

# **Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning**

**Resultat från 2013 och jämförelse med 2007**

**Kristina Alexanderson**

**Christina Keller**

**Mia von Knorring**

**Ann-Sofi Paul**

**Sektionen för försäkringsmedicin  
Institutionen för klinisk neurovetenskap**



**Karolinska  
Institutet**

Rapport, reviderad 5 oktober 2013

Rapporten kan laddas ner från Sektionen för försäkringsmedicins hemsida, där den finns under Publikationer; Rapporter på [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

Den kan även beställas, se Kontakt på [www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)

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

Telefon: 08-524 832 00

Fax: 08-524 832 05

ISBN 978-91-981256-8-9

# Förord

---

I denna rapport presenteras resultat från analyser av intervjuer med chefer på olika nivåer i landstingen/regionerna i Sverige. Fokus i intervjuerna har varit hur cheferna leder och styr hantering av sjukskrivning av patienter. I samband med att den så kallade sjukskrivningsmiljarden infördes genomförde vi 2006-2007 ett motsvarande projekt för att få en baslinjemätning avseende sådan ledning och styrning.

År 2005 gjordes en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL) om den första sjukskrivningsmiljarden. Inom ramen för sådana överenskommelser har staten varje år, från och med 2006, betalat ut upp till en miljard kronor till landstingen för att främja en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt för att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan. Bakgrunden till detta var bland annat de mycket höga sjukskrivningstalen i Sverige kring sekelskiftet. Under senare år har medvetenheten ökat om de organisatoriska förutsättningarnas betydelse för att inom hälso- och sjukvården kunna göra ett optimalt arbete med sjukskrivningar. En central del i sjukskrivningsmiljarden har varit att främja ledning och styrning av arbetet med sjukskrivningar.

Sjukskrivningsmiljarden utvärderas och följs upp på flera sätt och med hjälp av olika typer av data från Försäkringskassan, medicinska journaler, läkarintyg, enkäter till läkare, intervjuer, dokument såsom handlingsplaner, protokoll, etcetera. Detta projekt, där chefer intervjuats, ger kunskap om ledning och styrning av sjukskrivningsfrågan ur chefers perspektiv. Följande personer har medverkat i det tvärvetenskapliga projektet:

- Kristina Alexanderson, professor, projektledare, chef för Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet (KI), Stockholm
- Annika Evolahti, med dr, projektassistent, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Eva Fellenius, projektledare, Stockholms läns landsting
- Christina Keller, docent Högskolan i Jönköping och forskare vid Medical Management Center, KI
- Mia von Knorring, med dr, Medical Management Center och Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Göran Lund, forskningsassistent, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Anna Norell, fil kand, projektassistent, Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Ann-Sofi Paul, fil dr, Kentor IT AB samt Sektionen för försäkringsmedicin, KI
- Jenny Strollo, fil kand, processledare, enhetschef, Stockholms läns landsting

Rapporten har granskats av Mats Brommels, professor i medicinsk lednings-, organisations- och innovationskunskap vid Medical Management, Institutionen för lärande, informatik management och etik (LIME), Karolinska Institutet i Stockholm och av Lotta Dellve, professor i Vårdvetenskap med inriktning ledarskap och organisering samt i ergonomi vid Skolan för Teknik och Hälsa, Kungliga Tekniska Högskolan (KTH) och Högskolan i Borås.

Vår förhoppning är att resultaten i denna rapport kan bidra till fortsatt utveckling för god kvalitet av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning samt för god arbetsmiljö bland involverad sjukvårdspersonal.

Vi riktar ett varmt tack till alla chefer som generöst bidragit med sina erfarenheter i samband med datainsamlingen till detta projekt!

Kristina Alexanderson  
Professor i socialförsäkring, projektledare  
Sektionen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap  
Karolinska Institutet

# Innehållsförteckning

---

Förord .....	1
Innehållsförteckning .....	2
Sammanfattning .....	6
Förkortningar och begrepp .....	8
Bakgrund .....	9
Sjukförsäkring en central del av välfärdssamhällen .....	10
Situationen för cirka tio år sedan .....	11
Åtgärder och förändringar senaste decenniet .....	12
Socialstyrelsens tillsynsrapport .....	14
Karolinska Institutets utredning .....	15
Sjukskrivningsmiljarden .....	16
Ledningssystem inom hälso- och sjukvården .....	18
Kvalitet och kvalitetssäkring .....	19
Hälso- och sjukvårdens uppgifter i sjukskrivningsprocessen .....	22
Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning .....	23
Läkares olika professionella roller .....	24
Några begrepp .....	25
Baslinjestudien .....	26
Syfte .....	28
Material och metod .....	28
Urval .....	28
Inbjudan .....	29
Intervjuguide .....	29
Intervjuer .....	30
Deltagande .....	31
Dataanalys .....	32
Den kvalitativa innehållsanalysen .....	32
Den kvantitativa innehållsanalysen .....	33
Om resultatpresentationen .....	34
Resultat .....	35
A. Ledning och styrning .....	35
1. Övergripande om ledning och styrning .....	36
1.1. Arbetet med patienters sjukskrivning leds och styrs som allt annat .....	36
1.1.1. Strategier för ledning och styrning av arbetet med sjukskrivningar .....	37
1.2. Ledning i eller utanför linjen? .....	41
1.2.1. I linjen .....	41
1.2.2. Utanför linjen .....	42
1.2.3. ”Båda behövs” .....	42
1.3. Syn på ansvar .....	43

1.3.1. Syn på chefers ansvar .....	43
1.3.2. Förändring från 2007 i syn på chefers ansvar.....	46
1.3.3. Syn på läkares ansvar .....	49
Sammanfattning.....	51
<b>2. Ledning och styrning av specifika områden .....</b>	<b>51</b>
2.1. Samverkan .....	51
2.1.1. Extern samverkan .....	52
2.1.2. Intern samverkan .....	57
Jämförelse med 2007 .....	60
Sammanfattning.....	62
2.2. Kompetens och kompetensutveckling.....	62
2.2.1. Chefers kompetens .....	62
2.2.2. Kompetensutveckling .....	65
Sammanfattning.....	70
2.3. Jämställd sjukskrivning .....	70
2.3.1. Detta är ett ”svårt område” .....	71
2.3.2. Brist på kunskap .....	71
2.3.3. Strategier för att främja jämställd sjukskrivning .....	72
2.3.4. Hur långt har arbetet med jämställd sjukskrivning kommit? .....	75
Jämförelse 2007.....	76
Sammanfattning.....	77
2.4. Omnämmande av forskning och vetenskap; kunskapsgenerering .....	77
2.4.1. Vill basera vården på vetenskaplig kunskap och evidens .....	78
2.4.2. Brist på vetenskaplig kunskap när det gäller sjukfrånvaro.....	78
2.4.3. Medverkan i eller främjande av forskning om sjukfrånvaro .....	79
Jämförelse med 2007 .....	79
Sammanfattning.....	80
2.4. Kvalitetssäkring och förbättringsarbete.....	80
2.4.1. Kvalitetssäkring genom riktlinjer och rutiner .....	81
2.4.2. Kvalitetssäkring genom uppföljning .....	81
2.4.3. Kvalitetssäkring genom förbättringsarbete .....	82
2.4.4. Svårigheter med kvalitetssäkring .....	83
Sammanfattning.....	84
2.5. Administrativa förutsättningar .....	85
2.5.1. Tid .....	85
2.5.2. Personal och kompetens .....	87
2.5.3. Riktlinjer och rutiner .....	87
2.5.4. Specifika verktyg.....	88
2.5.5. IT-stöd .....	89
Förändringar sedan 2007 .....	91
Sammanfattning.....	91

3. Syn på vad läkare behöver för att göra ett bra jobb med sjukskrivningar .....	91
3.1. Försäkringsmedicinsk kompetens .....	92
3.1.1. Typ av kompetens som behövs .....	92
3.1.2. Hur få sådan kompetens .....	92
3.2. Administrativt stöd .....	94
3.3. Syn på chefens ansvar för att stötta läkarens behov .....	94
Sammanfattning.....	95
4. Sjukskrivningsmiljardens betydelse.....	95
4.1. Betydelse för fokusering på sjukskrivningsområdet .....	96
4.2. Betydelsen av ekonomiska incitamentet .....	97
4.3. Problem .....	99
4.3.1. Kortsiktighet .....	99
4.3.2. Ambivalens till statlig styrning .....	100
4.3.3. Ambivalens till att det är många miljardsatsningar .....	100
4.4. Sjukskrivningsmiljarden och framtiden .....	101
4.4.1. Avveckla eller behålla några år till? .....	101
4.4.2. Oro för vad som händer om avvecklas .....	102
4.4.3. Förändring tar tid.....	102
4.4.4. Kunskap behövs .....	103
Sammanfattning.....	103
5. Chefens viktigaste uppgifter .....	103
5.1. Incitament.....	103
5.2. De tre viktigaste uppgifterna .....	104
5.2.1. De tre viktigaste uppgifterna; nivå 1 .....	104
5.2.2. De tre viktigaste uppgifterna; nivå 2 .....	106
5.2.3. De tre viktigaste uppgifterna; nivå 3 .....	108
Jämförelse med 2007.....	110
Sammanfattning.....	110
B. Andra indikationer på förändring.....	111
Förändring i syn på och attityder till sjukskrivningsfrågor.....	111
Sjukskrivning som en del av vård och behandling.....	111
Termen försäkringsmedicin.....	112
Förändrad syn både bland chefer och vårdpersonal .....	112
Försäkringskassan .....	113
Positivare attityd till Försäkringskassan.....	113
Högre krav från Försäkringskassan .....	114
Ökad försäkringsmedicinsk kompetens även inom Försäkringskassan .....	114
Sammanfattning.....	114
Intervjun som intervention.....	114

Diskussion .....	116
Metodologiska aspekter .....	116
Dataanalys .....	118
Kommentarer och slutsatser .....	118
Förändring .....	119
Incitament .....	120
Ledning .....	120
Samverkan .....	121
Kompetens .....	122
Kvalitetssäkring .....	123
Sjukskrivningsmiljarden .....	124
Jämställd sjukskrivning .....	125
Administrativa förutsättningar .....	125
Kunskapsgenerering .....	126
Goda exempel .....	127
Det fortsatta arbetet .....	128
Tabellförteckning .....	129
Referenser .....	130

# Sammanfattning

---

Hälso- och sjukvården är en av flera aktörer som är involverade i patienters sjukskrivning. År 2006 infördes den så kallade sjukskrivningsmiljarden för att stimulera landstingen i att förbättra kvaliteten i sjukskrivningshanteringen och att ge den ökad prioritet. Olika områden har betonats i sjukskrivningsmiljarderna, såsom kompetens, samverkan och jämställd sjukskrivning – samtliga har haft ett starkt fokus på att utveckla ledning och styrning av sjukskrivningsfrågan.

*Syftet* med den här studien var att få ökad kunskap om hur chefer på olika nivåer inom hälso- och sjukvården leder och styr arbetet med patienters sjukskrivning och om detta förändrats sedan 2007, då en motsvarande studie gjordes.

*Metod:* Kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys har genomförts av semistrukturerade intervjuer med 72 chefer på tre nivåer inom hälso- och sjukvården; landstings- och regiondirektörer (nivå 1), chefer direkt underställda dessa och med övergripande ansvar för sjukhusvård respektive primärvård (nivå 2), samt strategiskt valda verksamhetschefer inom primärvård och sjukhusvård (nivå 3). Resultaten har jämförts med dem från 2007.

*Resultat:* Cheferna på samtliga tre nivåer såg nu ledning och styrning av sjukskrivningshantering som ett ansvar för cheferna i linjeorganisationen, vilket var en stor skillnad mot 2007. Det var stora variationer i hur ansvaret utövas, men analysen pekar på att frågan i högre utsträckning nu ägs och hanteras av cheferna, ofta med stöd av resurser utanför linjen. Frågan fanns också på agendan i högre utsträckning än tidigare på samtliga chefsnivåer – särskilt stor var förändringen på verksamhetsnivå. Många chefer beskrev att de nu leder och styr sjukskrivningsområdet på samma sätt som andra områden och att sjukskrivningsfrågan är införlivad med verksamhetens ordinarie ledningssystem. Chefernas kompetens i att leda och styra sjukskrivningsfrågan bedöms ha ökat sedan 2007.

*Samverkan* med Försäkringskassan har utvecklats. Etablerade former för samverkan finns på flera strukturella nivåer, och omfattar främst kompetensutveckling och hantering av specifika patientärenden och ibland projekt. Samverkan beskrevs generellt som positiv och ansågs ha lett till ökad förståelse för varandras uppdrag och roller. Samverkan med Arbetsförmedlingen och kommuner nämndes ibland; däremot nämndes samverkan med arbetsgivare eller företagshälsovård ytterst sällan.

*Intern samverkan* mellan kliniska verksamheter i sjukskrivningshanteringen har utvecklats men behöver förbättras ytterligare. I många verksamheter ingår flerprofessionellt samarbete i det patientnära arbetet med sjukskrivningar, som en del av överenskomna rutiner. Chefer beskriver att intern och extern samverkan underlättas av koordinatörer som organiserar och stöttar hanteringen av sjukskrivning och rehabilitering.

*Kompetens och kompetensutveckling* inom försäkringsmedicin framstod nu som ett relativt prioriterat område för cheferna, på samtliga nivåer och i betydligt högre utsträckning än 2007. Utbildningsinsatser har gjorts i samtliga landsting, dels som begränsad fortbildning, främst för läkare, dels som utbildning av expertresurser. Man lyfte behovet av kontinuerlig kompetensutveckling. Utbildningsinsatser uppfattas som nödvändiga men tidskrävande och att det är en utmaning att leda och styra detta då frågan sällan har hög prioritet bland läkare.



Jämfört med 2007 har en tydlig förändring skett vad avser chefernas förhållningssätt till sjukskrivningsfrågan som blivit mer positiv. Sjukskrivning beskrevs nu som en del av vård och behandling.

*Jämställd sjukskrivning* är ett prioriterat område i sjukskrivningsmiljarden och finns nu på agendan i högre grad än 2007; få har dock vidtagit konkreta åtgärder. Ibland nämndes planer på åtgärder, och många hade tagit fram - eller planerade att ta fram - könsuppdelad sjukskrivningsstatistik. Området upplevdes som svårt och komplicerat att leda och styra, bland annat på grund av bristande kunskap inom området.

År 2007 framkom att *kvalitetssäkring* av arbetet med sjukskrivningar i princip inte förekom. Här har en utveckling skett. Uttalanden om kvalitet i och kvalitetssäkring av arbetet med sjukskrivningar handlade framför allt om uppföljning. Uppföljning begränsades i flera uttalanden till mätning av villkor som anges i sjukskrivningsmiljarden, så som andel läkarintyg som godkänts av Försäkringskassan. Mer sällan inbegrep uppföljning förbättringsarbete baserat på återkoppling eller analys av sjukskrivningsprocessen eller andra kvalitetsindikatorer.

Chefens ansvar för att skapa goda *administrativa förutsättningar* för arbetet med sjukskrivningar framhölls nu på samtliga tre nivåer; detta diskuterades endast i begränsad omfattning 2007. Administrativa förutsättningar som nämndes var riktlinjer och rutiner, tid för såväl patientarbete som för kompetensutveckling, tillgång till kompetensstöd från experter, lättillgänglig och korrekt information samt olika ”verktyg”. Resultatet pekar på att man i hög grad har infört rutiner för olika aspekter av sjukskrivningsarbetet, men det fanns fortsatt behov av effektivisering och kvalitetsförbättring, inte minst vad gäller IT-stöd.

*Sjukskrivningsmiljarden* bedöms ha haft mycket stor betydelse för att fokus har satts på sjukskrivningsfrågorna i landstingen. Många ansåg att sjukskrivningsmiljarden behövs ytterligare några år, även om det framkom en ambivalens till denna form av statlig styrning. Kortsiktigheten i överenskommelserna, att de kommer sent och att det nu finns fler miljardsatsningar ansågs göra verksamheten svårare att styra.

*Slutsatser:* Ledning och styrning av sjukskrivningshantering har i större utsträckning blivit en del av den ordinarie verksamheten inom sjukvården, och chefens roll i relation till sjukskrivningshanteringen har blivit tydligare jämfört med 2007. Sjukskrivningsmiljarden tycks ha haft en stor betydelse för att sätta sjukskrivningsfrågan på agendan på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Sjukskrivning ses nu i stor utsträckning som en del av vård och behandling som skall ledas och styras på motsvarande sätt som annan verksamhet, till exempel vad gäller riktlinjer, rutiner och kvalitetssäkring. Sjukskrivningsfrågan är dock en fråga bland många andra, och det finns behov av särskilt stöd till linjen i att hantera den. Vi fann en stor förändring i chefernas syn på det egna ansvaret i sjukskrivningsfrågan, särskilt på verksamhetschefsnivå. Hälso- och sjukvården har med andra ord kommit en bra bit på väg i sjukskrivningsfrågan.

Mycket återstår dock att göra för att säkra ledningssystem, rutiner, och tillräckliga administrativa förutsättningar för ett optimalt arbete med hantering av patienters sjukskrivning. Särskilt gäller detta kvalitetssäkring, jämställd sjukskrivning, administrativa förutsättningar och den interna samverkan mellan olika kliniker.

# Förkortningar och begrepp

---

I rapporten förekommer följande förkortningar respektive övergripande användning av termer:

AT	Allmäntjänstgöring för läkare; AT-läkare är läkare som efter erhållen läkarexamen (efter grundutbildning om 5,5 år) genomgår nästa utbildningssteg omfattande två års allmäntjänstgöring, vilket leder till läkarlegitimation. Landstingen har ett övergripande ansvar för denna utbildning.
Försäkringsmedicinsk rådgivare	Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare kallades tidigare försäkringsläkare och ännu längre tillbaka förtroendeläkare. Försäkringsmedicinska rådgivare är läkare med försäkringsmedicinsk kompetens och har, som namnet antyder, i uppdrag att bistå såväl Försäkringskassans handläggare som hälso- och sjukvården med försäkringsmedicinsk kompetens. De intervjuade cheferna använde ofta begreppet 'försäkringsläkare' och i citat från intervjuerna används då det begreppet.
Landsting	Av språkliga skäl har vi valt att i rapporten använda termen <i>landsting</i> ofta i rapporten som en samlingsterm för sjukvårdshuvudmannen, och termen inkluderar då både landsting och regioner.
Landstingsdirektör	Av språkliga skäl har vi valt att i rapporten använda termen landstingsdirektör för såväl landstingsdirektörer som regiondirektörer
Läkarintyg	Termen ' <i>läkarintyg</i> ' används i rapporten för de vanligaste intygen (ibland kallade sjukintyg eller medicinska underlag) som läkare skriver i samband med sjukskrivning (blankett FK 7263).
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
ST	Specialiseringstjänstgöring för läkare; ST-läkare är legitimerade läkare som påbörjat utbildning till specialistkompetens inom en specifik specialitet. Detta utbildningssteg omfattar minst fem år. Landstingen har ett övergripande ansvar för denna utbildning.

# Bakgrund

---

I Sverige har sjukskrivningsnivåerna fluktuerat mycket de senare decennierna [1-7] vilket är ovanligt i andra länder. Sjuktalet var vid millennieskiftet mycket höga, även internationellt sett, och detta sågs som ett av våra stora samhällsproblem [6, 8, 9]. Många åtgärder har vidtagits, på både nationell och regional nivå, under det senaste decenniet för att minska och stabilisera sjukfrånvaronivåerna [10]. I denna rapport är fokus på en av dessa åtgärder, den så kallade sjukskrivningsmiljarden, och på hur den har påverkat i vilken mån sjukskrivningsfrågan leds och styrs inom hälso- och sjukvården, som är en av flera centrala aktörer när det gäller sjukfrånvaro.

Nedan ges en kort bakgrund till och sammanfattning av området, vad gäller åtgärder för att påverka sjukfrånvaron och kvaliteten i hur sjukskrivningsärenden hanteras, av sjukskrivningsmiljarden, av några aspekter av ledning och styrning inom hälso- och sjukvård, av uppgifter i sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården samt av några begrepp som används i rapporten.

Hälso- och sjukvården är alltså en av flera aktörer som kan vara involverade i en patients sjukskrivning, och sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [11-13]. Andra aktörer som är involverade är personen som är eller önskar vara sjukskriven, dennes arbetsgivare, utbildningsarrangör och/eller Arbetsförmedlingen, närstående, Försäkringskassan, andra försäkringsbolag, socialtjänst, kommun och ibland även andra organisationer eller myndigheter. Dessa aktörers verksamhet har delvis olika uppgifter och mål och styrs av bestämmelser i olika lagar och avtal. Socialförsäkringsbalken (2010:110) reglerar den allmänna sjukförsäkringen och villkoren för att en person ska kunna beviljas sjukpenning eller sjuk- eller aktivitetsersättning. Arbetsgivarens ansvar regleras bland annat av arbetsmiljölagen (AML 1977:1160), till exempel vad gäller anpassning av arbetet och vidtagande av rehabiliteringsåtgärder. Hälso- och sjukvårdens insatser i samband med behandling, rehabilitering och sjukskrivning regleras av bland annat hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), patientdatalagen (2008:355), Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:24), Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg med mera (SOSFS 1981:25), Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning (SOSFS 1992:16), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [14, 15] samt i Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) [16, 17]. Läkarens uppgifter finns även reglerade i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SOSFS 1998:531) [18].

I detta sammanhang är det viktigt att ha i åtanke hälso- och sjukvårdens övergripande uppdrag, som är att ge god vård på lika villkor till befolkningen [19].

# Sjukförsäkring en central del av välfärdssamhällen

Möjligheten att ha viss anställningstrygghet i samband med sjukfrånvaro samt att kunna få viss ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst är en central del i välfärdssamhällen och för individens ekonomiska trygghet [1, 20-24].

Sjukfrånvaro, både kortvarig och mer varaktig (sjukersättning och aktivitetsersättning, tidigare kallat förtidspension respektive sjukbidrag) har betydelse inte bara för den sjukskrivne och dennes familj, utan även för kollegor och arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och för samhället i stort, på lokal såväl som på nationell nivå [1, 7, 20, 21]. Såväl alltför höga som alltför låga sjukfrånvaronivåer antas innebära olika typer av problem [25, 26]. Samtidigt saknas det kunskap om vad som är en 'lagom' nivå. I Sverige har, som nämnts, sjukfrånvaron fluktuerat kraftigt de senaste decennierna [1]. Ett flertal utredningar har visat att det vetenskapliga kunskapsunderlaget om vad som påverkar sjukfrånvaronivåer och om konsekvenser av att vara sjukskriven är synnerligen begränsat [1, 6-9, 27-31].

I vilken utsträckning en sjukfrånvaroförsäkring kan utnyttjas eller faktiskt utnyttjas har framförallt samband med följande fyra faktorer: vilka personer försäkringen omfattar, vad försäkringen gäller (om till exempel vissa sjukdomar eller skador inte ingår), självrisknivåer (till exempel karensdagar) samt hur noggrann den så kallade *skadekontrollen* är, det vill säga i vilken omfattning det sker kontroll av i vilken utsträckning en person som söker ersättning uppfyller kraven för att få sådan.

I den svenska allmänna sjukförsäkringen ansvarar Försäkringskassan för skadekontrollen vid ansökan om ersättning för kortare eller permanent sjukfrånvaro. Försäkringskassan baserar i stor utsträckning sina bedömningar av en persons rätt till ersättning eller åtgärder på information från hälso- och sjukvården, framförallt genom läkarintyg. I Sverige är läkare och tandläkare de två yrkesgrupper som har rätt att skriva medicinska underlag till Försäkringskassan för bedömning av rätt till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken [32]. Sådana intyg används även som underlag av arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, socialtjänst och försäkringsbolag när de fattar beslut om en persons rätt till ersättning och åtgärder respektive rätt att vara frånvarande från arbetet. Hälso- och sjukvården har alltså en central roll i att leverera sådana intyg av god kvalitet.

Den svenska allmänna sjukförsäkringen är en försäkring mot inkomstbortfall när en person inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada [33]. 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 procent. 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 arbeten.

## Situationen för cirka tio år sedan

---

Sjukskrivningsmiljarden är en av flera åtgärder som vidtagits i Sverige under det senaste decenniet. Här ges en bakgrund till de olika åtgärder som vidtagits, det vill säga till situationen i Sverige för cirka tio år sedan – något det förstås finns många olika uppfattningar om. Nedan listas några aspekter som av flera ansågs vara problematiska när det gällde förhållanden som präglade hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning.

