ innehållsanalys varvas med resultat av analys av fakta- och bedömningsfrågor med chefsnivån som fördelningsgrund. Chefernas syn på ledning och styrning generellt presenteras separat för respektive chefsnivå, medan deras syn på de övriga områdena presenteras tematiskt utifrån de kategorier som innehållsanalysen resulterade i. Efter resultaten i respektive avsnitt ges även några kommentarer i ett diskussionsavsnitt. Övergripande kommentarer som berör alla områden tillsammans ges i slutet av rapporten.

Här illustreras resultaten med citat från de utskrivna intervjuerna. Citaten är ordagrant återgivna, med vissa undantag som markerats på följande sätt:

// Hänvisar till utelämnad text, text som inte har betydelse för det citatet avser att illustrera.

() Hänvisar till inlagd text, för att förklara t.ex. sammanhanget.

[] Text har tagits bort för att det inte ska gå att identifiera den intervjuade. Det kan t.ex. stå [län] istället för namnet på det län som den intervjuade uttalade.

Alla utelämnanden och tillägg har gjorts av praktiska och forskningsetiska skäl; de har inte ändrat betydelsen av uttalanden.

Intervjupersonerna citeras anonymt. Efter citat benämns intervjupersonerna med siffror, t.ex. (3,13). Den första siffran hänför till chefsnivå (1, 2 respektive 3), medan den andra siffran är det ”löpnummer” som varje intervjuperson tilldelats (1-82).

Vissa resultaten presenteras i tabellform. Vid bedömning av otydliga eller ofullständiga uttalanden från intervjupersonerna har då kategorierna ”framgår ej” och ”oklart” använts.

3.1 Ledning och styrning

Det här avsnittet bygger på de uttalanden i intervjuerna där cheferna beskrev hur de såg på sitt eget ansvar och uppdrag när det gällde att leda och styra arbetet med patienters sjukskrivning. Redan i de första genomläsningarna av intervjuerna framkom tydliga skillnader mellan chefsnivåerna när det gäller synen på det egna ansvaret. I analysen av materialet har därför uttalandena analyserats separat för cheferna på respektive nivå. Inledningsvis gjordes en kategorisering av svaren från landstingsdirektörerna, därefter av svaren från verksamhetscheferna, för att få en tydlig kontrastering. Sist analyserades uttalandena från cheferna på Nivå 2. Resultaten presenteras här även i denna ordning. En allmän bedömning av hur frågan prioriteras på respektive nivå har också gjorts.

3.1.1 Landstingsdirektörernas syn på ledning och styrning

I intervjuerna framkom tydligt att hanteringen av patienters sjukskrivning nu fanns på agendan på den högsta ledningsnivån i landstingen och samtliga intervjuade landstingsdirektörer hade på ett eller annat sätt lyft frågan i den egna organisationen. Dock framkom två olika sätt att se på det egna ansvaret för sjukskrivningshanteringen i organisationen. Två tredjedelar av landstingsdirektörerna beskrev att ansvaret för att leda och styra sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning låg hos dem själva och deras underställda chefer i linjeorganisationen. Man betonade vikten av att arbeta via cheferna i linjen på alla nivåer och i alla delar av organisationen.

Om vi tar divisionscheferna så kommer jag ju att kräva ett aktivt, tydligt aktivt arbete med sjukskrivningsprocessen inom respektive medicinsk division. Och en återrapportering om vad som görs och vilka resultat som nås. Det är väl i alla fall så som jag har för avsikten att lägga upp det här. // Ja, det (verksamhetschefernas ansvar) blir ju egentligen detsamma då, utifrån att de faktiskt får sina uppdrag från sina divisionschefer. (1,68)

Många beskrev att de hade tillsatt eller stod i begrepp att tillsätta en så kallad sjukskrivningskommitté med uppdrag att föra dialog direkt med läkarna ute i verksamheterna. Vanligen var de flesta eller samtliga medlemmarna i sjukskrivningskommittén läkare, utvalda för att de hade ett speciellt intresse för sjukskrivningsfrågor. Landstingsdirektörer med det här synsättet behöll dock ansvaret för frågan i chefslinjen och beskrev sjukskrivningskommittén eller stabsorganisationen som stöd för cheferna i linjen. Ibland beskrevs hur cheferna i linjen behövde draghjälp av staben för att hantera frågan.

Det har redovisats och det följs upp där och sedan ska det ner i linjen och där behöver kanske förvaltningscheferna lite draghjälp, för man är lite rädd att det stannar där om man inte pushar. Det är därför man behöver så att säga personer i staben på dom här förvaltningarna som har ett ansvar och en uppgift, som vi ger tillsammans jag och förvaltningscheferna att dom ska ta ansvar för frågan. (1,57)

Ansvaret kunde också ha ålagts en underställd chef, men på uppdrag av landstingsdirektören. I många landsting hade dock ansvaret delegerats till en chef på övergripande nivå inom primärvården, medan ingen motsvarande delegation gjorts inom sjukhusvården. I flera av dessa fall hade landstingsdirektören inte funderat över hanteringen av sjukskrivningsärenden som en fråga också för sjukhusvården.

Jag är bitvis engagerad i det själv, men framför allt har jag ju medarbetare som är mina förlängda armar, dom som är mina närmaste chefer, där en, divisionschefen för primärvården, är ansvarig för det här, den som har uppdraget så att säga att genomföra det här. (1,35)

En tredjedel av landstingsdirektörerna beskrev dock ett begränsat eller oklart ansvar för cheferna i linjeorganisationen när det gäller sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning. Landstingsdirektörerna såg framförallt sin roll som att sätta frågan på agendan och att skapa förutsättning för andra grupper att driva och ansvara för en

förbättrad sjukskrivningshantering inom organisationen. Redan på landstingsdirektörsnivå lades ansvaret för att arbeta med frågan mer eller mindre utanför chefslinjen. Underställda chefers ansvar nämndes i begränsad omfattning eller inte alls av landstingsdirektörerna. En vanlig strategi här var att landstingsdirektören lade hanteringen av frågor som rör sjukskrivningshantering direkt hos läkargruppen. Bland annat framhölls det som en viktig strategi för att få med sig läkarna.

Ja, alltså strategin är egentligen att de som jobbar i verksamheten, alltså företrädarna, driver frågan. Det är helt annorlunda när vi har företrädare för professionen som är med, genom sin kunskap och vunna erfarenheter kan jag säga av det vi har lärt oss, tydliggör och pedagogiskt förmår övriga medarbetare att engagera sig. Det tror jag är det viktigaste, det hjälper inte att vi som administratörer talar om, att det är jättenyttigt. Det måste byggas på evidens och professionell kunskap. (1,74)

Landstingsdirektörer i den här kategorin kunde ibland beskriva sitt ansvar som att underlätta för läkarna att arbeta med sjukskrivningsprocessen, men hur de valde att göra det sågs som läkarnas sak. Chefernas uppgift begränsades till att bereda väg för andra utanför chefslinjen, t.ex. för sjukskrivningskommittén.

Ja, och så ställer jag krav på mina divisionschefer att de ska engagera sig, att de ska öppna dörrar för den här kommittén. (1,53)

I den här kategorin uttrycktes också en viss tveksamhet inför att sjukvården skulle ha ansvar för sjukskrivningsfrågan överhuvudtaget. I något fall hade landstingsdirektören visserligen lyft frågan internt men betonade framförallt frågan som ett problem i samhället. Landstingsdirektören talade i mycket begränsad omfattning om ansvar inom organisationen utan beskrev framförallt sjukvårdens uppdrag som att klargöra gränsdragningar och ansvara för den övergripande samverkan med externa aktörer.

Det finns ju många delar när det gäller hur man försöker skapa en situation som är tydlig när det gäller ansvaret för en sjukskrivning, en rehabilitering eller... och som har att göra med hur samhället fungerar. Vi har den del som har att göra med arbetslöshet, arbetslöshetsförsäkring kopplat till sjukförsäkringen. Vi har väl tittat lite på hur det ser ut i länet här och kan se att totala antalet sjukskrivna, totala antalet arbetslösa, lägger man ihop det här över tiden så är det ungefär samma mängd. (1,06)

Syn på linjens kontra läkarprofessionens ansvar

Oavsett hur man såg på ansvaret i linjen beskrev de allra flesta landstingsdirektörer att läkarna har ett specifikt professionsansvar, men detta betonades lite olika. Flera beskrev en tydlig gräns mellan chefers och läkares ansvar när det gäller patienters sjukskrivning, medan andra enbart beskrev frågan som ett ansvar för läkarprofessionen.

Ja, man kan säga så här, att egentligen så tycker jag att riktlinjerna och kunskapsöverförandet, det ska ligga i linjen. Men sedan finns det alltid, alltså i mötet med patienten och det beslut och det underlag man skriver, det är läkares eget ansvar. (1,12)

Jag tycker att läkarna har ett stort ansvar och bör ta ett stort ansvar, och det ingår i läkarrollen. Men sedan kommer det naturligtvis att handla om vilka värderingar som respektive läkare håller sig med, och om han accepterar den värdegrund, den värdering som ligger bakom en idé om hur rutiner för sjukskrivning ska kunna se ut och riktlinjer ska kunna se ut på ett gemensamt sätt, och efterlevnaden av den. Här handlar det mycket om att kunna känna naturligtvis en trygghet i att man skaffar sig en hygglig arbetsmiljö och inte får ett helvete med patienter som blir missnöjda med varje besök. Det påverkar naturligtvis läkarnas vardag. (1,06)

Några landstingsdirektörer uttryckte chefernas uppgift som att få läkarna att ta sitt ansvar för frågan:

Läkarna är ju en väldigt viktig grupp medarbetare för att vi ska nå framgång. Vår uppgift i den här handlingsplanen kommer att vara att få läkarna att inse att dom har ett ansvar här, det är deras ansvar att egentligen åta sig att ta till sig dom här kompetenshöjningarna om man säger så. Jag tycker att det är ett tydligt ansvar dom har, men utmaningen ligger kanske i att dom ska vara beredd att ta det, i perspektivet av allt annat dom har att göra. (1,37)

Om inte varje dag, så väldigt ofta konfronteras jag med läkare och försöker förklara för dom deras ansvar totalt. Det här är ju en del av det ansvar dom har, dvs. dom har ett ansvar gentemot patienten, lagreglerat, men dom jobbar på antingen kontrakt, alltså beställarkontrakt, och att dom är anställda hos oss och ska då leva upp till våra krav att arbeta evidensbaserat. (1,41)

Syn på verksamhetschefernas ansvar

Flera landstingsdirektörer betonade särskilt verksamhetschefernas stora ansvar och uppdrag i chefslinjen när det gällde sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning.

Ja, verksamhetscheferna tycker jag har ett väldigt stort ansvar för det här, naturligtvis att styra och se till att detta nu blir någonting av det. För att om inte verksamhetscheferna engagerar sig i det här, då tror jag inte att det blir bra. Det är inte bara den enskilde läkaren, utan man måste stimulera till det här och även följa upp det på verksamhetschefsnivå. (1,01)

Verksamhetschefens ansvar utgår egentligen ifrån att fördela resurser utifrån någon slags helhet. Och att använda de resurserna på ett ändamålsenligt och effektivt sätt med en god hushållning. Men också utifrån, tydligt och klart definierade kvalitativa indikatorer, som vi till vissa delar idag // saknar. Och då blir ju verksamhetschefens uppdrag faktiskt att kompetensutveckla och stödja alla grupper, inklusive läkare, i att arbeta utifrån den linjen. Och därmed tror jag också (att man måste) vara medveten om att man som verksamhetschef måste standardisera och begränsa den individuella friheten. Och det gäller både den här frågan och det gäller läkemedelsfrågor, och det gäller också över huvud taget behandlingsfrågeställningen totalt sett. (1,68)

I något fall beskrevs verksamhetscheferna som den svaga länken när det gällde möjligheten att leda sjukskrivningshanteringen.

Ja, alltså dom är ju linjechefer och dom är arbetsgivarens företrädare och ska se till att verksamheten man leder jobbar efter bästa praxis och evidensbaserat och följer dom program som vi sätter på fötter. Det är väl den svaga punkten, skulle jag vilja säga. (1,41)

Andra landstingsdirektörer uttryckte dock förståelse för att verksamhetscheferna ibland kunde ha en alldeles egen agenda och därmed ha svårt att prioritera sjukskrivningshanteringen.

Ibland så tror jag att dom är tvungna att göra någon slags egen prioritering som... jag tror att det är så. Det är väl kanske ingenting dom skulle ställa sig upp och hålla med om, men jag tror att det är så att man under perioder gör någon typ av egen prioritering för att orka med och klara av. (1,61)

Verksamhetscheferna har ett svårt uppdrag. Är du chef på en klinik med 300 anställda, inom en medicinklinik med tio olika specialiteter, det är klart att det är inte helt enkelt att få upp de här frågorna på agendan. (1,25)

3.1.2 Verksamhetschefernas syn på ledning och styrning

Majoriteten av verksamhetscheferna beskrev att de i sin roll som chefer visserligen hade ett ansvar även när det gällde sjukskrivningshanteringen inom den egna verksamheten, men de allra flesta beskrev också att de av olika anledningar inte tog det ansvaret. Tre kategorier av syn på ansvaret för sjukskrivningshanteringen inom den egna verksamheten framkom:

A) Aktivt chefsansvar, B) Passivt/inväntande ansvar och C) Sjukskrivning ses inte som en chefsfråga.

A) Aktivt chefsansvar

Endast ett fåtal av verksamhetscheferna beskrev att de tog ett aktivt chefsansvar när det gällde hanteringen av patienters sjukskrivningar inom den egna verksamheten. Dessa utövade sitt ansvar på olika sätt, och i huvudsak utifrån eget engagemang i frågan.

Majoriteten av dem beskrev att de saknade stöd av sin närmaste chef i linjen och att de arbetade utan ett tydligt uppdrag när det gäller sjukskrivningsprocessen.

Mitt ansvar är att se till att jag har en kompetent läkargrupp som kan göra en medicinsk bedömning // och både säga ja till sjukskrivning och nej när det behövs. Att ge dem de möjligheterna att kunna utbilda sig och ha de redskap som gör att de faktiskt känner sig stärkt i att kunna göra bedömningen. Och att också finnas till hands när patienterna kräver sjukskrivning och det inte finns ett underlag, där doktorerna blir satta i ett hörn. Men det viktigaste är att de har torrt på fötterna och vet hur man gör för att kunna ge patienten vård på samma villkor, det är det som jag känner är min roll. (3,48)

Nja, mitt ansvar är ju, som alltid som chef det fulla. Men den aktiva, det ansvar som jag känner, det är att stimulera avdelningarna, organisationen, att gå framåt i det här och liksom få upp ögonen, att vi har ekonomiska medel, vi har möjligheter och så förtjänster på lång sikt. Att det duger inte att gräva där man står, utan man ska titta tre år framåt kanske till att börja med, och sätta upp mål, ganska tydliga mål, vart vill man nå.//. Så det är väl det jag känner som ansvar,

att jag kan tåga ihjäl den här frågan, och inte ta mitt ansvar där. Men är inte jag aktiv, då kan jag inte förvänta mig att organisationen är aktiv. (3,18)

B) Passivt/inväntande ansvar

I den här kategorin beskrev verksamhetscheferna att de hade ett chefsansvar för sjukskrivningsprocessen, men att de av olika anledningar inte tagit det ansvaret. I intervjuerna framkom t.ex. att flera chefer på den här nivån inte hade kommit på tanken eller tidigare uppmärksammat att de som chefer skulle kunna ta ett ansvar för hur patienters sjukskrivning hanterades i verksamheten. Några beskrev hur de fått upp ögonen för frågan först i samband med intervjun.

Jag tror att det här är någonting som verksamhetschefer generellt inte har tänkt på att beakta, utan det har varit nästan någonting som är så heligt som en läkararbetsuppgift, så det har lagts utanför. Man har inte uppmärksammat det på det sättet mer än konstaterat att det är en del problem och att det kostar pengar och att en del läkare mår dåligt av det. // Men det har inte lett fram till att vi har tagit tag i det, att vi måste titta närmare på det. Jag tror att det har också med en oerhörd respekt för läkarna och deras så att säga ansvar/kompetens att vi inte har gjort det. Någonstans så har vi lite grand rört oss omkring ..., men inte tagit tag i det. Inte omedvetna om det, men vi har inte gjort några medvetna vidare analyser och satsningar och inte lagt en grund för det i organisationen. // Ja, jag ser mitt ansvar att jag som verksamhetschef ska se till att det här fungerar, men jag har inte reflekterat på sjukskrivningsprocessen ute, det har jag inte gjort. När du ringde mig om det här med intervjun, så tänkte jag omedelbart ”Men det här gäller ju läkarnas åtagande i dom här frågorna...” I den delegation jag har till en av läkarna som är chefsöverläkare att han får ta den delen, för att han får ta upp alla medicinska frågor. Men det här är ju en styrningsfråga och då tycker jag att det ligger under mig, självklart. Men i och med att det inte ligger nära, så blir man lite fundersam. ”Jaha, sjukskrivning, men ska man börja titta på den nu?” Man har behandlat det som det är någonting som sker och inte är tillfredsställande ute i verksamheten, men att det nästan inte berör mig som verksamhetschef, utan det är läkarnas ansvar, deras åtaganden. (3,46)

Flera av verksamhetscheferna i den här kategorin förhöll sig passivt inväntande och menade att de skulle utföra de uppdrag som kom - om det kom några. Många beskrev ett engagemang och vilja att ta ett ansvar men visste inte riktigt hur och saknade direktiv och uppdrag från sina egna chefer. Flera av verksamhetscheferna uttryckte frustration över bristen på stöd och direktiv och att frågan, som de upplevde, i stor utsträckning överlätits på läkarna. Flera beskrev att de saknade styrmedel och mandat och att de hade små möjligheter att styra läkarnas arbete, t.ex. när det gällde vilken utbildning läkarna skulle ha i sjukskrivningsfrågor.

Det är ju ingen som tycker idag att de har mer ansvar än någon annan i det här. Man pratar ju inte om det. Och sedan är det ju då, alltså det är väl det här, ledning och styrning av det, för det görs ju inte idag, det är ingen som leder och styr det här idag, utan det är ju enskilda doktorer som sjukskriver. // Alltså på något vis då ska det väl in i, som vi säger, in i linjen, för att få, att det är viktigt att..., man kanske ska ha någon målsättning med..., vi mäter ju..., jag vet inte hur man mäter, hur många patienter som sjukskrivs, det har jag ingen aning om. // Frågan måste ju in i linjen för att få någon styrbarhet. (3,13)

C) Sjukskrivning ses inte som en chefsfråga

Ett fåtal verksamhetschefer såg inte hanteringen av patienters sjukskrivning som en chefsfråga överhuvudtaget eller såg att de hade ett mycket begränsat ansvar för frågan i sin roll som chef. Man ansåg i stället att ansvaret låg hos Försäkringskassan, hos någon annan aktör inom sjukvården eller hos de enskilda läkarna. I några fall framhölls det medicinska ledningsansvaret för frågan, men man ansåg inte att hanteringen av patienternas sjukskrivning var en fråga för chefslinjen. Samtliga verksamhetschefer i den här kategorin var själva läkare.

I det här fallet så har ju Försäkringskassan med all tydlighet meddelat både befolkning och profession att det inte är vi som bestämmer, utan det är dom som bestämmer, att man ska jobba ”halvklipp” så att säga, som ett får i dom här annonserna som nu går på TV. Alltså, att man kan jobba även om man är sjuk. På det viset så kan man säga att samhällets signal både till patienter och läkare är ju väldigt tydligt, att vi inte har med detta att göra. (3,40)

En chef i den här kategorin beskrev framförallt som sin uppgift att försöka avgränsa klinikkens uppdrag när det gäller sjukskrivningshantering.

Nej, det (sjukskrivningshantering) är ju inte högprioriterat. Det är nog sällan så på en [specialitet]klinik. Utan det är något som vi helst skulle vilja slippa, nästan helt och hållet, utan bara vara rådgivande då till någon som har bättre helhetsbild. (3,29)

En annan chef såg det möjligen som en chefsfråga om man diskuterade sjukskrivning som en del i behandlingen. ”Det andra” såg chefen som ”rätt tråkigt”.

Som chef kan man möjligen tänka sig att man diskuterar det vi började att diskutera här, dvs. sjukskrivningen som ett instrument. ”Nu ser jag att t.ex. ditt blodsocker svajar upp och ner och så. Nu ska vi göra så att vi sjukskriver dig i två veckor och så koncentrerar du dig på att äta mer regelbundet och ta en promenad varje dag, och så ser vi vad som händer med ditt blodsocker och så träffas igen.” Har allting blivit bra då, då har du lärt dig någonting av det. Har ingenting blivit bra då, då får vi gå på mediciner som är ett annat instrument för att nå fram. Och den typen av diskussion kan man ju ha både som chef över verksamheten och interkollegialt så att säga. På det sättet är det ju spännande att använda sig av sjukskrivning. Det andra är rätt tråkigt ju. (3,81)

Ibland framhöll verksamhetschefer inom slutenvården att sjukskrivningshantering inte var något problem inom den egna verksamheten, utan att problemen låg i andra delar av vården. Dock tyckte man sig inte ha uppdraget att hjälpa enheter med bedömningar av patienters sjukskrivningslängd. Att ta fram lokala riktlinjer sågs inte heller som ett uppdrag.

Sjukskrivningsproblematiken i slutenvården, det är inte där problemet ligger. Problemet ligger ju hos privatläkare, distriktsläkare som sjukskriver tennisarmbågar månadsvis. Det är den typen man kan säga att där är ju ett missbruk. Jag tror inte att det är missbruk av sjukskrivningen inom slutenvården. (3,40)

3.1.3 Nivå 2-chefernas syn på ledning och styrning

Drygt hälften av cheferna på Nivå 2 uppgav att de hade fått uppdrag och arbetade aktivt med sjukskrivningsprocessen. Många av dessa såg framförallt som sin uppgift att sätta frågan på agendan och på olika sätt visa att den var viktig i organisationen. Vissa beskrev att de gav tydliga uppdrag neråt i organisationen, arbetade med mål och uppföljning eller tog fram statistik som stöd för verksamheterna. Många av dessa chefer såg som sitt ansvar att skapa spelregler och strukturer för sjukskrivningshanteringen i organisationen. Andra chefer beskrev mindre konkreta sätt att lyfta upp sjukskrivningsfrågan i organisationen. Här handlade det mer om att markera, medvetandegöra och inspirera. En del beskrev hur de engagerade sig genom att de ”satt med” på möten och ”genom sin närvaro” visade att frågan var viktig.

Flera av cheferna lyfte fram vikten av att sjukskrivningshanteringen var en fråga för chefslinjen. Många betonade också vikten av teamarbete när det gällde hantering av patienters sjukskrivning.

Alltså, jag ser ju att linjeorganisationen är oerhört viktig att så att säga tala om, vad är prioriterat och vad är inte prioriterat. Och att skaka loss resurser och tid och liknande, så därför är det döviktigt att detta är en linjechefsfråga. För att sedan då det ska kunna tas över utav våra kliniker. Och kliniker i detta sammanhang, det är fler yrkesgrupper än enbart legitimerade läkare. (2,67)

Nära hälften av cheferna på Nivå 2 beskrev dock att de inte alls eller i liten utsträckning arbetade med sjukskrivningshanteringen i organisationen. Några beskrev att det nog visserligen var deras ansvar men att de inte kommit igång med arbetet riktigt än. Andra beskrev att frågan inte alls tagits upp i de ledningsgrupper de ingick i. Ibland beskrevs uppdraget och ansvarsfördelningen som oklar. Någon trodde att frågan troligen hanterades i sjukskrivningskommittén eller lokalt i verksamheterna, men var inte riktigt säker. Andra uttryckte tydligt att frågan inte prioriterades i verksamheten.

Det har inte varit speciellt mycket fokus på själva sjukskrivningshanteringen hitintills. Ledning och styrning har varit, den har väl snarast lyst med sin frånvaro i den frågan. Utan det har varit, har jag upplevt, ligger väldigt mycket på den enskilde utövaren, enskilde läkaren då. (2,55)

Om jag tar mitt eget ansvarsområde så tänker jag då ”Hur ska jag nalkas detta?”. Jag har bett en av våra två [specialitet] chefer att själv nu... Jag frågade honom faktiskt här i förra veckan ”Hur jobbar du med detta? Har du någon bild av dina kollegor och liksom hur sjukskrivningsmönstret ser ut?” Han hade inte det alltså. (2,54)

Alltså huvuduppdraget för mig, som det är nu, det är inte egentligen att jobba med de frågorna, utan det är att se till att få ordning och reda i ekonomin och personalbemanningar och sådant, det är mera fokus på det området // Men i området att vara [typ av chef], så ingår ju att även titta på framtiden och se vad man, och det måste man göra också, så det är ju en fråga som man måste jobba med. Men den har inte den högsta prioriteten nu, det kan jag lugnt säga, inte (i) landstinget heller. (2,08)

På Nivå 2 blev det också tydligt att flera chefer uppfattade att ledning och styrning av sjukskrivningshantering framförallt handlade om att styra enskilda läkares arbete, dvs. styra vad som händer i mötet med den enskilde patienten. Det sågs som ett uppdrag för läkarna, men man såg inget behov av verksamhetsstyrning av detta uppdrag på motsvarande sätt som för andra uppdrag läkare har. Exempel på ledning och styrning gavs sällan på verksamhetsnivå.

Ja, alltså jag upplever ju att ansvaret ligger i väldigt hög grad på läkarna i det här avseendet, det är de som har rätten att sjukskriva. I det avseendet så är ju de beroende av Försäkringskassan, det är Försäkringskassan som godkänner deras, eller upphäver deras sjukskrivningar, och kan ta ifrån dem rätten att sjukskriva. Och där har jag inget som helst inflytande, är satt helt på sidan om, jag är inte alls med i den processen. Och det gör ju att jag känner inte att jag är inne och styr på något vis i de här avseenden. Jag har väldigt svårt som administratör att gå in och sätta några riktlinjer eller direktiv om hur sjukskrivningarna ska gå till. Och det är väl det som gör att man, att frågan ligger lite perifert också, både för mig och för landstingsledningen, utan den, ja, jag ser det här som en relation mellan läkare och Försäkringskassan. (2,07)

Det handlar ju väldigt mycket om legitimitet också naturligtvis, och den kan man ju få genom att man håller sig inom ett område, där man har en legitimitet, och inte går in i..., alltså det skulle ju vara oerhört knepigt om man började överpröva ur ett linjeperspektiv, exempelvis sjukskrivningar, eller recept som de utfärdar, eller diagnoser som de ställer. (2,75)

Ja, det är ju så att som [typ av chef] så har ju jag ingen möjlighet och heller ingen ambition att påverka hur man sjukskriver, utan det är ju så att säga den enskilda doktors skyldighet att ta ansvar för. Så att vi har inga riktiga policys vad gäller hur man ska sjukskriva eller något sådant, utan det ingår så att säga i läkarutbildningen och läkarutövandet // Och vi har heller inte fått några uppdrag av landstinget att så att säga föra den diskussionen. Det är därför jag tror att jag inte är helt rätt person för den här frågan, utan det är..., det här är ju inte i vår verksamhet, det är inga pengar vi ser, det är ingenting vi är mätta på, det är ingenting vi har ålagts att göra. Utan om det är någon som gör någonting så är det chefsläkaren som har ett samordnande ansvar för de medicinska aktiviteterna. (2,44)

Många av cheferna på Nivå 2 beskrev också en tveksamhet beträffande sin roll i arbetet. Flera beskrev det som svårt att avgöra vad som var en fråga för cheferna i linjen och vad som var en fråga för läkarprofessionen eller för olika stabsfunktioner.

Det finns skräckexempel på när man liksom inte möts mellan linje och andra typer av utskott eller sidoordnade organ som... enfrågeorgan så att säga, jobbar med allt och prioriterar. Jag hoppas att vi med [namn], som ändå har sin verksamhet och sin erfarenhet från det här att vara chef i linjen, att vi ska kunna hitta den här gränsdragningen i ansvarsfördelningen, vem som gör vad. Men risken finns alltså... (2,54)

Det här är en jättesvår fråga... var går linjerna... det administrativa ansvaret och det medicinska ansvaret. Var korsar dom här linjerna varann? Det är jättesvårt. Det är en sådan där fråga jag brottas med varenda dag. Det går inte att säga i det

här... Jag menar i administrativ ledning tillsammans med chefläkare och verksamhetschefer och medicinskt ansvarig på klinik så kan ta fram rutiner, man kan ta fram normer, men det ändå den enskilde doktorn som har avvägande i det enskilda fallet. (2,26)

3.1.4 Syn på ledning av läkare

På samtliga nivåer berörde flera av cheferna svårigheter med att leda läkare. I många fall kom frågan upp spontant utan att den ställts av intervjuarna.

Det är ju grannlaga det här naturligtvis, för det är ju naturligtvis läkarens unika verktyg, både receptblocket och sjukskrivningsblocket, tycker dom. Så det är väldigt, väldigt svårt att föra den här dialogen på ett konstruktivt sätt, utan att dom ska känna sig trampade på tårna. (1,61)

Ja, jag tycker det är en lite komplex fråga, eftersom vi har ett komplext system, där vi också har då läkarna som legitimerade professionella utövare. Och det är ju över huvud taget en väldigt intressant fråga hur man leder en yrkeskår, med ändå då, som har egentligen då utifrån sitt yrkesutövande en viss frihetsgrad att fatta enskilda medicinska beslut, som jag som vårdgivare egentligen inte kan sätta mig över. (1,12)

3.1.5 Stöd från närmaste chef

Både på Nivå 2 och 3 beskrev chefer att de saknade stöd av sin närmaste chef i arbetet med att leda och styra sjukskrivningshantering. Dock var det en betydligt större andel (statistiskt signifikant) av cheferna på Nivå 2 än på Nivå 3 som beskrev att de fått stöd av sin chef i arbetet med att leda sjukskrivningshanteringen (Tabell 4). Bara några av de verksamhetschefer som intervjuades i studien beskrev att de hade fått stöd av sin egen chef i detta, respektive att de av henne eller honom hade fått uppdrag att arbeta med sjukskrivningshanteringen i verksamheten (Tabell 10). Någon beskrev att man i det aktuella landstinget valt att lägga ansvaret helt hos sjukskrivningskommittén och att denne därifrån hade fått stöd att arbeta med frågan. Övriga verksamhetschefer som aktivt arbetade med sjukskrivningshanteringen inom sin verksamhet upplevde att de gjorde det utan stöd av sin egen chef (Tabell 4). Flera av verksamhetscheferna beskrev att de aldrig hade diskuterat sjukskrivningsfrågor med sin egen chef.

Tabell 4. Stöd av chef i arbetet med att leda sjukskrivningshantering på Nivå 2 och 3.

	Bedömnings- alternativ	Totalt		Nivå 2	Nivå 3
		n=64	%	(n=35)	(n=29)
IP ¹ beskriver i intervjun att får stöd av sin chef i arbetet med att leda sjukskrivningshantering	- Ja	21	33	51	10
	- Nej	27	42	17	72
	- Oklart	16	25	31	17

1) IP=Intervjupersonen.

3.1.6 Sjukskrivningsfrågans prioritet i verksamheten

I tabell 5 redovisas vilken prioritet cheferna på olika nivåer bedömdes ge sjukskrivningsfrågan.

Tabell 5. Bedömning av vilken prioritet den intervjuade gav sjukskrivningsfrågan, efter chefsnivå.

		Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		N=82	%	(n=18)	(n=35)	(n=29)
			%	%	%	%
IP ¹ bedömdes ge	- Ja	35	43	89	43	14
sjukskrivningsfrågan	- Nej	34	42	6	34	72
hög prioritet	- Oklart	13	16	6	23	14

1) IP=Intervjupersonen.

Sammantaget gav knappt hälften av cheferna sjukskrivningsfrågan hög prioritet. Även här fanns dock stora skillnader mellan de tre chefsnivåerna. Samtliga landstingsdirektörer utom en bedömdes ge sjukskrivningsfrågan hög prioritet. För många landstingsdirektörer sågs även pengarna från regeringen, det nationella avtalet som tecknats mellan Landstingsförbundet och Socialdepartementet som ett tydligt budskap om att sjukskrivning skulle ges hög prioritet inom hälso- och sjukvården. En landstingsdirektör uttryckte det så här:

Jag tror att man måste vara väldigt, väldigt uthållig, att inte backa utan fortfarande hela tiden förmedla ledningssignalerna, att det här är en prioriterad fråga. Sedan har vi ju haft ganska mycket samtal i ledningsgruppen utifrån utmaningen när den här miljardsatsningen kom, hur vi skulle lägga upp det och det är en av dom som är med i ledningsgruppen som fick uppdraget att rigga hela organisationen kring det. (1,61)

Några tog dock upp att prioriteringen blir något lägre för verksamheter där kostnaderna inte direkt drabbar landstinget:

När jag så att säga tänker på det utifrån ledning och styrning vad gäller landstingsdirektörsrollen, så ligger det ju på ett litet längre avstånd än hantering av läkemedel, hantering av tjänster i kirurgi och ortopedi och medicin. Det ligger ett steg längre bak i samhällsekonomi och budgetar, för vi drabbas ju inte direkt av kostnaderna och att hålla budget se till att verksamheten flyter blir på något vis mer näraliggande frågor i ledning och styrning. (1,03)

Sedan är det lite grand naturligtvis en i vår synpunkt sett en prioriteringsfråga vad vi framför allt inriktar oss på. Det är väl naturligt så att vi jobbar mycket tuffare och mycket hårdare med deras läkemedelsförskrivning än vad vi gör med deras sjukskrivning, och det är fullkomligt självklart så länge vi har två skilda system. (1,41)

I flera uttalanden, särskilt av chefer på Nivå 2, uttrycktes tveksamhet inför vilken prioritet frågan egentligen bör ges i relation till andra uppgifter för sjukvården.

Alltså, det är svårt det där. Det är klart att detta är en prioriterad fråga. // Vi talar i termer av vertikala prioriteringar på något sätt, och där finns i grunden då riksdagens beslut kring prioriteringar från 1997 som också ska styra oss, den som är mest i behov av sjukvård ska också få det. // som chef där har ju jag riksdagens beslut kring prioritering väldigt högt, alltså prioritera 1, 2, 3, 4. // Alltså, hur hittar du en etisk grund i att parallellt som det här jätteviktigt med sjukskrivningen och sjukskrivningstalen, men det handlar ju också om individen, ställa det mot och helst ska vi inte ställa det mot varandra, men det blir ju nästan så på ett sätt att vi ska ställa dom här sakerna mot varandra. Och där vet jag inte riktigt vad jag ska tycka, om jag ska vara ärlig. (2,34)

Det är positivt för sjukskrivningsprocessen. Det kan i viss mån verka hämmande på annat, men å andra sidan... Då kan jag tänka så här, att ja det är väl en prioriterad... Det bör man ju vara medveten om från statsmakterna när man gör så här också, och i det ligger väl det att är en prioritering. Det får man väl så att säga rätta sig efter. (2,62)

Endast ett fåtal av cheferna på Nivå 3 bedömdes ge sjukskrivningsfrågan hög prioritet i verksamheten. Någon menade att frågan inte behövde prioriteras, eftersom den redan hade prioriterats under flera år och redan fanns inarbetad i vardagsarbetet. Många ansåg att hanteringen av patienters sjukskrivning kom långt ner på prioriteringslistan i sjukvården.

Det kommer att dröja väldigt länge innan jag åtminstone har sjukskrivning som en sådan stående fråga (på dagordningen), för jag tycker inte den har riktigt den tyngden jämfört med många andra sådana här svåra saker, allt det här som är jättetunga saker. Så visst, sjukskrivning kommer nog relativt långt ner på den prioriteringslistan. (3,80)

3.2 Kunskap och kompetens

Som framgår av inledningen är det många aspekter som är aktuella när det gäller kunskaps- och kompetensfrågor inom sjukskrivningsprocessen. Inom hälso- och sjukvården är man van att basera kompetens på vetenskap och beprövad erfarenhet. När det gäller sjukskrivningsprocessen saknas detta i stor utsträckning (1, 6, 13, 15, 34-39). I detta avsnitt fokuseras vissa aspekter som utifrån denna bakgrund bedömts som centrala för kompetensutveckling inom området; dels kvalitetssäkring, dels i vilken utsträckning chefer omnämner och relaterar till evidens och forskning generellt och när det gäller hanteringen av patienters sjukskrivning. Kvalitetssäkring är ett sätt att etablera 'beprövad erfarenhet' i områden där vetenskapligt baserad kunskap saknas. Överlag berördes kompetensutveckling i liten utsträckning av cheferna i intervjuerna, kvalitetssäkring och kunskapsgenerering än mindre. Flera angav dock kunskap och kompetens som ett av de viktigaste områdena de ville satsa på. Exempel på sådant uttalande från ett landsting där man även tidigare satsat på detta lyder:

Jag tror mycket på utbildning i försäkringsmedicin och att den ska... för den har vi drivit att tag den tror jag behöver upprepas och fördjupas, för den i sig är en arena mellan parterna. (1,21)

Det framkom även en vilja att låta läkare, åtminstone läkare anställda inom primärvården, deltaga i kompetensutveckling arrangerad av andra aktörer, t.ex. Försäkringskassan.

3.2.1 Ledning av kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården

Kravet på att det ska finnas särskilda system för att systematiskt och fortlöpande säkra och utveckla kvaliteten i hälso- och sjukvården regleras i *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (KvalSys)* (40, 41). Där fastslås bland annat att:

- All hälso- och sjukvård ska omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten i verksamheten. All personal skall medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen av verksamheten.
- Verksamhetschefen/motsvarande skall inom befintliga resurser ta fram och fastställa ett ändamålsenligt kvalitetssystem för att fortlöpande styra, följa upp, utveckla och dokumentera kvaliteten i verksamheten för att nå kvalitetsmålen och främja kostnadseffektivitet.
- Kvalitetssystemet ska innehålla rutiner för
 - klargörande av ansvar för samarbete och samverkan kring vård och omhändertagande av patienten mellan personal, mellan funktioner och gentemot andra enheter, nivåer och ansvarsområden.
 - rapportering mellan personal om patientens behov, vård och omhändertagande.

Vidare sägs att ett systematiskt kvalitetsarbete ska vara långsiktigt, patientorienterat och präglad av förebyggande syn- och arbetssätt, ständiga uppföljningar och förbättringar, faktabaserade beslut och samverkan. Det ställs krav på att det ska finnas ett kvalitetsledningssystem som inte är ett separat system, utan är integrerat i det ledningssystem som organisationen redan har (42). Detta ger högsta ledningen och övriga ledningsnivåer verktyg för att styra och utveckla sin organisation.

I sin tillsyn av sjukskrivningsprocessen inom primärvården (8) konstaterar Socialstyrelsen att en mycket begränsad del av de författningar som reglerar hälso- och sjukvården uttryckligen berör sjukskrivningsprocessen. I sin tillsyn gick man därför vägen via generella kvalitetskrav i författningarna och identifierade följande sex organisatoriska indikatorer på kvalitet i sjukskrivningsprocessen:

- Förekomst av riktlinjer för sjukskrivning.
- Att läkare har försäkringsmedicinsk kompetens.
- Tillgång till paramedicinska resurser (teamsamverkan).
- Kontinuitet i läkarkontakten.
- Extern samverkan med arbetsgivare, Försäkringskassan, arbetsförmedling och socialtjänst.
- Uppföljning.¹

¹ Se även sidan 8 om Socialstyrelsens förslag när det gäller systematiskt kvalitetsarbete rörande sjukskrivning.