- En oklarhet i rollfördelningen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Försäkringskassan tog då endast i liten utsträckning sin 'grindvaksroll', det vill säga sitt skadekontrollansvar i sjukskrivningsärenden. Försäkringskassan gjorde sällan en bedömning av om en person uppfyllde kraven för att få sjukpenning [6, 34]; när det ett läkarintyg utbetalades nästan alltid sjukpenning, även om det av intyget inte framgick att patienten hade en sjukdom eller skada som lett till arbetsförmåga [6, 35, 36]. Detta innebar att läkare ibland kände att de fick ta grindvaksrollen. Det innebar också att läkare sällan fick respons eller feedback på läkarintygets kvalitet, något som kunde innebära en bas för lärande [37]. Försäkringskassan höll ofta inte heller den 12-månadersgräns för hur länge en person egentligen skulle kunna vara sjukskriven innan en prövning för sjuk- eller aktivitetsersättning (förtidspension eller sjukbidrag) gjordes. Det innebar bland annat att många sjukskrivningsfall pågick mycket länge utan att man tog ställning till vilka åtgärder som eventuellt behövdes.

- Landstingens ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning var mycket bristfällig och saknades ofta helt. Det saknades strategier för kvalitetssäkring, för kompetensutveckling, för samverkan (extern likaväl som intern) och för kunskapsgenerering när det gäller dessa komplexa arbetsuppgifter [30].

- Det fanns stora problem vad gäller samverkan i sjukskrivningsärenden, såväl mellan olika enheter eller professioner inom hälso- och sjukvården som med andra aktörer, till exempel arbetsgivare, Arbetsförmedling och Försäkringskassa [30, 34, 38, 39].

- De flesta läkare hade en mycket begränsad utbildning i försäkringsmedicin [8, 30, 40-46]. Andra yrkesgrupper inom sjukvården hade vanligen en ännu mer begränsad sådan utbildning och kompetens.

- Det fanns varken vetenskapligt baserad kunskap om optimal sjukskrivningstid och -grad vid olika tillstånd för personer i olika åldrar, med multisjuklighet eller olika arbetssituationer, eller om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven eller av att ha sjukersättning [1]. Då sjukvården ska baseras på ”vetenskap och beprövad erfarenhet” är detta problematiskt. När sådan kunskap saknas utarbetar Socialstyrelsen vanligen riktlinjer för sjukvårdens arbete, men när det gäller sjukskrivningsärenden fanns inga sådana riktlinjer [17, 30, 47-50]. Socialstyrelsen utövade inte heller någon tillsyn över hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar.

- Flera kliniska verksamheter tog fram egna riktlinjer för sjukskrivningstid vid specifika tillstånd. Dessa kunde dock variera kraftigt mellan verksamheter – liksom mellan enskilda läkare - och det fanns flera indikationer på att patienter varken fick ”god vård på lika

villkor” eller behandlades enligt ”vetenskap eller beprövad erfarenhet” när det gäller sjukskrivningsärenden [1, 30, 38, 51, 52].

- Sjukfrånvaronivåerna hade fluktuerat dramatiskt i Sverige under de senare decennierna, och den dåvarande statsministern beskrev de höga sjukfrånvaronivåerna som ett av Sveriges största problem. Sjukfrånvaron, mätt via det så kallade sjuktalet, var vid millennieskiftet högre än någonsin tidigare i Sverige och högre än i de flesta andra länder. Det förekom många reportage om sjukfrånvaro i massmedia, även vad gäller sjukvårdens roll för sjukfrånvaron.

- När det varken fanns riktlinjer eller rutiner inom sjukvården, feedback eller kontroll från Försäkringskassan eller kunskap om eventuella konsekvenser av att vara sjukskriven kände sig många läkare, framförallt allmänläkare, frustrerade och utsatta och upplevde att de inte gjorde ett bra jobb när det gäller sjukskrivningsärenden [30, 38, 53-60].

## Åtgärder och förändringar senaste decenniet

---

Utifrån ovanstående situation har många åtgärder genomförts för att minska sjukfrånvaron respektive för att förbättra kvaliteten i handläggningen av sjukskrivningsärenden inom Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen etcetera. Många av dessa åtgärder har direkt eller indirekt påverkat hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar. Här listas ett antal av dessa:

- Riksdagen satte år 2003, på förslag från regeringen, upp ett mål om att *halvera sjuktalet* till år 2008 [61].

- *Annonskampanjer* till allmänheten har genomförts av Försäkringskassan (till exempel om vad sjukförsäkringen omfattar och om att sjukdom inte ger rätt till sjukpenning såvida den inte också lett till nedsättning av arbetsförmågan). Studier visar att sådana annonskampanjer kan påverka såväl allmänheten som professionella, till exempel läkare [62]. Av de sjukskrivande läkarna i Sverige, som svarat på en enkät år 2012 (n=12 820 läkare), ansåg 87 procent att bättre information om sjukförsäkringssystemet till allmänheten skulle ha betydelse för hög kvalitet i deras arbete med sjukskrivning [10].

- *Socialstyrelsen* publicerade rapporter från den tillsyn man utövade av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården och klargjorde då att sjukskrivning är en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling [17, 47, 49, 50, 63, 64] (se nedan, sid 14).

- Karolinska Institutet publicerade en utredning om problem i hälso- och sjukvården kring handläggningen av patienters sjukskrivning [30, 38]. Utredningen visade bland annat att sådana problem fanns på flera strukturella nivåer och att ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet saknades på olika nivåer (se nedan, sid 15).

- Regeringen införde den så kallade *sjukskrivningsmiljarden* [65, 66] för att stimulera landstingen till att prioritera sjukskrivningsfrågan och för att förbättra kvaliteten i handläggningen av patienters sjukskrivning (se nedan, sid 16).

- De tidigare 21 olika försäkringskassorna och Riksförsäkringsverket har slagits samman till *en myndighet - Försäkringskassan* - bland annat för att öka enhetligheten i bedömningarna. Detta innebar att tidigare strukturer för samverkan mellan de regionala försäkringskassorna och hälso- och sjukvården förändrades.

- *Försäkringskassans praxis har förändrats* så att gällande regler tillämpas i större utsträckning, även vad gäller krav på läkarintygens kvalitet [67]. (Fortfarande begär

Försäkringskassan dock bara komplettering för en mindre del av de läkarintyg som inte har tillräcklig kvalitet [68]). Försäkringskassan har även tagit fram information om vilken vad som efterfrågas i läkarintyget (FK 7263) som en hjälp till läkare vid ifyllande av intyget [69, 70]. *Fastare tidsgränser (rehabiliteringskedjan)* och striktare regler har införts i socialförsäkringen [71]. Detta har inneburit efterfrågan på åtgärder tidigare i processen, även från hälso- och sjukvården. Från och med 2011 har ett system införts för *elektronisk överföring av läkarintyg* (blankett FK 7263) från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan. Systemet innehåller en funktion för ärendekommunikation ('Fråga-svar-funktionen') i syfte att underlätta och effektivisera kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassan.

- Det bildades ett *nationellt försäkringsmedicinskt forum* med representanter från aktuella myndigheter och organisationer, nämligen Socialstyrelsen, Försäkringskassan, SKL, Läkarförbundet, Läkaresällskapet och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). I detta forum har försäkringsmedicinska frågor aktivt lyfts och drivits [45].

- År 2009 infördes den så kallade *rehabiliteringsgarantin*, en överenskommelse mellan SKL och regeringen som liksom sjukskrivningsmiljarden innebär ekonomiska incitament för landstingen att i större utsträckning förmedla kognitiv beteendeterapi (KBT) och multimodala behandlingar med syfte att stödja personer med ångest, depression, stress eller en långvarig diffus smärta i axlar, nacke och rygg att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning.[72-81].

- Antalet olika typer av *försäkringsmedicinska kurser* och liknande, riktade till läkare och andra inom sjukvården, har ökat, och några universitet har även börjat ge *akademiska försäkringsmedicinska kurser* för specialistutbildade läkare [44].

- Socialstyrelsens *försäkringsmedicinska beslutsstöd*<sup>1</sup> infördes i hela landet hösten 2007 och har därefter kontinuerligt uppdaterats. Beslutsstödet består av två delar. Den ena är en generell del med övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar. Den andra delen består av diagnosspecifika rekommendationer avsedda att användas som ett stöd vid sjukskrivningsbedömningar för specifika diagnoser [14, 15, 82-84]. Socialstyrelsen arbetar för närvarande (2013), baserat i ett regeringsuppdrag, med en mer omfattande uppdatering och översyn av beslutsstöden.

- *Sveriges Kommuner och Landsting* (SKL) och alla landsting/regioner har arbetat mycket aktivt med olika aspekter av hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning, bland annat utifrån överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden från och med 2006 (se vidare nedan). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har på olika sätt stött hälso- och sjukvårdens arbete. Exempel på detta är handböcker till stöd för landstingens arbete [85, 86], regionala och nationella konferenser och seminarier om sjukskrivningsprocessen, träffar med samtliga landstingsledningar och att på flera sätt stötta de regionala processledarna i deras arbete inom sjukskrivningsmiljarden [87].

- *Arbetsförmedlingen* har fått en tydligare och mer aktiv roll i sjukfrånvarofall, särskilt vad gäller de långa sjukskrivningsfallen, vilket innebär ökat behov av samverkan med Arbetsförmedlingen.

- Mer *forskning* har genomförts och publicerats om sjukfrånvaro, både om riskfaktorer för och konsekvenser av att vara sjukskriven, om vad som påverkar återgång i arbete och om

---

<sup>1</sup> Se <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod> samt [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/beslutsstod](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/beslutsstod)

sjukskrivningspraxis [1, 7, 27, 88-90].

- Ett ökat *tydliggörande av hälso- och sjukvårdens ansvar* när det gäller hanteringen av patienters sjukskrivning har skett [91].

- Den *kraftiga minskningen av sjuktalen* har inneburit att sjukvården, särskilt vårdcentraler, har färre konsultationer där sjukskrivning är aktuell [10, 12, 92, 93].

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

- Förändringar på andra strukturella nivåer som har betydelse för sjukfrånvaro, och därmed för sjukvårdens arbete med sjukskrivningar, är förändringar på *arbetsmarknaden* och möjlighet till anställning vid funktionsnedsättningar [94], i *arbetslöshetsnivåer* och *förvärvsfrekvens* i olika åldrar [95].

## Socialstyrelsens tillsynsrapport

---

Socialstyrelsen, som utövar tillsyn över hälso- och sjukvården, fick 2003 i uppdrag av regeringen att utöva tillsyn av sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården i ett treårigt projekt [17, 47, 49, 50, 63, 64, 96]. I tillsynen fokuserades specifikt hur *verksamheten* hanterade sjukskrivningsprocessen, det vill säga inte på den enskilde yrkesutövarens hantering av enskilda patienter.

Socialstyrelsen hade aldrig tidigare utövat tillsyn av sjukskrivningsprocessen och gjorde först en genomgång av vad sjukskrivningsuppdraget innebär inom ramen för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen konstaterade 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.

Detta innebar en ny syn på hälso- och sjukvårdens ansvar för sjukskrivningsprocessen.

Socialstyrelsen identifierade ett flertal brister i hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsprocessen [17, 47, 49, 50, 63, 64, 96]. Bland annat fanns brister i dokumentationen både i journaler och medicinska underlag (läkarintyg) när det gäller uppgifter som är väsentliga för patientsäkerheten. Detta innebär att kravet om spårbarhet ofta inte uppfyllts. Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner för hur alla åtgärder som rör en viss patient skall kunna identifieras och spåras i dokumentationen [17, 47, 49, 50].

Socialstyrelsen framhöll vidare att det ingår i vårdgivarens och i verksamhetschefens ansvarsområde att se till att det finns skriftliga och ändamålsenliga rutiner, riktlinjer eller PM som avser sjukskrivningsprocessen och handläggning av sjukskrivningsfrågor samt 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 [17, 47, 49, 50]. 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 sjukskrivning. Socialstyrelsen [50, 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 Försäkringskassan. Socialstyrelsen formulerade följande förslag till verksamhetsförbättringar avseende kvalitetsarbete.

Ur Socialstyrelsens förslag till verksamhetsförbättringar, framtagna efter tillsyn av sjukskrivningsprocessen [50, sid 14-15]:

*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, till exempel 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 bland annat 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 tydliggöras. 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.*

## Karolinska Institutets utredning

Karolinska Institutet fick i uppdrag av Socialdepartementet att genomföra en utredning för att identifiera problem inom hälso- och sjukvården avseende handläggning av patienters sjukskrivning. Denna presenterades i januari 2005 [30, 38]. Sju delstudier genomfördes, baserade på flera olika typer av data. Ett stort antal problem identifierades, och de kunde hänföras till följande sju olika områden: ledning, kunskapsläget, samverkan (internt och externt), patientens väg genom sjukvårdssystemet, läkarrollen, läkares arbetssituation samt faktorer utanför vården. Problem rörande ledning och styrning av sjukskrivningshanteringen i hälso- och sjukvårdsorganisationen framkom som ett övergripande tema för samtliga problemområden.

En slutsats var att de problem som identifierades inte kan lösas enbart genom till exempel fortbildning av läkare, vilket hittills varit den vanligaste interventionen. Problemen måste också adresseras på ledningsnivå inom hälso- och sjukvården, då de riskerade att få konsekvenser såväl för patientsäkerhet och vårdkvalitet som för läkares psykosociala arbetsmiljö.

Det framkom vidare att kunskap och kompetens brast i flera avseenden. Till exempel saknades 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 var kompetensen ibland bristande bland sjukvårdspersonal inom framförallt tre områden. Det ena gäller försäkringsmedicinsk kunskap, det vill säga kunskap om lagar och regler, om försäkringen och om hur samhället fungerar, om sjukvårdens roll, möjligheter och skyldigheter, om hur samverkan kan ske, om kommunikation och konflikthantering samt om hur bedömning av arbetsförmåga kan ske. Det andra handlade om handläggning av patienter med psykosocial problematik – bristerna innebar bland annat att sådan problematik inte hanterades alls alternativt att den medikaliserades. Det tredje området var färdigheter som behövs för samarbete och samverkan både inom sjukvården och externt med andra aktörer.

Resultaten i utredningen överensstämde i stor utsträckning med dem från Socialstyrelsens ovan nämnda tillsynsuppdrag (sid 14).

## Sjukskrivningsmiljarden

---

Med bas i ovanstående [17, 30, 68] och för att minska sjukfrånvaron och förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågorna införde regeringen, i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), ekonomiska incitament genom den så kallade sjukskrivningsmiljarden i en överenskommelse år 2005 med SKL för åren 2006-2009. Fortsatta sådana överenskommelser har sedan gjorts varje år, hittills till och med år 2013 [65, 66, 68, 97-105]. Upp till en miljard kronor per år har fördelats till landstingen enligt vissa principer, där en del av summan är fast och en annan rörlig. Den fasta delen fördelas mellan landstingen efter invånarantal under förutsättning att vissa åtgärder genomförs. Den rörliga delen fördelas utifrån sjukfrånvarons utveckling. Syftet med denna ekonomiska stimulans var att landstingen skulle prioritera sjukskrivningsfrågorna för att främja en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess.

I den första överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden, som gällde åtgärder 2006-2008, fokuserades på förstärkning av följande fyra områden inom hälso- och sjukvården: *ledning och styrning*, *kompetensutveckling* respektive *samverkan (intern och extern) i sjukskrivningsprocessen* samt *kvinnors ohälsa* (i senare överenskommelser kallad *jämställd sjukskrivning* [85]). Valet av de första tre problemområdena utgick bland annat från resultaten dels från Socialstyrelsens tillsyn av sjukvårdens hantering av sjukskrivningar [17,

47, 49, 50], dels från Karolinska Institutets utredning om problem i hälso- och sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning [30, 38, 68]. Valet av det fjärde området, kvinnors ohälsa, baserades på de stora skillnaderna i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män [1, 6, 7, 106-109]. En central del i sjukskrivningsmiljarden var att stimulera till samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Även i senare överenskommelser betonas vikten av att hälso- och sjukvårdens ledningssystem även skulle omfatta sjukskrivningsprocessen som en del av vård och behandling, i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9) [16, 86]. I den villkorade delen av överenskommelsen har landstingen därför ålagts att ta fram ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen samt att integrera sjukskrivningsprocessen i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet. Ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen ska även omfatta tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Under 2010 skulle varje landsting ha utarbetat ledningssystem på övergripande nivå, och under 2011 på verksamhetsnivå. Genom ledningssystemet skulle landstingen kunna ge verksamhetscheferna ramar och vägledning för det lokala kvalitetsarbetet samt efterfråga utvärdering av dess resultat. Med anledning av detta konstaterar SKL på sin hemsida:

*Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som sjukvården i övrigt har. Det innebär att sjukskrivning ska uppfylla kravet på god vård och omfattas av bestämmelserna för kvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen har i sin verksamhetstillsyn konstaterat att sjukskrivningsprocessen ofta faller utanför det systematiska kvalitetsarbetet [110].*

Överenskommelserna har i övrigt under åren fokuserat på något olika aspekter, såsom det försäkringsmedicinska beslutsstödet, jämställd sjukskrivningsprocess, ökad försäkringsmedicinsk kompetens, läkarintygens kvalitet och utökat elektroniskt informationsutbyte med Försäkringskassan [10]. I överenskommelsen för 2009 gjordes ett tillägg för övergripande arbete för att införa elektronisk informationsöverföring mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. I överenskommelsen för 2012 lades särskilt fokus på arbete med fördjupade medicinska utredningar. I överenskommelsen för 2013 ingick en satsning på försöksverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar.

Som framgår har *kvinnors ohälsa respektive jämställd sjukskrivning* varit en del av samtliga överenskommelser. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen [19]. Många studier visar att morbiditet och mortalitet är ojämnt fördelad i befolkningen vad avser kön, social status, ålder och etnicitet [20, 111]. På motsvarande sätt är sjukfrånvaron än mer ojämnt fördelad, det vill säga morbiditet får ofta större sociala konsekvenser i termer av nedsatt arbetsförmåga i förhållande till kraven i arbetet, för till exempel personer med lägre utbildning [112, 113]. Flera studier har visat på skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män, där kvinnor vanligen har högre sjukfrånvaro än män. En central fråga här är om hälso- och sjukvården på olika sätt inte är jämlik och i vilken utsträckning det bidrar till att sjukskrivningar inte är jämställda [1, 7, 26, 85, 106, 113-131]. SKL har på olika sätt stöttat arbetet inom detta område och bland annat gett ut en handbok till stöd för hälso- och sjukvården [85].

I överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden för 2010-2011 betonas att Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem ska omfatta sjukskrivningsprocessen [98].

Det innebär att vårdgivare såväl på vårdgivar- som på verksamhetsnivå ska fastställa, följa upp och utvärdera mål och ta fram rutiner med mera. Nedan beskrivs några aspekter av ledning och styrning inom hälso- och sjukvård.

## Ledningssystem inom hälso- och sjukvården

---

Ledning och styrning av hälso- och sjukvård är ett mycket komplext område [132-139].

Sjukskrivningsmiljardens fokus är alltså ledning och styrning av arbetet inom hälso- och sjukvården med patienter som är 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 [140]. 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 eller motsvarande. Det finns dock stora skillnader i hur övriga ledningsfunktioner är organiserade såväl mellan som inom landstingen. I en del landsting finns det många chefsnivåer medan andra har en mer ”platt” organisation med få nivåer. Cheferna kan ha olika utbildningsbakgrund - förr hade en stor del läkarutbildning, nu har en allt större andel annan grundutbildning [141-144]. Cheferna kan även ha mycket olika mandat och ”administrera” (det vill säga; leda, förvalta och styra) olika typer av organisatoriska enheter. Många är chefer på deltid och har samtidigt andra uppdrag, till exempel 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”, det vill säga i chefslinjen – i rapporten kallad linjen - 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 till exempel rör psykosocial arbetsmiljö, kompetensutveckling och arbetsformer. Verksamhetens ledning och verksamhetschefens ansvar och befogenheter styrs bland annat av tre paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen [140]:

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

*29§ första stycket: Inom hälso- och sjukvården skall det finnas någon som svarar 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 en medicinsk ledning, som utövas av läkare som 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 annan ledningsform som de har valt.

Ledningssystem definieras av Socialstyrelsen som ”system för att fastställa principer för ledning av verksamheten” enligt föreskriften ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” som trädde i kraft 1 januari 2012 (SOSF 2011:9) [145]. Vårdgivaren, i de flesta fall ett landsting, har ansvar för att det finns ett ledningssystem som utgör vårdgivarens stöd för att planera, leda, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vidare ska vårdgivaren ange hur uppgifterna som ingår i det arbetet ska fördelas i verksamheten. Innebörden i ”systematiskt kvalitetsarbete” diskuteras närmare nedan (sid. 19).

Som framgår ovan har landstingen i den villkorade delen av överenskommelserna kring sjukskrivningsmiljarden ålagts att ta fram ledningssystem för sjukskrivningsprocessen, samt att integrera sjukskrivningsprocessen i ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

## Kvalitet och kvalitetssäkring

---

Från och med 2010 betonas kvalitetssäkring som syfte med sjukskrivningsmiljarden redan i titeln på överenskommelserna: ”Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011” [98]. Tidigare innehöll överenskommelsernas titlar istället orden ”åtgärder för att minska sjukfrånvaron”.

Arbetet med sjukskrivning ska ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder och omfattas således av den nämnda föreskriften ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (nedan kallad ”föreskriften”) [16]. Föreskriften kompletteras med ”Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” [145]. Med utgångspunkt i en generell definition av kvalitet redogörs i föreskriften och handboken för de krav som ställs på ledning och styrning inom hälso- och sjukvård genom att beskriva uppbyggnad av ett ledningssystem, dess viktigaste komponenter, övergripande ansvarsfördelning samt hur systemet fortlöpande ska utvärderas och förbättras. Här presenteras några exempel ur de nämnda skrifterna för att klargöra innehållet i begreppet kvalitetssäkring i samband med sjukskrivning.

Enligt föreskriften [16] innebär kvalitet ”att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård” [16, 2kap Ddefinitioner]. Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem och anpassa det till verksamhetens inriktning och omfattning. Vårdgivarens ansvar kan inte överlåtas, men vårdgivaren kan ge uppdrag inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Verksamhetschefens ansvar gäller fortfarande enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgivaren kan ge uppdrag inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet:

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera samt
- förbättra verksamheten.

De viktigaste komponenterna i ledningssystemet är processer, aktiviteter och rutiner. Processerna ska vara anpassade till verksamheten och användbara i arbetet. Aktiviteternas inbördes ordning ska bestämmas och rutinerna ska beskriva tillvägagångssätt och fördelning av ansvar för deras utförande. Socialstyrelsen ger stöd i utarbetandet av processer inom ramen för projektet Nationell informationsstruktur i rapporten ”Nationell informationsstruktur för vård och omsorg, Modeller med beskrivningar” [146].

Systematiskt förbättringsarbete beskrivs som grundläggande i kvalitetsarbetet och baseras på riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser.

*Riskanalys* innebär att vårdgivaren fortlöpande ska bedöma om det finns risker för att händelser kan inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Sådana händelser ska bedömas avseende sannolikheten att de inträffar och vilka negativa konsekvenser de skulle medföra.

*Egenkontroll* kan enligt föreskriftens allmänna råd innefatta: jämförelser med nationella kvalitetsregister och i öppna jämförelser, förändring i egna resultat, målgruppsundersökningar, granskning av dokumentation, undersökning av personalens förhållningssätt med mera samt analys av uppgifter från patientnämnder och från revisorer och intressenter.

*En avvikelse uppstår om en verksamhet inte når upp till kvalitet, det vill säga inte efterlever krav och mål i föreskrifter eller i beslut. En avvikelse uppstår också om personalen inte arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. Identifierade avvikelser ska åtgärdas. Identifierade avvikelser ska också leda till att processer och rutiner ses över för att med stöd av dem säkra att inträffade avvikelser inte inträffar på nytt. Förbättringsarbetet ska innebära att organisationen lär av sina misstag [145, sid 28].*

Avvikelsehantering gäller alla delar av hälso- och sjukvården och har således relevans även för sjukskrivning.

Föreskriften ställer också krav på *dokumentation* av arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. I de allmänna råden beskrivs att en sammanhållen kvalitetsberättelse bör upprättas varje år och innehålla en beskrivning av hur arbetet bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts [16, sid 9].

Nedanstående bild (Figur 1), som är hämtad ur den ovan nämnda handboken [145, sid 32], visar grunden i uppbyggnaden av ledningssystemet samt det systematiska förbättringsarbetet.

*De inre pilarna visar på fasernas tidsordning och att kvalitetsarbetet alltid pågår. De långa pilarna visar på att underlag till att utveckla och förbättra verksamhetens processer och rutiner kan komma fram direkt under varje fas (planering, genomförande och utvärdering). Eftersom kvaliteten ständigt ska utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt [145, sid 32].*

Samtliga dessa aspekter kan appliceras på olika aspekter av arbetet med hantering av patienters sjukskrivning.



Figur 1. Ledningssystem beskrivet som ett förbättringshjul enligt Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [145, sid 32].

I Socialstyrelsen skrift ”God vård – om ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården” [147] beskrivs sex kvalitetsområden som viktiga förutsättningar för god vård, vilka också förtydligats i rapporten ”Nationella indikatorer för God vård”, [148]. Skriften anger att hälso- och sjukvård ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik samt ges i rimlig tid. I ”Nationella indikatorer för God vård” [148] ges inga exempel på kvalitetsindikatorer gällande sjukskrivning.

*De olika områdena har inte försvunnit i och med de nya föreskrifterna och allmänna råden, eftersom de ofta bygger på krav i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.// Ett exempel är kvalitetsområdet om att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig. I patientsäkerhetslagen framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett annat exempel är kvalitetsområdet om effektiv hälso- och sjukvård. Att det kravet ingår // följer av hälso- och sjukvårdslagen där det framgår att ledningen av hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Lagkraven bakom // kvalitetsområdena i God vård-handboken ingår alltså i det som den som bedriver verksamhet ska säkra enligt de nya föreskrifterna. Vårdgivaren kan därför precis som tidigare vara skyldig att ta fram processer eller rutiner för områdena. Det avgörande är om det behövs sådana styrande dokument för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet [145, sid 53].*

Vidare framgår av handboken att:

*I de nya föreskrifterna och allmänna råden tydliggörs att varje vårdgivare måste göra en ordentlig kartläggning av samtliga krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Samtliga krav och mål ska vårdgivaren kunna säkra med stöd av sitt ledningssystem genom att ta fram ändamålsenliga processer och rutiner. Utöver de bestämmelser som ligger till grund för kvalitetsområdena i God vård kan en vårdgivare därför bli skyldig att ta fram processer och*

*rutiner för att säkra övriga krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som meddelats med stöd av sådana föreskrifter. De nya föreskrifterna ställer därför mer omfattande krav på vad som ska säkras än de tidigare föreskrifterna [145, Bilaga 2, sid 52].*

I sin handbok ”Bättre sjukskrivningar” har SKL gett exempel på målformuleringar på vårdgivarnivå avseende sjukskrivning för vart och ett av de sex kvalitetsområdena [86, sid. 32-37] och på mål på verksamhetsnivå samt beskrivit tillvägagångssätt vid målformulering på verksamhetsnivå [86, sid 48-69].

Föreskriften [16] ställer även krav på samverkan, dels med hänvisning till de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada, dels genom att processer och rutiner ska säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare, med socialtjänsten och med myndigheter. I den senare delen är detta tillämpligt på hälso- och sjukvårdens samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

I föreskriften betonas också vikten av personalens medverkan i kvalitetsarbetet. Att personal har rätt kompetens är en förutsättning för att den ska kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Vårdgivaren har ansvar för att personalen arbetar i enlighet med ledningssystemet och behöver därför planera för personalförsörjning och kompetensutveckling.

Av ovanstående framkommer att det finns ett stort behov av att stödja arbetet för att uppnå en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Även om kvalitetssäkring är ett etablerat begrepp inom hälso- och sjukvården behövs kunskap om hur det kan tillämpas för sjukskrivningsprocessen. Kunskap om metoder för sådan implementering behöver utformas.

*Att börja tillämpa fastställda processer och rutiner samt att börja bedriva ett systematiskt förbättringsarbete kräver någon form av implementeringsarbete. Vårdgivare // ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet. // Det finns kunskap om framgångsrik implementering som är ett resultat av forskning från många områden, bland annat hälso- och sjukvård, brottsförebyggande arbete och socialt arbete [149].*

Chefer har ansvar för att säkra medarbetarnas kompetens och deltagande i kvalitetsarbetet, vilket ställer särskilt stora krav på egen förståelse av centrala begrepp. I villkoren för sjukskrivningsmiljarden för åren 2010-2011 fastställdes ett mått på kvalitet i sjukskrivningsprocessen, nämligen andel läkarintyg som uppfyller tillräcklig kvalitet för att Försäkringskassan ska kunna fatta rättssäkra beslut i sjukpenningärenden.

## Hälso- och sjukvårdens uppgifter i sjukskrivningsprocessen

---

Sjukskrivning av en patient är en vanlig åtgärd inom hälso- och sjukvården i Sverige [11-13]. Socialstyrelsen har, som framgår ovan, konstaterat [17, 47, 49, 50, 63, 86] att sjukskrivning ska ses som en integrerad del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling av en patient. Arbetet med sjukskrivning ska därmed ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder, och ska i så stor utsträckning som möjligt bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet [30, 65, 66, 86].



Samtliga personer som har kontakt med en patient för vilken sjukfrånvaro eller sjuk- eller aktivitetsersättning kan vara aktuellt har betydelse i detta sammanhang, och det behövs bland annat rutiner eller en policy för hur personalen förhåller sig till detta– vare sig det är personen som svarar i telefon när patienten ringer, som tar prover eller som är behjälplig i behandling eller rehabilitering. Flera studier visar på betydelsen av personalens förhållningssätt och bemötande i dessa situationer [150-153].

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen, och det finns för närvarande mer kunskap om läkares arbete med sjukskrivningar än om andra yrkesgruppers. Därför nämns här något om de uppgifter läkare har.

## Läkares uppgifter i samband med sjukskrivning

---

I konsultationer där sjukskrivning kan vara aktuell har läkaren ett flertal uppgifter, framförallt dessa sju [1, 10, 15, 27, 30, 37, 154]:

1. Att bedöma om sjukdom, skada eller med sjukdom jämställt tillstånd föreligger, enligt de kriterier som gäller för detta.
2. Att bedöma om denna sjukdom eller skada innebär nedsatt organfunktion och/eller nedsätter patientens aktivitetsförmåga på sådant sätt att även arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till de krav som ställs i patientens arbete alternativt i andra arbeten på arbetsmarknaden<sup>2</sup> [155].
3. Att tillsammans med patienten överväga för- och nackdelar med att vara sjukfrånvarande.
4. Att ta ställning till grad och längd av sjukskrivningen samt att tillsammans med patienten göra en handlingsplan för vad som ska ske under sjukfrånvaron, till exempel utredning, behandling, rehabilitering, kontakter med arbetsplatsen, livsstilsförändringar eller andra åtgärder.
5. Att ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom vården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt.
6. Att skriva intyg enligt fastställt formulär (här kallat läkarintyg), så att intyget ger tillräckligt underlag för Försäkringskassan och andra aktörer för att de ska kunna fatta beslut om ersättning och om huruvida behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder föreligger.
7. Att dokumentera ställningstaganden, åtgärder och planer enligt gängse regler för detta.

Alla dessa arbetsuppgifter är var för sig mycket komplexa och kräver en hög grad av försäkringsmedicinsk kompetens [33, 156, 157]. Läkares kompetens i handläggandet av sjukskrivningsärenden kan beskrivas i termer av de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att utföra dessa uppgifter på ett optimalt sätt [158, 159]. De kunskaper som då krävs, utöver de rent medicinska, är till exempel att känna till hur samhället är organiserat, vilka krav som ställs i arbetslivet, socialförsäkringssystemets lagar och regler samt andra aktörers roll, kompetens, möjligheter och befogenheter, liksom de egna skyldigheterna och befogenheterna. Färdigheter som krävs, utöver de rent medicinska, är bland annat relaterade till kommunikation, konflikthantering, samverkan,

---

<sup>2</sup> För närvarande 'normalt förekommande arbeten'.

intygsskrivande och beslutsfattande. Det krävs även ett vetenskapligt, etiskt och professionellt förhållningssätt.

Även om läkare har god kompetens när det gäller att utreda och ställa diagnos, blir detta ibland problematiskt i sjukskrivningsärenden när patienten till exempel har besvär från rörelseorganen och/eller har psykiska besvär [1, 54, 55, 160-162]. Detta är besvär där den vetenskapliga kunskapen om diagnos, behandling och rehabilitering ännu är mindre utvecklad än för diagnoser såsom cancer eller hjärtsjukdom [54, 162-166], och där objektiva undersökningsfynd är sparsamma och svårtolkade. Läkaren har ofta bara patientens berättelse om sin situation att utgå ifrån. Här är det dock viktigt att beakta att för patienter med diagnoser som det med dagens kunskap är lättare att fastställa, såsom hjärtinfarkt, är det inte alltid lättare att bedöma patientens grad av arbetsförmåga än vid till exempel ländryggssmärta.

## Läkares olika professionella roller

---

I relation till patienten kan läkare ha en eller flera av följande fyra roller [27]:

1. *Patientens behandlande läkare*, med uppgift att utreda, diagnostisera, föreslå och genomföra behandling och/eller föreslå rehabilitering; bota, lindra eller trösta, enligt Hippokrates, och främja hälsa [167-169].
2. *Grindvakt* ('gatekeeper'), det vill säga att ansvara för att de begränsade resurserna inom den organisation där man verkar används rättvist och ändamålsenligt [154, 170, 171].
3. *Medicinskt sakkunnig*, till exempel i samband med intygsskrivande eller ett medicinskt uttalande i en domstol. Rollen som medicinskt sakkunnig skiljer sig på flera sätt från de två ovanstående, och som medicinskt sakkunnig gäller delvis ett annat regelverk [18].
4. *Myndighetsutövare*, till exempel vid frihetsberövande inom psykiatrisk vård.

Att utveckla strategier för att hantera dessa fyra roller är en del av den utveckling in i ett professionellt förhållningssätt som en läkare genomgår under sin utbildning och yrkesverksamhet och som chefer har till uppgift att etablera rutiner för att stötta [37, 172-174].

I samband med sjukskrivning är det framförallt den första och den tredje av dessa roller som är aktuella, rollen som patientens behandlande läkare och rollen som medicinskt sakkunnig. Rollen som grindvakt ligger under de första 14 dagarna av ett sjukskrivningsfall huvudsakligen hos arbetsgivaren, och därefter hos Försäkringskassan. Detta innebär att det ingår i deras roll att kontrollera om villkoren för rätt till sjuklön respektive sjukpenning är uppfyllda. Läkaren har i rollen som behandlande läkare att skapa en tillitsfull relation med patienten som bas för optimal utredning och behandling, och på olika sätt verka för patientens bästa. I rollen som medicinskt sakkunnig gentemot arbetsgivaren eller Försäkringskassan ska läkaren ge en noggrann och saklig beskrivning av patientens diagnos, funktion och aktivitetsförmåga och göra en bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan.

Flera studier och litteraturoversikter har visat att läkares förutsättningar för att utveckla, vidmakthålla och utöva försäkringsmedicinsk kompetens i den organisation de arbetar ofta är mycket begränsade [1, 10, 27].

Det finns vetenskaplig evidens (på låg nivå på grund av få studier) för att läkare upplever arbetet med sjukskrivningar som problematiskt, både generellt och specifikt vad avser att hantera de två rollerna som behandlande läkare kontra medicinskt sakkunnig, att bedöma funktion, arbetsförmåga eller behov av sjukskrivning, att hantera situationer när läkaren och patienten har olika åsikter om behovet av sjukskrivning, att samverka med andra yrkesgrupper och aktörer i sjukskrivningsärenden samt att den egna försäkringsmedicinska kunskapen brister, till exempel om arbetsmarknaden eller socialförsäkringssystemet.

Dessa fem är problem som är relaterade till försäkringsmedicinsk kompetens och som går att åtgärda med hjälp av interventioner på olika strukturella nivåer, framförallt inom hälso- och sjukvårdens organisation och via utbildning, det vill säga detta är aspekter som hälso- och sjukvårdens chefer har att hantera. Kunskapen är mycket begränsad om hur läkare bäst utvecklar sådan försäkringsmedicinsk kompetens. Det finns studier som tyder på att läkares utbildningsnivå och erfarenhet i yrket kan påverka deras sjukskrivningsmönster på olika sätt [175, 176]; resultaten är dock motstridiga och svårtolkade.

Motsvarande genomgång av relevant kompetens kan göras för andra yrkesgrupper i vården. För att utveckla dem krävs ledning och styrning av hög kvalitet.

## Några 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 *ledning och styrning* [177]. I rapporten har vi valt att använda ledning och styrning 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 till exempel inget ledningsuppdrag, men kan i olika grad styra sådan verksamhet, bland annat genom utformning av avtalen med dem.

Begreppet *sjukskrivning* används här i mycket vid bemärkelse. Vi skriver till exempel 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 – eller av socialtjänsten när det gäller personer som inte omfattas av den allmänna sjukförsäkringen. 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 [178]. På samma sätt använder vi ibland termen läkarintyg 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 texten, för att inte i onödan tynga språket.

Vi använder även begreppet *sjukskrivningsprocessen* och hänvisar då till Socialstyrelsens definition:

*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 [17, sid 9].*

Begreppet *kompetens* används också ofta, här i en bred betydelse som inkluderar kunskaper, färdigheter och förhållningssätt [37, 179].

Ett annat begrepp som används i rapporten är *försäkringsmedicin*. Det finns några olika definitioner av begreppet [1, 33, 180]. Nationellt försäkringsmedicinskt forum enades år 2008 om denna, mycket vida, definition av försäkringsmedicin:

*Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner [180].*

## Baslinjestudien

---

Sjukskrivningsmiljarden utvärderas och följs upp på flera sätt och med hjälp av olika typer av data från till exempel läkarintyg, enkäter, medicinska journaler, sjukfrånvarofrekvenser, intervjuer, dokument såsom handlingsplaner, protokoll etcetera [10, 12, 67, 181-183]. För att kunna utvärdera effekten av vidtagna åtgärder behövs även information om hur situationen var tidigt i satsningen, så kallade baslinjedata. År 2006 fick Karolinska Institutet i uppdrag att insamla sådan information vad avser chefers syn på ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning som bas för kommande utvärderingar av sjukskrivningsmiljarden. Då ledning och styrning var det mest prioriterade området inom sjukskrivningsmiljarden lades fokus i studien på chefer på olika nivåer. Intervjuer genomfördes med chefer på tre chefsnivåer, landstingsdirektörer (nivå 1), chefer närmast under landstingsdirektörer (nivå 2) samt med verksamhetschefer (nivå 3). Minst en chef på nivå 1 eller 2 från varje landsting intervjuades, och resultaten presenterades i en rapport 2007 [182].

När baslinjestudien genomfördes hade sjukskrivningsmiljarden redan införts tidigare samma år – det betyder att baslinjestudie egentligen borde ha genomförts tidigare. Studier visar dock att ledningen i många landsting överhuvudtaget inte hade reflekterat över dessa frågor år 2005 och att sjukskrivningsfrågan nästan inte fanns på agendan i något landsting [30, 184]. Om intervjuerna genomförts då hade sannolikt frågan inte varit aktuell för en stor del av cheferna, och studien hade blivit relativt intetsägande vad gäller ledning och styrning. När frågan ställdes tidigare till chefer i landstingen utgick de till exempel ofta från att vi avsåg hantering av sjukfrånvaron bland personalen, inte bland patienterna.

I stället gjordes baslinjestudien vid en tid då frågan hade lyfts i samtliga landsting, bland annat i samband med utarbetande av en handlingsplan för sjukskrivningsmiljarden.

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 var en fördel för baslinjestudien.

I denna rapport presenteras en uppföljning av denna baslinjestudie.

# Syfte

---

Syftet med studien var att få kunskap om hur chefer på olika nivåer i hälso- och sjukvården ser på ledning och styrning av hanteringen av patienters sjukskrivning samt huruvida detta förändrats sedan 2007; detta för att få ett kunskapsunderlag för framtida strategier för att stödja och utveckla det arbetet.

## Material och metod

---

Detta är en tvärsnittsstudie som baseras på data från individuella intervjuer med chefer på tre olika ledningsnivåer inom landstingen/regionerna i Sverige. Resultaten från analyser av dessa intervjuer jämförs även med resultaten från en motsvarande studie, en baslinjestudie, där intervjuer genomfördes 2006 och 2007 [182]. I den fortsatta texten refererar vi till det projektet som varande från 2007, även om en stor del av intervjuerna genomfördes i slutet av 2006.

## Urval

---

### Chefer på följande tre chefsnivåer ingick i studien

**Nivå 1:** Landstingsdirektörer och regiondirektörer. Av anonymitetsskäl och för att inte i onödan belasta språket i rapporten benämns dessa i fortsättningen för landstingsdirektörer (då 17 av de 21 landstings- och regiondirektörerna i Sverige är landstingsdirektörer).

**Nivå 2:** Den eller de chefer som är direkt underställda landstingsdirektören, och har övergripande ansvar för primärvård och/eller sjukhusvård

**Nivå 3:** Verksamhetschefer, som har ansvar för enskilda kliniska verksamheter

Urvalet av chefer som inbjöds att delta i studien gjordes på följande sätt på respektive chefsnivå:

**Nivå 1:** Samtliga Sveriges 21 landstingsdirektörer inbjöds.

**Nivå 2:** Totalt inbjöds 39 chefer som var direkt underställda respektive landstingsdirektör. Cheferna på nivå 2 identifierades via den information som fanns att tillgå på landstingens hemsidor, via kontakter med SKL respektive via landstingens processledare för sjukskrivningsmiljarden.

**Nivå 3:** På nivå 3 inbjöds 41 strategiskt utvalda verksamhetschefer från sju olika landsting i olika delar av landet. Valet av landsting baserades på tre kriterier: Stor geografisk spridning, representation av stora och små landsting samt förekomst av storstad/glesbygd. Inom vart och ett av dessa sju landsting inbjöds ett urval av verksamhetschefer, jämnt fördelade mellan primärvård och sjukhusvård. Inom sjukhusvården valdes verksamhetschefer från olika typer av klinisk verksamhet – chefer från kliniker där sjukskrivning av patienter är ovanlig inkluderades inte (såsom geriatrik och barnsjukvård).

Verksamhetscheferna identifierades via Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSAR), Cegedim AB. Flera av de personer som enligt HSAR var verksamhetschefer visade sig inte ha den positionen längre, vilket uppdagades efter att inbjudningsbrev skickats till personerna. För att ersätta dessa personer gjordes ett nytt urval baserat på samma kriterier som för de inaktuella. Innan nya inbjudningsbrev skickades gjordes då en extra kontroll med respektive landstings telefonväxel för att säkerställa att personer i det nya urvalet faktiskt var verksamhetschefer. I några fall var dock inte heller telefonväxlarnas uppgifter uppdaterade. Dessa personer föll då bort utan att ett nytt urval gjordes. Av de totalt 64 personer som kontaktades visade sig 23 inte längre vara verksamhetschefer och ingick därmed inte i urvalet.

## Inbjudan

---

Cheferna inbjöds att delta i studien via ett personligt brev till sin arbetsplats. Inbjudningsbrev skickades till landstingsdirektörerna i december 2012, till chefer på nivå 2 i januari 2013 och till verksamhetscheferna under perioden januari - april 2013. Inbjudningsbrev var anpassade till respektive chefsnivå och innehöll information om studiens syfte, bakgrund, att det var frivilligt att delta, hur resultatet skulle redovisas samt hur urvalet av intervjupersonen gjorts. En intervjuare kontaktade sedan den inbjudna per e-post eller telefon för att boka en tid för intervju.

## Intervjuguide

---

Detta projekt är en jämförande studie av baslinjestudien som gjordes 2007 [182]. Därför har vi utgått från samma semistrukturerade intervjuguide som användes 2006-2007 och endast gjort smärre revideringar av den, baserat på förändringar i överenskommelsen kring sjukskrivningsmiljarden. Till exempel användes i intervjuguiden 2007 begreppet 'kvinnors ohälsa', medan vi i den reviderade intervjuguiden 2013 använt begreppet 'jämförande sjukskrivning' för att spegla de förändringar som gjorts i överenskommelserna.

De frågeområden som berörs i intervjuguiden är ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning – både generellt och i relation till fyra områden som lyfts fram i sjukskrivningsmiljarden: Ledning, kompetens, samverkan och jämförande sjukskrivning. Intervjuguiden innehåller öppna huvudfrågor inom respektive område och inleds med en övergripande fråga om "Hur tänker du kring din roll och ditt uppdrag när det gäller verksamhetens hantering av patienters sjukskrivning?" följt av frågan "Hur leds och styrs hanteringen av patienters sjukskrivning inom din verksamhet?" Inom varje huvudområde följs intervjupersonernas svar upp med följdfrågor inriktade på specifika delar av området, exempelvis: "Hur leds och styrs hanteringen av patienters sjukskrivning inom din klinik?" med följdfrågor som "Hur har ni arbetat med att utveckla rutiner för detta i din verksamhet?" och "Hur har du som verksamhetschef varit involverad i det arbetet?"

Intervjuguiden innehåller också frågor om hur sjukskrivningsmiljarden påverkat intervjupersonens agerande och syn på sjukskrivningsmiljardens framtid och huruvida frågan om ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen finns på agendan i de ledningsgrupper som intervjupersonen leder eller ingår i. Vidare finns en fråga om

intervjupersonens egen kompetens för att leda och styra detta område, och hur hon eller han förvärvat den kompetensen. Intervjuerna var instruerade att ställa den frågan i mån av tid och de allra flesta fick och besvarade frågan.

Ytterligare en grupp frågor handlar om ansvar; hur intervjupersonen ser på sitt eget ansvar, på verksamhetschefers ansvar respektive läkares ansvar. I anslutning till detta finns frågor om intervjupersonens syn på vad läkare behöver för stöd och ledning för att kunna göra ett bra arbete med sjukskrivningar och på vilket sätt intervjupersonen i sin chefsroll kan bidra till detta.

I intervjuguiden finns också frågor om vilka problem eller utmaningar som intervjupersonen ser inför det fortsatta arbetet med att leda och styra hantering av patienters sjukskrivning. I slutet av intervjun ombads intervjupersonen att nämna de tre viktigaste uppgifterna för henne eller honom för att leda och styra en förbättrad hantering av patienters sjukskrivning inom sin verksamhet.

Under intervjuerna gavs de intervjuade också utrymme att ta upp egna tankar och erfarenheter och reflektera kring dessa. I de fall den intervjuade svarade i mer allmänna termer om sjukskrivningshantering återförde intervjuerna fokus till frågan om just ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Under intervjuperioden träffades intervjuerna och resten av forskargruppen regelbundet för att diskutera erfarenheter av gjorda intervjuer och för att vid behov revidera intervjuguiden och intervjuförfarandet. Några smärre justeringar gjordes i början av intervjuperioden, för att intervjun skulle flyta bättre. Frågorna i intervjuguiden var anpassade till respektive chefsnivå och varierade därför i viss utsträckning.

## Intervjuer

---

De semistrukturerade intervjuerna genomfördes av tre erfarna intervjuare. Samtliga intervjuare har arbetat med handledning av och/eller stöd till chefer, och två har även själva arbetat som chefer inom hälso- och sjukvård. En av intervjuerna hade även genomfört intervjuer i baslinjestudien 2007 [182]. Alla intervjuare gjorde intervjuer på samtliga nivåer och intervjuade 37, 18 respektive 17 chefer vardera.

Intervjuerna genomfördes under perioden januari - april 2013. De varade högst en timme, i genomsnitt cirka 45 minuter. Intervjuerna spelades in och de skedde med några få undantag via telefon.

Ljudfilerna transkriberades ordagrant. Varje intervju omfattar 2500 – 6500 utskrivna ord och i genomsnitt cirka tio utskrivna A4-sidor per intervju. Flera av de utskrivna intervjuerna lyssnades igenom i sin helhet av en av intervjuerna och jämfördes med den utskrivna texten, för att testa tillförlitligheten i transkriberingen. Denna granskning gjordes under olika skeden av datainsamlingen och tillförlitligheten befanns vara mycket god. En person transkriberade samtliga intervjuer. Under en av intervjuerna tog inspelningsutrustningens batteri slut under intervjun. I detta fall tog intervjuaren anteckningar och skrev sedan, så långt det var möjligt, ner den intervjuades svar ur minnet. I detta fall lades dessa anteckningar in i utskriften.



När intervjuerna transkriberats oidentifierades de; samtliga personnamn och ortsnamn i varje intervju ersattes med xxx.

## Deltagande

---

Totalt inbjöds 101 chefer på tre ledningsnivåer att delta i studien. Av de 101 inbjudna valde 71 %, det vill säga 72 stycken, att medverka (44 % kvinnor) (Tabell 1). Av de intervjuande cheferna var 43 % läkare.

Tabell 1. Antal inbjudna chefer, antal som deltog och bortfallet

	Totalt		
	Inbjudna n	Deltagare n	Bortfall %
<b>Kvinnor</b>	46	32	30
<b>Män</b>	55	40	27
<b>Totalt</b>	101	72	29

Av Sveriges samtliga 21 landstings- och regiondirektörer valde fem 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, varför bortfallet blev 24 % på nivå 1 (Tabell 2).