En stor del av intervjupersonerna nämnde uppföljningar som en viktig del i sjukskrivningshanteringen, men i analysen av intervjuerna framgår att sådana kvalitetsuppföljningar inte verkade förekomma i någon större utsträckning. I och med miljardsatsningen hade frågan väckts men föreföll ännu vara i sin linda. Chefer på Nivå 1 och 2 uppgav att de arbetade medvetet med kvalitetssäkring som en viktig del i sitt ledarskap generellt, men även för dessa föreföll frågan om kvalitetssäkring när det gäller sjukskrivningsprocessen ännu vara på diskussionsstadiet, ibland inte ens det. På Nivå 3 tycktes frågan oftast ännu inte ha aktualiserats.

Uttalanden om kvalitetssäkring i den bemärkelse som Socialstyrelsen lyft fram enligt ovan saknades nästan helt. Några intervjuade hade överhuvudtaget svårt att förstå vad kvalitetssäkring i relation till sjukskrivningshanteringen skulle kunna innebära.

Det finns ingen kvalitetssäkring. // Jag förstår faktiskt inte frågan. (3,51)

Överlag verkade det saknas traditioner, rutiner och/eller erfarenhet när det gäller att systematiskt följa upp arbetet med sjukskrivningar på det sätt som görs för andra områden inom sjukvården.

Vi kartlägger läkarna och vilka mediciner de skriver ut till patienter ner till sista Alvedonet ungefär. Men hur mycket de sjukskriver patienter och vad det i miljarder kostar samhället, det har vi aldrig brytt oss om att följa upp. Det kan synas vara konstigt, men icke desto mindre ett faktum. (1,25)

De flesta föreföll ha reflekterat över uppföljningsfrågan först under senare tid, några först under intervjun. Några funderade kring formulering av mål, på vad det var som skulle mätas och hur det skulle kunna mätas, hur man skulle kunna få kunskap om sjukskrivningsprocessen och hur man kunde få ut någon samlad information från journalsystemet som skulle kunna ge en bild av sjukskrivningsmönstret.

Alltså det är väl, då tror jag du är inne på det som..., där vi fortfarande funderar. Alltså vad är det vi faktiskt ska mäta så att vi uppnår våra mål. Vilka är målen och vad ska vi mäta? Så där är vi fortfarande i någon slags sökfás. (2,59)

Alltså, det är en journalanteckning kring sjukskrivningar som finns kopplade till den enskilde patienten. Hur ska vi liksom ackumulera någon slags samlad information och hitta något slags mönster i detta? Det funderar jag på. (2,54)

Det fanns också uttalanden om möjliga former för uppföljningar och i vilka fora de skulle kunna rapporteras. Några förslag var att sjukskrivningarna skulle kunna rapporteras i de allmänna uppföljningssystemen, delårsbokslut, tertial- och årsberättelser som var kopplade till planeringsprocessen, och på så sätt följas upp och styrs. Andra kanaler som nämndes var kvalitetsregister och avvikelshantering.

Alltså det har väl de flesta organisationer, antingen har man månadsrapporter, det tycker jag är för tätt för att rapportera detta, men man kan tänka sig tertial, delårsbokslut och årsberättelser. Det är väl egentligen de tunga delarna där jag tycker att man ska rapportera det här. Så följer man upp det, och så..., då blir det så att säga styrning av det och uppföljning. Uppföljning är jätteviktigt. (1,01)

I detta sammanhang understryker bl.a. Socialstyrelsen vikten av att upprätta rutiner för hantering av patienters sjukskrivning (10). Av Tabell 6 framgår att i en stor andel av intervjuerna nämns sådana rutiner. Däremot nämns det sällan mer konkret kring hur man avser arbeta med det.

Tabell 6. Omnämmande av rutiner i sjukskrivningsprocessen, totalt och efter nivå.

		Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		n=82	%	(n=18) %	(n=35) %	(n=29) %
IP ¹ nämner rutiner för att hantera patienters sjukskrivning	- Ja	58	71	89	67	62
	- Nej	24	29	11	31	38

1) IP=Intervjupersonen.

Såväl sjukskrivningsfrågan som uppföljningen av den tycktes av vissa ha setts som en helt ny ledningsfråga, enbart kopplad till stimulansmedlen i miljardsatsningen.

Men det är klart, lämnar vi inga rapporter, så får vi inte heller några pengar. Så att så kan man säga att det gäller ledning och styrning. Och sedan får vi ju ha, vi har ju av rapportering på våra normala, kan man säga träffar. (1,01)

Medan några endast talade om uppföljningar i termer av hur sjukskrivningstalen minskade, lade andra kvalitetsaspekter på uppföljningarna på samma sätt som inom andra områden inom hälso- och sjukvården.

Vi skulle kunna göra det enkelt och mäta det som påverkar vår del av hur mycket vi får av miljarden. Och det är ju ett sätt då. Men vi är inte riktigt, vi vet inte om det är rätt att mäta så. Och då har det också att göra med kvalitetsdelarna här. (2,59)

Många chefer föreföll famlande i sitt sökande efter adekvata kvalitetsmått. Hur man skulle kunna mäta kvalitet i arbetet med sjukskrivningar och vad som kunde anses vara kvalitetssäkring i det här sammanhanget, var frågor som man brottades med.

Alltså det är ju en lednings- och styrningsfråga. Och det är klart, att kan man hitta ett bra kvalitetsmått, inte bara att följa upp sjukskrivningarna rent konkret, som man gör idag, det är ju en sak, men att kunna hitta någon typ av kvalitet, så vore det önskvärt. (1,09)

I de landsting där det redan fanns ett generellt kvalitetsuppföljningssystem i organisationen – några nämnde t.ex. att man använde sig av balanserade styrkort – tycktes sjukskrivningsprocessen ännu inte ha börjat följas upp i systemet. Några anledningar som nämndes var att frågan var så ny att man inte hunnit, en annan att man ännu inte klarat ut vilka indikatorer som skulle kvalitetssäkras. En chef på Nivå 2 betonade att han inte förhöll sig överksam, även om frågan ännu inte lyfts in i systemet. Han följde upp sjukskrivningshanteringen genom att tillsammans med medarbetare gå ut på klinikerna när man hade haft tertialbokslut, för att gå igenom resultatet.

Vi arbetar med balanserat styrkort i hela organisationen. // Och nu följer vi upp genom att jag tillsammans med mina medarbetare går ut på klinikerna när man har haft tertialbokslut och sedan går man igenom det. (2,02)

Det framkom svårigheter och problem med att följa upp och utvärdera sjukskrivningshanteringen. Den form för utvärdering som främst nämndes var att ta in statistik om antal sjukskrivningar och hur långa dessa blev. I flera landsting där man försökt att följa upp sjukskrivningsfrågan i kvalitetssystemet, via information om enskilda läkares eller mottagningars sjukskrivningar, verkade det ha fallerat på grund av svårigheter att få fram ändamålsenliga data ur journalsystemet. Man övergick då till att följa sjukskrivningarna på befolkningsnivå med hjälp av Försäkringskassans statistik.

Överhuvudtaget verkade det ha varit svårt, vid tiden för intervjuerna, att hämta ut enklare data och statistik ur de egna systemen, som underlag för uppföljningar av sjukskrivningar. En del såg det som tekniskt åtgärdbara problem som skulle kunna lösas inom en snar framtid.

Det kommer ju att finnas betydligt större möjligheter när vi väl kanske utvecklar. Nu har vi ytterligare kanske en åtminstone 2-3 år framför oss innan vi kan realisera det, men IT-utvecklingen går ju väldigt fort, och så småningom kommer vi att ha gemensamma databaser, där åtgärder och skäl till åtgärder är väl dokumenterade, och då kommer vi att kunna göra ... på ännu tydligare sätt uppföljningar av mönstren. (1,41)

Inte heller verksamhetscheferna, vilka enligt Socialstyrelsen har ett direkt ansvar att upprätta ett system för kvalitetssäkring av sjukskrivningarna, såg detta som sitt ansvar. Några verkade närmast uppgivna inför detta.

Ja, då måste jag ha medel att styra med, och då måste jag ha ett uppföljningssystem, annars blir det bara tjat. (3,45)

Någon ansåg inte att uppföljning av sjukskrivning ingick i ledningsuppdraget och såg heller ingen annan lösning på problemet med att få information om sjukskrivningslängd än att själv hämta detta ur journalerna. Några sjukskrivningskommittéer hade tagit på sig uppgiften att tillhandahålla adekvat statistik.

3.2.2 Omnämmande av forskning och vetenskap

Hälso- och sjukvården i Sverige skall baseras på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Den medicinska forskningen utvecklas mycket snabbt och det kommer ständigt nya rön om diagnostik, behandling och rehabilitering. Detta innebär att det är svårt för den enskilde läkaren, sjuksköterskan eller sjukgymnasten att ha kännedom om det senaste, att värdera resultaten från enskilda vetenskapliga studier och därmed att garantera patienterna en ’god vård’. För att underlätta detta har Sverige etablerat en fristående myndighet med uppgift att värdera kvaliteten i vetenskapliga studier inom olika områden och sammanställa eventuell grad av vetenskaplig evidens för t.ex. en viss behandling jämfört med andra, för att ta ställning till vilken vård som ger bäst nytta för patienten

och hur hälso- och sjukvården kan utnyttja sina resurser bäst. Denna myndighet heter Statens beredning för medicinsk utvärdering inom hälso- och sjukvården, SBU.

Då evidensbaserade resultat ännu saknas inom många områden är det aktuellt att utvärdera och reflektera över konsekvensen av de erfarenheter som finns inom området. Bl.a. saknas det ännu, enligt SBU, vetenskaplig evidens om vad som är optimal sjukfrånvaro vid olika tillstånd (43). Då finns det ett extra stort behov av att generera sådan kunskap, samt att i så stor utsträckning som möjligt bepröva, dvs. utvärdera och reflektera över konsekvensen av de erfarenheter som finns inom området.

Det har tidigare framkommit att det saknas strategier inom sjukvården för att utveckla kunskap om sjukskrivning (6). I miljardsatsningen är kunskap och kompetens ett av fyra centrala områden. Här har en sammanställning gjorts av om cheferna i intervjuerna överhuvudtaget nämner forskning, vetenskap, eller sådana resultat eller verksamhet, oberoende om de gjorde det i relation till sjukskrivning eller något annat. Här fanns en tydlig skillnad mellan de olika nivåerna: Tre fjärdedelar av de högsta cheferna nämner detta men endast någon av verksamhetscheferna (Tabell 7).

Tabell 7. Andelen chefer som nämner vetenskap och forskning, totalt och efter nivå.

		Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		n=82	%	(n=18)	(n=35)	(n=29)
				%	%	%
Nämner den intervjuade vetenskap eller forskning under intervjun?	- Ja	34	42	72	54	7
	- Nej	48	59	28	46	93

Uttalandena om forskning och vetenskap hade olika karaktär, och tre olika typer av uttalanden kunde identifieras.

I den första kategorin av uttalanden om forskning och vetenskap var dessa av mer generell karaktär, och gavs ofta i samband med en mer allmän diskussion om hälso- och sjukvården i stort eller yttrades i samband med frågor om kvinnors sjuklighet. Det var dock tydligt att flera av de intervjuade på ett självklart sätt hänvisade till vetenskaplig evidens och till att åtgärder skall vara grundade i detta. Man ville att resultat av forskning används, att vården skall vara evidensbaserad, SBU nämndes och ibland även kontakt med forskare.

Vi har också i vår övergripande plan vården hos oss – nu tar jag vården – den ska vara tillgänglig, säker, evidensbaserad, kvalitativt likvärdig och effektiv. Och det gäller på varje område. (1,35)

Ta alla evidensbaserade rapporter för hur man ska bedriva hälso- och sjukvård i allmänhet som kommer från SBU eller från Socialstyrelsen. Problemet är ju egentligen inte brist på kunskap utan att omsätta det i praktisk vardag. (2,62)

Att jobba mycket med kunskapsstyrning, det tror jag är oerhört viktigt. (2,43)

I den andra kategorin fokuserades mer specifikt vetenskap och forskning inom sjukfrånvaroområdet. Här var ett genomgående tema att forskning och kunskap saknas, att det finns för lite forskning, eller att mer forskning behövs.

Det finns för lite forskning och kunskap kring vad det är som påverkar sjukskrivningsmönstret, så att vi måste veta mycket mer om det. Det finns ju beskrivet i SBU-rapporter, evidens kring sjukskrivningsverksamheten. Och man blir inte imponerad över den sammanlagda kunskapen, trots att det är väldigt mycket pengar vi lägger ner i det systemet. (2,27)

(Det är) värderingar som egentligen i väldigt hög utsträckning styr sjukskrivningsprocessen. Mer av tyckanden än av kunskap. // därför blir det så väldigt viktigt att ha en tydligt beskriven process som utgår ifrån kunskap och inte utifrån vad vi tycker eller hur vi värderar saker och ting. (1,68)

En tredje kategori av uttalanden handlar om att man tagit eller kan tänka sig att ta egna initiativ för att främja forskning om sjukfrånvaro, t.ex. genom att finansiera projekt.

Nu har (vi) också en organisation som jobbar med metoder för att förbättra och mer evidensbasera sjukskrivningsbeteendet. (1,41)

Vi kanske borde ta lite större ansvar för forskning på det här området. Det kan man gärna se som ett dåligt samvete att vi inte har kommit längre, inte tagit upp det där. (2,42)

Vi har ju samarbete med forskningsorganisationer. // Vi har både engagerat och stimulerat olika forskningsinsatser (om sjukfrånvaro) under resans gång. (1,21)

3.3 Samverkan

Som tidigare nämnts är det ofta relevant för hälso- och sjukvården att samverka med andra, externa, aktörer både i konkreta sjukskrivningsärenden och på en mer övergripande nivå för hantering av olika aspekter i sjukskrivningsprocessen. Ledning och styrning av sådan samverkan är en central chefsuppgift, liksom av samarbete inom hälso- och sjukvården, mellan olika enheter och inom en och samma enhet (6).

Begreppen samverkan och samarbete används ofta synonymt, och när skillnad görs mellan dem handlar det ofta om att organisationer och institutioner samverkar medan individer samarbetar. I intervjuerna talades framförallt om samverkan mellan organisationer eller verksamheter.

3.3.1 Syn på samverkan i sjukskrivningsprocessen

I sjukskrivningsprocessen kan och bör många olika professionella yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården vara involverade, såsom läkare, sjuksköterskor, kuratorer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Ledning och styrning av deras samarbete är en viktig chefsuppgift i sjukskrivningsprocessen. Andra viktiga aktörer vid en patients sjukskrivning är patientens arbetsgivare och företagshälsovård. Tidigare insatser för att påverka sjukvårdens hantering av sjukskrivningsärenden har framförallt riktats till primärvården, samtidigt som en mycket stor del av sjukskrivningsärendena handläggs vid sjukhuskliniker.

Med detta som bakgrund gjordes en genomgång av vilka som under intervjun nämnde andra professioner än läkare, vilka som nämnde arbetsgivare och företagshälsovård när

sådan finns, vilka som nämnde sjukhusvård och inte bara primärvård, etcetera. Resultaten redovisas i tabell 8. Intervjuguiden innehöll frågor om samverkan och ledning av samverkan generellt, medan specifika professioner och aktörer inte nämndes.

Tabell 8. Andel chefer som i intervjun nämner olika aktörer och den egna rollen i relation till sjukskrivningsfrågan, totalt och efter nivå.

	Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
	N=82	%	(n=18) %	(n=35) %	(n=29) %
IP ¹ nämner arbetsgivare	35	43	44	40	45
IP nämner företagshälsovård	14	17	11	17	21
IP nämner även sjukhusvård i relation till sjukskrivningsfrågan					
- Ofta	46	56	50	63	52
- Någon gång	17	21	28	17	21
IP nämner även andra yrkeskategorier än läkare i arbetet med sjukskrivningsfrågan	51	62	72	63	55
IP nämner egna rollen som arbetsgivare ang. sjukfrånvaro bland den egna personalen	29	35	67	34	17

1) IP= den intervjuade personen.

Internt inom landstingen uppfattades sjukskrivning ofta som en uppgift för primärvården. Detta avspeglas i resultatet som visar att cirka en fjärdedel inte nämnde sjukhusvårdens roll överhuvudtaget. De flesta, drygt 60 procent, nämnde andra yrkeskategorier än läkare i samband med sjukskrivningsfrågan; oftast nämndes sjuksköterska, kurator och sjukgymnast. Övriga kategorier som nämndes var psykolog och arbetsterapeut.

Då är det inte bara doktorer utan det gäller även sjuksköterskor, så vi har ju utbildat flera grupperingar i vårt landsting. Man kan ju tro att det bara är den förskrivande läkaren som det handlar, men så enkelt är det ju inte. Men jag kan inte se annat att det är en samspelsfråga, det är nödvändigt att det finns arenor och former för dialog hela tiden. (1,77)

En stor andel av landstingsdirektörerna nämnde även, utan att ha blivit tillfrågade om det, den egna rollen som arbetsgivare och det framkom att fokus i arbetet med ledning och styrning av sjukskrivningshantering ibland låg i att förbättra hälsa bland den egna personalen.

Cheferna nämnde framförallt *samverkan med Försäkringskassan* och mindre med andra aktörer. Samverkan med Försäkringskassan förekom på olika sätt och på olika nivåer i samtliga landsting. Majoriteten av de intervjuade cheferna nämnde överhuvudtaget inte patienters arbetsgivare under intervjun. Ännu färre nämnde företagshälsovård, vare sig generellt eller som en möjlig samarbetspartner.

Några av de intervjuade cheferna beskrev att landstinget hade en utvecklad strategi för samverkan med Försäkringskassan, vilken omfattade samtliga chefsnivåer i organisationen. Andra menade att det fanns öar av samverkan med Försäkringskassan i organisationen, framförallt på enhetsnivå runt patienten. Denna typ av samverkan beskrevs i termer av reahabteam, resursteam eller liknande. Många chefer uttalade att de antingen saknade, alternativt endast hade sporadiska kontakter med Försäkringskassan eller att de var på väg att etablera eller nyss hade etablerat kontakt.

Vi inledde ju samarbetet med Försäkringskassan redan något år innan miljarden kom till. Det var ju utifrån att det faktiskt uttalades en ambition från regeringen att man skulle halvera sjuktalet, det var innan miljarden kom till, ungefär ett år. Och då, redan då skrev vi ett avtal med Försäkringskassan, och det var väl då mitt engagemang i det här började, att jag fick det uppdraget redan då. (2,04)

Flera landsting har organiserat samverkan med Försäkringskassan i sjukskrivningskommittéerna, där också andra intressenter ibland ingick, exempelvis kommuner och arbetsförmedling. De flesta som intervjuades upplevde det som en bra samverkanslösning medan några såg avsaknaden av styrning som ett problem, då sjukskrivningskommittéerna organisatoriskt ofta låg utanför chefslinjen.

Men man ska komma ihåg en sak, och det är ju, att till viss del, man arbetar ju med detta ute, men styrningen från mig har inte varit tillräckligt stark. Så det måste in i linjen. Det är lite som läkemedel så här, det måste in tydligt, de här sjukskrivningskommittéerna, det här rådet, kan liksom inte ligga och leva sitt eget liv, utan det måste in i ledningen. (2,38)

Intern samverkan tycktes fungera bra i en del landsting och sämre i andra. Det bör noteras att främst chefer på Nivå 3 tog upp den interna samverkan i den egna organisationen. Överlag beskrevs dock samverkan med andra, såväl internt som externt, ofta som något problematiskt. Detta nämndes i större utsträckning på Nivå 3 än på de andra nivåerna. Medan de högsta ledningsnivåerna nämnde både hinder och möjligheter för samverkan så riktade chefer på Nivå 3 främst uppmärksamheten på hindren. Chefer på de olika nivåerna föreföll även uppfatta problemen på lite olika sätt.

I analysen framträdde ett antal teman, vilka framstod som väsentliga för att landstingen ska kunna påverka och förbättra samarbete och samverkan. Dessa teman var: att utveckla strategier både på ledningsnivå och tillsammans med samverkansparter, att undanröja hinder såsom samarbetssvårigheter, skilda synsätt samt dålig samordning. Den samverkanspart som främst framhölls, även i det här sammanhanget, var Försäkringskassan. I det följande redogörs för de faktorer som intervjuade personer identifierade och diskuterade som hindrande respektive främjande för samverkan mellan landstingen och olika organisationer, främst Försäkringskassan, samt samverkan mellan olika verksamheter inom landstingen.