Av 39 inbjudna chefer på nivå 2 valde 34 att delta (bortfallet 13 %). Eftersom det idag finns stora skillnader i hur landstingen valt att organisera sin verksamhet, var det i vissa fall svårt att identifiera de chefer som uppfyllde inklusionskriterierna, det vill säga, som var direkt underställda landstingsdirektören med övergripande ansvar för primärvård och/eller sjukhusvård. I de allra flesta fall var dock de chefer som deltog i studien direkt underställda landstingsdirektören och hade titlar såsom divisionschefer, biträdande landstingsdirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer eller primärvårdsdirektörer. I vissa fall var dessa chefer också verksamhetschefernas närmsta chef, medan det i andra fall fanns flera chefsnivåer mellan dem och verksamhetscheferna alternativt chefen fanns i en beställarorganisation. I vissa landsting hade cheferna på nivå 2 en stabsfunktion och hade således ingen överordnad chefsfunktion för verksamhetschefer. Dessa chefer var dock i de flesta fall chefer för medarbetarna inom sin egen stab. Även dessa chefer har intervjuats på nivå 2, då många av dem har fått uppdrag direkt av landstingsdirektören att ansvara för sjukskrivningsfrågan i samband med miljardsatsningen. Detta innebar att mellan en till tre personer per landsting inbjöds till intervjun, dock vanligen en eller två personer.

Av 41 inbjudna verksamhetschefer (nivå 3) deltog 22 i studien, varför bortfallet blev 46 %. Nitton avböjde att delta, ofta med tidsbrist som angiven orsak, och ett mindre antal gick inte att nå under intervjuperioden. Verksamhetschefer från samtliga sju valda landsting deltog. I studien ingår verksamheter från både storstad och mindre orter, från primärvård och sjukhusvård samt från offentligt och privat organiserad sjukvård.

Tabell 2. Antal inbjudna, antal som deltog och bortfallet på respektive chefsnivå

	Nivå 1			Nivå 2			Nivå 3		
	Inbjudna	Deltagare	Bortfall	Inbjudna	Deltagare	Bortfall	Inbjudna	Deltagare	Bortfall
	n	n	%	n	n	%	n	n	%
<b>Kvinnor</b>	9	7	22	16	14	13	21	11	48
<b>Män</b>	12	9	25	23	20	13	20	11	45
<b>Totalt</b>	21	16	24	39	34	13	41	22	46

Minst en chef från antingen nivå 1 eller nivå 2 har medverkat från varje landsting, för 90 procent av landstingen har minst två sådana chefer medverkat.. Jämfört med baslinjestudien 2007 var bortfallet större för nivå 1 (24 % jämfört med 14 % 2007), mindre för nivå 2 (13 % jämfört med 20 %) och större för nivå 3 (46 % jämfört med 28 %) [182].

## Dataanalys

De utskrivna intervjutexterna analyserades, som i baslinjestudien, med både kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys [185]. Då detta projekt är en jämförande studie med resultaten från 2007 har dock en övervägande deduktiv ansats använts. I analysarbetet har 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, samt dessutom kapaciteten att hantera stora datamängder, vilket var väsentligt i analyserna av det här insamlade materialet [186].

Kodningen av data är av central betydelse i både kvantitativ och kvalitativ innehållsanalys. Genom kodning filtreras och sorteras hela textmaterialet, viktiga textelement väljs ut och delar av det ursprungliga materialet läggs åt sidan [187, 188]. Därför är det viktigt att noggrant rekonstruera den väg som lett från data till resultat.

## Den kvalitativa innehållsanalysen

I denna studie gjordes den kvalitativa innehållsanalysen i flera steg. Initialt formulerades ett antal frågor med utgångspunkt i intervjuguiden och resultaten från baslinjestudien. Därefter gjordes en första övergripande läsning av materialet av flera personer i forskargruppen. Baserat i läsningen, diskussion mellan forskarna och i några fall även med intervjuerna, identifierades nya frågor som lades till de befintliga.

Exempel på frågor som genom ovanstående förfarande ställdes till materialet var:

- Hur beskriver cheferna ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning generellt?
- Hur leds och styrs de specifika områden som definieras i sjukskrivningsmiljarden?
- Hur ser cheferna på eget och andras ansvar?
- Vad anser cheferna behövs för att läkare ska kunna göra ett optimalt arbete med sjukskrivningsärenden?
- Hur ser cheferna på sjukskrivningsmiljardens betydelse?
- Vilka chefsuppgifter tycker cheferna själva är viktigast i detta arbete?

Med utgångspunkt i frågorna identifierades därefter genom diskussion i forskargruppen ett stort antal möjliga teman och kategorier som registrerades som toppnoder och undernoder i NVivo. Därefter kodades intervjuerna från nivå 1 och nivå 3 enligt nodlistan av en forskare per nivå. Uttalanden som kunde tillhöra flera kategorier kodades till samtliga dessa, det vill säga ett uttalande kunde ingå i fler än en kategori. Tveksamheter om hur uttalanden skulle koda diskuterades vid gemensamma möten för att stärka validiteten i studien vilket kunde leda till att uttalanden kodades om eller kodades i ytterligare noder [189]. Därefter kodades intervjuerna på nivå 2 på motsvarande sätt.

Under analysens gång identifierades nya teman och kategorier som inte omfattades av de teman och kategorier som ursprungligen formulerats. Dessa adderades då till nodlistan. Analysen hade därför både deduktiva och induktiva inslag. De olika teman, kategorier och subkategorier av uttalanden som identifierats genom analysen av intervjumaterialet har kontinuerligt diskuterats i den tvärvetenskapliga forskargruppen för att för att säkerställa överensstämmelse mellan forskarna i tolkning och sätt att koda. Intervjuare som inte deltog i analyserna har i omgångar läst resultaten som en validitetskontroll. Då samtliga intervjuer varit aidentifierade har det i analysen inte framgått om de olika cheferna tillhört samma landsting eller inte.

## Den kvantitativa innehållsanalysen

---

På samma sätt som i baslinjestudien valdes, som komplement till den kvalitativa innehållsanalysen, ett mer kvantitativt analyssätt i syfte att ge en mer övergripande och jämförbar bild av materialet. Denna metod bygger på formuleringen av faktafrågor och bedömningsfrågor som forskarna ställer direkt till intervjumaterialet.

Initialt gjordes en lista med bedömningsfrågor, med utgångspunkt i de bedömningsfrågor som hade använts i baslinjestudien [182]. Därefter gjorde forskarna en första genomläsning av materialet. Efter genomläsningen och diskussion i forskargruppen formulerades nya bedömningsfrågor baserade i det som kommit fram under intervjuerna. Dessa frågor adderades därefter till den ursprungliga listan med bedömningsfrågor som användes som underlag för bedömningen.

Med utgångspunkt i frågorna gjorde sedan forskarna en bedömning och hänförde svaren från var och en av cheferna i studien till olika kategorier, till exempel ”ja”, ”nej”, och ”oklart”. Bedömningen av huruvida en chefs uttalanden skulle hänföras till en viss kategori baserades på forskarnas bedömning av intervjupersonernas uttalanden som helhet, det vill säga inte bara på svar på en specifik fråga. Bedömningsfrågorna hanterades först av samma forskare som gjort den övergripande NVivo kodningen för respektive intervju. Därefter gjordes detta i flertalet fall även av andra forskare i gruppen. Vid skilda bedömningar eller oklarheter i bedömningarna diskuterades dessa tills överensstämmelse nåddes.

Sammantaget är datamaterialet synnerligen omfattande och det totala antalet kodade uttalanden i den kvalitativa och kvantitativa analysen uppgår till flera tusen.

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

## Om resultatpresentationen

---

Resultaten från de kvalitativa analyserna presenteras som de områden, teman, kategorier och subkategorier som identifierats i analysen och exemplifieras med citat från intervjuerna. För att underlätta läsandet har tabellhuvudena givits olika färger enligt följande:

- Tabellhuvuden för *teman* har blå färg (tabell 3 och 23)
- Tabellhuvuden för *kategorier* är plommonfärgade (tabell 4, 8, 13, 14, 20 och 21)
- Tabellhuvuden för *subkategorier* har aprikos färg (tabell 16, 18 och 19)

Citaten är direkt återgivna och presenteras i kursiv stil med mindre text. Av läsbarhetsskäl har ibland text som inte förändrar innehållet i citaten infogats; sådan infogad text har omgetts med [ ]. Namn på personer och orter som nämns i citaten har ersatts med xxx. I de fall text tagits bort i citatet har detta markerats med //. I citat där en annan person refereras till som "hon" eller "han" har detta ord ersatts med "hen" för att minska risken för identifiering. När citat ges från flera chefsnivåer listas först de som kommer från nivå 1 (landstingsdirektörer), sedan de från nivå 2 och sist de från nivå 3 (verksamhetschefer). Efter varje citat visas inom parentes ett löpnummer som är unikt för varje chef. Den första siffran i det numret visar chefsnivå, det vill säga om citatet kommer från en chef på nivå 1, 2 eller 3. I övriga siffror och andra tecken finns ingen systematik relaterad till kön, yrke, landsting, primär- eller slutenvård, etcetera.

Resultat från *bedömningsfrågorna* presenteras oftast i tabellform, i tabeller med gröngrå färg för data från 2013 och blågrå färg för data från 2007. Där så är möjligt jämförs resultatet med resultatet från motsvarande bedömningsfråga år 2007. Resultaten av bedömningarna skall värderas med stor försiktighet. De procentandelar som anges i jämförelserna bör endast användas för att peka på möjliga trender.

# Resultat

Fokus i studien var att undersöka hur chefer leder och styr hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. I analysen av intervjuerna har flera frågor om detta ställts till materialet. När det har varit relevant har resultaten jämförts med dem från baslinjestudien 2007 [182] för att identifiera eventuella förändringar. Vid analysen av data framkom dock även andra indikationer på att förändringar hade skett. Detta handlade till exempel om chefernas sätt att prata om sjukskrivningsområdet. Dessa ”andra indikationer på förändring” identifierades som ett eget område, här kallat B (se sidan 111) och presenteras separat efter området ”ledning och styrning”, här kallat område A. Resultatet av analyserna presenteras i följande två delar:

## A. Ledning och styrning

## B. Andra indikationer på förändring

## A. Ledning och styrning

Nedan presenteras resultat inom området ”ledning och styrning”, baserade på analysen av de intervjuer som genomförts under 2013. Där det är relevant görs även en jämförelse av resultaten med de resultat som framkom vid 2007 års chefsintervjuer [182].

I analyserna identifierades fem övergripande teman inom området ”ledning och styrning” (Tabell 3). Inom vart och ett av dessa fem teman identifierades flera kategorier och subkategorier. Nedan beskrivs dessa fem övergripande teman i var sitt avsnitt.

Tabell 3. Övergripande teman och kategorier inom området ”ledning och styrning”

Övergripande om ledning och styrning	Ledning och styrning av specifika områden	Syn på vad läkare behöver	Sjukskrivningsmiljardens betydelse	Chefs viktigaste uppgifter
Styrs som allt annat	Samverkan	Kompetens	Betydelse för fokusering på sjukskrivningsfrågan	Incitament
I linje eller utanför linjen	Kompetens	Administrativt stöd	Betydelse av det ekonomiska incitamentet	De tre viktigaste uppgifterna
Syn på ansvar	Jämställd sjukskrivning	Chefens ansvar	Problem	
	Kunskapsgenerering		Framtid	
	<i>Kvalitet och kvalitetssäkring</i>			
	<i>Administrativa förutsättningar</i>			

# 1. Övergripande om ledning och styrning

Inom temat ”övergripande om ledning och styrning” återfanns mer övergripande uttalanden om ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Bland dessa kunde tre kategorier av uttalanden identifieras: Uttalanden om a) att arbetet med patienters sjukskrivning leds och styrs på samma sätt som allt annat, om b) huruvida sjukskrivningsfrågan hanterades i linjen eller i projektform, samt uttalanden om c) chefers syn på ansvar (Tabell 4). Nedan presenteras dessa kategorier var för sig.

Tabell 4. Kategorier och subkategorier av uttalanden inom temat ”övergripande om ledning och styrning”

Leds och styrs på samma sätt som allt annat	I linje eller i projekt	Syn på ansvar
Strategier	I linje	Syn på chefers ansvar
Förhållningssätt	Utanför linjen	Förändring i syn på ansvar 2007-2013
	”Båda behövs”	Syn på läkares ansvar

## 1.1. Arbetet med patienters sjukskrivning leds och styrs som allt annat

En kategori av uttalanden inom temat ”övergripande om ledning och styrning” innehåller uttalanden om att ledning och styrning av sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning inte skiljer sig från ledning och styrning av annan verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Omkring hälften av cheferna på nivå 1, landstingsdirektörerna, uppgav att arbetet med patienters sjukskrivning leds och styrs enligt samma principer som annan hälso- och sjukvårdsverksamhet. De nämnde ofta vikten av att patienters sjukskrivning ska ingå i landstingets samlade lednings-, planerings- och uppföljningsverksamhet på samma sätt som all annan vård och behandling. Även cheferna på nivå 2 framhöll vikten av detta.

*Ja, jag tänker nog inte på det på något annat sätt än vilken annan del som helst, som ingår i en behandling av patienter. Alltså sjukskrivningen är ju en del av den behandlingsprocessen, som man genomgår. (1, 31)*

*I och med att det finns med i vår verksamhetsplan för landstinget som är beslutad i fullmäktige så finns det ju också med som en fråga på alla ledningsnivåer. (214\_1)*

*Så att vi har det väldigt tydligt // så att säga att man från politiken också ger oss ett uppdrag att verkligen arbeta med de här frågorna, både i form utav strategier och policys. (231\_1)*

Dock fanns undantag. En typ av uttalanden beskrev att sjukskrivningsfrågor styrs och leds mer isolerat från övrig verksamhet, mer som en särfråga.

Inom kategorin ’leds och styrs som allt annat’ fanns två övergripande kategorier av uttalanden, dels en om olika strategier för sådan ledning och styrning, dels en om chefers förhållningssätt till sjukskrivningsfrågan.

### 1.1.1. Strategier för ledning och styrning av arbetet med sjukskrivningar

Cheferna nämnde flera strategier för att leda och styra arbetet med sjukskrivningar. Bland dem kunde fem övergripande typer av strategier identifieras. Dessa var ledning och styrning via 1) ledningssystem, 2) uppdrag och uppföljning, 3) ekonomiska incitament, 4) administrativa förutsättningar, samt via 5) värderingar och kultur.

#### 1.1.1.1. Ledning och styrning via ledningssystem

I den här kategorin beskrevs hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningar som en av flera viktiga frågor att hantera inom ramen för landstingens etablerade beslutsordningar och ledningssystem. Omkring hälften av landstingsdirektörerna nämnde det egna ledningssystemets betydelse för att leda och styra sjukskrivningsfrågor i organisationen. I dessa fall betonades ofta att patienters sjukskrivning ska kunna ledas och styras på samma sätt som allting annat i landstinget eller regionen.

*När vi började arbeta mer systematiskt inom ramen för t.ex. sjukskrivningsmiljarden, så ställde jag ett tidigt krav på att vi skulle ha ett ledningssystem för arbetet med sjukskrivning. (1, 13)*

Knappt en tredjedel av cheferna på nivå 2 nämnde ledningssystem som en strategi. Många beskrev att systemet omfattar sjukskrivningshantering, men det finns också uttalanden om att ledningssystemen som helhet inte för detta eller att de inte är ”färdiga”.

*Ja, ledningssystem i stort är ett underutvecklat område. // Självklart så tror jag att ett väl utvecklat ledningssystem generellt och då i det här fallet kring sjukskrivningsfrågor är synnerligen positivt. (237\_2)*

*Ja, det är en del av styrprocesserna, och vi har försökt lägga in det här väldigt tydligt i styr- och ledningen totalt sett i landstinget. Vi har också ett IT-baserat verksamhetsplaneringsinstrument där alla de här uppdragen finns redovisade och där jag, som sagt var, följer månadsvis hur det utvecklar sig. (231\_1)*

*Ur ledningsperspektiv så har ju vår strategi varit att 1) integrera det här i vårt ledningssystem, alltså det här ledningssystemet för sjukskrivningsprocesser, det är ingenting som lever sitt eget liv utan är en del av vår kärnverksamhet. // Så när det kommer till verksamheten, så förväntas de bryta ner, exempelvis om vi bryter ner landstingets policy för eller riktlinjer för sjukskrivningshantering det bryter vi ner till och anpassar vi till vår organisation. (231\_2)*

En knapp fjärdedel av verksamhetscheferna, nivå 3, nämner ledningssystem. Flera pratade om egna ledningssystem på verksamhetsnivå. Någon beskrev att man påbörjat att utveckla ett fungerande ledningssystem för sjukskrivningsprocessen, det vill säga det fanns en del kvar att göra med detta.

*Jag har diskuterat med dem som är ansvariga // så kan jag komma med synpunkter och ändringsförslag och sedan så ja, så skriver jag ju på också alltid att jag står bakom det så att säga. Så vi har det som en del i vårt ledningssystem, det är klart. (331\_9)*

*Till viss del ingår det redan i vårt ledningssystem, eftersom vi i samarbete med Försäkringskassan följer upp detta. // Men vi skulle ju säkert kunna utveckla det, och det kommer väl att utvecklas på sikt så att vi bättre själva kan följa upp det också. (310\_6)*

Det framkom även att olika styrdokument kunde upplevas som dåligt integrerade med varandra. Det finns även ett fåtal uttalanden på nivå 3 om att sjukskrivningsfrågorna hade eller har haft ett separat ledningssystem.

#### 1.1.1.2. Ledning och styrning via uppdrag och uppföljning

En annan övergripande strategi som identifierades i chefernas uttalanden var ledning och styrning av sjukskrivningsfrågorna via att ge uppdrag – ofta baserade på mål och handlingsplaner – och följa upp uppdragets genomförande. En chef uttryckte det så här:

*Vi har ett funktionsansvar att se till att det finns kunskap, utbildning, controllerverksamhet så att vi kan följa det här och se, går det som vi har tänkt att det ska. (1, 19)*

Cheferna hade i hög grad gett omfattande uppdrag åt personer i organisationen att driva frågan. Uppdragens innehåll varierade och kunde omfatta att delta i styrgrupper, säkra att koordinatörer utses, driva utbildningar, säkra tillgång till information, samverka med Försäkringskassan etcetera. Uppdrag hade getts åt personer med olika profession och position i organisationen, till exempel läkare eller stabspersoner. Uppdragen var huvudsakligen långvariga och beskrevs ofta som en permanent del av organisationen, exempelvis i form av roll som processledare eller försäkringsmedicinsk expert. Andra uppdrag som getts var mer otydliga och kortvariga, till exempel uppdrag i rollen som projektledare. En majoritet av landstingsdirektörerna beskrev att de gett sin närmast underordnade chef, det vill säga hälso- och sjukvårdsdirektören eller motsvarande chef på nivå 2, uppdraget att leda och styra frågor som rör sjukskrivning av patienter. Chefer på nivå 2 beskrev vanligtvis att det getts ett uppdrag till en underordnad chef för ett verksamhetsområde eller till en expert inom staben. Verksamhetschefer nämnde ofta att de gett uppdrag till koordinator eller läkare med försäkringsmedicinsk kompetens

*Så har ju den personen haft i uppdrag att både skaffa fram riktlinjer, alltså gemensamma riktlinjer för hela [landstinget], och sedan se till att de då implementeras ute i verksamheten på olika sätt, både i vårdvalsmodellen på sjukhusen och inom psykiatrin. (1, 11)*

*Det första jag gjorde när det uppdraget hamnade inom mitt område, det var att se till att få in en engagerad projektledare. // Man måste ha eldsjälar inledningsvis, som ser till att skapa nätverk och kontakter och struktur, som gör att man på något vis också kan sälja in budskapet, att man kan entusiasmera de som ska arbeta med frågorna, att man aktivt driver det, vad är det för redskap vi behöver ta fram? Hur kan vi osv. // Den projektledaren är kvar i xxx fortfarande // och har vid sin sida xxx och de två har varit fullständigt avgörande för framgången här. (210\_1)*

*Vi har också anställt särskilda, jag har anställt t.ex. inom allmänpsykiatrin två arbetsterapeuter för att jobba med den här sjukskrivningsprocessen som rehabkoordinatorer osv. i samverkan med Försäkringskassan. (310\_6)*

Uppföljning av arbetet och av resultatet beskrevs på alla chefsnivåer ofta som en del i ledningssystemet. Det vanligaste exemplet på uppföljning som gavs rörde Försäkringskassans statistik om godkända läkarintyg.

*Så t.ex. hade Försäkringskassan en revision utav ett antal skrivna intyg med en av våra kliniker, den psykiatriska. Då fick vi återkopplingen av detta och den blev så pass god att den blev modell för en form utav revisionsbesök, som vi nu använder som arbetsmetod i de andra olika sjukhusklinikerna. (238\_1)*

Cheferna hänvisade till landstingets övergripande mål och inte sällan till överenskommelsen mellan SKL och staten om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. I avsnittet Kvalitetssäkring och förbättringsarbete på sidan 80 behandlas uppföljning mer ingående.

Ett mindre antal av cheferna hänvisade till formella avtal och överenskommelser som styrmedel, för sjukskrivning liksom för annat.

### 1.1.1.3. Ledning och styrning via ekonomiska incitament

På nivå 1 nämnde en tredjedel av landstingsdirektörerna ekonomiska incitament som en strategi för styrning av arbetet med sjukskrivning av patienter.

*De styrmedel man har, jag menar förutom nu att ta fram riktlinjer och strategier och vad det kan vara, det är ju om man har ekonomiska incitament till rätt beteenden. (1, 21)*



*Det som vi har arbetat med allt mera det är ju att skapa incitament system som gör att de delar av vår verksamhet och entreprenörer och andra som verkar med offentliga medel, att de åstadkommer och får betalt för goda resultat. (1, 31).*

Ekonomiska incitament nämndes av ett mindre antal chefer på nivå 2 och 3. Det formulerades dock inte i termer av strategier för styrning. Det ekonomiska incitamentet berördes ibland med en viss ambivalens av cheferna.

*Eller för den delen belöningsmöjligheter, för det tycker jag, då är man ute och cyklar lite grann. Jag tror det finns vettigare saker att lägga resurser på än att hålla på med det. (320\_5)*

*Jag kan se att det kan vara värt att stoppa in ibland för det kan vara en sporre. Men jag tycker generellt sett inte att det ska vara ett sätt att få verksamheter att fungera, att man ska sätta en peng på det, utan det ska ju vara att man ser att det här är ett kvalitetsförhöjande arbete utan att man behöver sätta pengar på det. Men jag ser ju att ibland är det ett effektivt styrmedel för att få igång processerna. (333\_1)*

Även andra incitament än ekonomiska beskrevs.

*Vi har ju t.ex. haft ett pris runt arbetet med sjukskrivning och där vi har premierat då detta. Det har ju resulterat i att vårdcentralerna har varit med och jobbat. // Det är inga jättegrejer, men alltså det blir en väldigt uppslutning och det blir lite uppmärksamhet i vardagen, vilket jag tror är en otroligt viktig framgångsfaktor för att visa på vikten utav det här arbetet. (231\_1)*

#### 1.1.1.4. Ledning och styrning via värderingar och kultur

I kategorin ”ledning och styrning via värderingar och kultur” fanns exempel på uttalanden där cheferna beskrev att de på olika sätt, genom sitt eget agerande, utövar ett ledarskap som aktivt stödjer och synliggör arbetet med att förbättra arbetet med sjukskrivning av patienter i organisationen. Chefer beskrev till exempel att de deltagit i möten och diskussioner med underställda chefer och medarbetare och där lyft värdet av att arbeta med sjukskrivningsfrågan. Flera chefer uttryckte explicit att de såg det som viktigt att synliggöra att de själva prioriterade området och att själv driva frågan såväl uppåt som nedåt i organisationen. En chef hade en uttalad strategi att påverka projekt och satsningar för att skapa sammanhang och helhet i det som pågår och rör verksamheterna.

*Det handlar ju mycket om att kommunicera och skapa förståelse, för att det här kan tyckas som om det är en detaljfråga. (1, 11)*

Personlig närvaro och engagemang beskrevs här som viktiga ledningsstrategier.

*... värdegrunder, sådana här saker. // Första linjens chefer [mötte jag] var sjätte vecka, verksamhetschefer var fjortonde dag, så jag hade ju väldigt, väldigt mycket möten där jag kunde kommunicera vad jag tyckte var viktiga frågor //så till slut byggde man ju upp en trovärdighet i att det man sade var liksom äkta och för mig sant, så att säga. Så att vi jobbade mycket så, lade ner mycket energi på det att försöka skapa en kultur. (210\_2)*

När det gäller cheferns egen roll fanns på nivå 3 också uttalanden om betydelsen av att chefen skapar en dialog med läkarna och bygger upp ett samtalsklimat som möjliggör dialog om hur man sjukskriver.

*Jag måste ju liksom höra hur läkarna här på min egen klinik tänker och resonerar kring sjukskrivningar. // Vi har ju dagligen styrningsmöten varje morgonen i läkargruppen, och där sitter jag med. // Så det gäller också att skapa liksom en dialog, ett samtalsklimat om hur man sjukskriver. (320\_1)*

Flera verksamhetschefer tar upp vikten av att visa intresse för, diskutera och föra dialoger om sjukskrivningsfrågan. Uttalanden handlar om öppet klimat, öppna diskussioner, bra dialog med läkare liksom med andra vårdkategorier, men också om svårigheten att leda läkare i detta.

*Jag har ju ett enormt ansvar i den här frågan att få alla medarbetare att förstå betydelsen av det vi har diskuterat. Det har jag. Och i mitt fall, alltså i psykiatrins fall är det ju frågan om alla medarbetare. // Därmed måste man satsa på hela vår personalgrupp. (339\_1)*

#### 1.1.1.5. Ledning och styrning via administrativa förutsättningar

Utöver de fyra strategier som beskrivits ovan nämndes ytterligare en typ av strategi, som innebar att organisera verksamheten på ett sådant sätt att det skapas förutsättningar för chefer och medarbetare att nå de mål som formulerats för sjukskrivningshanteringen. I hög grad handlade det om att möjliggöra medarbetares aktivitet genom att frigöra resurser, säkra en adekvat organisation och tydliggöra ledningens stöd för området. Uttalanden om detta presenteras mer utförligt under kategorin Ledning och styrning av specifika områden, i Administrativa förutsättningar, på sidan 85.

#### 1.1.1.6. Förhållningssätt

En dimension när det gäller strategier för att leda och styra arbetet med sjukskrivningar var inte vilken specifik strategi som användes utan snarare chefens förhållningssätt till frågan. Tre sådana förhållningssätt framträdde. Det ena, som framförallt återfanns bland chefer på nivå 2, gällde uttalanden om vikten av att som chef *vara uthållig* i sitt arbete med sjukskrivningsfrågorna, att vara långsiktig och att inte ge upp (se sid 107).

Ett annat förhållningssätt rörde *graden av proaktivitet* i hur chefen leder och styr sjukskrivningshanteringen. Ett sådant förhållningssätt kunde vara mer reaktivt; här beskrevs sjukskrivningshantering som en förhållandevis liten fråga inom sjukvården, och den ansågs i första hand kräva insatser när indikationer om problem uppkommer. Uttalanden av den här typen handlade till exempel om att man som chef framför allt går in och leder och styr sjukskrivningshantering i lägen när ”man stöter på bekymmer” i verksamheten. En sådan situation kunde till exempel vara när Försäkringskassan riktade kritik mot enskilda läkares hantering av sjukskrivningsärenden.

*Så det är någonting som är implementerat, som man har och som är tydligare i dag som en naturlig del till och från, men det kommer upp när man stöter på sådana bekymmer och funderingar. (217\_2)*

*Den självständiga läkaren har själv full kontroll över det där. Det är ingenting som jag går och kollar regelbundet. (320\_3)*

*Det har inte kommit som någon liksom fråga, att man tycker att sjukskrivningsfrågan måste vara med på någon utbildningsdag eller så. // Och det hade den gjort om det här hade uppfattats som ett problem. (331\_3)*

Uttalanden som beskrev mer proaktiva förhållningssätt återfanns också, till exempel om hur man arbetar med underlag och verktyg för att styra arbetet med sjukskrivningar i den riktning som man önskar. Ett annat exempel var att utöva ett aktivt ledarskap för att säkra försäkringsmedicinsk kompetens i sin organisation.

Ett tredje förhållningssätt rörde inte främst ledarstil utan sättet att uttrycka sig om läkares svårigheter i hantering av sjukskrivningsuppdraget. Ett sådant förhållningssätt var att förmedla frustration man hört från läkare; ett annat var att vara tydlig med förväntningar på professionalitet hos läkare. Några uttryckte båda förhållningssätten. De olika förhållningssätten innebär möjligen olika val av strategier i ledning och styrning av sjukskrivningsfrågan.

*[Läkarintyget] är ett centralt dokument för patienten. Och det tycker jag varje enskild doktor har en skyldighet att sätta sig in i och göra till sitt eget, att det går innanför skinnet så att det inte bara blir något slarvigt så där, utan att man försöker kanske att individanpassa. (210\_2)*

*Jag tror många distriktsläkare upplever ganska svårt och jobbigt, att man har haft den här människan i alla medicinska spørsmål och man har byggt upp ett förtroende och sedan blir det ibland svårt att säga: "Jag tycker inte att du ska vara sjukskriven". (C320-5)*

Genomgående svarade cheferna på frågorna i intervjuerna i stor utsträckning utifrån sin roll som chefer. Detta var en tydlig skillnad från förhållningssättet bland cheferna i baslinjestudien. I studien från 2007 var det till exempel inte ovanligt att de intervjuade cheferna som var läkare snarare svarade i en roll som sjukskrivande läkare i sjukskrivningssituationen än i sin roll som chefer i sjukvården.

## 1.2. Ledning i eller utanför linjen?

---

Resultaten från projektet 2007 visade att sjukskrivningsfrågan på flera sätt tycktes vara svår att få in i linjen. I stället drevs frågor som rörde sjukskrivningshantering ofta i projektform med av landstinget tillsatta projektledare eller av engagerade läkare i egna forum inom professionen, och inte på uppdrag av chefer i linjen.

I intervjuerna framkom tre subkategorier av uttalanden kring hur arbetet med sjukskrivningshantering drivs och är organiserat. En subkategori var att frågan nu ligger helt i linjen eller är på väg in i den. En subkategori av uttalanden beskrev att frågan fortfarande ligger i projektform, medan en tredje kategori beskrev behovet av att ha en parallell projektorganisation som stöd för linjen när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. Nedan beskrivs dessa subkategorier mer i detalj.

### 1.2.1. I linjen

---

Så gott som samtliga chefer på nivå 1 beskrev att de projekt som de första sjukskrivningsmiljarderna gett upphov till nu befann sig i eller höll på att överföras till linjeorganisationen.

*Ja, nu kan man säga att det är i en linjeorganisation. Det är inte i projektform. // Det visar sig ju, tycker jag att vi har ju då hittat ett, som jag bedömer det, ett kvalificerat arbetssätt i den här sjukskrivningsprocessen, och det är en linjedel idag som lever oavsett om där är några statsbidrag eller inte. (1, 14)*

*Jag vill absolut säga att det ligger i linjen numera. (1, 39)*

Även på nivå 2 framkom att frågan generellt håller på att överföras från projekt till verksamhet i linjen. Det fanns en viss variation i hur långt denna förändring kommit, men analysen pekar på att två tredjedelar av cheferna ansåg att frågan nu ligger i linjen. Flera beskrev det som avgörande att cheferna är involverade för att kunna driva frågor om hanteringen av patienters sjukskrivning.

*Det här är en fråga som bedrivs i linjen numer. (213\_1)*

*Det är helt avgörande att cheferna är involverade för att det är de sedan som ska driva det här inom sina verksamheter. (234-3)*

*Jag har ingen unik organisation för sjukskrivningar i primärvården utan det går normala linjevägen. (219\_2)*

## 1.2.2. Utanför linjen

---

Ett mindre antal chefer på nivå 2 beskrev att ledning och styrning av området fortfarande drivs utanför linjen.

*Ja, det är nog lite mer som ett projekt vid sidan om och som vi stöttar. (217\_1)*

*Vi har projektansvariga till alla våra miljarder och vi har det också till sjukskrivningsmiljarden. Och varje år ungefär vid den här tidpunkten så får jag en sammanställning. Vi utvärderar det gångna året. Vi tittar på det kommande året. (21\_1)*

Motsvarande fråga, huruvida frågan drevs i eller utanför linjen, ställdes inte till verksamhetscheferna, men begreppet projekt förekom i uttalanden när de hänvisade till olika typer av projekt på olika nivåer i organisationen. En chef uttryckte det så här:

*Sedan har vi ju då ett sjukskrivningsprojekt och det är en läkare // som är med i det här projektet och hen kommer ibland till verksamhetschefsgruppen och pratar om just det här med sjukskrivningar och så, nya saker och lite att tänka på osv. (310\_2)*

## 1.2.3. ”Båda behövs”

---

Även då ansvaret för ledning och styrning av sjukskrivningshanteringen huvudsakligen låg i linjen var detta organiserat på olika sätt, ibland med stöd av expertresurser i stab, ibland med en processledare med mandat att driva frågan över organisationsgränser. I flera fall fanns specifika projekt eller projektledare även när ansvaret för ledning och styrning i stort förts över i linjen.

*Det ligger i linjen. Det ligger i linjen men vi har en stabs- och expertfunktion också. Därför att det tror jag man behöver i sådana här sakfrågor. Så när vi pratar om läkare med försäkringsmedicinsk kompetens t.ex. så ligger vederbörande i stab. (231\_1)*

*För det finns fortfarande personer, som är anställda på projektmedel, för att jobba med riktade insatser mot primärvården och in mot specialistvården, mot läkarna som är inom det försäkringsmedicinska området och så. Så jag tror fortfarande, att ska man nå framgång då behöver vi nog betrakta det som ett projekt ett tag till. (219\_1)*

*Det är båda delarna. Själva att se till att man följer sjukskrivningsprocessen som sådan, det ligger i linjen, ansvaret för att se till att läkarna har rätt kompetens och gör rätt saker och fyller i de intyg som Försäkringskassan begär osv. Det ligger i linjen. Sedan så ligger själva arbetet med kompetenshöjning, med att då försöka återkoppla hur bra fungerar vi osv. det ligger då på den här försäkringsmedicinska enheten. (218\_1)*

*Ja, det drivs, och det kanske vi kommer tillbaka till, fortfarande drivs detta i väldigt hög grad i projektform, och det vet jag inte om det kommer frågor på senare, därför att det tror jag är nästa steg för oss, att se till att det här inte i sina delar successivt blir en del i det löpande arbetet utan att ha, vad ska man säga, projekttitel på sig. Men det drivs som ett projekt här eller som flera projekt, för här pågår massor. (210\_1)*

Det fanns också uttalanden som beskrev utmaningar med att fullt ut införa ledning och styrning av sjukskrivningshantering i linjen.

*Det handlar ju om också att få processen kopplad till linjen. Vi jobbar ju mycket med processutveckling i vården och det är svårt att få det att fungera, som jag ser, om du inte får det kopplat till linjen. En del av det arbetet handlar ju om att få strukturer internt där du lyckas med det. (211\_1)*

*En utmaning nu, det är ju att gå över från att i delar utav de projekten vi har drivit under ett antal år se till att de går från att vara projekt till att de implementeras ute i linjen och att skapa ett system som då gör att de inte där heller försvinner. Alltså, vilken support behöver man ge för att fortsätta rikta uppmärksamhet och fortsätta aktivt arbeta med de verktyg som finns för att effektivisera sjukskrivning och förbättra rehabilitering. För det är klart att det kan*

*ju inte pågå som projekt i all oändlig tid utan det måste ju arbetas in ute i verksamheterna.  
(210\_1)*

Ett mindre antal chefer på nivå 2 svarade att frågan både fanns som projekt och i linjen, ibland på väg in i linjen. Det finns ett behov, även framöver, att ha en kombination av att driva detta utanför och i linjen för detta område; linjen behöver stöd utifrån.

*Äh, egentligen ligger det ju som ett projekt. Även om det är så att jag har lagt det i linjen. Men vad jag menar, när jag svarar som jag gör, det är ju därför att det här bygger ju på, jag säger ändå, på korta pengar. (212-1)*

## 1.3. Syn på ansvar

---

I detta avsnitt beskrivs först kategorier av uttalanden år 2013 om chefers syn på ansvar för sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning. Sedan jämförs detta med chefers syn på ansvaret i baslinjemätningen 2007. Då jämförs även resultat från bedömningsfrågor 2007 respektive 2013. Sist beskrivs uttalanden om syn på läkares ansvar när det gäller sjukskrivningsfrågor.

### 1.3.1. Syn på chefers ansvar

---

När cheferna tillfrågades om sin syn på det egna ansvaret för sjukskrivningsfrågan framgick det tydligt att man på samtliga nivåer nu såg sjukskrivningshanteringen som ett ansvar för cheferna i linjeorganisationen.

Samtliga landstingsdirektörer beskrev att de hade delegerat arbetet med att förbättra sjukskrivningsprocessen till hälso- och sjukvårdsdirektören eller motsvarande chef på nivå 2. Det var dock tydligt att de såg sig själva som ytterst ansvariga för sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning.

*Jag [har] hela verkställighetsansvaret. // Det är en väldigt tydlig besluts- och ansvars konstruktion som gör att jag kan väl säga, att jag bär hela ansvaret. Sedan har jag i min tur lagt över det kanske till sjukvårdschefen, men det är ingen tvekan om var gränssnittet finns mellan förtroendevalda och organisationen i övrigt. Och här är det ingen tvekan vem som har ansvaret i nästa steg efter mig. (1, 13)*

*Jag är ytterst ansvarig för att det ska fungera. (1, 37)*

Flera landstingsdirektörer beskrev också sitt ansvar för sjukskrivningsfrågan mer specifikt, som ett ansvar att följa lagar och förordningar, bidra till god vård, det samhällsekonomiska ansvaret, samverka med andra aktörer samt ansvaret för strukturer, utfall, resultat och ledningssystem i den egna organisationen.

*Mitt ansvar i ledning och styrning tycker jag är att vi har ett adekvat medicinskt omhändertagande av våra patienter, och det är ju det att i det medicinska omhändertagandet så ingår det att ta ställning till huruvida patienten kan återgå i arbete eller inte. (1, 36)*

*Mitt ansvar är att se till dels att vi följer // lagar och förordningar och riktlinjer och vad det nu kan vara för någonting. Det andra i mitt ansvar det är ju att bidra till att den enskilde får en så bra vård som möjligt. // Sedan finns det ju ett tredje ansvar, som är viktigt att upprätthålla också, och det är ju det samhällsekonomiska ansvaret, att felaktiga sjukskrivningar det leder ju inte bara till individuell smärta på olika sätt utan det leder också till ökade samhällskostnader. (1, 1)*

*Ja, jag måste se till och ansvara för att integreringen av sjukskrivningsprocessen fortsätter i vårt ledningssystem och att den har en betydande plats där. (1,17)*

*Jag har ju det övergripande ansvaret för det, som ligger inom landstingets verksamhet att se till att det fungerar så väl som möjligt, och samtidigt har jag ju ett stort ansvar för att vi har bra samverkan med andra parter som Försäkringskassan och andra. (1, 35)*

Bland landstingsdirektörerna beskrevs även linjeorganisationens ansvar i mer generella termer:

*Sett ur ett lednings- och styrningsperspektiv så kan jag säga att sjukskrivningsprocessen och även kopplingen till sjukskrivningsmiljarden är en strategisk ledningsfråga för mig och i vår organisation. Det har den nivån. Det också med bakgrund till att för att åstadkomma förändringar och fortsätta förbättringar inom området så måste det här gå inom linjeorganisationen inom hälso- och sjukvården. Det är min bedömning så att säga, att det är viktigt att det också är en chefsfråga, även om det ju också naturligtvis är en professionsfråga. Men för att åstadkomma förändringar så är det ett ansvar för linjeorganisationerna att verka för det. (1, 19)*

Även cheferna på nivå 2 såg det som sitt ansvar att leda och styra hanteringen av patienters sjukskrivning. Två sätt att beskriva ansvaret framkom i analysen; dels i termer av ansvaret att utföra det uppdrag man fått i organisationen, dels i termer av det ansvar man upplevde sig ha gentemot verksamheterna.

När det gällde ansvar baserat i det uppdrag chefer fått från överordnade nivåer hänvisade nivå 2-cheferna till uppdraget att som tjänsteman tillgodose det som den politiska ledningen beslutat, att följa landstingsövergripande policys och riktlinjer och att vara ett stöd till landstingsdirektören.

*Som jag ser det, jag ser att mitt ansvar är att se till att de landstingsövergripande policys och riktlinjer som finns på området implementeras i vår organisation och tas in i vårt ledningssystem. Och att vi sedan då följer upp det. (231\_2)*

*Jag har ju formellt som sjukvårdsdirektör ett övergripande ansvar, som egentligen handlar om att jag ska verkställa och säkerställa de politiska beslut som har tagits kring att ge medborgarna en god, tillgänglig och säker vård i länet, att det verkställs. På det sättet känner jag ju mitt ansvar som stort och brett. (218\_1)*

*Mitt ansvar är inte så, det tycker jag inte är något problem för jag har ju min organisation, mitt uppdrag. (219\_2)*

Man beskrev också ett totalansvar för sjukskrivningsprocessen som en del av vård och behandling.

*Jag tycker, som jag började med, att sjukskrivningsprocessen är en del i vård och behandling och så länge jag representerar vårdgivaren, så ingår det i mitt ansvar att vi har korrekta sjukintyg. (212\_2)*

*Ja, jag ser väldigt tydligt att jag ställer upp krav till vårdgivarna, som jag sade, via avtal och i kunskapsstyrning, där vi har det ansvaret i landstinget att förmedla kunskap och så. (21\_1)*

När det gällde ansvaret gentemot verksamheterna beskrev cheferna på nivå 2 detta i termer av ansvar att tillgodose verksamheternas behov, att skapa förutsättningar för verksamheterna att lösa uppgiften, att ge stöd och att på de sätt som krävs se till att sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning fungerar optimalt.

*Det är självklart att det ligger i mitt ansvar, och att jag ser till att ordna så att vi kan få verkstad i det ute och att medarbetarna får utbildning och kunskap om hur man hanterar sjukskrivningsprocessen, så att den blir bra i slutändan för patienterna. (217\_1)*

*Jag ser på mitt ansvar som att jag har en skyldighet att se till att mina verksamhetschefer kan göra ett vettigt jobb. De har ju sina ansvarsområden tydligt reglerade i hälso- och sjukvårdslagen egentligen. (220\_1)*

Ett fåtal chefer på nivå 2 beskrev också sitt ansvar i termer av ett ansvar som delades med Försäkringskassan. Nedanstående chef nämnde även arbetsgivares ansvar och avser möjligen även sitt eget ansvar som arbetsgivare.

*Jag har ett ansvar för att vi ska ha god kvalitet i våra processer i primärvården och där är sjukskrivningsprocessen en viktig sådan process, där vi är så att säga en delaktör i detta tillsammans med Försäkringskassan. (214\_2)*

Cheferna på nivå 2 talade också om verksamhetschefernas ansvar. Det beskrevs i termer av att verksamhetscheferna hade ett totalansvar för verksamheten, ett ansvar att leva upp till avtalade krav, att säkra kompetens och förutsättningar hos personalen samt att följa upp och hantera avvikelser.

*Varje verksamhetschef har ju ett ansvar för att sjukskrivningsprocessen, som ett led i vård och behandling, ska fungera precis som annan vård och behandling måste fungera. (212\_2)*

*Verksamhetschefen ansvarar ju, det är den enda befattningen som egentligen är reglerad i författningen väldigt tydligt. // Då ansvarar man ju för att se till så att kompetensen finns, att man följer upp och ser är det någon, som har ett avvikande beteende, varför, är det inte tillräckligt mycket kunskap eller är det någonting annat som fallerar. Så jag tycker inte att jag har sett att man ska behandla sjukskrivning på något annat sätt än när det handlar om övrig verksamhet, som handlar om legitimerade personers yrkesutövande. (213\_1)*

*Varje läkare har ett eget ansvar, men det är ändå så att det är verksamhetschefen som har liksom att leda och lägga upp verksamheten på ett sådant sätt att det är möjligt för den enskilde läkaren att arbeta på det sätt som vi förutsätter. (232\_1)*

*Ibland så har inte verksamhetschefen alla verktygen i sin verktyglåda, och då tror jag att man måste ha respekt för att om det är så att de inte kan fixa sina uppdrag så beror det nog inte på illvilja utan det kan vara att de saknar resurser. Då är det verksamhetschefens uppgift, som jag ser, att lyfta en fråga och ställa den då en trappa upp. (234\_3)*

Mer specifika uttalanden om ansvar handlar om att ha ett lokalt ledningssystem, som bland annat innehåller en policy och rutiner för att kompetens finns och för hur arbetet utförs.

*[Verksamhetscheferna] har ju ett totalansvar för den operativa verksamheten. Deras ansvar det är att ha ett lokalt ledningssystem, som dockar i vårt gemensamma så att säga. Det är ju där, på verksamhetsnivå, som de här behoven uppstår, t.ex. av utbildningsinsatser eller av samverkansformer kring patienter och Försäkringskassa. (21\_2)*

Nästan samtliga verksamhetschefer beskrev att de hade ett ansvar för frågan.

*Ja, det är som allt annat, i och med att jag är verksamhetschef, då har jag ju ansvar för alltihop. (331\_1)*

*Jag är inte medicinskt ansvarig, men jag har ju ansvaret för patientsäkerheten, och jag ansvarar för jättemycket naturligtvis på vårdcentralen för verksamheten och även när det gäller hur mina läkare arbetar med sjukskrivningar. (310\_2)*

*Jag har ansvar för detta. Regiondirektören har tydligt klargjort hur ansvarsfördelningen ser ut i en skrivelse ut till alla förvaltningscheferna. Det är verksamhetschefens ansvar att se till så det här fungerar ute på klinikerna. (310\_6)*

*Jag har ett ansvar att se till att de författningarna och anvisningarna då som kommer ska följas och det gäller även då, det gäller allt mellan himmel och jord inklusive sjukskrivningar. // Verksamhetschefen är ansvarig för allt. (331\_3)*

Verksamhetscheferna beskrev att de har ett ansvar för att det finns klara och tillgängliga rutiner och riktlinjer och för att informera om de dokument och regler som finns. Uttalanden beskriver också ansvar för att säkra att det finns en policy eller rutiner för hantering av sjukskrivningsärenden, handläggningsrutiner och att dessa följs.

*Jag känner det som ett stort ansvar att det ska flyta på och följa, att vi följer reglerna och att patienterna är nöjda samtidigt. (320\_3)*

*Min roll är att det ska finnas klara rutiner och riktlinjer för doktorerna hur man hanterar sjukskrivning, kontakt med Försäkringskassan, har återkommande möten med Försäkringskassan på plats i hela läkargruppen, tar hit försäkringsläkaren vid behov. Och när det gäller själva sjukskrivningen och sjukskrivningsprocessen så – jag lägger mig inte i så mycket så att säga vad sjukskrivningen är på, eftersom jag inte är läkare heller, så lägger jag mig inte i det. Men däremot att de ska ha en snabb hantering, när de kommer för att de ska komplettera intyg, så är det nödvändigt att göra det omgående, eventuellt med ett läkarbesök för att förstärka ev. behov och så där. Det är vad jag styr med så att säga. (331\_4)*

*Att man följer de riktlinjer, som jag har lagt upp i vår sjukskrivningspolicy, så finns den och att den också är känd så att säga. (331\_9)*

Några, särskilt bland verksamhetscheferna, nämnde som en del av sitt ansvar att föra upp problem eller frågor som inte enbart kan hanteras i den egna verksamheten, till överordnad chef eller inom läkarspecialiteten.

Verksamhetscheferna fick också frågan om hur de såg på sin närmast överordnade chefs ansvar. Hälften av verksamhetscheferna gjorde uttalanden som indikerade att de ansåg att närmaste chefen har ett ansvar. Ansvaret beskrevs dock ofta som delegerat till verksamhetsnivå.

*Ja, det är ju ett delegerat ansvar, jag menar hen är ju inte delaktig i det här arbetet. // Vi har ju en strategisk plan, vi har ju våra mål och dem ska vi naturligtvis följa och det är ju hen naturligtvis väldigt ansvarig för, att det följs. (310\_2)*

*Jaha, hen ska väl se till att jag sköter mig och följer de riktlinjerna som vi har. Om hen har ett direkt ansvar för mig, det vet jag inte. (339\_6)*

Knappt en fjärdedel svarade att de inte ansåg att den närmast överordnade chefen hade något ansvar, och en dryg fjärdedel gjorde uttalanden som indikerade att de uppfattade att närmaste chef lämnat över frågan helt.

*Ja, det har inte slagit mig att den närmsta chefen skulle ha ansvaret för sjukskrivningsfrågor. (333\_3)*

*Nej, jag ser inte att hen har något större ansvar faktiskt. Nej. (331\_4)*

När det gällde *möjligheten att utöva ansvar* beskrev de allra flesta att de hade möjlighet att göra detta. Uttalanden om begränsningar återfanns framförallt på nivå 3, det vill säga bland verksamhetschefer.