Exempel på fungerande samverkan i sjukskrivningsfrågan handlade framförallt om att miljardsatsningen påskyndat utvecklingen eller att man redan tidigare hade ett upparbetat samarbete med Försäkringskassan.

För oss har dom (miljardsatsningens medel) stor betydelse, alltså i tiden. Vi har säkert kommit fram till det här på ett eller annat sätt. Det har också gett oss en kraftfull inriktning mot att samverka med Försäkringskassan, för dom förfogar inte vi över annars. Vi har ett bra samarbete, men det är klart att dom har ju kommit upp på tiden på ett parallellt sätt, samtidigt ett sätt som är gynnsamt, tycker jag. Satsningen och dom centrala direktiven och det här incitamentet spelar stor roll. (1,66)

Då jobbar jag aktivt i det här samordningsförbundet, där vi jobbar just med då det här med sjukskrivningsprocesser och få ner sjukskrivningstal, så att jag för en väldigt aktiv dialog med Försäkringskassan, om just sjukskrivningarna och för att få till en bättre samverkan och få till då smidigare handläggning mellan Försäkringskassan och hälsocentral då. (3,15)

Men vi har ju dom kontaktytorna så det är lätt att lyfta telefonluren för mig och tala med chefen på Försäkringskassan och vice versa när vi har behov av det. Vi känner varandra så pass väl och vet vem den andre är, så det är inget komplicerat i detta. (1,35)

Vi har möten med Försäkringskassan, där jag träffar Försäkringskassans chef, men där vi också har bildat en gruppering tillsammans med Försäkringskassan där vi har läkarmedverkan bland annat, men också strategisk kompetens från landstingsledningen i den här gruppen som vi har om hur vi ska kunna arbeta framåt på bästa sätt. (1,06)

3.3.2 Faktorer som ansågs påverka samverkan

De intervjuade cheferna nämnde olika typer av faktorer som påverkade samverkan, beroende på vilken nivå de befann sig. Nedan beskrivs först olika faktorer som cheferna ansåg främja samverkan, därefter olika typer av hinder för samverkan. I vissa fall angavs strategier för att i chefsrollen hantera detta.

3.3.2.1 Faktorer som ansågs främja samverkan

Tre typer av främjande faktorer för samverkan nämndes; A) interna ledningsstrategier, B) gemensamma strategier med Försäkringskassan samt C) stöd och handledning från den egna ledningen eller från Försäkringskassan.

A) Ledningsstrategier internt i landstinget

Högsta ledningens förhållningssätt och agerande framhölls av chefer på Nivå 1 och 2 som viktiga signaler för hur samverkan om sjukskrivningsprocessen kommer att hanteras längre ner i organisationen. Exempel på gynnsamma faktorer för samverkan med både Försäkringskassan och andra aktörer, var att på högsta landstingsnivå visa på vikten av frågan och att själv få till stånd ett bra samverkansklimate med samverkansparter.

Alltså, det enda sättet för mig eller oss egentligen att styra på, det är ju att visa på vikten av frågan, och sätta frågan på agendan, se till så att den också hanteras nere i organisationen. Då förstår man att det är viktigt. Att visa på den nivå som [namn] och jag är, visar också i praktiskt arbete liksom att vi är måna om och också själva kan samarbeta med dom här myndigheterna. (2,75)

Många chefer betonade att kommunikation och dialog måste föras på flera arenor och nivåer. Samtidigt beskrev dock en del chefer, på alla nivåer, att de inte agerat speciellt mycket i frågan utan väntade på direktiv uppifrån, antingen från sin chef eller från den politiska ledningen. Framförallt betonades att ledningen ”måste ta de stora kliven” inte bara för att formulera en vision utan också för att se till att det skapas nätverk och arenor för dialog om hur samverkan med Försäkringskassan och andra aktörer ska kunna hanteras och stärkas.

Några framhöll också att det inte bara behövs flera strategier och en mer utvecklad struktur, utan också riktlinjer och ökad kunskap för att få till stånd attitydförändringar när det gällde sjukskrivningsprocessen. I och med miljardsatsningen hade det också blivit tydligt att samverkan måste ske på olika nivåer i landstingen. Hittills hade några sett samverkan med Försäkringskassan som en angelägenhet enbart för läkarna, medan andra framförallt sett det som en ledningsfråga, vilket nedanstående citat belyser.

Ja, så har jag nog sett det hittills. Den börjar ju nu, i och med att vi har ett ekonomiskt incitament i detta också, så flyttas fokus mer ner i verksamheten. Och det ska vi ta. Och det känns väldigt spännande att man har hittat den här formen av samverkan mellan landsting och Försäkringskassa, som, ja, är fördel för båda. (2,23)

B) Gemensamma strategier med Försäkringskassan

För att underlätta en bra samverkan mellan landstinget och Försäkringskassan såg chefer på Nivå 1 och 2 det som viktigt att de båda organisationerna också hade gemensamma strategier i sjukförsäkringsärenden samt att de lärde känna och förstå varandras kulturer. Det antydde att Försäkringskassan och landstinget i vissa lägen kanske mer såg varandra som motparter istället för som samverkansparter och att det då blev viktigt att klara ut sådana otydligheter. Det betonades från flera håll att samverkan tar tid, att det måste finnas tid för att träffas kontinuerligt och tala med varandra, göra upp planer, prioriteringar. Relationsskapandet framhölls som den viktigaste faktorn för att få till stånd ett bra samarbetsklimat med Försäkringskassan.

I början, för några år sedan när vi träffade kassan så var det väldigt stelt och så, men det är mycket öppenhet, mycket bra, mycket fantastiska relationer, fantastiskt klimat. Jag tror att det är, lär människor att känna varandra väl, kommer man på ledningsnivå överens om att vad vi vill åstadkomma, vi försöker skapa arenor för ett sådant klimat, då går det. (1,25)

Att ha gemensamma mål som genomsyrar de båda organisationerna lyftes fram som en främjande faktor för samverkan. Att arbeta fram gemensamma problemformuleringar gjorde det möjligt att ”dra åt samma håll” och skapa gemensamma målbilder för vart man vill nå och hur det ska gå till. En samsyn ansågs fordra att man klarar ut otydligheter och tydliggör roller, vilket även innefattar kunskap om och respekt för varandras arbetssätt och arbetsuppgifter. Dessa strategier ansågs bland annat nödvändiga för att kunna ha ett gemensamt förhållningssätt till patienten.

Jag vill naturligtvis att vi har en samsyn, att vi klarar ut dom otydligheter som finns mellan om vi säger Försäkringskassan och oss. Att vi har tydliga klara

roller, att vi har insikt om varandras uppgifter, att vi också respekterar det och att vi kan samverka. Det vill säga, vi intygar och dom tar ställning till sjukskrivningen. Men sedan också att vi har ett gemensamt förhållningssätt till patienten. Det är ju det som är viktigt, att vi inte säger någonting... att vi framför allt inte lovar på varandras vägnar, för det är ju då det börjar gå snett och det är då tredje man så att säga inte får ihop det. (2,75)

C) Stöd och handledning

På Nivå 3 nämndes få specifikt främjande faktorer för samverkan. Stöd från ledningen betonades och det uttrycktes även förhoppningar om att en utökad samverkan med Försäkringskassan skulle kunna få positiv återklang i arbetet. Utifrån den speciella kompetens Försäkringskassan har i försäkringsfrågor, poängterades möjligheten att få stöd och handledning från dess personal. Detta skulle kunna underlätta arbetet och ge en direkt samarbetsvinst.

3.3.2.2 Faktorer som ansågs hindra samverkan

Intervjuade på alla nivåer såg en rad försvårande och hindrande faktorer när det gällde att få till stånd samverkan med andra. Gemensamt för de tre nivåerna var att de upplevde vissa samarbetssvårigheter med Försäkringskassan. För övrigt såg cheferna på de olika nivåerna framförallt tre olika slag av faktorer som kunde försvåra samverkan.

A) Samarbetsvårigheter med Försäkringskassan

Chefer på alla nivåer beskrev olika typer av samarbetsvårigheter med Försäkringskassan, vilka de tyckte ha haft svårt att hantera. Några upplevde samarbetsproblem på grund av att Försäkringskassan inte uppfattades se sjukskrivningsfrågan som en gemensam arbetsuppgift. De menade att Försäkringskassan oftare dikterade villkoren för landstinget i olika frågor än sökte samverkanslösningar. Framförallt gällde detta i konkreta sjukskrivningsärenden men även när Försäkringskassan kallade till informationsmöten eller andra sammankomster. Man upplevde att det inte fanns förståelse för sjukvårdspersonalens arbetssituation utan att det fordrades att landstinget ställde upp på det som Försäkringskassan bestämde. Andra uppfattade att Försäkringskassan såg sjukskrivningsproblemet enbart som en landstingsfråga.

Försäkringskassan tittar på oss och säger, lös problemet med sjukskrivningsprocessen, det är ni som är problemet. Och så ser inte jag på samverkan, utan jag ser på, att där tittar man på sina respektive, man gemensamt tittar på sina processer och definierar dem, övergångar mellan deras och våra processer som finns. Och så försöker man att hjälpa varandra och förbättra, för att göra det smidigt då, övergången då mellan dem. (1,09)

Det verkade även i vissa fall finnas ett ömsesidigt misstroende mellan Försäkringskassan och landstingen som hindrade samverkan. Just när det gällde samverkan övergick en del av de intervjuade cheferna på Nivå 2 och 3 från att svara utifrån sin chefsroll till att svara utifrån en roll som läkare.

Jag tror att man behöver lösa upp det här, sådana här enkla saker som att vi hittar, säg att vi skriver ett intyg på en patient som vi vet definitivt kommer att gå till pension, han har alltså ingen arbetsförmåga kvar överhuvudtaget, då ska jag behöva sjukskriva honom en gång i månaden dessutom. Jag menar sådana här praktiska nonsensgrejor. Om man kunde rensa från sådant, så tror jag att man skulle få ett större förtroende från familjeläkarna också. (2,70)

Det var ännu vanligare att chefer på Nivå 3 uttalade sig utifrån sin kliniska läkarroll snarare än i sin chefsroll. De beskrev bland annat hur de känt sig kränkta av Försäkringskassans handläggare när deras patienters rätt till sjukpenning blivit ifrågasatt. Vissa krav, menade de, kunde läkarna acceptera från Försäkringskassan, bara de fick respekt för att det var läkarna som skulle bedöma sjuklighet. Det var när, som man uppfattade, Försäkringskassan av ”politiska skäl” ifrågasatte det medicinska som det skar det sig och riskerade att bli ”fyrkantiga lösningar” eller när en tjänsteman, som uppfattades sakna medicinsk kompetens, skulle bedöma läkarnas diagnoser.

Och sedan att kassan har kvar, att de gärna ställer krav på oss, men att man ändå har en respekt att vi är de som har utbildning på att bedöma sjuklighet, och så kan man ta en diskussion om arbetsförmågan. Men när de tycker att våra, att de liksom av politiska skäl ifrågasätter den medicinska delen så skär det sig. Även om det kanske inte är så många gånger, så blir det förskräckligt både för patient och doktor då. (3,30)

Andra hinder för samverkan, vilka lyftes fram av chefer på Nivå 3, fokuserade mer på enskilda läkare och deras samverkan med andra. Vidare betonades brist på agerande eller tillgänglighet i patientärendena från samverkansparterna sida. Framförallt Försäkringskassan, men även arbetsförmedlingen uppfattades t.ex. som ”anonyma”, svåra att få kontakt och samarbeta med och t.ex. lämnade de ofta återbud när man väl etablerat kontakt och kommit överens om att träffas.

Och sedan ska det vara lättare att få kontakt med handläggare på Försäkringskassan eller arbetsförmedlingen, så att man tillsammans ser att det är ju hela livssituationen då som ja, så man sätter sig tillsammans med patienten och ser, vad kan vi egentligen göra, hur ska vi gå vidare. Så man inte hamnar i de här månads- och årslånga sjukskrivningarna. (3,14)

B) Skilda synsätt och mål

Ovan nämndes gemensamma mål som en faktor som skulle kunna främja samverkan med Försäkringskassan. På motsvarande sätt framställdes avsaknad av sådana som ett hinder. Kontakten med Försäkringskassan beskrevs av chefer på Nivå 1 och 2 ibland som en konfrontation mellan skilda perspektiv eller synsätt. Trots en medvetenhet om vikten av att hitta gemensamma utgångspunkter och sätt att samarbeta för att komma vidare, var det uppenbart att många var trevande i sina försök att förstå de olika rollerna och synsätten, och verkade ha svårt att få grepp om dem.

Just nu har vi lite konfrontation mellan de två parterna (Försäkringskassan och landstinget) tycker jag. Det finns två perspektiv minst med att se på det här med sjukskrivning // det får man ingen rätsida på. (2,36)

Även organisationernas skilda uppdrag och att ekonomin inte är samordnad nämndes som försvårande omständigheter för samverkan. Det som fordrades, menade man, var att de samverkande aktörerna enades om en samsyn och att det även formulerades ett gemensamt uppdrag.

Vi har gett uppdrag och vi kan ge uppdrag att fortsätta utveckla det här samarbetet ytterligare. Men vi kan ju bara, vi kan från landstingets sida bara ta vår del. Alltså, vi måste ju ha en samsyn med andra aktörer, om man tar Försäkringskassa, arbetsförmedling, den typen av, vi måste ha en samsyn med den. Alltså på samma sätt som vi ska göra något med kommunen, vi kan ju säga det, att uppdraget är att vi ska slå våra påsar ihop och göra den här värden gemensam. Men det kan ju bara bli... men båda sidor måste ge samma uppdrag, annars så händer ingenting. (2,36)

Utan samma uppdrag fanns farhågor att ingenting skulle hända, utan att ansvar och pengar skulle fortsätta att bollas mellan olika aktörer.

Ja det kommer nog att vara svårt på det här området. Det är ju många aktörer, och det kommer väl aldrig att bli glasklart vem som ska... Och det som är jobbigt, det är ju den där typen av Svarte Petter-spel som man lätt får när man har många aktörer, det vill säga, kan man få någon annan att betala, så är det bra. (2,42)

C) Bristande samordning av samverkansfrågor

Många uttryckte att det behövdes samordnade insatser för att få till samverkan både internt och med Försäkringskassan och att klargöra vem som hade det direkta ansvaret för att samverkan och samarbete kom till stånd. Många chefer på Nivå 3 ansåg att ansvar för initiativ till samverkan med Försäkringskassan inte låg hos dem utan hos någon annan, på högre nivå i organisationen eller en lägre - framförallt då hos läkare - eller också väntade man på initiativ från Försäkringskassan.

Ja när det gäller sjukskrivningstalen, så sker det samverkan med Försäkringskassan, och Försäkringskassan hör ju av sig när de tycker att någonting verkar då ... som de vill ta upp till diskussion. För det är ju till mångt och mycket deras, så att säga, penningpåse som man är och öser ur. Så att den dialogen för ju Försäkringskassan med våra läkare på hälsocentralen. (3,15)

I de fall cheferna nämnde att landstinget hade en sjukskrivningskommitté, föreföll ofta chefer på samtliga nivåer ha hänvisat samverkansfrågan dit. Det var de som skötte kontakten både med Försäkringskassan och hade dialog med verksamheterna i landstinget, t.ex. genom att besöka och diskutera med personalen på de olika enheterna.

D) Brister i intern samverkan

På Nivå 3 nämnde cheferna brister i den interna samverkan. Det handlade då främst om upplevelser av bristande intresse för samverkan från andra verksamheter. Det nämndes även oenighet runt sjukskrivningsfrågan som hindrade samarbetet, t.ex. olika åsikter om vilken specialistkategori som skulle utfärda sjukintyg. De barriärer och motstånd flera

mött när de hade försökt initiera samverkan verkade framförallt handla om att det saknades gemensamma strategier för samverkan i organisationen.

Och sedan har du ju då mellan, alltså ser man specialister, jag menar ryggar och allt det där, det finns ju både psykiatrin och ryggar, det vet vi väl alla att det finns kopplingar där emellan. Men alltså frågan måste ju på bordet för att det ska bli någon samverkan. Alltså ska man jobba med frågan och få ett genomslag och säga att vi ska samverka, så måste ju vi som chefer säga, att så ska vi göra. Och att då, sedan går det ju ner i organisationen. Men vi har ju den förmånen att vi är en ledningsgrupp, och skulle frågan komma på bordet, så sitter ju aktörer från alla vid samma bord så att säga. (3,13)

Även brister i intern samverkan mellan olika professioner, framförallt inom samma verksamhet, betonades av flera chefer på Nivå 3. Det ansågs viktigt för sjukskrivningsprocessen att olika yrkesgrupper samarbetar kring patienten, däremot framkom olika åsikter om vem som har det yttersta ansvaret för att sådant samarbete ska kunna komma till stånd. Medan en såg att drivkraft och initiativ till samverkan var en fråga för de olika professionerna själva, såg en annan det som en ledningsfråga.

Nu har vi enhetschefer som jobbar både utåt mot kommuner och landsting och allmänt i samverkan här då, är inte kanske på plats i den utsträckning som tidigare avdelningsföreståndare var. Vilket gör att de här personalgrupperna måste börja mer och mer fungera som grupp, de måste börja prata mer med varandra, istället för att prata om varandra, till varandra. De måste börja själva på att samverka inom enheten, läkare, disktriktsköterskor i större utsträckning. (3,15)

Även om det klart framgick att en del chefer ansåg att detta var en ledningsfråga, framkom inte hur ledarskapet utövades för att åstadkomma samarbete. Ofta talade intervjupersonerna i allmänna ordalag om att leda utan att gå närmare in på hur de i praktiken gjorde detta, trots frågor om det.

3.4 Kvinnors ohälsa

Enligt miljardsatsningen skall de åtgärder som vidtas inom landstingen ha ett särskilt fokus på kvinnors ohälsa. Detta nämns endast med en mening: ”Dessutom kan framhållas att med hänsyn till de särskilda utmaningar som kvinnors ohälsa ställer skall sådana frågor lyftas fram” (44). Bakgrunden till detta torde vara att kvinnor oftare är patienter i sjukvården samtidigt som kunskapen om kvinnors sjuklighet ofta är mer begränsad än den om mäns (45-49). Dessutom blir kvinnors sjukfrånvaro ofta längre än mäns, en större andel kvinnor än män är sjukskrivna och får sjukersättning och den tidigare ökningen i sjukfrånvaro var betydligt större bland kvinnor (2, 4, 50).

3.4.1 Syn på arbetet med kvinnors ohälsa

Cirka två tredjedelar av de intervjuade cheferna på Nivå 1 och 2 angav att de hade kvinnors ohälsa på agendan (Tabell 9). Cirka hälften av dessa chefer nämnde emellertid

att det inte fanns några konkreta planer för arbete med frågan. På Nivå 3 hade endast en femtedel av cheferna frågan om kvinnors ohälsa på agendan.

Av intervjuerna framgår att även för de chefer som hade kvinnors ohälsa på agendan, föreföll satsningarna ha varit begränsade. Enligt chefer på Nivå 1 och 2 kunde dessa handla om att i kartläggningar av hälsoläget i befolkningen, t.ex. via folkhälsoenkäter, presenterades resultaten uppdelat på kvinnor och män, eller att könsuppdelad statistik förmedlades till personalen t.ex. via utbildningar för att förstärka kompetensen inom området.

Ja, vi har inte satt något sånt där jättefokus på det faktiskt, alltså inte inom ramen för den här sjukskrivningsprocessen. Vi har väl haft lite antydningar till att försöka att hantera det, även där via utbildning. Vi har ett par disputerade kvinnliga doktorer inom området som har haft i uppdrag att försöka förmedla den kompetensen, vi förmedlar statistik och siffror uppdelat på män och kvinnor och så där. Men vi har inte gjort någon särskild satsning på det här med kvinnor, det har vi inte. (1,61)

Tabell 9. Andel chefer som bedömdes ha kvinnors ohälsa på sin agenda, totalt och efter nivå.

		Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		n=79		(n=18)	(n=35)	(n=26)
		%	%	%	%	%
IP ¹ bedömdes ha	- Ja, nämner pågående åtgärder	10	13	17	11	12
kvinnors ohälsa	- Ja, beskriver konkreta planer	10	13	11	17	8
på sin agenda	- Ja, men inga planer	20	25	39	34	4
	- Nej	39	49	33	37	77

1) IP= den intervjuade personen.

Andra uppgav att frågan hade uppmärksammats men att de befintliga databaserna inte alltid tillät könsuppdelad statistik. I några landsting ingick kvinnors ohälsa i mer övergripande projekt inom ramen för jämställt vårdarbete där genusaspekter är en bland andra.

Flera chefer tolkade frågan utifrån sin roll som arbetsgivarrepresentant och tog upp ohälsan hos kvinnor anställda inom landstinget. Eftersom sjukvården numerärt är en kvinnodominerad arbetsplats satsade de särskilt på den egna personalen, medan det inte framkom att det fanns en motsvarande tydlig strategi för kvinnliga patienter.

Alltså, kvinnors ohälsa är ju en högst levande fråga i vår roll som arbetsgivare, alltså våra egna medarbetare. Där har vi ju i vårt interna arbete kring ohälsan har vi fokus på detta, det är ju den grupp av medarbetare där vi har förbättringsinsatser. Men vad gäller sjukskrivningsuppdraget att förbättra sjukskrivningsprocesserna gentemot medborgarna så har jag nog inte uppfattat någon tydligt strategi. (1,37)

Pågående åtgärder nämndes endast av tio chefer. Några av de pågående projekten som nämndes, och som ofta påbörjats redan före miljardsatsningen, var riktade till unga kvinnor. Särskilt hade unga kvinnors ökade psykiska ohälsa uppmärksammats.

Men där, vi märkte ju en trend, det är ju ett antal år sedan nu då, att det är unga kvinnor som står för väldigt mycket av sjukskrivningarna. Och många utav dem har också hamnat utanför Försäkringskassan, för de är ganska långt ifrån arbetsmarknaden över huvud taget. Och då inledde vi ett arbete. // det har sponsrats ifrån Försäkringskassan. (3,49)

Några chefer beskrev övergripande projekt om kvinnors ohälsa, men där sjukskrivningsaspekten inte ingick. Frågan om kvinnors sjukfrånvaro förefaller för en del ha varit oreflekterad och har därför inte beaktats i de pågående projekten. Andra menade att sjukskrivning kan kopplas ihop med övrig verksamhet som särskilt riktar sig mot kvinnors ohälsa. Områden som nämndes i detta sammanhang var mäns våld mot kvinnor, psykiatri, läkemedelsanvändning, vård vid hjärtinfarkt, graviditet samt väntetider.

Det är nämligen så att redan innan miljardsatsningen blev känd eller offentligt känd i alla fall, så hade landstinget i [län] fattat ett beslut om att göra en speciell satsning på kvinnors hälsa //, som är en riktad satsning för..., alltså mot kvinnlig ohälsa. // Och då har vi sagt, att här, den låter vi då lyfta in och ligga parallellt med sjukskrivningsprocessen, därför att den spänner om så mycket mer än sjukskrivningsprocessen. Alltså hur använder vi läkemedel, får kvinnor samma vård vid hjärtinfarkt etc. Så att där har vi en egen offensiv satsning som vi direkt konstaterade, att jaha, men här pratar vi om samma saker. Och då känns det konstigt att dubblera det. Utan då har vi sagt, att det här ska kopplas ihop helt enkelt. (2,59)

Tre olika motiv kunde utkristalliseras till att kvinnors ohälsa inte uppmärksammats.

- A) Chefer gjorde inte skillnad på kvinnor och män.
- B) Det uppfattades inte som en specifik hälso- och sjukvårdsfråga.
- C) Frågan var inte medvetandegjord.

A) Ett motiv till att kvinnors hälsa inte gavs utrymme i planer och åtgärder tycks ha varit uppfattningen att kvinnor inte skulle särbehandlas i vården. Såväl kvinnliga som manliga chefer framhöll att det var viktigt att de i sitt arbete inte gjorde skillnad på om de sjukskrivna var kvinnor eller män. Några chefer uttryckte det som att sjukvården har en tradition att alla ska behandlas lika.

Men där finns ju en tradition i sjukvården att... ja, försiktighet med sådana riktade insatser för vi behandlar och prioriterar människor och inte män eller kvinnor – om du förstår vad jag menar. (2,24)

Nej, inte utifrån att det är kvinnor, utan vi behandlar dem som sjukskrivna de också. Jag kan inte säga att vi särskiljer det så. (3,64)

B) Ett annat skäl verkade vara att kvinnors ohälsa sågs som en samhällsfråga eller ett nationellt problem och därför inte hanterades som en angelägenhet för hälso- och sjukvården. Även om chefer noterat de stora skillnaderna i ohälsa mellan kvinnor och män verkade de inte anse att frågan ingick i deras ansvarsområde.

Ja, jag tycker mer det är ett samhällsproblem, det handlar mer om vår förmåga till, eller kunna hanteras rätt. Men det är samtliga faktorer egentligen i samhället

som påverkar det, det är inget specifikt som jag // kan känna att jag har något särskilt ansvar för. (2,23)

Men kvinnors ohälsa, det är ju liksom ett nationellt problem. Men alltså vad jag som enskild skulle kunna göra, alltså jag kan inte, jag kan bara se det, men jag kan inte som enskild verksamhetschef göra någonting. Det kan jag inte se att jag kan göra i den roll jag har i mitt område. (3,03)

C) En tredje anledning till att konkreta planer saknades för arbetet med kvinnors ohälsa tycktes vara att frågan inte medvetandegjorts än. Den föreföll oprioriterad och för tidigt väckt.

Nej, alltså det har vi inte, och det beror ju på, som jag säger, det här, det är ju väldigt mycket i sin linda, det är faktiskt det. Jag tror att din intervju kommer för tidigt. Det är ju så, alltså det har blivit mer och mer fokus på det. Jag tycker att det finns ju en viss frustration över det, som det är, men vi har kommit så oändligt kort i det här. Det tror jag också att man kommer att diskutera mer framöver. Men idag finns diskussion mig veterligt inte. (3,14)

Det är ju, handlar ju mer om att medvetandegöra att det ser ut så här, att sätta fokus på det. Det brukar ju hjälpa för att man ska åstadkomma en förändring. (2,7)

3.5 Syn på miljardsatsningen

Miljardsatsningen syftar till att, genom statligt ekonomiskt bidrag, stimulera landstingen till att vidta strukturella åtgärder för att ge sjukskrivningsfrågorna ökad prioritet inom hälso- och sjukvården. I detta kapitel behandlas hur chefer beskrev att de hanterade miljardsatsningen, hur de såg på betydelsen av ekonomiska incitament, vilka andra incitament som var av betydelse samt vilka uppgifter cheferna ansåg vara viktigast för att leda och styra sjukskrivningshanteringen. I Tabell 10 redovisas bedömningen av intervjuerna utifrån dessa frågeställningar.

I några landsting hade man redan innan miljardsatsning arbetat intensivt med sjukskrivningsprocessen sedan flera år tillbaka. För dem har miljardsatsningen inneburit en chans att förstärka sin policy så att detta verkligen kan bli en långsiktig satsning.

(Miljardsatsningen innebar) en positiv förstärkning av arbetet eller inriktning för arbetet, som gjorde att vi återigen kunde fortsätta att entusiasmera alla som behöver det för att orka fortsätta med arbetet. Och det är ju ett mycket, mycket långsiktigt arbete, då det gäller att man håller uppe engagemanget för att nå resultat, för de kommer inte fort. (2,21)

3.5.1 Miljardsatsningens betydelse

Många beskrev att miljardsatsningen haft stor betydelse för att lyfta frågan om sjukskrivningsprocessen. Här följer några exempel:

Numera finns det på dagordningen på våra möten, vi diskuterar och följer upp det. Det är faktiskt som jag sade nu, när vi hade det där seminariet härförleden,

att jag har jobbat i landstinget [län], i landstingsvärlden i 13 år, men ännu har jag inte sett eller hört sjukskrivningsprocessen som ett ämne på någon politisk dagordning. Utan det har varit ett par gånger nu sedan det här kom, när vi själva har tagit upp frågan i anslutning till att vi har informerat om avtalet med Försäkringskassan. (1,32)

Och där tror jag att vi jobba med miljardpengarna för att etablera den här försäkringsmedicinska kommittén bättre, den kan jobba, vi kan använda pengarna till kunskapsöverföring liknande den som man har jobbat med läkemedelsfrågan i hela länet, dvs. bjuda in sig till vårdcentralen och läkargrupperna för att prata sjukskrivning precis som man pratade läkemedelsförskrivning. (2,43)

Det har påverkat det så, att det som vi redan tidigare jobbat, och som inte minst jag själv har engagerat mig rätt så mycket, är att få liksom en skjuts framåt. Det är ju tydligt, att detta är en satsning, en intention direkt ifrån staten, försäkringskassor, landstinget. Det har ökat kontaktytan gentemot försäkringskassan, inte..., alltså även på ledningsnivå. Intresset ömsesidigt, kontakterna, möte har ökat, och frågan har liksom satts mer, flyttats upp på agendan. (2,11)

Nivåuppdelningen som inledningsgrund när det gäller dessa frågor visade sig vara mycket betydelsefull (Tabell 10). Av sammanställningen framgår att de flesta cheferna på Nivå 1 och 2 bedömdes ha god kännedom om miljardsatsningen, medan kunskapen var mer begränsad på Nivå 3. Några av de intervjuade verksamhetscheferna kände inte alls till satsningen, några tyckte ha uppfattningen att satsningen gällde sjukvårdspersonalens sjukskrivningar.

Målet med miljardsatsningen är att minska sjukfrånvaron. Målet för hälso- och sjukvården är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, att ge god vård på lika villkor (12). Dessa två mål kan överensstämma, men det är inte självklart att de gör det och de kan ibland t.o.m. stå i konflikt med varandra. Utifrån sina uttalanden bedömdes ungefär en fjärdedel av cheferna ha främsta fokus på att minska sjuktalen snarare än förbättrad vård och behandling. Här fanns det ingen skillnad mellan de tre nivåerna (Tabell 10).

I analysen av materialet bedömdes att miljardsatsningen lett till att närmast samtliga landstingsdirektörer har vidtagit åtgärder. På Nivå 2 gällde detta för två tredjedelar av cheferna medan de på Nivå 3 oftast ännu inte hade vidtagit åtgärder. Skillnaderna mellannivåerna var statistiskt signifikanta.

Jag tänker lite annorlunda idag än vad jag gjorde innan liksom den här frågan med sjukskrivningsmiljarden kom upp. Där finns ju ledning och styrning som en av fem viktiga parametrar att tar hänsyn till och min reaktion var "Hur i hela fridens namn ska jag kunna fråga efter detta. Det är doktorerna som sitter med det här blocket och sjukskriver folk?" Men sedan när vi diskuterat successivt det här så har jag väl funnit att "Jo det kan man nog faktiskt göra på en hel del sätt", bland annat genom att aktualisera den här frågan och försöka faktiskt se att själva den här sjukskrivningsprocessen är en intressant företeelse, där det finns förvisso mycket att göra. (1,32)

En liknande skillnad mellan chefsnivåerna återkommer när det gällde huruvida miljardsatsningen behandlats i den ledningsgrupp den intervjuade chefen själv ledde. De

flesta landstingsdirektörerna bedömdes ha haft den uppe i sin ledningsgrupp, för Nivå 2 gällde det för knappt hälften, medan det var mycket sällsynt på Nivå 3 (Tabell 10). Dessa skillnader var statistiskt signifikanta, liksom när det gällde skillnader i om frågan diskuterats i den ledningsgrupp där respektive chef själv ingår.

Tabell 10. Syn på miljardsatsningen och sjukfrånvarofrågan, totalt och efter chefsnivå.

Frågeställning	Bedömnings- alternativ	Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		n=82	%	(n=18) %	(n=35) %	(n=29) %
IP ¹ bedöms känna till miljardsatsningen	- Ja, väl	47	57	94	83	3
	- Ja, något	30	37	6	14	83
	- Nej	5	6	0	3	14
Miljardsatsningen bedöms ha påverkat IPs ¹ agerande	- Ja	42	51	94	63	10
	- Nej	36	44	6	31	83
	- Oklart	4	5	0	6	7
Frågan bedöms ha varit uppe i den ledningsgrupp som IP ¹ själv leder	- Ja	32	39	94	40	3
	- Nej	18	22	0	9	52
	- Framgår ej	32	39	6	51	45
Frågan bedöms ha varit uppe i ledningsgrupp där IP ¹ ingår	- Ja	24	38	0	66	3
	- Nej	17	27	0	6	52
	- Framgår ej	23	36	0	29	45
	- Ej aktuellt ²	18	- ²	100	0	0
IP ¹ bedöms ha gett uppdrag i samband med miljardsatsningen	- Ja	40	49	94	60	7
	- Nej	31	38	6	26	72
	- Oklart ³	11	13	0	14	21
IP ¹ har fått uppdrag i samband med miljardsatsningen	- Ja	42	38 ⁴	100	51	21
	- Nej	29	45 ⁴	0	37	55
	- Oklart ³	11	17 ⁴	0	11	24
IP ¹ bedöms ha störst fokus på att	- Förbättra vård och behandling	37	45	56	57	24
	- Minska sjuktalen	19	23	28	20	24
	- Framgår ej	26	32	17	23	52

1) IP=den intervjuade personen.

2) ”Totalt” gäller enbart för Nivå 2 och 3, då frågan inte är aktuell för landstingsdirektörer.

3) Ofta p.g.a. att frågan inte tagits upp i intervjun.

4) ”Totalt” gäller enbart för Nivå 2 och 3, eftersom samtliga landstingsdirektörer fått ett uppdrag i samband med miljardsatsningen.

Ju lägre ner i organisationen, desto lägre andel av cheferna föreföll vara involverade i arbetet med miljardsatsningen. De flesta landstingsdirektörerna hade gett uppdrag i samband med miljardsatsningen. Att få ett uppdrag knutet till satsningen var vanligast på Nivå 2, där över hälften av cheferna uppgav att de fått ett sådant. På Nivå 3 var det en femtedel av cheferna som fått uppdrag kopplat till miljardsatsningen.

3.5.2 Betydelsen av ekonomiska incitament

En fjärdedel av det ekonomiska bidraget i miljardsatsningen är fast, dvs. varje landsting får en viss summa utifrån befolkningsunderlaget. Den övriga delen är rörlig och dess storlek beror på hur sjukskrivningsnivån i länet sjunker, dvs. det finns ett tydligt ekonomiskt incitament för landstingen i satsningen.

Vid intervjuerna tillfrågades cheferna om vilken betydelse det ekonomiska incitamentet hade för deras agerande. För flera intervjupersoner verkade det vara oklart vad det ekonomiska incitamentet egentligen innebar, deras svar handlade snarare om miljardsatsningen generellt. De flesta uttalanden handlade alltså om att extra medel kom för att hantera sjukskrivningsprocessen, endast ett fåtal berörde det ekonomiska incitamentet knutit till dem, dvs. att lägre sjukfrånvaro i länet kunde leda till mer pengar.

Fyra olika kategorier av uppfattningar identifierades i intervjusvaren. Tre kategorier handlade om att det ekonomiska incitamentet har betydelse: A) för chefens eget agerande, B) när det gällde att påverka utvecklingen inom den egna organisationen, samt C) för att vidta åtgärder. En fjärde uppfattning var att D) det ekonomiska incitamentet i miljardsatsningen inte hade någon betydelse, sjukskrivningsfrågan drevs som den skulle ha gjort i alla fall, utan extra pengar.

Med utgångspunkt i dessa kategorier presenteras nedan några uttalanden från intervjuerna som exemplifierar dessa uppfattningar. Svaren speglar olika förutsättningar, ansvarsområden och förhållningssätt på respektive nivå. Flertalet chefer välkomnade de nya resurserna som gjorde att man kunde satsa mer på sjukskrivningshanteringen. Men även kritiska tankar uttrycktes. De intervjuade på Nivå 3 hade överlag en mer kritisk syn på miljardsatsningen än cheferna på Nivå 1 och 2.

A) Betydelse för chefens agerande

Några chefer, särskilt på Nivå 1, framhöll betydelsen av ekonomiska incitament för hur de agerar. De tycks ha blivit mer intresserade att arbeta med sjukskrivningar p.g.a. att de skulle få ytterligare pengar om de lyckades redovisa minskad sjukfrånvaro.

Det ekonomiska incitament sågs som positiva drivkrafter för att komma igång med arbetet med sjukskrivningsfrågor.

Det här stödet ger omedelbart makt på högre nivå så att säga, det är ju pengar, det gäller att ro hem de här pengarna. (2,42)

Samtidigt fanns det andra som, parallellt med att de var positivt inställda, såg risker med miljardsatsningen. Bland annat uttryckte chefer, på samtliga nivåer, kritik mot kortsiktigheten i satsningen och menade att pengarna inte skulle räcka till att förändra de strukturella problem som förknippades med sjukskrivningshanteringen inom hälso- och sjukvården. Kortsiktigheten föreföll kunna ha betydelse för chefernas planering och agerande, eftersom man kunde befara att det inte fanns resurser längre fram, för det man dragit igång. Flera påpekade också att det var svårt att se effekterna i ett längre perspektiv, eftersom satsningen endast omfattar tre år.

Det gör ju att om den här sjukförsäkringsmiljarden blir en engångsföreteelse så finns det ju en risk att en del av entusiasmen dör ut, kravet på evidensbaserad

vård finns hela tiden i botten så att säga, men stimulansmedlen försvinner, då kan det vara att det går lite stå i det hela. (1,41)

Att bara bygga upp olika typer av nya resurser, kanske ett rehabcenter eller sånt där, det såg vi i [plats] exempelvis på sin tid när vi använde Dagmar-medlen för detta. När sedan pengarna var slut då gick ju inte att behålla den här verksamheten, även om några av dom var oerhört bra. (2,43)

Andra farhågor som nämndes var att prioritering och satsning på sjukskrivningshantering kunde innebära att andra viktiga områden prioriterades bort.

B) Drivkraft och smörjmedel för att påverka i organisationen

Betydelsen av ekonomiska incitament för den egna organisationen verkade framförallt ses som att pengarna kunde fungera som drivkraft och smörjmedel för att underlätta och påskynda arbetet, en sporre för att ta krafttag i ärendet, att frågan lyftes upp på dagordningen och/eller att den blev en högt prioriterad fråga framöver. Många menade att det blev ett annat tryck i frågan när det fanns öronmärkta pengar. Bland annat fanns uppfattningen att utvecklingen kommit igång tidigare i och med de ekonomiska incitamenten.

Vi har ju då mycket som vi stretar med och jag kan säga att hade inte den här miljardsatsningen kommit just nu, vi har säkerligen kommit fram till sjukskrivningsfrågan, men vi hade förmodligen inte fått den på dagordningen så här tidigt. (1,66)

Sedan kan man säga att alla ingredienser hade vi inte med från början, men tack vare, ska vi säga, den här ingången från miljardsatsningen, så kunde vi komplettera vårt projekt. (2,59)

Att använda medlen från miljardsatsningen som smörjmedel förekom ofta, framförallt på de två högsta nivåerna. Cheferna ansåg att pengarna kunde underlätta samarbete, kunskapsspridning och genomförande av aktiviteter. Det skulle även bli lättare att ”marknadsföra” eller ”sälja” idéerna i den egna organisationen. I och med satsningen, menade man, fick sjukskrivningsfrågan större uppmärksamhet och det skulle gå fortare att genomföra förändringar. Arbetsättet med ekonomiska incitament ansågs också vara otraditionellt. För de flesta tycktes detta sätt att kunna ”smörja” organisationen vara viktigt, för andra förefaller det ha varit av underordnad betydelse.