*Vi skulle hitta bättre rapporteringssystem än vad vi har idag och få veta mer kontinuerligt, hur ser det ut, hur många sjukskrivna har vi. Jag ska inte behöva som chef heller sitta och statistikdyka och räkna själv. (320\_4)*

En central del i chefs ansvar beskrevs som att se till att det finns förutsättningar för andra att göra ett optimalt arbete med sjukskrivningar; se mer om detta på sidan 94.

### 1.3.2. Förändring från 2007 i syn på chefs ansvar

---

I baslinjestudien år 2007 framkom tydliga skillnader mellan chefsnivåerna när det gällde synen på chefs ansvar för att leda och styra sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Då ansåg två tredjedelar av landstingsdirektörerna att ansvaret låg hos dem själva och hos underställda chefer i linjeorganisationen, och de betonade vikten av att arbeta via cheferna i linjen, på alla nivåer. En tredjedel beskrev dock ett begränsat eller oklart ansvar för cheferna när det gällde hur sjukvården hanterar patienters sjukskrivning, och ansvaret för att arbeta med frågan lades ofta utanför chefslinjen. En vanlig strategi



bland landstingsdirektörerna var till exempel att lägga ansvaret för frågor som rörde sjukskrivningshantering direkt hos läkargruppen [182].

År 2007 uppgav drygt hälften av cheferna på nivå 2 att de fått ett uppdrag i frågan och att de arbetade aktivt med sjukskrivningsprocessen. Nära hälften av cheferna på nivå 2 beskrev dock att de i sin organisation inte alls eller i liten utsträckning arbetade med hantering av patienters sjukskrivning. Flera chefer uppfattade att ledning och styrning av detta framför allt handlade om att styra enskilda läkares arbete, det vill säga de ansåg inte att aspekter som strategier för kompetensutveckling, samverkan, kvalitetssäkring etcetera låg inom deras ansvarsområde. Flera chefer på nivå 2 uttryckte också en tveksamhet om var gränsen mellan chefers och läkares ansvar egentligen låg när det gällde sjukvårdens hantering av patienters sjukskrivning.

År 2007 beskrev majoriteten av verksamhetscheferna att de i sin roll visserligen hade ett ansvar även när det gällde sjukskrivningsfrågan, men de flesta beskrev också att de av olika anledningar inte tog det ansvaret.

Som framgår ovan, visade analysen av chefernas uttalanden år 2013 att de intervjuade cheferna såg det som sitt ansvar att leda och styra arbetet med patienters sjukskrivning i organisationen. Detta gäller alla chefer på alla nivåer, med något undantag för nivå 3. Detta är alltså en stor förändring från år 2007, även med hänsyn tagen till att bortfallet är större på nivå 3 och att bortfallet kan vara selekterat i relation till syn på ansvar för sjukskrivningsfrågan.

#### 1.3.2.1. Sjukskrivningsfrågan på agendan?

Liksom i baslinjestudien har några bedömningsfrågor ställts till materialet. Nedan jämförs resultaten från dem med motsvarande resultat från 2007.

Ett mått på hur chefer tar sitt ansvar är i vilken utsträckning sjukskrivningsfrågan finns på agendan i den intervjuade chefens egen ledningsgrupp. År 2013 ansåg nästan samtliga landstingsdirektörer att det var viktigt att frågan om patienters sjukskrivning finns på agendan och att det fanns forum och arenor för att diskutera frågan. Majoriteten av dem uppgav att frågan diskuterades i deras ledningsgrupp ett par gånger per år.

*På den nivån, nu pratar vi ju koncernledningen, som jag själv då leder, så är frågan om sjukskrivningsmiljarden uppe ja varannan månad åtminstone för avstämning och diskussion, prioriteringar, så att det är ändå förhållandevis ofta. (1, 21)*

De allra flesta cheferna på nivå 2 uppgav att frågan regelbundet är på agendan i den egna ledningsgruppen, som en del av generell uppföljning eller vid översyn av ledningssystemet. Intervallen som angavs varierar från en gång per månad till en gång per år. I de fall där den intervjuade chefen leder en stabsenhet var frågan uppe oftare.

*Jag har en ledningsgrupp för min avdelning också och där kan man säga att vi stämmer ju av på månadsbasis hur vi så att säga hanterar våra olika uppdrag, där detta är ett av dem. (211\_1)*

Endast ett fåtal verksamhetschefer (nivå 3) nämnde att frågan fanns på ledningsgruppens agenda, och då som svar på en explicit fråga.

*[I] den [ledningsgrupp] jag leder, har vi ju haft det uppe i, och det har ju med den representation vi har och den sjukskrivnings- och koordinatorsfunktion vi har, och det ingår ju i rutinerna på kliniken att lyssna av och diskutera verksamheten. Och det är en liten del av verksamheten. Men den kommer ju upp då och då, det gör den. (337\_2)*

*Inte mer än att vi har sjukskrivningskoordinator och vad har ni gått igenom [om] detta och hur är det på andra ställen, så visst är det uppe när det har varit möte. Det är det ju. Två gånger per termin är det nog. (339\_6)*

I Tabell 5 redovisas resultat av bedömningen av huruvida de intervjuade cheferna har sjukskrivningsfrågan på agendan i den ledningsgrupp chefen själv leder. Det framgår att på nivå 3 är det en tydlig skillnad mellan de två åren 2007 och 2013; år 2007 bedömdes 3 % av verksamhetscheferna ha sjukskrivningsfrågor på agendan i sin ledningsgrupp, men 2013 hade den siffran ökat till 82 %. Även vid beaktande av att det var en stor andel, 45 %, som detta *inte* framgick för, var andelen större – och andelen ”Nej” var tydligt mindre. Även på nivå 2 är det en tydlig ökning.

Tabell 5. Andel chefer på respektive chefsnivå som bedöms ha sjukskrivningsfrågan uppe i den grupp chefen själv leder: 2013 respektive 2007

	2013			2007		
	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
<b>Ja</b>	88	78	82	94	40	3
<b>Nej</b>	6	0	14	0	9	52
<b>Framgår ej</b>	6	22	4	6	51	45

### 1.3.2.2. Prioriteras sjukskrivningsfrågan?

Ett annat mått på hur chefer utövar sitt ansvar är i vilken utsträckning man prioriterar sjukskrivningsfrågan i den egna verksamheten. Nedan presenteras en bedömning av detta (Tabell 6). Även här är andelen chefer på nivå 3 och 2 som bedömts ge sjukskrivningsfrågan prioritet större 2013 än 2007. Störst är skillnaden på nivå 3.

*I mitt landstingsdirektörsarbete, så kan jag säga då, att det här är ju ingen fråga som jag har fokus på i mitt arbete. Utan det är en del av våra linjeorganisationer i det här, som hälso- och sjukvårdsdirektören leder. Detta är inte en utav de 5-6 fokusfrågor som jag har direkt inpå mig för tillfället. (1, 14)*

Tabell 6. Chefen bedöms ge sjukskrivningsfrågan prioritet, per chefsnivå: 2013 respektive 2007.

	2013			2007		
	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3
<b>Ja</b>	62	76	64	89	43	14
<b>Nej</b>	25	12	23	6	34	72
<b>Oklart</b>	13	12	14	6	23	14

### 1.3.2.3. Stöd från egen chef

Cheferna på nivå 2 och 3 tillfrågades också om vilket stöd de upplevde från närmast överordnad chef när det gäller ledning och styrning av patienters sjukskrivning. På nivå 2 nämndes då ofta att man fick ett formellt stöd för arbetet med sjukskrivningsfrågan i form av tydliga uppdrag, överenskommelser, planer och resurser, samt genom överordnad chefs hantering av frågorna gentemot den politiska ledningen. Flera nämnde också chefs

tillgänglighet som ett stöd och beskrev att man förde diskussioner om generella frågor kring patientsäkerhet, jämlik vård etcetera.

*Jag har en delegation som gör att jag är ansvarig för verkställigheten och ledning och styrning av hela hälso- och sjukvården så att på det viset så är det ju jag som är ansvarig, men vi jobbar ju väldigt tight ihop, för vi är inte ett så stort landsting. // Jag upplever ju att jag personligen har ett starkt stöd så fort jag behöver utav landstingsdirektören. (213\_1)*

En chef beskrev generell ledarkompetens som det mest värdefulla stödet.

*Hen är en väldigt duktig organisatör, hen är väldigt duktig att leda stora organisationer, så att jag tror nog att jag får det stöd jag behöver. (218\_1)*

Som framgår av Tabell 7 fanns det chefer på nivå 2 som inte upplevde stöd från närmaste chef eller där det inte framgick av intervjun om sådant stöd fanns. Några chefer menade att stödet främst finns på kollegial nivå, i gruppen av chefer på samma nivå.

På nivå 3 handlade stödet från närmaste chef främst om att skapa förutsättningar, följa upp och få stöd.

*Jag uppfattar att det finns ett väldigt gott stöd. Det här är ju ett problem som är aktuellt för de kirurgiska specialiteterna också. (310\_5)*

*Jag har väldigt bra stöd av hen för hen driver kraftfullt den här värdegrunden och vi får väldigt mycket feedback på vissa av våra tunga psykiatriska uppdrag. // I förlängningen är det ju patientgrupper, som är stora sjukskrivningskonsumenter. (339\_1)*

*Min närmsta chef, hen är intresserad av statistik, så hen skulle nog titta på statistiken och hade vi dålig statistik så skulle hen nog säga: "Behöver du hjälp?" (320\_4)*

Andelen chefer som bedömdes ha stöd från sin närmaste chef i arbetet med att leda och styra hantering av patienters sjukskrivning var båda åren större på nivå 2 än nivå 3. På båda chefsnivåerna var det en större andel år 2013 än 2007 som bedömdes ha sådant stöd (Tabell 7).

Tabell 7. Bedömning av huruvida den intervjuade chefen har stöd från sin egen chef när det gäller ledning och styrning av sjukskrivningsfrågan: år 2013 respektive 2007

	2013			2007		
	Totalt <sup>1</sup> (n=56) %	Nivå 2 (n=34) %	Nivå 3 (n=22) %	Totalt <sup>1</sup> (n=64) %	Nivå 2 (n=35) %	Nivå 3 (n=29) %
<b>Ja</b>	59	73	36	33	51	10
<b>Nej</b>	20	6	41	42	17	72
<b>Oklart</b>	21	21	23	25	31	17

1. Frågan ej aktuell för landstingsdirektörer; då de inte har en chef

### 1.3.3. Syn på läkares ansvar

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen och några av chefernas uttalanden om ansvar handlade om läkares ansvar. På samtliga nivåer framhöll många av cheferna läkares ansvar för den medicinska bedömningen och för att skriva korrekta intyg. Flera betonade också läkares helhetsansvar för behandlingen av patienten. Andra betonade läkares ansvar för att förstå och ta sin roll i sjukskrivningsprocessen, i förhållande till andra läkare, annan vårdpersonal och Försäkringskassan. Läkaren ansågs ha ett stort ansvar

för att ta rätt kontakter, för att engagera sig i sjukskrivningsarbetet samt för att hjälpa patienten förstå systemet och sitt ansvar i processen. Ansvaret för att arbeta i enlighet med verksamhetens riktlinjer betonades, med varierande eftertryck.

*Det är en del av vård och behandling, så läkaren har lika mycket ansvar för den som att skriva ut penicillin eller något annat. (212\_2)*

*[Läkare] har ju samma ansvar i den frågan som de har i andra delar, att det handlar om att liksom utöva sitt yrke och sin uppgift på ett korrekt sätt och respekterande, när det ju är det här med en god och lika vård som är grunden. Då spelar det ingen roll om det är kring ett läkemedel eller behandlingsmetod eller sjukskrivning. (234\_1)*

*Läkarna har ett ansvar att sjukskriva rätt, vilket är väldigt svårt och som kanske blir lite enklare nu med de här riktlinjerna som finns. (237\_2)*

*Utifrån den här standardiserade tanken så måste du ändå kunna göra individuella bedömningar och det kräver ju då att du engagerar dig. (210\_2)*

I några fall berördes också läkarens ansvar för att bidra till att förbättra verksamhetens arbetssätt.

*Ja, deras ansvar är ju att hantera, dels har de ju ett ansvar att hålla sig uppdaterade och lära sig verktyget eller verktygen, kunskaperna om hur man gör och att genomföra de enskilda bedömningarna, men också ta del av den uppföljning som kan finnas kring det här hur man jobbar och eventuellt korrigera hur man jobbar på enheten eller hur man jobbar själv kring det här. (221\_1)*

Samtidigt betonades att läkarens roll och ansvar när det gäller sjukskrivning nu blivit tydligare, vilket underlättar arbetet med sjukskrivningar.

*Nu har det pratats så mycket om alla yrken, att läkarens roll är bara att göra de medicinska bedömningarna utifrån sjukdom och att inte ta på sig det här med att det är de som avgör om man får pengar eller inte. Den debatten, det har ju underlättat väldigt mycket också. // [Läkarens roll] är mycket tydligare idag än vad det var för några år sedan. (339\_6)*

Både på nivå 2 och 3 framkom även viss osäkerhet eller otydlighet i ansvarsfrågan gentemot läkarens ansvar. Flera verksamhetschefer (nivå 3) beskrev också svårigheter i gränsdragningen mellan chefers ansvar och läkares ansvar, vilket påverkar deras möjlighet att utöva sitt chefsansvar när det gäller sjukskrivningshantering, till exempel när det gäller att följa upp i vilken utsträckning organisationens rutiner och riktlinjer efterlevs. Ibland upplevdes oklarheter i ansvarsfördelningen mellan verksamhetschefen och den medicinskt ledningsansvarige när det gäller denna fråga.

*Som verksamhetschef så har man ju ett ansvar för hela verksamheten, men det är ju inte helt tydligt att verksamhetschefsansvaret omfattar sjukskrivningsfrågorna. Däremot så ska vi säkerställa att vi gör rätt sjukskrivningar i sjukvården och att vi inte bidrar till att sjukskriva i någon slags onödig omfattning eller att det får inte vara fråga om att sjukskriva, fast personen inte är sjuk. Därför handlar det mer om att föra en dialog med läkargrupperna kring sjukskrivningsfrågorna. (219\_1)*

*Jag kan vara en facilitator för att på något vis skapa förutsättningar för att det här ska vi göra och jag kan prata mig varm för frågan, men jag har väldigt svårt att styra därför att detta är ett medicinskt beslut och det kan jag inte lägga mig i. (214\_2)*

*Jag ska inte gå in och styra i de enskilda fallen. Jag kan vara med och påverka hur man samarbetar kring sjukskrivning. (320\_5)*

## Sammanfattning

---

Många, särskilt på nivå 1, leder och styr sjukskrivningsfrågor på liknande sätt som andra frågor inom hälso- och sjukvården. Sjukskrivningsfrågor ligger alltmer i linjen, men inte fullt ut. Det var vanligt att ha olika typer av stöd till linjen via projektorganisation samt expertkompetens, vilket beskrevs som fruktbart och ibland även som nödvändigt. Flera olika strategier att leda och styra arbetet med patienters sjukskrivning beskrevs. Andelen chefer som nämnde ledningssystem som en sådan strategi minskar successivt med chefsnivå.

En tydlig förändring gentemot baslinjestudien 2007 var att chefer på alla nivåer nu ansåg sig ha ett eget ansvar när det gäller ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning och för att hålla en god kvalitet på verksamheten kring detta. Samtidigt var det tydligt att sjukskrivningsfrågan inte hade högsta prioritet i verksamheten och ibland förekom den sparsamt på agendan. Flera framgångsrika strategier beskrevs. De handlade om god samverkan med externa aktörer, att vara mycket konkret i sitt stöd till verksamheterna, att välja ”rätt” person eller ”eldsjälar” som ges uppdrag att driva frågan, liksom vikten av att själv vara uthållig och ihärdig i att driva frågan. Samtidigt framkom flera utmaningar, vilket illustreras av följande citat från en verksamhetschef:

*Som du hör så är jag väldigt medveten och hela vår ledningsgrupp är väldigt medveten, och vi har jobbat utifrån det här väldigt länge. Ändå är jag förfärad över hur svårt det är att få ett systematiserat genomslag i verksamheten, så att man på ett självklart sätt arbetar utifrån de tankar, som jag har beskrivit. (339-1)*

## 2. Ledning och styrning av specifika områden

---

I det här avsnittet presenteras resultaten inom temat ”ledning och styrning av specifika områden”. Resultaten kommer nedan att presenteras uppdelat på sex kategorier. Dels ledning och styrning inom fyra kategorier som beskrivs i sjukskrivningsmiljarden (samverkan, kompetens, jämställd sjukskrivning samt kunskapsgenerering), dels ledning och styrning inom kategorierna ”kvalitetssäkring” och ”administrativa förutsättningar”. De två senare kategorierna speglar en annan dimension inom temat och berör snarare möjligheten att nå resultat inom de fyra andra kategorierna.

### 2.1. Samverkan

---

Intervjuerna med cheferna innehöll specifika frågor om samverkan, dels om samverkan externt med aktörer utanför hälso- och sjukvården, dels om samverkan internt inom hälso- och sjukvården. Flera chefer beskrev också spontant olika aspekter av samverkan, framför allt med Försäkringskassan, i samband med andra frågor under intervjuerna. Resultaten redovisas nedan inom de två subkategorierna extern respektive intern samverkan (Tabell 8).

Genomgående inom kategorin samverkan var dock att chefernas uttalanden framförallt handlade om former för samverkan och vad man samverkar om, snarare än om ledning och styrning av samverkan. Ett exempel på ett uttalande som handlade mer om ledning och styrning av samverkan ges här:

*Min roll är att det ska finnas klara rutiner och riktlinjer för doktorerna hur man hanterar sjukskrivning, kontakt med Försäkringskassan, har återkommande möten med Försäkringskassan på plats i hela läkargruppen, tar hit försäkringsläkaren vid behov. Och när det gäller själva sjukskrivningen och sjukskrivningsprocessen så – jag lägger mig inte i så mycket så att säga vad sjukskrivningen är på, eftersom jag inte är läkare heller, så lägger jag mig inte i det. Men däremot att de ska ha en snabb hantering, när de kommer för att de ska komplettera intyg, så är det nödvändigt att göra det omgående, eventuellt med ett läkarbesök för att förstärka ev behov och så där. (331\_4)*

Resultatet indikerar också att ansvaret för samverkan på nivå 2 oftare hade lagts på en nivå 2-chef inom primärvården än inom sjukhusvården.

Tabell 8. Subkategorier och grupper inom kategorin ”samverkan” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden”

Extern samverkan	Intern samverkan
Former för samverkan	Former för samverkan
Utmaningar	Utmaningar

De uttalanden som rörde samverkan kring kompetens och kompetensutveckling berörs även i avsnittet om kompetens, på sidan 62.

## 2.1.1. Extern samverkan

### 2.1.1.1. Samverkansformer

För de allra flesta av cheferna framstod samverkan med externa parter som ett viktigt område där de antingen utvecklat eller fortfarande höll på att ta fram överenskommelser och arbetsformer. Framför allt gällde detta Försäkringskassan. Chefer på samtliga tre nivåer beskrev samverkan på landstings- eller regionnivå eller för delar av regioner. Andra externa aktörer som man talade om samverkan med på en övergripande nivå är Arbetsförmedlingen, socialtjänsten, kommuner och någon gång även arbetsgivare. I några fall var samverkansformerna etablerade sedan långt tillbaka, till exempel i form av principöverenskommelser med Försäkringskassan; för andra var detta relativt nytt.

Uttalandena handlade om att det fanns etablerade forum för regelbunden kontakt, till exempel i form av försäkringsmedicinska nätverk, styrgrupper, sjukskrivningskommittéer, ’sjukskrivningsprojekt’, Försäkringsmedicinskt forum, samordningsförbund eller landstingsövergripande gemensamma projekt.

Tyngdpunkten i samverkan i dessa specifika forum låg på planering och överenskommelser om framförallt utbildningssatsningar, kring gemensamma projekt, kring former för samarbete i den operativa verksamheten kring enskilda patienter samt former för uppföljning. Projekt som nämndes handlade bland annat om förbättrad hantering av vissa patientgrupper. Några av dessa övergripande former för samverkan mellan chefer från olika organisationer hade inte fokus på sjukskrivning, men det nämndes att sjukskrivningsfrågor kom upp.

*Övergripande så har vi ju möten, både mellan kommunerna, vi divisionschefer // med socialchefer och de delarna. Det är inte så mycket riktat till sjukskrivning, men vi har ändå valt att lyfta det någon gång där. (217\_2)*

*Alltså vi sköter egentligen all samverkan med, ja det är framför allt med [Försäkrings]kassan då i sjukskrivningsprojektet, där de sitter med i styrgruppen. Och numera sitter även Arbetsförmedlingen med, där vi tyckte efter några år, att det är en brist att inte Arbetsförmedlingen är med. För många gånger går de här frågorna hand i hand. (219\_1)*

*Försäkringskassan är en given part, och där har vi // en kontaktperson inom Försäkringskassan som vi jobbar väldigt close med och som finns med på i princip alla styrgruppsammansattnader. Vi har återkommande och täta kontakter med // Försäkringskassans regionkontor eller vad det kan tänkas heta. De har varit här både på inspektion och har varit med på sammanträden. // Sedan har vi, och då är vi inte direkt inne bara på sjukskrivning, men det är ju i sjukskrivningsbesläktade områden, så har vi ett ganska väl utformat nät med olika samverkansformer i regionen. (238\_1)*

Samverkan på verksamhetsnivå föreföll också vara etablerad inom samtliga landsting men i mycket varierande grad. På nivå 3 förekom att chefer samverkade med Försäkringskassan, både på högre strukturell nivå och genom etablerad samverkan i det dagliga arbetet kring specifika patienter.

*Vi har ett nytt samverkansavtal på gång, som vi ska skriva med Försäkringskassan, som är nyligen framtaget av mig. Där vi markerar våra satsningar i överenskommelse med Försäkringskassan. (310\_6)*

*Ja, vi har kontinuerliga möten med Försäkringskassan i vardagslunken i organisationen och så har vi då övergripande möten mellan mig och företrädare för Försäkringskassan, enhetscheferna, Arbetsförmedlingen där vi diskuterar hur ska vi göra på systemnivå. (339\_1)*

Många uttalanden om samverkan på verksamhetsnivå innehöll konkreta exempel på hur samverkan går till i praktiken i den egna verksamheten. Sådana uttalanden kom främst från verksamhetschefer, men även från nivå 2.

*Ja, vi har lite utarbetade rutiner faktiskt. Och vi håller på att se över dem för de har inte varit riktigt så effektiva. Så vi tittar i sjukskrivningen, alltså utifrån vår sjukskrivningsstatistik för att identifiera personer, som är sjukskrivna lite längre. Där har vi rutiner för att hitta personerna. Sedan har vi då varje vecka ett sjukskrivningsteam som har möte där vi då är läkare, en koordinator, sjukgymnast, arbetsterapeut, distriktssköterska som är med. Men vi har också kontinuerliga träffar med Försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Sedan så har vi ganska bra rutiner runt själva mötesformen. (320\_4)*

De områden som samverkan gällde var framförallt kunskapsöverföring och utbildning, samarbete kring enskilda patienter, former för samverkan och förbättring av samverkan samt gemensam uppföljning. Uppföljningen handlade om att gemensamt följa upp arbetet genom sjukskrivningsstatistik som Försäkringskassan tillhandahöll, men även om intygens kvalitet och hanteringen av dessa. Former för samverkan handlade bland annat om att utarbeta rutiner för när och hur kontakt ska initieras i de fall en patients sjukskrivning kan förväntas innebära olika typer av problem.

*På de här gemensamma träffarna med Försäkringskassan, där vi kanske kommer med 4-5 personer från varje organisation och diskuterar varför ser det ut som det gör, vad kan vi göra, vad behöver vi för att det här ska bli bättre. Då vill jag betona, att det handlar ju inte bara om att minska sjukskrivningarna, eftersom det kan vara en del, men att få en så bra kvalitet på hela processen och naturligtvis komma in tidigt med rehabiliteringsinsatser och liknande. (212\_2)*

Flera chefer på nivå 3 beskrev att de hade en etablerad samverkan i form av regelbundna besök av representant/er från Försäkringskassan. Det kunde vara handläggare, kontaktperson eller försäkringsmedicinsk rådgivare<sup>3</sup> och besöken ägde rum med varierande

<sup>3</sup> Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare kallades tidigare försäkringsläkare och ännu längre tillbaka förtroendeläkare. Försäkringsmedicinska rådgivare är läkare med försäkringsmedicinsk kompetens och har, som namnet

frekvens; från mindre än en gång per år till en halv eller hel dag per vecka. Öppenvården föreföll ha betydligt mer av denna samverkan än sjukhusvården. Försäkringskassans representanter kunde vara inbjudna till möten med läkargruppen, till etablerade sjukskrivnings- eller rehabteam och/eller under sitt besök vara tillgängliga för hela personalstyrkan. Syftet med och innehåll i sådana regelbundna möten varierade från information om ändringar i regelverk till deltagande i rehab- och avstämningsmöten och hantering av uppkomna frågor och problem.

*Sedan har vi ett organiserat samarbete med Försäkringskassan på så sätt, att de kommer ut till oss en timme varannan vecka har vi folk på plats hos oss, där man kan gå direkt och diskutera hur man ska hantera komplexa frågeställningar och gråzonsfrågor. Då försöker vi i görligaste mån ha med patienten. Och vi gör också så att sjukskrivningen ska upprättas i en dialog med patienten i rummet. Den ska vara helt transparent. Patienten ska ha förstått varför den är sjukskriven. (339\_1)*

Uttalanden om samverkan på nivå 3 innehöll också konkreta exempel på hur samarbetet kunde underlättas genom enkla åtgärder som att se till att varje läkare har telefonnummer och e-postadress till en handläggare på Försäkringskassan.

Samverkan i utbildningssammanhang nämndes av många chefer (se även avsnitt Kompetens och kompetensutveckling, sidan 62). Personer från Försäkringskassan hade anlitats för att lägga upp och genomföra utbildningar. Sådan samverkan var vanligen inte etablerad som permanent, men har varit förekommit i relativt stor utsträckning under en period.

*Samarbete kring enskilda patienter* togs upp av flera chefer på nivå 2 och 3. Detta samarbete beskrevs som att representanter från Försäkringskassan deltog i så kallade resursteam för att hantera rehabiliteringsärenden och ansågs ha påverkat samarbetet kring sjukskrivning positivt. Flera chefer pekade på hur samarbetet kring enskilda patienter ökade förståelsen för varandras synsätt och roller i sjukskrivningsprocessen. Några chefer påpekade att denna samverkansform inte var ny, men att den tillämpats mer eller mindre under åren under åren. Den verkar nu vara etablerad inom flertalet verksamheter.

*Sedan har vi också börjat med att skapa direkta kontakter mellan Försäkringskassan och vårdcentralerna, där // en handläggare kommer ut till vårdcentralen och diskuterar olika fall. (214\_2)*

*Ja, internt har jag ju berättat om vårt resursteam, som vi har gemensamt med en annan vårdcentral med olika personalkategorier. Där man tittar på längre sjukskrivningar. // Försäkringskassan är också med i resursteamet så att där har vi en jättebra samverkan. // Enskilda patienter och där diskuterar man ju även, jag menar vi har ju tagit in Försäkringskassan i läkargruppen då och då, som ju påminner om det här med intygen och hur de ska skrivas på bästa sätt. (310\_2)*

*Så därför tror jag ändå att den här typen av statliga satsningar, att det faktiskt är, ja jag kan tycka att det här med sjukskrivning det var jättebra. Det har satt fart på saker och ting alltifrån de elektroniska intygen till höja kvalitén och på något sätt åter fått oss att diskutera med kassan igen, något som vi har tappat, det har ju funkant av och till genom åren egentligen. Men här har vi ju tappat bort varandra. Det känns tack vare koordinatören då som på vårdcentralen med nätverket att man har kommit en bit på väg. Det har blivit bättre. Och[Försäkrings]kassan säger ju samma sak när jag träffar dem i ska vi kalla det styrgruppen. Då tycker de att det här har hänt väldigt mycket positivt. (239\_2)*

---

antyder, i uppdrag att bistå såväl Försäkringskassans handläggare som hälso- och sjukvården med försäkringsmedicinsk kompetens. De intervjuade cheferna använde ofta begreppet "försäkringsläkare".



### 2.1.1.1.1. Samverkan utvecklas

Många uttalanden beskriver att förändring ägt rum, att man på olika sätt befinner sig i en positiv utveckling när det gäller samverkan med externa parter, men också att man har behov av att komma vidare. Några chefer pekade på vikten av att sådan samverkan tydligt etableras och sanktioneras på hög nivå.

*Det som har varit viktigast har varit den här tidiga samverkan på högsta ledningsnivå, som skapades just i aktanmälan mellan [Försäkrings]kassan, Arbetsförmedlingen och landstinget. Och utöver det, där jag har jobbat med liksom mängder med olika projekt så har det viktigaste varit att det hela tiden har följts upp // Det har ju varit också en väldigt god dialog för att få till det där. Det var mycket som var knöligt tidigare, hur får man till det bra med allt ifrån sjukintyg till insatser, strukturer för gemensamma möten för att diskutera patientärenden och gå vidare. Mycket, som sedan vidareutvecklades via samordningsmetoden. (24\_1)*

*Så därför tror jag ändå att den här typen av statliga satsningar, att det faktiskt är, ja jag kan tycka att det här med sjukskrivning det var jättebra. Det har satt fart på saker och ting alltifrån de elektroniska intygen till höja kvalitén och på något sätt åter fått oss att diskutera med kassan igen, något som vi har tappat, det har ju funkat av och till genom åren egentligen. Men här har vi ju tappat bort varandra. Det känns tack vare koordinatören då som på vårdcentralen med nätverket att man har kommit en bit på väg. Det har blivit bättre. Och [Försäkrings]kassan säger ju samma sak när jag träffar dem i ska vi kalla det styrgruppen. Då tycker de att det här har hänt väldigt mycket positivt. (239\_2)*

En positiv förändring hos Försäkringskassan och i attityderna mellan sjukvård och Försäkringskassan nämndes av flera chefer (se även avsnitt: B. Andra indikationer på förändring, sidan 111)

*Men jag känner att Försäkringskassan framför allt med sin nya ledning har intagit en mycket positivare hållning, som gör att det är lättare att samverka. Det finns en vilja och en ambition ifrån deras sida faktiskt att förenkla och jobba mer utvecklingsinriktat tillsammans med andra. Det har jättestor betydelse. (1, 34)*

*Det kan vara – det har blivit bättre sista året tycker jag – men det har varit lite grann att nu har primärvården sjukskrivit för många eller nu har det varit för dåliga underlag och sådant där, och sedan kan det i själva verket ha hängt på handläggarnivå på Försäkringskassan då, som har haft ett onödigt stann då i olika processer och det har drabbat individerna. (219\_2)*

*Man kanske förstår att det är en gemensam fråga mellan de här parterna mer än det var förr. (1, 32)*

Flera uttalanden handlar om att det nu finns en struktur för samverkan, men att det finns mycket kvar att göra innan den är fylld med innehåll. Andra pekar på specifika aspekter som kan förbättras, som till exempel att involvera fler aktörer eller att ett besvärande problem är på väg att lösas.

*En framgångsfaktor är ju strukturen, att man har struktur på det. Men en väldigt viktig del är ju att Försäkringskassan organiserar sig och har ett förhållningssätt som gör att vi kan komma i nära och tät dialog med dem. Det har att göra lite grann med deras alltså lokala, regionala struktur. I någon fas här så hade man svårt att hitta, vad ska vi säga, strukturer för att samverka med oss. // Jag uppfattade att de chefspersoner som fanns inom Försäkringskassan kom överens om att även om de inte hade, ska vi säga, formellt mandat att prata med andras geografiska områden, så hade man en så pass tät dialog så att man kunde företräda varandra. (1, 13)*

*Ja, vi har ett samverkansforum, alltså med Försäkringskassa och Arbetsförmedling och oss då, i de här frågorna. Det tätaste är mellan oss och Försäkringskassan. // Det finns fortfarande mycket kvar att utveckla, men där finns regelbundna träffar för detta. (235\_1)*

*Det är lite varierande geografiskt hur nära och hur väl man lyckas utveckla det här samarbetet lokalt. Men det finns överenskommelser och det finns ambitioner och det finns goda exempel. (221\_1)*

*Vi har ju hittills också haft en styrgrupp för det här projektet, där jag har varit ordförande // och så har vi haft någon mer ifrån Försäkringskassan. Men i linje med det här, så kommer vi också att lägga ner styrgruppen. För det var ju en verksamhet förut, som nu går in i linjen. (218\_1)*

### 2.1.1.2. Utmaningar och problem i ledning och styrning av extern samverkan

Ett problem som många chefer uppgav att de haft att hantera i sin ledning och styrning av samverkan med Försäkringskassan är den frustration och irritation som framförallt läkare i deras organisation gett uttryck för. Framförallt gäller det höjda och delvis förändrade krav på kvalitet i läkarintyg samt ändringar i intygsmallar och i språkbruk i regelverk. Cheferna använde ibland mycket starka ord för detta såsom; inkonsekvens, problem, friktioner, ”tvärförbannade” läkare. Samtidigt beskrev många att den samverkan som initierats ofta lett till ökad kompetens, inklusive ökad förståelse för varandras befogenheter och roller. Se även sidan 111.

*Alltså ofta när man hör om det här med sjukskrivningar – jag vet, jag är ute i verksamheten mycket och träffar folk. – då är det för det mesta sådana där praktiska saker, som man blir så irriterad över, blanketter och intyg och kontakter mot Försäkringskassan och så där. Det är väldigt sällan sådana där övergripande eller strategiska frågor man möter, utan det är det här vardagliga gnisslet. Då ska man inte underskatta det, för det är ändå där det ska klaras av så att säga och det ska bli bättre. (1, 34)*

*Det som framför allt har varit problematiskt i relationen till Försäkringskassan, som jag själv vet från mina egna kontakter, det är ibland att språkbruket har ändrat sig och man har velat ha en ny, mycket mer exakt beskrivning av funktionsnedläggningen. Så det har väl skapat problem. Intygen ser annorlunda ut nu än vad de gjorde för bara några år sedan. // Det har också varit ett problem, att man har stött på olika värderingar då hos olika bedömare på Försäkringskassan. (310\_5)*

*Och det har ju varit en otroligt het fråga över huvud taget, eftersom Försäkringskassan inte är riktigt nöjd med hur många läkare fyller i de här intygen. De skickas fram och tillbaka, så att det har ju krävts otroligt mycket kommunikation omkring det här och utbildningsinsatser. (214\_1)*

*Sedan har vi haft, det går lite i perioder också, där vi har haft friktioner med att vi inte har haft en försäkringsmedicinsk läkare eller läkare som har kunnat göra särskilda läkarutlåtanden, men nu är inte det så många, men då har det varit mer frekvent och mer prioriterat på agendan för att hålla i arbetet. (219-2)*

Cheferna tog också upp olikheter i förhållningssätt och regelverk mellan vården och Försäkringskassan som ett bakomliggande problem. Det fanns exempel på strategier för att hantera detta, till exempel att främja möten och forum för att öka förståelsen på bägge sidor.

*Då kanske Försäkringskassan måste inse att de är en del av problemet, alltså man kan inte bara skylla på en massa jävliga doktorer utan man måste – det tycker jag är det största problemet – att vi ska lösa det här, men då måste Försäkringskassan förstå. De är liksom i sin myndighetsvärld, där liksom i fyrkanter och så. Och verkligheten består inte riktigt av fyrkanter. (232\_2)*

*Vi ska göra så gott vi kan för våra patienter, men vi måste också inse vilken roll vi har och vilka mandat vi har inom den rollen. Då skulle jag tycka att det här är ju också rätt så viktigt att olika aktörer träffar varandra. Jag kan tycka att det är jätteviktigt att det finns kvar inte bara en telefondialog utan att man till och med behöver träffas, handläggaren på Försäkringskassan och sjukskrivande läkare, så att man har förståelse för varandras roller och för varandras arbetssituation. Så man kan fundera på hur man gemensamt då kan arbeta framåt. (234\_3)*

Ett konkret problem på verksamhetsnivå som nämndes är att samarbetet tappar kontinuitet och kvalitet när Försäkringskassan byter handläggare.

*Sedan har vi alltid bekymmer när Försäkringskassan byter handläggare också. Och det är att då har man ju, handläggare och doktor hittar ju sina samverkansformer, man lär känna varandra via ett visst antal intyg och man kommunicerar bra. Sedan helt plötsligt så kommer det någon annan med några nyare ögon och då blir det liv i luckan igen, som tar mycket kraft för doktorerna och deras arbete och man använder sig inte av den medicinska kompetensen utan då blir det ett intygsförfarande, som en annan myndighet styr över och så har vi konflikten igång där. (39\_6)*

Ett närliggande problem är att det även krävs en insats i form av arbetstid för att säkra kompetens och ömsesidig förståelse. Det problemet aktualiseras också inför utmaningen att fortsätta det, som man bedömer, framgångsrika arbetet när det ekonomiska stödet från staten så småningom eventuellt uteblir.

Det fanns också chefer som betonade vikten av att *påverka attityder till samverkan* som mer betydelsefullt än att formellt reglera samverkan.

*Mm, ja det är svårt att styra samverkan, tycker jag på något sätt. För mig gäller det, jag tycker i min roll som förvaltningschef så gäller det att visa att jag vill samverka, det är mycket attityder det här handlar om. Att samverka är ju väldigt mycket kompromissa och liksom sätta den attityden, att nu är det för patientens eller invånarnas bästa och det här måste vi tillsammans bli bättre på. (239\_2)*

Nedanstående citat indikerar att lösningen inte alltid kunnat ligga i linjen.

*Nej, men så här gör vi då att vi har, det blev ju liksom ingenting av det här hos oss. Och då har vi regelbundna möten med den högsta ledningen för den lokala Försäkringskassan i länet. Jag tror att det är två gånger per termin. Och då är det jag och en av chefläkarna plus chefen på Försäkringskassan och en eller två handläggare därifrån. Sedan så har chefläkaren regelbundna möten med de där handläggarna, och sedan åker de runt till olika vårdcentraler då hos oss, framför allt där det varit störst problem och då är chefläkaren med som någon slags katalysator. För en del av läkarna eller kollegorna är ju ganska så otidiga. Men det har blivit mycket bättre sedan en av chefläkarna åker med och man har diskussioner och där har man varit framgångsrik. (232\_2)*

Några chefer påpekade att man ville ha med arbetsgivare i större utsträckning i samverkan kring patienter.

*Vad vi saknar, tycker jag, det är väl liksom bättre kontakt med arbetsgivarsidan, om man nu skulle se till våra mera långtidssjukskrivna, så hur får vi ihop hela biten med rehabilitering. Vi saknar ju ofta arbetsgivaren i de här diskussionerna, och jag vet inte riktigt hur man skulle lösa det. (212\_2)*

*Personalhälsan, nej det är ju det att arbetsgivaren, alltså idag gör de i företagshälsovården väldigt, väldigt lite ju, för att det ska vara klart arbetsrelaterat. Och finns det någon annan sjukdom så lämnar ju företagshälsovården över det direkt på den vårdcentral, där man är listad. Och det är det jag menar, att ska man få till det bättre på arbetet så måste ju företagshälsovården kanske ta en större del i det ansvaret, att komma tillbaka. Jag tror att arbetsgivaren har en större möjlighet där, vad finns det för något man kan göra på arbetsplatserna. // Däremot har vi varit med i ett projekt nu med sjukgymnasterna, det heter xxx, och det är med dem som är sjukskrivna i rygg och nacke och där har vi fått den forskningen, att om det finns en sjukskrivning så ska vi ha möjlighet att kontakta arbetsgivaren. Det är det projektforumet för att se kan det leda till någonting, att man kommer i kontakt med dem tidigare. (339\_6)*

## 2.1.2. Intern samverkan

---

Uttalandena om intern samverkan var färre och mindre omfattande än de om extern samverkan. Delvis kan det bero på att frågorna om extern samverkan, med flera följdfrågor, ställdes först i intervjuerna. Intern samverkan, eller brist på sådan, beskrevs mellan olika kliniska enheter, mellan sjukhus, mellan landsting och privata organiserade

vårdgivare samt mellan olika professioner inom vården. Här nämndes även samverkan med patienter. Nedan beskrivs först samverkansformer på övergripande nivå inom sjukvården.

Några av cheferna på nivå 1 antydde att den interna samverkan var mer problematisk än den externa. Det fanns också uttalanden från chefer som inte föreföll ta en aktiv del i ledning och styrning av samverkan, utan som hänvisar till läkarnas roll.

*Ja, alltså jag tror inte jag har samverkat en enda gång med någon annan i sjukskrivningsfrågor utan någonstans så, genom att det är landstingsövergripande det här projektet, så förväntar man sig nog att alla gör på samma sätt när det gäller åtgärder. Jag vet inte riktigt vad jag skulle samverka kring när det gäller sjukskrivningsfrågor faktiskt. // Då förekommer den på läkarbasis, inte i min roll. (219\_1)*

*Nej, där har vi inte någon samverkan. // Sedan kan det hända att chefläkarna, det finns ju ett chefläkarnätverk, där alla chefläkare i landstinget sitter, och att de diskuterar de här frågorna. Men det vet jag inte riktigt säkert hur mycket de gör det. Men jag sitter inte och pratar med sjukhusdirektören om de här frågorna inte. (232\_2)*

Ett par verksamhetschefer konstaterade att de överhuvudtaget inte agerar för intern samverkan, eller medverkar i intern samverkan, när det gäller hantering av patienters sjukskrivning.

### 2.1.2.1. Samverkansformer

---

#### 2.1.2.1.1. Samverkan på övergripande nivå

De beskrivna formerna för intern samverkan, det vill säga inom hälso- och sjukvården, handlar delvis om avtal och överenskommelser med olika vårdgivare, till exempel om ansvar i olika skeden för en patient, eller avtal med privat organiserad sjukvård. På nivå 1 och 2 finns flera uttalanden om existerande sådana överenskommelser, och på flera håll hade man påbörjat arbetet med att ta fram sådana överenskommelser.

*Mellan olika kliniker så finns det överenskommelser om vem som ska sjukskriva och vem som har ansvar. (220\_2)*

*Intervjuaren: Hur skulle du säga att samverkan ser ut med slutenvården?*

*R: Ja, där har vi haft mindre bra samverkan, ska man vara ärlig att säga. Vi är ju ett litet län så vi har ju förbaskat lätt att samverka, om man säger så, och när vi har ett sjukhus, så den delen är det inte någonting. Men däremot så är vi så små så vi kan ha saknat en del rutiner som ska vara, och då har vi tillsatt sedan 2012 ett arbete. Men för det första då en överenskommelse med [delar av] den specialiserade vården. (219\_2)*

*Om det är en redan sjukskriven patient, som kommer till oss och får en fortsatt sjukskrivning på grund av sin ortopediska åkomma i väntan på operation, då har vi som tydliggjort vem som är ansvarig. Och vi tydliggör också när den ortopediska rehaben, om man säger, är färdig så att säga, då övergår patienten till primärvården igen. Och ska det vara fortsatt sjukskrivning för någon annan åkomma, då är det primärvården som har det ansvaret. Så där har vi försökt att styra upp det. Ja, är det primärvården eller slutenvården ortopedi som ansvarar för sjukskrivning och i vilka fall. Så där har vi jobbat tillsammans inom ledningarna här. (319\_1)*

*Jag har i alla fall fått upp frågan om samsyn i diagnostik och medicinering etc. och därmed har vi ju kommit i gång i en dialog. Men vi har inte etiketterat samsyn omkring sjukskrivning. // Det borde vi ju göra. (339\_1)*

Samarbete i olika styrgrupper liksom i sjukskrivningskommittén beskrevs som en arena för att diskutera och initiera intern samverkan.

*En del i samverkan är ju faktiskt den styrgrupp vi har haft, som ju består av de ytterst ansvariga för de berörda verksamheterna, de här divisionscheferna jag nämnde. Bara det leder ju fram till en naturlig samverkan, när de faktiskt möts och diskuterar prioriteringar om var man ska göra insatser. (1, 32)*

*De här koordinatorena, // de finns ju både i primärvården och i specialistvården då på sjukhuset och de har ett väldigt tätt och nära samarbete med varandra. De träffas kontinuerligt och tar upp det när det har varit avvikelser för att det ska liksom flyta på i flödena mellan slutenvården och hos oss i primärvården. (217\_1)*

#### 2.1.2.1.2. Samverkan mellan professioner

Chefer på alla nivåer pratade om team, som en form av flerprofessionell samverkan i arbetet kring patienters sjukskrivning. På nivå 3 var uttalanden om team vanligare inom primärvården än inom sjukhusvården. Det gavs ett flertal exempel på fasta resursteam och rutiner för att skapa team kring patienter, vilket också framgår ovan i uttalanden om extern samverkan. Samarbete i team, med läkare, kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter etcetera, kring patienter nämns också av många chefer. De som uttalar sig om team gör det i positiva ordalag utifrån såväl läkarnas som patientens perspektiv.

*Det handlar ju mycket om läkarnas utsatta situation vid sjukskrivningsmomentet, där man ju kan känna sig rätt trängd av patientens önskemål och ha svårt att hantera det. Vi jobbade mycket med det här och teamet runt läkaren. (1, 11)*

*Jag tror att vi skulle tjäna på att bli duktigare på att utnyttja teamen så att säga. (218\_1)*

*Ja, rimligen så är det väl andra yrkeskategorier på så sätt att, alltså det är ju läkarna som sjukskriver, men jag menar som på ett sådant ställe som en ortopedklinik eller ute på en vårdcentral så jobbar man ju ihop med sjukgymnaster och läkare i team på olika sätt. Så det är klart att andra personalkategorier, att deras synpunkter tas tillvara, det utgår jag ifrån. (232\_1)*

#### 2.1.2.1.3. Samverkan med patienten

Ett fåtal chefer, de flesta av dem verksamhetschefer, nämnde även vikten av samverkan med patienten.

*Vi har en sjukskrivningskoordinator som samarbetar med doktor och patienter, Försäkringskassan, arbetsgivare, med arbetsförmedling, ja andra åtgärder, som kan vara aktuella och där vi försöker få den inställningen för patienten från början, att vi har en strategi. Vi tänker oss så här, att du ska så snabbt som möjligt komma tillbaka i arbete. Och vi försöker att få den, om man säger, positiva inställningen till det att patienten ska känna, att vi tror att du snabbt blir bra. Där känns det som att det är bra, om patienten märker, att vi tar det här på allvar. Vi tycker det här är noga, vi har till och med en speciell person som handhar det här. Och den personen eller den sjukskrivningskoordinatören kan alltså patienten då ringa till och rådgöra och hen // ringer också patienten. (337\_5)*

#### 2.1.2.2. Utmaningar och problem i samverkan

En del uttalanden visar på hinder för att skapa och etablera strukturer för samverkan inom hälso- och sjukvården när det gäller hantering av patienters sjukskrivning. Flera chefer beskrev problem med att i vården behålla en helhetssyn på patienten, när patienten har kontakt med många kliniker.

Samma problem som identifierades i baslinjestudien 2007 och utredningen 2005 [30, 182] framkom här; nämligen att specialister inom sjukhusen anser att primärvården ska sköta sjukskrivningar även för patienter som behandlas inom sjukhusen. Chefer beskrev lite olika sätt att hantera denna fråga.

*Då kan det hända av och till att specialistsjukvården tycker då att det är primärvården, som ska göra sjukskrivningen. Och primärvården som kommer att tycka, äh det ska vi inte göra för vi har inte kunskap om patienten just när det gäller den här krämpan som behövde specialistverksamheten. Det är ganska vanligt att den här typen av frågeställningar hamnar hos mig. Alltså de här mer gränsdragningskonflikterna, och det är ett utav närsjukvårdens*

uppdrag. Eftersom mitt uppdrag är att skapa arenor för de här som har konflikter och få dem att prata med varandra. (234\_3)

... psykiatrin, den har vi nog bättre samverkan med. Där har vi på gång nu, att vi ska ha en psykiater som kommer hit regelbundet, en gång i alla fall var tredje vecka // där vi kan diskutera och även sätta upp patienter, både vad det gäller alltså psykiatriska patienter men då även med sjukskrivningsproblem. (331\_9)

Baserat på uttalanden var det ibland oklart hur sjukskrivningskommittéer leds och styrs och vilket mandat de har. I många uttalanden var fokus snarare på förändring i samverkan, än på ledning och styrning av samverkan.

*Den interna samverkan sker ju framför allt med hjälp av processledarna hos oss. // I vissa lägen så har vi lyft upp och ordnat träffar med Försäkringskassan där även hälso- och sjukvårdsdirektören och jag har varit med. Det vet ju våra processledare att uppstår det situationer där de känner att de inte kommer fram som de skulle önska, och det vet Försäkringskassan också då, då kan vi ha ett sådant möte. (1, 35)*

Andra strategier var att visa på goda exempel för att sprida bra arbetssätt och att allokera ett tydligt ansvar för att hantera oenigheter kring samverkan hos en linjeförman.