Sedan om dom här smörjmedlen kommer så är det ju jättebra, men frågan som sådan blir inte mer viktig för att det finns den här miljarden för mig. (1,22)

Ja, (betydelse) har det ju, för det skapar dels en frihetsgrad att lägga pengar och sockra vissa aktiviteter som av tradition läkare kanske inte skulle prioritera. För det handlar ju väldigt mycket om att sälja in ett budskap i läkargruppen. (1,57)

Det sågs även som viktigt att pengarna var riktade, att detta ökade chansen att de skulle användas till rätt ändamål och inte försvinna in i den allmänna budgeten.

För att det är snåla ramar i övrigt, för att över huvud taget ha näsan över vattenytan, så det behövs liksom en..., om man kan kalla pengar vitamininjektion, men att det är riktade medel och som inte går in i landstingsmaskineriet bara och försvinner inom fördyrade behandlingsmetoder. (3,18)

Flera av de intervjuade uttryckte tanken att de skulle kunna använda sig av ekonomiska incitament för att driva på och påverka händelseutvecklingen, t.ex. genom att ekonomiskt premiera vissa beteenden i organisationen. Många exempel handlade om stöd till enskilda läkare. Förfarandet med ekonomisk ersättning som betalas ut till läkaren utöver hans/hennes vanliga lön lyftes fram av flera intervjuade chefer. Bonussystem för läkare som sjukskriver mindre har tidigare funnits i vissa landsting. Förslag handlar om att man skulle kunna använda en del av medlen från miljardsatsningen till att kompensera det ekonomiska bortfall, som blir följderna när man lägger en större del av sin arbetstid på sjukskrivningsärenden. Många ansåg att incitament har större betydelse på individnivå än på klinisknivå, där det fanns farhågor att pengarna skulle kunna försvinna till annat. Om pengarna istället riktas direkt till sjukskrivande läkare eller mottagning var tanken att det skulle kunna leda till större arbetstillfredsställelse och motivation.

Jag kan tänka mig att om vi presenterar sådana här intressanta och kloka åtgärder och aktiviteter som dessutom är kopplade till att man får kompensation för inkomst- och intäktsbortfall, så tror jag att många, många, många kommer att bli intresserade och kommer att nappa på det, även från dom privata aktörerna. För förbättringsområdet och problematiken kring den här är ju generell. Så är det ju, så det tror jag. (2,43)

C) Vidtagna åtgärder

Som svar på frågan om det ekonomiska incitamentets betydelse berättade många intervjuade chefer (35 personer) om aktuella aktiviteter inom området och om det arbete som planerades eller genomfördes. Svaren handlar då om miljardsatsningen generellt och satsningens betydelse beskrevs genom den konkreta effekten på verksamheten. Olika åtgärder beskrevs som tänkbara för att förbättra och utveckla sjukskrivningshanteringen. I svaren behandlades främst satsningar på nya tjänster, aktiviteter (t.ex. utbildningar) samt på samverkansformer inom olika typer av projektverksamhet. Den direkta nyttan stod i fokus. I några av landstingen hade man diskuterat åtgärder redan innan miljardsatsningen beslutats. Pengarna innebar då ett tidigareläggande av planerade åtgärder.

Jag kan väl säga så här. Rehabcoach hade vi diskuterat redan innan, så vi hade nog gjort ändå. Men det är klart att det var... det gjorde det möjligt att snabbare få en form för det som alla kunde enas om, man behövde liksom inte gå in och fundera över hur stor procentuell andel skulle vem bidra med till vad och så. Utan då kunde vi säga ”Okej nu kommer dom pengarna, fine, vi använder dom för detta”. (2,10)

D) Det ekonomiska incitamentet saknar betydelse

De intervjuade cheferna på Nivå 3 såg sällan det ekonomiska incitamentet som centralt och flera ansåg att det inte hade någon betydelse alls. Åsikter som uttrycktes var att det var svårt att förstå innebörden i den typen av incitament, att ekonomin i landstinget var så dålig att miljarden inte hade effekt, att det stora problemet var att det saknades läkarresurser, inte pengar eller att eftersom politiken definierar vad som skall göras spelade det inte så stor roll att pengar skjuts till.

Ja, inte så mycket, utan det är ju mer att man kan tänka sig att få lite tillskott. Men det är ju så att det spelar ju ingen roll hur mycket pengar vi får, om inte jag kan få doktorer. Det är det som är så... För pengarna är ju inte av... Det låter ju konstigt, men dom har inte så stor betydelse för det finns ingen doktor. (3,65)

En annan åsikt var att det ekonomiska incitamentet inte hade någon betydelse för den egna verksamheten, men att man ändå ville bidra till en allmänt god samhällsekonomi genom att få en bättre sjukskrivningsprocess.

Nej, det där är ingenting som vi egentligen är så påverkade av, och inte kommer att få del av, så det har jag inte någon tanke på. Men jag tycker att det är bra, i största allmänhet tycker jag att det är bra att man försöker få lite ordning på sjukskrivningsfrågor. (3,47)

Några av de intervjuade cheferna menade att det inte är aktörerna inom hälso- och sjukvården som i första hand styr sjukskrivningsfrågan utan det är en mer komplex fråga.

Men jag kan inte riktigt se hur man kan påverka det kanske så mycket Jag tror att det kommer att vara så alltid... Alltså, det ligger på ett djupare plan än vad jag tror att man kan påverka med policies och bestämmelser så att säga trots allt. (3,71)

3.5.3 Andra incitament än ekonomiska

Flera intervjuade chefer angav andra incitament än de rent ekonomiska för det egna engagemanget i sjukfrånvarofrågan. Följande fem kategorier av övriga drivkrafter för att förbättra sjukskrivningshanteringen kunde identifieras:

- A) Att främja och säkerställa en god hälsa och vård.
- B) Att evidensbasera sjukskrivningshanteringen.
- C) Att utveckla styrning och ledning.
- D) Att se frågan i ett samhällsperspektiv.
- E) Att stärka läkarnas professionalitet och arbetssituation.

A) *Att främja och säkerställa en god hälsa och vård*, dvs. hälso- och sjukvårdens uppdrag, togs framförallt upp av landstingsdirektörerna. Några uttryckte att det är viktigt ur både ett befolkningsperspektiv och ett individperspektiv att komma tillrätta med sjukskrivningarna, att syftet måste vara att få en friskare befolkning på sikt och att få de sjukskrivna till arbetslivet så fort som möjligt. Någon lyfte även upp det etiska perspektivet i frågan.

Varför jag är så oerhört intresserad av det här det är ju naturligtvis för att det binder ju resurser, det finns ju hur många perspektiv som helst. Vi har det etiska perspektivet, vi ska alltså inte orsaka folk lidande i onödan. (1,35)

B) Att evidensbasera sjukskrivningshanteringen och en önskan om att utveckla metoder för styrning genom kunskapen framhölls av flera chefer som en drivkraft.

Och jag kan väl ändå uppleva enligt min erfarenhet, att kunskap och kunskaps-spridning är, den är tilltalande för en organisation som sjukvård helt enkelt, den bygger så mycket på kunskap, och ingen vill vara sämre än den andra. Och om det sedan finns stödande ekonomiska incitament, så är det väl helt okej, men framför allt är det kunskapsdelen tror jag som är det väsentliga. (1,68)

Samtidigt som det inte får blir så skarpt och tufft, naturligtvis, så att man inte vågar sjukskriva patienter som behöver det. Det är också viktigt, eller hur. Det är därför incitament inte får vara för starka här heller. Det är därför incitamenten ska vara kopplade inte så låg sjukskrivning som möjligt, utan evidensbaserad sjukskrivning. Annars är vi ute på hal is. (1,41)

C) Att utveckla styrning och ledning var ytterligare en viktig drivkraft. Detta innebar bl.a. att få igång en dialog med olika parter i sjukskrivningsprocessen och att utveckla systematik och metoder för effektiv sjukskrivningshantering. Ett sätt att gå vidare med denna uppgift var att öka processtänkandet i organisationen och att få in sjukskrivningsfrågan i den, liksom att skapa gemensamma värderingar i organisationen. Vidare att inte tillåta sjukskrivningar att bli slentrian utan ha ett förhållningssätt till patienterna som även tar hänsyn till deras förmågor.

Jag verkar ju själv genom en organisation med värderingar, om värdegrund och att man jobbar utifrån den värdegrunden som vi har gemensamt formulerat. // alltså rent subjektivt för att kunna skapa någon slags bättre grund för sjukskrivningen, och följa också dom regler som finns kring sjukskrivning när man ska kunna sjukskriva. För det är stora kostnader som ligger i det. Jag ser inte enbart kostnader, utan jag ser också att det är viktigt att vi har rätt förhållningssätt och syn på människor och människors egen förmåga, inte bara arbetsförmågan utan även förmåga att klara situationer generellt. Det tror jag är viktigt, en oerhört viktig del i det här. Lite slentrian kan det bli ibland i sjukskrivningar, tror jag. (3,46)

D) En fjärde drivkraft som lyftes fram var att se frågan i ett vidare samhällsperspektiv, att beakta faktorer på både individ- och samhällsnivå, exempelvis en helhetssyn på hälsa, både individuellt lidande och kostnader för individer, arbetsplatser och samhället. Några tog upp mer lokala förhållanden, genom att t.ex. beskriva ekonomiska skäl att minska ohälsotalen i det egna länet. Andra framhöll betydelsen av massmediers intresse som en stimulans för läkare att utbilda sig inom området.

Alltså det är ju väldigt svårt att få politiker att tända på olika frågor, de tänder ju väldigt mycket på sådant som är medialt. Men det här är ju också väldigt medialt, så man måste, så att säga, forma det på rätt sätt för att göra dem intresserade av det här. Men det här är ju på allas agendor så att säga, så att visst skulle man väl kunna på olika sätt intressera dem för frågorna. (2,44)

E) En ytterligare drivkraft var att *förstärka läkarnas professionalitet och att förbättra arbetsituationen för läkare*. Läkarna skall ges möjlighet att göra ett gott arbete.

Det gäller ju att inte ta kål på den här drivkraften som ändå finns väldigt mycket i professionen, att stärka sin egen profession, alltså sin egen specialitet och sådant där. (2,42)

3.5.4 Vad cheferna såg som sina viktigaste uppgifter

Intervjuerna avslutades med att cheferna ombads ange vilka tre uppgifter de såg som viktigast i sin roll för att förbättra sjukskrivningshantering inom sjukvården. De olika uppgifterna som angavs kunde kategoriseras i sju övergripande grupper. I Tabell 11 ges en sammanställning av dessa kategorier, rangordnade efter hur många chefer på respektive nivå ansåg dem viktigast respektive näst viktigast.

Tabell 11. Kategorier av områden cheferna ansåg viktigast respektive näst viktigast för att leda och styra en förbättrad hantering av sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården, ordnade efter andelen svar¹.

		Totalt		Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
		n=82	%	(n=18)	(n=35)	(n=29)
			%	%	%	%
Den viktigaste uppgiften ¹	- Fokusera, skapa, agenda/förutsättningar	21	26	33	35	10
	- Mål, uppdrag, resultat, styrning, stöd	13	16	11	21	13
	- Kunskap, kompetens	12	15	17	18	10
	- Samarbete, kommunikation	10	12	17	12	10
	- Struktur, ansvar, rutiner, riktlinjer, behandling	10	12	11	3	23
	- Fler läkare, mer läkartid	7	9	0	6	16
	- Skapa engagemang, förståelse	5	6	11	6	3
	Uppgift saknas	5	6	0	0	16
Den näst viktigaste uppgiften	- Kunskap, kompetens	18	22	22	21	23
	- Mål, uppdrag, resultat, styrning, stöd	16	19	22	24	13
	- Samarbete, kommunikation	13	16	22	6	23
	- Struktur, ansvar, rutiner, riktlinjer, behandling	13	16	0	32	7
	- Fokusera, skapa agenda/förutsättningar	8	10	22	12	0
	- Skapa engagemang, förståelse	6	5	6	6	3
	- Fler läkare, mer läkartid	3	4	0	0	10
	Uppgift saknas	8	10	6	0	23

1) Frågans formulering i intervjun: "Vad ser du som dina tre viktigaste uppgifter för att leda och styra en förbättrad hantering av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården?"

I tabell 12 presenteras antal och procent som angett respektive kategori som en av de tre viktigaste uppgifterna oberoende av i vilken ordning de nämnde dem. Till exempel nämns uppgifter relaterade till syfte, mål etc. av 41 intervjupersoner, dvs. av 50 procent av alla intervjuade chefer.

Tabell 12. De uppgifter cheferna ansåg som viktigast för att leda och styra en förbättrad sjukskrivningsprocess inom hälso- och sjukvården, ordnade efter antal och procent som angav respektive kategori.

	Totalt	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
- Mål, uppdrag, resultat, styrning, stöd	41 (50)	10 (56)	23 (66)	8 (28)
- Kunskap, kompetens	37 (45)	9 (50)	18 (51)	10 (35)
- Samarbete, kommunikation	33 (40)	8 (44)	12 (34)	13 (46)
- Struktur, ansvar, rutiner, riktlinjer, behandling	33 (40)	4 (22)	19 (54)	10 (35)
- Fokusera, skapa agenda/förutsättningar	30 (37)	11 (61)	17 (49)	2 (7)
- Skapa engagemang, förståelse	13 (16)	3 (17)	4 (11)	6 (21)
- Fler läkare, mer läkartid	8 (10)	0 (0)	2 (6)	6 (21)

De genomförda intervjuerna pekar på att den viktigaste uppgiften för många chefer, särskilt de på Nivå 1, var att fokusera och sätta sjukskrivningsfrågan på dagordningen. Flera ansåg att de borde lägga ned mer arbete på att strukturera sjukskrivningshanteringen, t.ex. genom att tydliggöra ansvarsfördelningen och att skapa bättre rutiner och riktlinjer. Oftast rörde det sig om att bättre definiera de olika rollerna i helheten.

Min plan, det är ju att skapa förutsättningar så att vi kan fokusera på dom här frågorna på ett bättre sätt än vad vi har gjort idag. Och metoden för att klara det, det är att se till någon får ett tydligt ansvar att driva dom här frågorna i organisationen. (2,05)

Många ville lyfta upp behovet av kunskap och kompetens.

Ja, det ena är, skulle jag väl säga, att aktivera sig beträffande kunskap och kunskapsstyrning. Att i den delen kunna få ihop grupper som faktiskt pratar sig samman och hittar någon slags, hittar de normativa frågeställningar man har, rekommendationerna. Det tror jag är en viktig och väsentlig del. (1,68)

Flera var bekymrade över den brist på gensvar som frågan fått hos läkare och/eller politiker. Det framhölls som särskilt väsentligt att höja engagemanget och motivationen hos dessa aktörer. Även samarbete och kommunikation, framhölls som viktiga områden för engagemanget, på både den egna och övriga ledningsnivåer.

Jag tror att det krävs att man från politiskt håll, nationellt håll, sätter större krav på hälso- och sjukvården när det gäller sjukskrivningsfrågorna. Det måste komma något direktiv uppifrån om ett närmare samarbete med Försäkringskassan. Och att vi har mycket tätare dialog med Försäkringskassan än vad vi har idag, inte bara på verkstadsgolvet så att säga, utan även på ledningsnivå, landstingsledning och förvaltningsledningsnivå. Det är väl det som jag tror är de viktigaste. (2,07)

Chefer på Nivå 3 såg i stor utsträckning läkaren som den centrala aktören i sjukskrivningsfrågan och som det var nödvändigt att skapa mer tid och bättre förutsättningar för. Som exempel nämndes samverkan med olika aktörer, utbildningsinsatser och att prioritera frågan. Även stöd, stimulans och motivation lyftes

fram som en viktig uppgift för att läkarna skulle intressera sig speciellt för sjukskrivningshanteringen.

Motivera läkarna att intressera sig för frågan. Det är en viktig fråga alltså, att prioritera sjukskrivningsproblemen i verksamheten, både vad gäller utbildning och tid. (3,28)

3.5.5 Beslutsstöd

Som framgår av ovanstående, såg många det som viktigt att införa rutiner och riktlinjer för hantering av sjukskrivningsprocessen. Regeringen gav år 2005 Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att ta fram ett nationellt beslutsstöd i form av s.k. försäkringsmedicinska riktlinjer för sjukskrivning. Dessa ska vara ett stöd för behandlande läkare och planeras bli introducerade i hela landet hösten 2007. Därför ställdes i intervjun en fråga till respektive chef om hur man förberett implementeringen av beslutstödet i sin organisation. Vid tiden för intervjun kände många av landstingsdirektörerna inte till att sådant beslutsstöd skulle införas, och detta gällde ännu färre av verksamhetscheferna. Ingen av de senare hade förberett implementering av dessa och endast några få av cheferna på högre nivå.

4 Diskussion

Detta är en första studie av chefers syn på ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsprocessen. Den insamlade datamängden är omfattande, och spridningen av svar stor. Det fanns stora skillnader både mellan chefer generellt och mellan chefer på olika nivåer i landstingen. Resultaten visar att hanteringen av patienters sjukskrivning är en fråga som nu finns på agendan på högsta nivå i samtliga landsting. Handlingsplaner hade utarbetats och kontakter fanns med de regionala försäkringskasskontoren. Nästan alla landstingsdirektörer bedömdes dessutom ge sjukskrivningsfrågan hög prioritet.

Grad av prioritet frågan gavs minskade dock avsevärt med chefsnivå. Andelen chefer som beskrev att de fått stöd av sin närmaste chef i arbetet med att leda och styra sjukskrivningshantering eller som hade fått uppdrag inom området minskade också kraftigt med chefsnivå. T.ex. upplevde verksamhetscheferna stöd från sin närmaste chef i betydligt lägre grad än vad cheferna på Nivå 2 gjorde.

Det främsta problemet, på samtliga nivåer, verkar inte vara *hur* man skall styra och leda sjukskrivningsprocessen inom organisationen, utan att man inte vet eller är osäker på *vad* som skall styras och ledas, dvs. vad arbetet kring patienters sjukskrivning innebär i organisationen, bl.a. kring kompetens och samverkan.

Nedan diskuteras först metoden och sedan resultaten av analyserna.

4.1 Metodöverbäganden

4.1.1 Studiedesign och datainsamling

Ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen är ett synnerligen komplext område och studier av sådan verksamhet förutsätter en tvärvetenskaplig ansats, där olika aspekter och teorier som rör ledning och styrning kan vara aktuella. Därför har forskargruppen varit tvärvetenskapligt sammansatt och de externa granskarna har olika disciplinär bakgrund.

Intervjuer, och inte enkäter, valdes som datainsamlingsmetod för att få ett högre deltagande och för att inte riskera att respektive chef delegerade ifyllandet av enkäten till någon annan i organisationen.

Vi har i studien valt att utgå från chefernas eget perspektiv på ledning och styrning. Utgångspunkten är vald för att analysresultatet också ska kunna utgöra underlag för interventioner när det gäller ledning och styrning av sjukskrivningshantering. I forskning är det annars betydligt vanligare att titta på vad chefer har gjort, vad som står i styrdokument eller handlingsplaner etc. Sådana data samlas dock in i andra projekt för utvärdering av miljardsatsningen (35, 51).

Ett syfte med projektet var att få baslinjedata för senare utvärderingar av effekter av miljardsatsningen. Det kunde därför ha varit en fördel om intervjuerna genomförts redan innan beslutet om miljardsatsningen kom, t.ex. år 2005. Tidigare studier visar dock att år

2005 hade ledningen i många landsting ofta inte reflekterat över dessa frågor överhuvudtaget (6, 52). Hade intervjuerna genomförts då hade sannolikt en stor del av cheferna inte haft frågan aktuell och studien hade blivit relativt intetsägande vad gäller ledning och styrning. Regeringens satsning innebär att frågan vid tiden för intervjun hade lyfts i samtliga landsting, bl.a. i samband med utarbetande av en handlingsplan för miljardsatsningen. Samtliga landsting hade utarbetat en handlingsplan och fått den godkänd av respektive regionalt Försäkringskass kontor under hösten 2006. Det innebär att utgångsläget var liknande i de olika landstingen, vilket på många sätt är en fördel för denna studie.

Att intervjuarna själva hade arbetat som chefer och med stöd till chefer på olika nivåer i sjukvården underlättade datainsamling kring denna typ av frågeställningar. De intervjuade cheferna har varit öppenhjärtiga och generösa med att dela med sig av sina synpunkter och erfarenheter.

Bortfallet var mycket lågt bland cheferna på Nivå 1 och 2, vilket möjligen speglar intresset för frågan på dessa nivåer. Bortfallet något större, men acceptabelt, på Nivå 3 när det gäller individuella intervjuer, däremot mycket stort bland dem som inbjöds till fokusgruppsintervjuer.

Tidigare interventioner för att påverka hantering av sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården har oftast riktats mot primärvården. Samtidigt sker en mycket stor del av sjukskrivningarna inom andra kliniska verksamheter (35). Vi såg det därför som väsentligt att även inkludera chefer för sjukhusvården i studien.

Vi valde i några analyser att skilja på chefer med läkarutbildning och chefer med annan utbildningsbakgrund. Under de senaste tio åren har det blivit allt vanligare att andra grupper än läkare har chefs- och ledningsuppdrag i sjukvården, men fortfarande är en majoritet läkare (13). En kartläggning gjord av Dagens Samhälle 2005 visar att 58 procent av verksamhetscheferna hade läkarutbildning (14). Detta överensstämmer väl med fördelningen i vårt material där 52 procent av verksamhetscheferna var läkare. På de två högre chefsnivåerna var andelen läkare lägre (Tabell 2).

När det gäller val av datainsamlingsmetod utgick vi från att det skulle vara svårt att inkludera chefer på högre nivå i fokusgrupper, men detta visade sig stämma även för verksamhetschefer. Generellt kan det ses som en fördel att komplettera individuella intervjuer med fokusgruppsintervjuer för att få en större bredd i synpunkterna, minskad intervjuareffekt, och möjligheten att genom diskussionen med andra få tillgång till reflektioner och synpunkter som annars inte uttalats, etc. (21, 53-56). I tidigare studier har vi intervjuat chefer i sjukvården om de problem de upplevde i samband med sjukskrivningshantering (6, 7). Den öppenhjärtighet som fanns i dessa fokusgruppsintervjuer infann sig inte på samma sätt här. Möjligen speglar detta att fokusgruppintervjuerna i den här studien fokuserar det *egna* chefsansvaret för verksamheten, och att detta kan vara svårare att diskutera i grupp med andra chefer. När detta blev tydligt, dels genom det stora bortfallet till fokusgrupperna, dels genom utfallet av gruppintervjuerna, valde vi istället att göra fler individuella intervjuer även på Nivå 3. Ovanstående innebär att resultaten kan anses generaliserbara vad gäller Nivå 1 och 2, men eventuellt inte på Nivå 3, bl.a. p.g.a. större bortfall där.

4.1.2 Dataanalys

Intervjumaterialet är mycket omfattande och kan analyseras på flera sätt och ur många olika perspektiv. I detta initiala skede av analysen var det viktigt att få en sammanställning av centrala aspekter utifrån studiens syfte. Med hänsyn till detta och till materialets omfattning valdes innehållsanalys (27, 30, 57-59) som analysmetod.

I kvalitativa analyser finns alltid en risk för subjektivitet eller ensidighet/bias av resultaten. Bl.a. följande strategier har använts för att öka tillförlitligheten och pålitligheten av resultaten: flera personer med olika professionell och vetenskaplig bakgrund har varit involverade i kodning och analys av materialet; kodning respektive delresultat har kontinuerligt diskuterats vid möten i forskargruppen; texterna har hanterats med hjälp av dataprogrammet NVivo för att lättare få systematik och överblick i det omfattande materialet; resultat har lästs och godkänts av intervjuarna, samt granskats av ett flertal personer med professionell kunskap om och insyn i området.

I den kvantitativa analysen har resultaten testats för att se om det finns statistiskt säkerställda skillnader mellan chefsnivåerna. Trots att materialet är litet för denna typ av tester är flera skillnader statistiskt signifikanta, vilket är ovanligt i små material (32, 33). Detta resultat innebär att dessa skillnader med stor säkerhet är av en sådan storleksordning att de har relevans för styrning och ledning av arbetet med patienters sjukskrivningar, ett resultat som bekräftats av de kvalitativa analyserna. Dock skall alla procentsiffror som anges tolkas med stor försiktighet. De påvisar i första hand tendenser i skillnader mellan olika nivåer, snarare än exakta skillnader. Beaktas bör även att de bygger på forskarnas bedömningar av intervjuarna och inte på direkta svar på intervjufrågor.

4.2 Diskussion av resultaten

4.2.1 Chefers syn på ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen

Många av de intervjuade cheferna, speciellt de på högre nivåer, uttryckte ett stort engagemang och intresse för sjukskrivningsfrågan. Studier genomförda bara två till tre år tidigare fann att frågan oftast då inte ens fanns på agendan på högre chefsnivåer inom landstingen (6, 52). Nu fanns frågan inte bara på agendan, utan ett flertal åtgärder hade även vidtagits och ännu fler planerats. Detta kan tolkas, som att miljardsatsningen hittills haft en uppenbar effekt i avsedd riktning.

Stora skillnader framkom dock mellan de tre chefsnivåerna både i synen på det egna ansvaret, i chefernas upplevelse av möjligheten att utöva detta ansvar samt i hur sjukskrivningsfrågan prioriterades i verksamheten.

När det gäller Nivå 1 hade samtliga landstingsdirektörer lyft frågan i den egna organisationen och såg ett eget ansvar att leda och styra inriktningen på arbetet med sjukskrivningshanteringen inom sina respektive landsting. Två tredjedelar av landstingsdirektörerna framhöll också vikten av att ledning och styrning skedde via underställda chefer i linjeorganisationen, medan en tredjedel beskrev ett mer begränsat eller oklart ansvar i chefslinjen. Många betonade dock speciellt verksamhetschefernas ansvar och uppdrag när det gällde sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning.

På verksamhetschefs nivå (Nivå 3) beskrev däremot endast ett fåtal av cheferna att de tog ett aktivt chefsansvar när det gällde hanteringen av patienters sjukskrivningar inom den egna verksamheten. Flera beskrev engagemang och en vilja att ta ansvar men visste inte hur och uttryckte frustration över bristen på stöd och direktiv från sina egna chefer.

Trots att endast ett fåtal av verksamhetscheferna beskrev att de fått stöd och uppdrag av sina närmaste chefer beskrev drygt hälften av cheferna på Nivå 2 att de arbetade aktivt med sjukskrivningsfrågan. Även på Nivå 2 fanns dock en tveksamhet runt den egna chefsrollen i arbetet med sjukskrivningshantering. Flera beskrev det som svårt att avgöra vad som var en fråga för cheferna i linjen och vad som var en fråga för läkarprofessionen eller för olika stabsfunktioner inom landstingen. Andra chefer såg överhuvudtaget inte detta som en ledningsfråga utan som en fråga för enskilda läkare.

Det glapp som framkom mellan chefsnivåerna när det gäller ledning och styrning av sjukskrivningshanteringen kan sannolikt i viss utsträckning kopplas till att miljardsatsningen relativt nyligen påbörjats i flera av landstingen vid tidpunkten för intervjuerna. Möjligen avspeglas också i resultatet en generell svårighet i kommunikation mellan chefsnivåer inom stora organisationer, samt den specifika komplexitet i ledning och styrning av hälso- och sjukvårdsorganisationer som flera författare lyft fram (15, 37, 38, 60-65).

Glappet mellan chefsnivåerna kan dock eventuellt också kopplas till flera aspekter som framkom i analysen av intervjuerna. När det gäller sjukskrivningsprocessen blev det uppenbart att många chefer, oavsett nivå, inte i första hand tänkte på hur de kan påverka och förbättra den egna verksamheten och sin organisations förutsättningar utan snarare hur de kan påverka enskilda läkares hantering av sjukskrivningsfrågor. I tidigare studier (6, 7) har läkare beskrivit att de upplever det som ett problem att sjukskrivningsfrågan ligger i ”knät” på varje enskild läkare. I denna studie finns också en tendens hos många chefer att lösa detta problem genom att skapa bättre förutsättningar för läkarna att hantera frågan, t.ex. genom att överlåta frågan till medicinskt ansvariga, sjukskrivningskommittéer eller genom utbildningssatsningar för läkare. Frågan lyfts därmed ur den enskilda läkares knä men tenderar i stället att läggas ”i knäet” på läkargruppen, och ansvaret i chefslinjen riskerar att bli otydligt och andra yrkesgrupper involveras eventuellt inte.

I analyserna framkom också att ledning av sjukskrivningsprocessen, i flera fall, tycktes gå direkt från högsta nivån i landstinget till läkarprofessionen. I vissa fall tycktes detta också ske utan att man samtidigt gav mandat eller uppdrag till cheferna i linjen, eller gav mycket begränsade sådana uppdrag. Detta innebär att man från högsta ledningen i vissa fall går förbi (”by pass”) underställda chefer i linjeorganisationen när det gäller hanteringen inom organisationen av patienters sjukskrivning. Bakgrunden till detta kan vara en skillnad i synsätt mellan chefer på olika nivåer.

Av de intervjuade betonade många högre chefer framförallt vikten av att få med sig läkargruppen i processen, medan flera chefer på lägre nivåer beskrev det som mycket svårt att utöva ledning i frågan om den inte ”kom in i linjen”.

Otydliga gränser när det gäller ansvarsfördelningen mellan cheferna i linjen och läkarprofessionen kan medföra konsekvenser för ledning och styrning av sjukskrivningshantering. Det kan vara ett skäl till det lägre engagemang för frågan som

vi fann bland verksamhetschefer och i viss utsträckning även bland chefer på Nivå 2. Många såg inte att frågor som rörde sjukskrivningshantering ingick i deras uppdrag som chef eller hur de skulle kunna ta ansvar för dessa aspekter. Bristande engagemang hos cheferna i organisationen kan leda till att administrativa ledningsuppgifter som kvalitetssäkring, uppföljning, arbetsmiljöansvar (=chefsansvar) och medicinsk ledning separeras i organisationen och försvårar möjligheterna till förändringar på strukturell nivå när det gäller sjukskrivningshantering.

I svaren från verksamhetscheferna saknades ledningsperspektivet ofta helt, trots att just ledning var ett klart uttalat fokus för intervjun. De flesta berörde t.ex. inte alls eller i liten utsträckning behov av strukturella åtgärder på organisationsnivå, eller aspekter som patientsäkerhet och kvalitetssäkring i relation till hanteringen av patienters sjukskrivning. Dessutom kan eventuellt obefintliga eller otydliga uppdrag till verksamhetscheferna i kombination med bristande stöd från närmaste chef leda till att chefer som är läkare lättare sätter sig på ”läkarstolen”, dvs. den kliniska, i stället för på ”chefsstolen” när det gäller frågor som rör sjukskrivningshantering. Flera av de chefer som hade läkarutbildning uttryckte också att de inte alls såg sjukskrivningshantering som en ledningsfråga utan som en läkarfråga.

Gemensamt är att flera av cheferna, oavsett nivå, i sina svar lätt hamnar längst ut i sin organisation, i mötet mellan den enskilde patienten och en vårdgivare (66, 67), nästan alltid en läkare, utan att beröra den kontext och organisatoriska struktur denne vårdgivare befinner sig i. Eftersom det här rör sig om chefer för och i mycket stora organisationer, chefer som när det gäller andra frågor har vana att istället tänka och agera utifrån organisation och verksamhet, är en möjlig slutsats att det finns en stor okunskap och ovana inför ledning och styrning av denna fråga. Spontant nämnde ingen av cheferna i intervjuerna t.ex. frågor som berörde patientsäkerhet, dokumentation, behov av ett system i de datoriserade medicinska journalerna där det framgår om en patient föreslås vara sjukfrånvarande, hur länge och om vad som skall ske under sjukskrivningstiden, etc.

För flera var intervjun ett första tillfälle att reflektera över detta, vilket innebär att projektet i sig blev en tydlig intervention för många, vilket var förväntat.

I materialet beskrivs i huvudsak tre sätt att styra och leda dessa verksamheter: i chefslinjen, via läkarprofessionen eller via olika stabsfunktioner. Somliga använder sig av en kombination av dessa sätt. Få studier har dock hittills lyckats visa vilken betydelse, om någon, olika ledningssätt har för utfall och resultat i en organisation (68). Av intresse här är vilken betydelse ledningens synsätt och agerande har för praxis. Vi vill betona att det inte finns ett sätt att leda detta – det viktiga är att ha en medvetenhet om att det är en chefsuppgift. Den svårighet att leda läkare som cheferna tog upp, vare sig chefen själv var läkare eller inte, har också beskrivits i andra studier. Möjligen blir det extra svårt inom ett område där vetenskaplig evidens, riktlinjer etc. i stor utsträckning saknas (1, 6, 13, 15, 34-39).

Mot bakgrund av Socialstyrelsens förslag till verksamhetsförbättringar vad avser sjukskrivningsprocessen² framkom att det på många håll finns en stor förbättringspotential, speciellt på verksamhetschefsnivå. För många chefer var det oklart

² Se avsnitt 1.2, sidan 8.

vad arbetet med sjukskrivningsprocessen innebär, liksom vad chefsansvar för det arbetet innebär. Detta tycks handla om att frågan hos många chefer är oreflekterad, och framförallt om att man inte har satt sig in i vad den innebär på verksamhetsnivå och vilka åtgärder som kan eller bör vidtagas. Om miljardsatsningen skall leda till bestående förändringar är det av stor vikt att sådan kunskap förs ut.

Det främsta problemet, på samtliga nivåer, verkar inte vara *hur* man skall styra och leda sjukskrivningsprocessen inom organisationen, utan att man inte vet eller är osäker på *vad* som skall styras och ledas. Mer information och stöd till chefer om möjligheter att leda och styra sjukskrivningsprocessen på olika strukturella nivåer behövs.

I många landsting hade frågan delegerats till en chef på övergripande nivå inom primärvården, men inte till någon chef inom sjukhusvården. Eftersom en mycket stor del av patienterna som är aktuella för sjukskrivning finns inom sjukhusvården torde detta få konsekvenser för utfallet av miljardsatsningen, både vad gäller kvalitet på sjukskrivningsprocessen och effekt på sjukskrivningarna. Vidare nämner man framförallt läkare, inte de andra professioner som också är aktuella i sjukskrivningsprocessen (6, 7, 34).

Landstingen har att välja mellan att främst använda medlen i miljardsatsningen i förändringar som etableras i organisationen, i chefslinjen eller att genomföra de flesta förändringarna i projektform. I det senare fallet är risken stor att effekten inte blir bestående efter de tre åren. Om t.ex. inte uppdrag ges också i linjen i förhållande till de så kallade sjukskrivningskommittéerna finns en risk att detta blir ytterligare en fråga som ledningen anser synnerligen viktig, men där genomförandet antyder något annat (69).

4.2.2 Ledning och styrning av kunskaps- och kompetensaspekter

Hälso- och sjukvården är en kunskapsbaserad organisation där verksamheten skall grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Som framgår av inledningen saknas i stor utsträckning både vetenskap och beprövad (i betydelsen utvärderad, reflekterad) erfarenhet nästan helt inom sjukfrånvaroområdet (1, 6, 35). Dessutom saknar ofta många av de kliniker som möter patienter som är aktuella för sjukskrivning den faktakunskap och de färdigheter som behövs för optimal hantering av dessa ärenden (6, 35). Det innebär att, för att förbättra sjukskrivningsprocessen inom sin organisation, behöver chefer utveckla strategier för att generera kunskap och beprövad erfarenhet, t.ex. genom forskning, utvärdering, kvalitetssäkring, handledning etcetera. Vidare behövs strategier för kompetensutveckling av den egna personalen utformas, t.ex. genom olika former av utbildning, kvalitetssäkring, handledning. När verksamheten inte kan baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet är behovet av riktlinjer, rutiner och beslutsstöd extra stort. Sådana behövs och strategier utformas för att vidmakthålla, utveckla och kvalitetssäkra dessa.

En stor andel av de högsta cheferna nämnde vetenskaplig kunskap och forskning på ett eller annat sätt under intervjun. Av de uttalanden som berörde forskning om sjukskrivning framkom att det fanns en stor medvetenhet om att det saknas vetenskaplig kunskap och evidens om optimal sjukskrivning. Många såg även detta som ett problem. En central uppgift för ledningen inom sjukvården är att utforma strategier för att få ut information om evidensbaserade metoder i organisationen, så att de som möter patienten

har denna kunskap, och att utvärdera att detta fungerar. Detta är ofta ett problem inom vården (6).

Chefer på samtliga nivåer förefaller ha varit trevande i sina försök att organisera arbetet med att följa upp och kvalitetssäkra sjukskrivningarna. En del tycks heller inte ha sett uppföljningar som en ledningsfråga utan förlitade sig på att en extern organisation, Försäkringskassan, skulle förse landstingen med underlag och ibland till och med sköta hela uppföljningen. Detta innebar att strategier för uppföljning kom att handla mycket om sjukskrivningsstatistik, och ofta framförallt på befolkningsnivå och inte för enskilda läkare eller vårdenheter.

Få talade i termer av kvalitet när det gällde sjukskrivningar. De kvalitetsindikatorer som Socialstyrelsen har utarbetat (8) föreföll vara okända bland de flesta. En viss uppgivenhet kunde spåras inför den, till synes, nya arbetsuppgiften, vilket troligtvis har samband med att det överlag verkade saknas gemensamma strategier i organisationerna både om och hur frågan skulle angripas.

I detta fall är det emellertid odiskutabelt att chefer på Nivå 3, dvs. verksamhetschefer, har ansvar för kvalitetssäkring och uppföljning av såväl diagnostik, behandling som rehabilitering i samband med sjukskrivningsärenden. Hur det ansvaret ser ut och hur det ska tillämpas behöver, utifrån resultaten i studien, bli föremål för genomgripande diskussioner i många landsting. Socialstyrelsen fastställer i sin handbok för handläggning av kvalitetsarbetet från 2006 (42) att det är avgörande för ett framgångsrikt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete att vårdgivarens ledningssystem tydliggör ansvaret för enskilda verksamhetschefer, liksom mellan enskilda verksamhetschefer och deras ledning. Socialstyrelsen tydliggör att ”vid oklarheter bör verksamhetschefen be ledningen om klargöranden” (42).

Kvalitetssäkring är av vikt inte bara för patientsäkerhet utan också ett sätt att få kunskap och ”beprövad erfarenhet”, att aktivt agera som en lärande organisation. Att så få beaktat former för kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen är alltså ett observandum.

I miljardsatsningen är kunskap och kompetens ett av de fyra prioriterade områdena. I en situation där kunskap saknas blir strategier för att generera kunskap centrala. Endast några få intervjuade berättade dock om sådana strategier, och strategierna var då oftast begränsade till något projekt, eller till tankar om sådana projekt. Några tog dock ett aktivt ansvar för att främja forskning inom sjukfrånvaroområdet.

Hälso- och sjukvårdslagen är i 26b § tydlig med att landstingen har ansvar för att medverka i finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete, dit sjukskrivningsprocessen räknas. Socialstyrelsen (42) framhåller att mer vetenskaplig kunskap behövs, bl.a. om konsekvenser av att vara sjukskriven, generellt och p.g.a. olika diagnoser, hur negativa konsekvenser av sjukskrivning kan upptäckas och förebyggas samt konsekvenser av så kallad sjuknärvaro. Man framhåller SBU:s konstaterande att forskningsområdet är teoretiskt, metodologiskt och begreppsmässigt outvecklat. ”Socialstyrelsen vill därför understryka att det är angeläget med mer och kvalitativt bättre forskning kring sjukskrivning” (42).

4.2.3 Chefers syn på ledning och styrning av samverkansfrågor

Chefer på samtliga nivåer uttryckte att samverkan och samarbete är av vikt för att kunna förbättra sjukskrivningsprocessen. Några hade sedan länge utvecklat strategier för detta medan andra saknade sådana och det fanns oklarheter när det gällde vem som hade ansvaret för att utforma sådana strategier. Många uttryckte tankar och idéer om hur samverkan kunde främjas och om vad som kunde göras för att överbrygga hinder och svårigheter. Frågan föreföll dock vara så pass ny inom flera landsting att den ännu inte hade varit föremål för ingående diskussioner eller planering för hur den praktiskt skulle hanteras. Möjligtvis speglade svaren också en brist på systematik runt samverkan allmänt (70-72). Bristen på initiativ och den avvaktande hållningen till samverkan om hanteringen av sjukskrivningsfrågan kan därför möjligen relateras till föreställningar om vad man kan och inte kan göra som chef (73) eller till att kunskap om möjliga vägar saknas. Studier av samarbete mellan hälso- och sjukvård och andra aktörer i sjukskrivningsärenden har dock visat att samverkan vanligen upplevs som positivt av involverad personal (74, 75).

En av de externa aktörer som vanligen har en central roll i sjukskrivningsprocessen är patientens arbetsgivare. I många fall nämndes dock vare sig arbetsgivare eller företagshälsovård i intervjuerna. Även i andra studier (6, 76) har det framkommit att kliniker inom sjukvården sällan beaktar samverkan med patientens arbetsgivare eller företagshälsovård. Detta gäller alltså även chefer inom sjukvården. En annan central möjlig samarbetspartner, när det gäller kunskapsgenerering, som än mer sällan nämndes, var lokala universitet eller högskolor.

Eftersom Försäkringskassan har en central roll såväl i sjukskrivningsärenden som i miljardsatsningen är det inte förvånande att Försäkringskassan är den externa organisation som nämns av samtliga. Flera av de problem med samverkan med Försäkringskassan som nämndes har även kommit fram i andra studier (6, 35, 66, 76, 77).

Det kan synas anmärkningsvärt att strategier för intern samverkan, mellan yrkeskategorier, enheter, verksamheter samt nivåer, inte nämndes i större utsträckning. Detta gäller såväl strategier för att initiera, vidmakthålla som att utvärdera/kvalitetssäkra sådan samverkan.

Ett flertal olika professioner inom vården har betydelse för sjukskrivningsprocessen (78). Den relativa frånvaron av omnämning av andra yrkesgrupper än läkare i intervjuerna bör i detta sammanhang inte uppfattas som en professionsfråga utan som en strategifråga på chefsnivå. Dock kan detta delvis handla om bristande kunskap om vad olika professioner kan tillföra och/eller om hur samarbete kan utvecklas.

Det var uppenbart att miljardsatsningen, som väntat, inneburit ett mer intensifierat samarbete med Försäkringskassan i många landsting.

Flera uttryckte att ett problem i samverkan med Försäkringskassan var olika mål, uppdrag, tradition och kultur. Även Socialstyrelsen har identifierat detta (78) som ett problem och påpekat att hälso- och sjukvårdens samverkansskyldighet med andra aktörer ”bör vara samordnad med den lagstiftning som gäller de övriga aktörerna så att kraven på de olika aktörerna blir balanserade och tydliga samt att insatserna kring den enskilde optimeras” (78).

Det är här viktigt att beakta att av tradition har vi i Sverige ansett det viktigt att hålla isär Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens uppdrag i samband med sjukförsäkringsärenden. Hälso- och sjukvårdens uppdrag har varit att 'ge god vård på lika villkor' till medborgarna, dvs. undersöka, diagnostisera, behandla och rehabilitera när så är möjligt. Samt att för läkare, i rollen som medicinskt sakkunnig, utfärda utlåtanden om hälsotillstånd, funktions- och arbetsförmåga. Försäkringskassans uppgift har varit att, bl.a. med medicinska utlåtande som grund, bedöma om rätt till ersättning från försäkringen föreligger, enligt Lagen om allmän försäkring, dvs. göra en så kallad skadereglering. I början av 1990-talet förändrades detta delvis, i samband med att Försäkringskassan även fick i uppdrag att även, vid behov, utreda om det fanns behov av ytterligare rehabiliteringsåtgärder för en sjukskriven person och att samordna dessa. Andra försök till samordning av hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans verksamhet har genomförts, såsom Finsam, Socsam etc. (7, 74).

4.2.4. Ledning och styrning av uppdraget om kvinnors ohälsa

Det fjärde området som enligt avtalet mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet skall prioriteras i miljardsatsningen är "kvinnors ohälsa". Som framgår tidigare preciseras inte denna del i uppdraget närmare, utan nämns endast med en mening: "Dessutom kan framhållas att med hänsyn till de särskilda utmaningar som kvinnors ohälsa ställer skall sådana frågor lyftas fram" (44).

Begreppet ohälsa betyder för de flesta personer sjuklighet eller "krasslighet" (79). Under senare år har dock bland annat Försäkringskassan ibland använt begreppet ohälsa synonymt med sjukfrånvaro och sjukersättning. Detta har lett till en hel del förvirring i debatten kring sjukfrånvaro, ohälsa och sjuklighet. Att man valde begreppet ohälsa i avtalet innebär därför en otydlighet i vad som avses. Det hade varit en fördel om man varit tydligare och t.ex. valt uttrycket "kvinnors sjukfrånvaro" eller "kvinnors sjuklighet", beroende på vad som avsågs. Avser man kvinnors sjuklighet är detta naturligtvis ett bredare uppdrag – en stor del av de sjuka kvinnor som hälso- och sjukvården har kontakt med är inte aktuella för sjukskrivning – antingen p.g.a. att deras sjuklighet inte påverkar deras arbetsförmåga eller ännu oftare, att de p.g.a. ålder inte längre är aktuella för sjukfrånvaro. De intervjuade cheferna har framförallt svarat utifrån "kvinnors sjuklighet", inte kvinnors sjukskrivning.

Få chefer hade konkreta planer när det gällde kvinnors ohälsa och dessa planer var då framförallt kopplade till enstaka projekt eller att dela upp insamlade data om sjuklighet på kvinnor och män. Trots att kvinnors hälsa och sjuklighet är en fråga som debatterats intensivt de senaste 20 åren (45, 47, 48, 80-82) har det inte varit enkelt för de intervjuade cheferna att hitta mer konkreta vägar att gå vidare. Detta har även varit tydligt i de handlingsplaner varje landsting tagit fram i samband med miljardsatsningen – i dessa är kvinnors ohälsa det område där planerna är minst konkreta (51). Med arbetet att främja kvinnors hälsa har landstingen fått en uppgift som de intervjuade cheferna inte alltid såg som självklar. SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) har under 2007 tagit flera initiativ till att stötta denna process och utifrån resultaten i denna rapport torde det finnas ytterligare behov av sådana initiativ.

En anledning till att man inte vidtagit specifika åtgärder kring kvinnors ohälsa var att man inte önskade göra skillnad på kvinnor och män. Åsikten att kvinnor inte ska särbehandlas i vården och att därför specifika åtgärder inte skall vidtas, är inte ovanlig. Texter i medicinska läroböcker som publicerats de senaste decennierna är t.ex. ofta könsneutrala, dvs. könsskillnader för diagnostik, behandling, rehabilitering liksom i riskfaktorer för sjukdomar beskrivs inte, trots att detta ofta är av betydelse (48). Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall människor ges god vård på lika villkor, vilket inte är detsamma som att man ska få lika eller samma vård (81).

4.2.5 Miljardsatsningens betydelse

Stora skillnader framkom mellan de tre chefsnivåerna i synen på miljardsatsningens betydelse, det ekonomiska incitamentet samt vilka uppgifter cheferna ansåg vara viktigast för att leda och styra sjukskrivningshanteringen. Svaren speglar delvis olika förutsättningar, ansvarsområden och förhållningssätt på respektive nivå. Ju lägre ner i organisationen, desto mindre andel av cheferna föreföll vara involverade i arbetet med miljardsatsningen. Miljardsatsningen hade lett till att närmast samtliga landstingsdirektörer har vidtagit åtgärder. På Nivå 2 gällde detta för två tredjedelar av cheferna, medan det var sällsynt på Nivå 3.

Det finns ett tydligt ekonomiskt incitament för landstingen i miljardsatsningen. Några såg det ekonomiska incitamentet som en positiv drivkraft för att komma igång med arbetet med sjukskrivningsfrågor. Andra incitament än rent ekonomiska för att förbättra sjukskrivningshanteringen som cheferna hade var framför allt att främja och säkerställa en god hälsa och vård och att evidensbasera vården.

Flera chefer, särskilt på Nivå 3, kritiserade kortsiktigheten i satsningen och menade att pengarna inte skulle räcka till att förändra strukturella problem i sjukskrivningshanteringen och att det var svårt att se effekterna i ett längre perspektiv. Detta bör ses mot bakgrund att möjligheten till ett ekonomiskt tillskott av någon större betydelse var liten för enskilda verksamhetschefer.

För att riktlinjerna skall bli till nytta krävs omfattande förberedelser i form av planering, utbildning etc., ett arbete som vid intervjutillfället i de flesta landstingen inte kommit igång. I februari 2007 kom Socialdepartementet och Landstingsförbundet överens om ett tillägg till avtalet kring miljardsatsningen om att landstingens åtgärdsplaner skall innehålla åtgärder för implementering av de försäkringsmedicinska riktlinjerna. Utifrån resultaten av analyserna kan behovet av detta tillägg bedömas ha varit stort.

Det relativt kortsiktiga i miljardsatsningen blir i förhållande till dessa frågor möjligtvis något problematiskt. Å ena sidan innebär satsningen att åtgärder vidtas i samtliga landsting. Å andra sidan innebär kortsiktigheten, dvs. endast tre år, att flera av åtgärdena riskerar att utformas på ett sådant sätt att de inte blir bestående i organisationen efter satsningen. Många har t.ex. initierat åtgärder av projektkaraktär och åtgärder som ligger utanför chefslinjen.

Det finns det skäl att anta att valet av ledningsform har betydelse för på vilket sätt åtgärdena blir förankrade i organisationen och eventuellt även för hur bestående de kan bli. Kvalitetssäkring, uppföljning och personalens psykosociala arbetsmiljö är exempel

på uppgifter som tydligt ligger i chefslinjen. I denna fråga, liksom i andra, bör chefsansvar i linjen och läkarprofessionsansvar samordnas på ett genomtänkt sätt. Ansvaret för en sådan samordning är en chefsfråga.

4.2.6 Slutsatser

Slutsatser som kan dras är att miljardsatsningen hittills inneburit att de högsta cheferna inom landstingens hälso- och sjukvård nu har sjukskrivningsfrågan på agendan och ger den hög prioritet. Med andra ord har miljardsatsningen inneburit att landstingen nu fokuserar dessa frågor betydligt mer än tidigare. Stora skillnader framkom dock mellan de tre chefsnivåerna både i synen på det egna ansvaret, i chefernas upplevelse av möjligheten att utöva detta ansvar samt i hur sjukskrivningsfrågan prioriterades i verksamheten. Det framkom också en stor osäkerhet kring ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen, en osäkerhet som handlade mer om *vad* som kan ledas och styras än om *hur* det kan ske.

För att optimera effekterna av miljardsatsningen vore det troligen en fördel att tydligare föra ut information i landstingen om vad ledning och styrning på verksamhetsnivå av sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvård kan innebära och stötta chefer på olika nivåer med att utveckla detta. Vidare bör det tydliggöras vad som avses med att ”lyfta fram” frågor om kvinnors ohälsa i detta sammanhang.

För många aktualiserades sjukskrivningsprocessen först i samband med intervjun, t.ex. vad gäller strategier för kvalitetssäkring. Vi tolkar detta som att det finns goda förutsättningar för förbättringsåtgärder.

De landsting som tidigt satsat på att öka kvalitén i sjukskrivningshaneringen har självklart kommit längre i detta arbete än övriga och har även prövat former för ledning och styrning av det. Förhoppningsvis kan miljardsatsningen innebära en möjlighet för landstingen att lära av varandra i detta.

Avslutningsvis kan sägas att arbetet med att skapa bättre strukturella förutsättningar för en god hantering av sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården har påbörjats och är förankrat på hög nivå inom landstingen.

Jag tror att vi kommer att lyckas ganska bra faktiskt, det tror jag. Jag tycker att det verkar som att vi har mobiliserat rätt bra, jag tycker att vi har fått igång en än så länge... Organisationen kring den här sjukskrivningsprocessen har börjat sätta sig, vi har kommit igång enligt plan s.a.s. Det hörs inga jätteprotester från något håll, utan jag tror att vi kommer att landa det här bra faktiskt, att vi kommer att se bra resultat. (1,61)

5 Referenser

1. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2003.
2. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
3. OECD. Economic Survey of Sweden 2005: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2005.
4. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet; 2002.
5. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
6. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, et al. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
7. 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.
8. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
9. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
10. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
11. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
12. Hälso- och sjukvårdslagen; 1982:763.
13. Westin J. Läkaren som chef och ledare. Fakta, råd och uppmuntran till läkaren i rollen som chef. Lund: Studentlitteratur; 2002.
14. Sävblom C, Stensmyren H. Unga läkare behövs som ledare och chefer i modern sjukvård! Läkartidningen. 2007.
15. Hallin B, Siverbo S. Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2003.
16. Rydh J. Ett nytt sätt för att hantera sjukfrånvaron måste utvecklas. Bilaga 3. Försäkringskassan Slutbetänkande från GEORG, Försäkringskassans GENomförandeORGanisation. Stockholm: Socialdepartementet; 2004. p. 165-71.
17. Järvholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
18. Kitinger J. Introducing focus groups. British Medical Journal. 1995;311:299-302.
19. Morgan D. Designing focus group research. In: Stewart M, et al, editor. Tools for Primary Care Research. Newbury Park: Sage; 1992. p. 177-93.
20. Krueger R. Focus groups. A practical guide for applied research. London: Sage Publication, Inc.; 1994.
21. Krueger R. Moderating Focus Groups. Thousand Oaks: Sage; 1998.

22. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage Publication; 1990.
23. Starrin B, Dahlgren L, Larsson G, Styrborn S. Along the Path of Discovery, qualitative methods and grounded theory: Studentlitteratur; 1997.
24. Glaser BG. Remodeling Grounded Theory. Forum: Qualitative Social Research. 2004;5(2).
25. Lindfors S, Alexanderson K, Eintrei C, Gotthard R, Nordström L, Karlsson N. Stressande faktorer bland disputerade specialistläkare anställda vid ett universitetssjukhus. Stockholm & Linköping: Karolinska Institutet & Linköpings Universitet; 2005.
26. Läkarmatrikeln: Mediahuset AB och Cegedim AB; 2006.
27. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage; 2004.
28. Bruhn A. Datorprogram i kvalitativ analys In: Arvidsson J, Fahlgren S, editors. Kunskap utan väggar - perspektiv och metoder för fältstudier i grupp. Lund: Studentlitteratur; 2002.
29. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur; 1998.
30. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004 Feb;24(2):105-12.
31. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2001.
32. Agresti A. A survey of exact inference for contingency tables. Statistical Science. 1992;7:131-53.
33. Fisher R. On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and calculation of P. Journal of the Royal Statistical Society. 1922;85(1):87-94.
34. Blomqvist P. Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS Förlag; 2007.
35. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, et al. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005.
36. Östergren K, Sahlin-Andersson K. Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration. Stockholm: Landstingsförbundet; 1998.
37. Nash DB. Doctors and managers: mind the gap. British Medical Journal. 2003;326:652-3.
38. Malcolm L, Wright L, Barnett P, Hendry C. Improving the doctor-manager relationship. Building a successful partnership between management and clinical leadership: experience from New Zealand. British Medical Journal. 2003;326(7390):653-4.
39. Atun R. Doctors and managers need to speak common language. British Medical Journal. 2003;326:655.
40. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- sjukvården; 1996.
41. Adler H. Medicinsk juridik. Lund: Studentlitteratur; 2007.
42. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

43. SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003.
44. Överenskommelse om samverkan mellan Försäkringskassan och Landstinget i Uppsala län avseende resursteam vid husläkarmottagningar. Uppsala; 2004.
45. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, editors. Kön och ohälsa, en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsooperseptiv. Lund: Studentlitteratur; 1996.
46. Schenck-Gustafsson K, editor. Kvinnohjärtan - hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor. Lund: Studentlitteratur; 2003.
47. Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. Yrkesverksamma kvinnors hälsa. Solna: Arbetslivsinstitutet; 1999.
48. Forsberg P, Bjuremark A, editors. Kvinnors Hälsa. En studie av utbildningsmaterial och undervisningsmetoder avseende grundutbildning för läkare vid Hälsouniversitetet i Linköping. Linköping: University of Linköping, LEO; 1996.
49. Hovellius B, Johansson EE, editors. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004.
50. Riksförsäkringsverket. Socialförsäkringsboken 2004. Årets tema: Kvinnor, män och sjukfrånvaron. Stockholm: RFV; 2004.
51. Paavo S. Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården (projekt C:1) Delrapport; 2006.
52. Liljeqvist M. Inventering av landstingens arbete med sjukskrivningsproblematiken utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv: Avd för hälso- och sjukvårdspolitik Landstingsförbundet; 2003.
53. Tillgren P. Fokusgrupper i forskning och utvecklingsarbete. Socialmedicinsk tidskrift. 1999;4(Temanummer).
54. Wibeck V. Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Studentlitteratur; 2000.
55. Krueger RA, Casey MA. Focus Groups. A practical guide for applied research. London: Sage Publications; 2000.
56. Kitziinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. British Medical Journal. 1995;311:299-302.
57. Weber RP. Basic content analysis. Newbury Park: Sage publications; 1990.
58. Downe-Wamoldt B. Content analysis: method, applications, and issues. Health care for women international. 1992;13(3):313-21.
59. Holsti OR. Content analysis for the social sciences and humanities: Addison-Wesley; 1969.
60. Brorström B. Styrningens villkor och effekter i professionella organisationer. En studie av nya styrformer inom sjukvården. Lund; 1995.
61. Brorström B, Hallin B, Leffler M. Organisationsideal och professionellas verklighet - en studie av sjukvård i förändring. Göteborg: Göteborgs universitet; 1999.
62. Brommels M. Solister i kör? Om ledarskapsuppgiften i sjukvården. Uppsala: Fyrstryck, 1998; 1995.
63. Tollgerdt-Andersson I. Chef i landsting- ledarskap i politiskt styrda organisationer. Stockholm: Landstingsförbundet; 1995.
64. Mintzberg H. Toward healthier hospitals. Health Care Manage Rev. 1997 Fall;22(4):9-18.
65. Kaissi A. Manager-physician relationships: an organizational theory perspective. Health Care Management. 2005;24(2):165-76.

66. Söderberg E. *Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors* [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
67. Lipsky M. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
68. Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(4):533-42.
69. Parmsund M, Brunnberg H, Petterson I-L, Backman L. *Utvärdering av projektet Hälsa-arbetsliv-kvinnoliv (HAK)*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2002.
70. Holmberg I. Var finns ledarskapet i offentlig sektor? In: Holmberg I, Henning R, editors. *Offentligt ledarskap- om förändring, förnyelse och nya ledarskapsideal*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
71. Ahrenfelt B. *Förändring som tillstånd*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
72. Styhre A. *Postmodern organisationsteori*. Lund: Studentlitteratur; 2002.
73. Tullberg M. Tyvärr, så är det ju ofta fel personer som blir chefer här. In: Holmberg I, Henning R, editors. *Offentligt ledarskap - om förändring, förnyelse och nya ledarskapsideal*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
74. Hultberg E-L. *Co-financed collaboration between welfare services -Effects on staff and patients with musculoskeletal disorders* [PhD]. Göteborg: Sahlgrenska akademien; 2005.
75. Söderberg E, Vimarlund V, Alexanderson K. *Experiences of public sector staff participating in inter-organisational projects aimed at promoting return to work among unemployed sickness benefit recipients*. submitted. 2005.
76. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
77. Edlund C. *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering* [Monografi]. Umeå: Umeå University; 2001.
78. Källgren Peterson C. *Fyra års samverkan- några perspektiv på verksamhetsplanering, sjukskrivningskommitté och kunskapsutveckling*. Linköping: Landstinget i Östergötland, Försäkringskassan; 2006.
79. Medin J, Alexanderson K. *Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
80. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, editors. *Gender inequalities in health: a Swedish perspective*: Harvard University Press; 2002.
81. *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor*. Stockholm: Socialdepartementet; 1996.
82. *Socialstyrelsen. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.