I uttalanden från verksamhetschefer visade analysen på vad cheferna uppfattade som främjande respektive hindrande för intern samverkan. Följande beskrevs som främjande för intern samverkan; etablerade team som hanterar generella frågor och enskilda patienter; ekonomiska stimulansmedel som gör det möjligt att anställa eller avsätta en koordinator för sjukskrivning och rehabilitering; koordinatorns kompetens; ökad samsyn på andra delar av vård och behandling; rutiner för samarbete, till exempel när en patient inte kan återgå i arbete, samt gemensamma projekt.

## Jämförelse med 2007

Sjukskrivningsfrågor gäller framförallt patienter i arbetsför ålder. Arbetsgivaren och företagshälsovården är då möjliga och centrala aktörer. I

Tabell 9 och 10 redovisas i vilken utsträckning cheferna på de olika nivåerna nämnt arbetsgivare respektive företagshälsovård under intervjun; en mindre andel gjorde detta år 2013 jämfört med 2007, både totalt och på samtliga chefnivåer. En annan aspekt av samverkan är samarbete mellan olika professioner inom vården.

Tabell 9. Andelen chefer som nämner arbetsgivare, totalt och efter chefnivå: 2013 respektive 2007.

	2013				2007			
	Totalt (n=72) %	Nivå 1 (n=16) %	Nivå 2 (n=34) %	Nivå 3 (n=22) %	Totalt (n=82) %	Nivå 1 (n=18) %	Nivå 2 (n=35) %	Nivå 3 (n=29) %
Ja	21	13	15	36	43	44	40	45
Nej	76	88	85	64	57	56	60	55

Tabell 10. Andelen chefer som nämner företagshälsovård, totalt och efter chefsnivå: 2013 respektive 2007.

	2013				2007			
	Totalt (n=72) %	Nivå 1 (n=16) %	Nivå 2 (n=34) %	Nivå 3 (n=22) %	Totalt (n=82) %	Nivå 1 (n=18) %	Nivå 2 (n=35) %	Nivå 3 (n=29) %
Ja	7	13	3	9	17	11	17	21
Nej	93	88	97	91	83	89	83	79

I Tabell 11 visas andel chefer som under intervjun nämner andra vårdprofessioner än läkare.

Tabell 11. Andelen chefer som även nämner andra professioner i vården än läkare i arbetet med sjukskrivning, totalt och efter chefsnivå: 2013 respektive 2007.

	2013				2007			
	Totalt (n=72) %	Nivå 1 (n=16) %	Nivå 2 (n=34) %	Nivå 3 (n=22) %	Totalt (n=82) %	Nivå 1 (n=18) %	Nivå 2 (n=35) %	Nivå 3 (n=29) %
Ja	53	38	50	68	62	72	63	55
Nej	47	62	50	32	38	28	37	45

I baslinjestudien talade flera av cheferna om sjukskrivningsfrågor utifrån sin roll som arbetsgivare för sjukvårdspersonal, det vill säga, en annan fråga än ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Detta förekom i viss utsträckning också 2013 (Tabell 12), men då med en tydlig hänvisning till att detta var en annan och viktig fråga att också hantera, till exempel utifrån att sjukvården själv genererade högre sjuktal i landstinget.

Tabell 12. Andelen chefer som nämner den egna rollen som arbetsgivare angående sjukfrånvaro bland den egna personalen, totalt och efter chefsnivå: 2013 respektive 2007.

	2013				2007			
	Totalt (n=72) %	Nivå 1 (n=16) %	Nivå 2 (n=34) %	Nivå 3 (n=22) %	Totalt (n=82) %	Nivå 1 (n=18) %	Nivå 2 (n=35) %	Nivå 3 (n=29) %
Ja	13	25	6	14	35	67	34	17
Nej	88	75	94	86	65	33	66	83

Det fanns likheter med baslinjestudien 2007. Även då nämnde cheferna främst samverkan med Försäkringskassan, men i betydligt mindre omfattning och med färre konkreta beskrivningar. Det framkom exempel på strategier för samverkan mellan några landsting och Försäkringskassan samt ”öar av samverkan” på enhetsnivå. I analysen 2007 framkom också faktorer som ansågs främja respektive hindra samverkan. Av dessa förefaller ”relationsskapande” samt ”stöd och handledning” ha lett till en förbättrad samverkan 2013. I förevarande studie hänvisar chefer till värdet av möten mellan organisationerna och av Försäkringskassans aktiva roll i utbildning och stöd i sjukskrivningsfrågan. Av de utmaningar som kom fram 2007 pekade man 2013 fortfarande på frustration bland läkare över Försäkringskassans hantering av läkarintyg.

## Sammanfattning

---

Den externa samverkan med Försäkringskassan har sedan 2007 utvecklats på flera sätt och förekommer på såväl lednings- som verksamhetsnivå. Det handlar om utbildningar, gemensamma projekt samt samverkan i enskilda patientärenden. En majoritet av cheferna uttryckte sig positivt om hur samverkan utvecklats, särskilt med Försäkringskassan, och beskrev att attityderna förbättras och den ömsesidig förståelse för varandras uppdrag och roller ökat. Samverkan på lednings- och på verksamhetsnivå med Arbetsförmedlingen och kommun beskrevs i begränsad omfattning och (möjlig) samverkan med arbetsgivare nämndes ytterst sällan.

Intern samverkan beskrevs inte lika ofta som extern samverkan. Många chefer, på samtliga nivåer, talade om betydelsen av flerprofessionell samverkan, till exempel teamarbete runt patienter och om koordinators centrala roll i denna samverkan. Några lyfte även vikten av att utveckla samverkan med patienten i ärenden av denna typ.

## 2.2. Kompetens och kompetensutveckling

---

Ett av sjukskrivningsmiljardens återkommande fokusområden har varit kompetens och främjande av kompetens genom olika former av kompetensutveckling. I avsnittet Övergripande om ledning och styrning, sidan 36, beskrevs strategier som cheferna använder för att leda och styra hanteringen av patienters sjukskrivning, inklusive aspekter av kompetens och kompetensutveckling. I begreppet kompetens inkluderas här såväl kunskap, färdigheter som förhållningssätt [37, 44, 190-194].

I detta avsnitt redovisas resultat från analys av chefernas uttalanden om kompetens. Vid intervjuerna ställdes frågor till cheferna om hur de arbetar med kompetensutveckling när det gäller hanteringen av patienters sjukskrivning, i organisationen. Frågor ställdes också om hur cheferna fått sin egen kompetens att leda och styra området samt eventuella behov av ytterligare kompetens. Vi identifierade två olika subkategorier inom detta område: dels chefers kompetens, dels kompetensutveckling, framförallt om former som används för kompetensutveckling (Tabell 13).

Tabell 13. Subkategorier och grupper inom kategorin ”kompetens” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden”

<b>Chefers kompetens</b>	<b>Kompetensutveckling</b>
Kompetens att leda och styra sjukskrivningsfrågan	Typ av kompetens
Kompetens i sakfrågan	Former för kompetensutveckling
	Utmaningar

### 2.2.1. Chefers kompetens

---

En analys av chefernas syn på sin kompetens att leda och styra hantering av patienters sjukskrivning, hur de beskrev att de förvärvat sådan kompetens och om de såg behov av ytterligare kompetens för att utföra uppdraget har gjorts. Analysen omfattar också chefernas uttalanden om den egna kompetensen i själva sakfrågan. Ibland var det otydligt



huruvida chefens uttalande avsåg kompetens att leda och styra området eller kompetens i sakfrågan.

### 2.2.1.1. Chefers kompetens att leda och styra sjukskrivningsfrågan

De flesta chefer uppgav att ledning och styrning av sjukskrivningshantering inte innebar några specifika krav på chefskompetens, något som framgår av avsnittet 1.1. Arbetet med patienters sjukskrivning leds och styrs som allt annat, sidan 36.

*Jag kan inte påminna mig att jag har så att säga fått någon utbildning i ledning och styrning av sådana här frågor. // när man kommer till lednings- och styrningsfrågor på det här viset så är de ju inte alltid så specifika för en viss fråga utan det blir ju mera generella frågor. (221\_1)*

Däremot fanns det uttalanden bland chefer på nivå 2 och 3 om behov av att sätta sig in i området, av att förstå strategi och tankar bakom satsningen på sjukskrivningshantering och hur den genomförs i det egna landstinget/regionen, för att kunna leda och styra området.

*Jag måste ju förstå strategierna och tankarna bakom och sedan försöka överföra det till dem som gör "hur" så att säga. (218\_3)*

*Jag har ju inte den kompetens, som krävs för att säga "ja, men nu är det det här och det här som gäller" utan för mig handlar det om nu, det här året, det är ju att skaffa mig den kunskapen och det är ju för att kunna ställa rätta frågor för att få liksom läkarna att tänka aktivt med sjukskrivningar. Så det är mer att jag har börjat läsa in mig på Försäkringskassans sidor, att jag bjuder hit någon från Försäkringskassan, som kommer och informerar och sedan sätter mig in i landstingets alltså styrande dokument. (320\_1)*

I svaren på frågan hur chefen hade erhållit den egna kompetensen i att leda och styra sjukskrivningshantering framkom tre olika sätt; genom nätverk, kollegor respektive yrkeserfarenhet. Att delta i formella nätverk och arbeta i grupper uppgavs vara en källa till egen kompetensutveckling. Landstingsdirektörer nämnde bland annat SKL:s betydelse för detta.

*Jag har fått kunskap om det här området både utifrån på vilket sätt SKL jobbar med kunskapsöverföring i landstingsdirektörernas nätverk, vi träffas en gång i månaden och då har den här frågan varit uppe på den nivån. (1, 36)*

*Sedan har vi också t.ex. nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer där vi på en övergripande nivå får möjlighet att diskutera olika typer av frågor och också de nationella satsningar som görs förstås. (211, 1)*

På nivå 2 hade flera chefer ökat sin kompetens genom att vara medlem i en styrgrupp för ett sjukskrivningsprojekt.

På nivå 3 fanns enstaka uttalanden om andra aktiviteter som bidragit till ökad kompetens, såsom att Försäkringskassan deltagit i verksamhetschefsmöte. Utbildningar inom kommunikation respektive tolkning av uppföljningsdata nämndes som exempel på relevant utbildning för att leda och styra detta område. Det fanns uttalanden som pekade på behovet av mer kompetens för tolkning av uppföljningsdata. Att lära från medarbetare var en källa till kunskap bland några av de intervjuade cheferna.

*Sedan har jag haft nära mig hela tiden en av mina närmaste medarbetare, som rapporterar direkt till mig och som jag är chef över, som jag har kunnat ställa frågor till och som hela tiden, kan man väl säga, haft till uppgift att mata mig och plåga mig med den här typen av frågor och sett till så att de finns på agendan. (1, 17)*

*Sedan har jag ju runt mig rätt duktiga människor, som är specialister och de ska få vara specialister. Jag ska ju vara någon form av generalist fortfarande (236\_1)*

På nivå 3 nämnde flera chefer att de ökade sin förståelse av området och vilka problem som medarbetarna har att hantera genom att sitta med vid diskussioner i läkargrupp, team eller annan relevant gruppering. Det fanns chefer som avsåg att fortsätta med detta som en kontinuerlig kompetensutveckling.

*Jag förvärvar den kompetensen genom våra möten, kan jag säga, med Försäkringskassa, Arbetsförmedling och resursteam då och diskuterande med läkarna. (310\_2)*

Många angav att de hade fått den egna kompetensen att leda och styra sjukskrivningshantering genom yrkeserfarenhet från nuvarande eller tidigare chefspositioner.

*Den kompetens jag har är nog egentligen förvärd genom arbetet under de första åren. Jag har jobbat med sjukvårdsledning sedan 2000. // Det jag kan om detta har jag lärt mig som hälso- och sjukvårdschef och likadant landstingsdirektör i samverkan med Försäkringskassan med arbetet med uppstarten av sjukskrivningsmiljarden. (1, 13)*

De flesta cheferna uttryckte inget behov av ytterligare kompetens för att leda och styra området. Andra uttryckte intresse, men hänvisade till brist på tid och på vikten av att balansera sakkunskap mot rollen som chef. Ett fåtal chefer uttryckte behov av en specifikt anpassad utbildning för verksamhetschefer, för att underlätta ledning av området.

*Självklart skulle jag behöva mer utbildning i det här. Det tycker jag, därför att det här är ju, som jag sade tidigare också, en bit som kom som bredvid och det hörde jag på någon annan verksamhetschef också, tyvärr hinner man inte med. Så jag tror att det är många fler än jag som tycker att vi behöver mer utbildning i det här. (320\_7)*

Några betonade vikten av forum för att diskutera sjukskrivningshantering. Flera chefer påtalade värdet av att kunna mer om sakfrågan, försäkringsmedicin, för att öka sin förmåga att leda inom området.

*Jag är, och det var mer en generell kommentar, inte läkare, vilket innebär att jag kommer ju aldrig att kunna få riktigt den fulla förståelsen för sjukskrivningsprocessen. Sedan har jag förstås personer runt omkring mig, som jag har att rådfråga och liknande, jo men visst jag tror nog att det finns kunskapsluckor i en del hos mig som kanske hade varit bra att ha koll på. (237\_2)*

Som tidigare beskrivits poängterades uppföljning som en betydande del av ledning och styrning av sjukskrivningshantering. Uppföljning inom kompetens nämndes främst gällande en specifik färdighet: att skriva ”läkarintyg” med god kvalitet. Detta behandlas även i avsnitt Kvalitetssäkring och förbättringsarbete, sidan 80.

*Sedan när det gäller generellt sett kompetensen, så finns en fråga om kvalitén på läkarintyget. Där har vi också satt ett specifikt mål kring hur många procent av den här kvalitén eller hur mycket förbättring vi vill ha under 2012 och det fortsätter under 2013. (1, 17)*

Flera chefer menade att det fanns en god möjlighet till successivt ökad kompetens genom uppföljning av kvalitet på ”läkarintygen” på individnivå. Uppföljningen skulle utöver kvantitativa data också innehålla feedback till, en dialog med respektive läkare för att se över förutsättningar och identifiera förbättringsområden.

Ett fåtal chefer på nivå 2 beskrev hur de följde upp deltagandet i den grundläggande utbildning i försäkringsmedicin som erbjudits stora grupper av medarbetare, främst läkare. Uppföljningen beskrevs som uteslutande kvantitativ som i citatet nedan, eller som en bedömning gjord av processledare med nära kontakt med verksamheterna.

*Sedan följer vi upp hur många // läkare har vi // som går en någotsånär kontinuerlig uppföljning kring de delarna. Och sedan följa upp också att se till att de också var på de uppföljningsseminarierna som vi har haft i de här frågorna. Där vi har haft uppdateringar och uppföljningar då har vi också tillsett att en majoritet av våra läkare går. (217\_2)*

Någon chef beskrev ett ställningstagande som vederbörande stod inför: alltmer intern utbildning, inte minst mindre uppdateringar och liknande ges via IT-baserad "e-learning". Detta ger möjlighet att tekniskt mäta hur många, och vilka, som gjort och klarat av en utbildning. Chefens ställningstagande gällde huruvida uppföljning i den formen skulle accepteras i den kultur där han/hon verkar.

### 2.2.1.2. Chefers kompetens i sakfrågan

Många chefer uttalade sig om sin kompetens i "sakfrågan", det vill säga i försäkringsmedicin och arbetet med sjukskrivningar. Många hänvisade till sin erfarenhet som sjukskrivande läkare som en viktig källa till sådan kompetens. Chefer som inte hade den bakgrunden hänvisade i viss mån till andra yrkeserfarenheter från vården, ibland med särskild hänvisning till arbete med rehabilitering. Några chefer hade uppdaterat sin kompetens genom att delta i arbetet kring sjukskrivningsmiljardens villkor. De flesta nämnde inte att de behövde ytterligare kompetens i sakfrågan, men ett antal chefer uttryckte ett behov av att följa med förändringarna inom sjukskrivningshantering. Olika sätt att hålla sig uppdaterad nämndes, till exempel att följa frågan på ledningsmöten, att ta del av vad andra (landsting) gjort, att läsa om regelverk och förändringar på egen hand. En ofta nämnd strategi för att säkra den kompetens som cheferna behöver var att säkra tillgång till medarbetare med expertkunskap.

*Jag har ju förvärvat den genom att jag har varit kliniskt yrkesverksam. // Vi har ju också haft i vårt landsting den här samverkan med Försäkringskassan // där har man kunnat följa så att säga hur olika saker har utvecklats. Det är väl så jag har liksom försökt hänga med. (21\_2).*

*Vi jobbar ju oerhört mycket med det och det är som med många andra områden här att jag har ju runt mig medarbetare som sitter i olika nationella nätverk och är väldigt uppdaterade inom sina områden. (211\_1)*

Några chefer beskrev också att de fått information och blivit uppdaterade om frågan i möten med Försäkringskassan eller på landstingsdirektörmöten eller motsvarande, arrangerade av SKL.

*Då har Försäkringskassan varit där och pratat, de har varit och pratat på våra chefsmöten när alla verksamhetschefer är med. (232, 2)*

*SKL har ju bidragit stort, tycker jag, i det. De har ju seminarier och ja, återkommande information. Sedan så har vi ju väldigt bra kommunikation med Försäkringskassan även för mig är ju den värdefull och utvecklande. Det måste jag säga plus att jag också har kontakt med sjukskrivande läkare i vissa fall och då får man ju en väldig insyn i hur komplext det är och hur svårt det kan vara i vissa fall. (214\_1)*

### 2.2.2. Kompetensutveckling

Cheferna fick i slutet av intervjun en fråga om vad hon eller han ansåg vara sina tre viktigaste uppgifter när det gäller ledning och styrning av sjukskrivningshantering (se sidan 104). Flera av cheferna, och närmare hälften av dem på nivå 3, det vill säga verksamhetscheferna, angav "att säkra kompetens" som en av dessa tre.

### 2.2.2.1. Typ av kompetens

---

Chefer beskrev att olika former av kompetensutveckling användes, såsom utbildningar, nätverksträffar, samverkan, handledning, tillgång till expertkunskap och genom IT-media. Däremot beskrev de sällan vilken typ av kompetens som insatserna avsåg att utveckla, vilket delvis kan bero på att specifika frågor om detta inte ställdes under intervjun. De specifika aspekter av försäkringsmedicinsk kompetens som nämndes rörde framförallt färdigheten att skriva läkarintyg av god kvalitet till Försäkringskassan, förhållningssätt till sjukskrivningsfrågan som kompetensområde och till 'aktiv sjukskrivning', psykosocial kompetens samt kompetens i att hantera olika patientgrupper.

*Vi har ju satsat väldigt mycket på psykosocial kompetens. Alltså personer som faktiskt kan fokusera på att jobba med den här typen av frågor i verksamheterna med patienter så att det inte blir en röntgen till eller en förlängning till eller något sådant där. (231\_2)*

*Det skulle vara i grundutbildningar för typ psykologer eller kuratorer och mentalskötare och sjuksköterskor som ska vara i psykiatrin, de borde ju diskutera de här sakerna, det måste ju involveras i grundutbildningarna och även hos läkarna givetvis. Och med största, största allvar vad gör den här isoleringen och utanförskapet [som sjukskrivning kan innebära] med medborgarna och med patienterna. Så att man liksom har en gemensam attityd till det redan innan man kommer ut i arbete. (339\_1)*

### 2.2.2.2. Former för kompetensutveckling

---

Nedan ges en närmare beskrivning av de mest förekommande formerna för kompetensutveckling.

#### 2.2.2.2.1. Utbildning

Chefer på alla nivåer pratade om satsningar på utbildning. Landstingsdirektörer och chefer på nivå 2 talade om utbildningar som erbjudits till berörda verksamheter. De beskrevs ofta som betydande satsningar som riktats till stora målgrupper. Ungefär hälften av cheferna på nivå 3 hänvisade till landstings- eller regiongemensamma aktiviteter och resurser, i uttalanden som rör kompetens och kompetensutveckling. Dessa utbildningar var framförallt riktade till läkare och beskrevs dels som halv- eller heldagar för fortbildning, ibland genomförda via "e-learning". Utöver dessa nämndes längre utbildningar som anpassats för specifika målgrupper så som försäkringsmedicinskt ansvariga läkare och koordinatörer.

*Vi har genomfört jättemycket utbildningar och naturligtvis särskilt riktade till läkarkåren på det här området. (1, 15)*

*Det har varit mycket utbildningsinsatser, det pågår utbildningsinsatser. Vi har jobbat med försäkringsmedicinska läkare. Vi har gjort en ny organisation från 2012, att vi är med i en centrumbildning. Det ska finnas försäkringsmedicinskt ansvariga läkare inom varje centrum, som ansvarar för att de här frågorna är på agendan och drivs framåt. Så att det borde vara en god medvetenhet. (1, 19)*

*Vi tog ett väldigt fokus på sjukskrivningsprocessen, att vi hade de interna utbildningsaktiviteterna, gjorde verkligen sjukskrivningen som en del av vården. (210, 2)*

Flera nämnde bristen på försäkringsmedicin i läkarnas grundutbildning, och tog på olika sätt ansvar för att sådana moment skulle finnas i läkarnas AT- och ST-utbildning:

*Där har vi då också strukturerat själva utbildningsdelen för läkarsidan, så vi har ju den här stegmodellen med egentligen tre olika nivåer på utbildning för specialistläkaren, för ST-läkaren och för AT-läkaren. Så vi ser att man stegvis bygger upp sin kompetens när det gäller kunskapen om sjukskrivningsfrågorna och det stöd som Socialstyrelsen har levererat när det gäller, ska vi säga, kriterier för olika bedömningar. (1, 17)*

*Vi arbetar t.ex. med AT-läkare och ST-läkare och här har ju ordnats flera konferenser inom området. Våra processledare är så aktiva att de har velat samla ihop så. (1, 35)*

*Det är inte någonting som man naturligt har fått med sig i grundutbildningen. Ja, nu ligger det ju i AT- och ST-utbildningen. (212\_1)*

På nivå 2 fanns uttalanden om hur kompetenssatsningen kunde underlättas, till exempel genom att använda befintliga mötesstrukturer för utbildning för att nå grupper av läkare och genom att avsätta tid.

*Vi har någonting som heter husläkardagar då där alla doktorer har regelbundna, ja det är sådan där fortbildning. Då har Försäkringskassan varit där och pratat, de har varit och pratat på våra chefsmöten när alla verksamhetschefer är med och har pratat. (232\_2)*

*Det är svårt att få loss läkarna för att komma på utbildningarna. Så nu har vi gjort så att vi har lagt in utbildningarna i linjen istället för att göra de här stora satsningarna centralt och gemensamt så försöker vi nu att styra om så att vi gör utbildningarna mer på plats och ställe, ute i verksamheterna i linjen. (213\_1)*

Flera chefer nämnde utbildningsinsatser också för andra professioner än läkare. De yrkeskategorier som nämndes var rehabiliteringskoordinatorer, kuratorer, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal, som till exempel sjukgymnaster. Det beskrevs som väsentligt att dessa yrkeskategorier vet hur sjukskrivningsprocessen ser ut och i många fall även deltar aktivt i processen.

#### 2.2.2.2.2. Kompetensutveckling genom samverkan med Försäkringskassan

Chefer på alla nivåer beskrev samverkan med Försäkringskassan som central när det gäller att utveckla kompetens inom försäkringsmedicin. Sådan samverkan, som också har en grund i villkoren för sjukskrivningsmiljarden, förefaller ha varit en av de mest använda strategierna i ledning av kompetensutveckling. Den beskrivs närmare i avsnitt 2.1.1. Extern samverkan, sidan 52. Samverkan med Försäkringskassan innebar enligt flera chefer inte bara kunskapsutveckling utan även utveckling av förhållningssätt, och beskrivs som värdefull för ökad ömsesidig förståelse för varandras uppdrag och roller.

*Försäkringskassan då anordnar utbildningsdagar // Då får man vara en dag på Försäkringskassan för att lära sig hur skriver jag ett sjukintyg och vad vill de ha och hur ska jag tänka och så. (333, 1)*

*Ja, där har vi ju då, som jag nämnde, den här sjukskrivningskommittén som består av personal, både vår egen personal men också från Försäkringskassan, som löpande utbildar sjukskrivande personal. // Det har varit ett stort intresse, för att sjukskrivning var tidigare, kan man säga, ett område med stor frustration, där man inte visste riktigt vad man skulle göra och egentligen fanns det en del arbetsmiljöproblem kopplade till detta. (1, 13)*

#### 2.2.2.2.3. Kompetensutveckling genom försäkringsmedicinska experter

Chefer på alla nivåer beskrev att de lagt uppdrag att planera och genomföra kompetensutveckling på personer eller funktioner i organisationen. Landstingsdirektörer hänvisade bland annat till uppdrag de gett till en hälso- och sjukvårdsdirektör eller motsvarande och/eller till stabsspecialister. Rehabiliteringskoordinatorer nämndes som centrala.

*Det ska finnas försäkringsmedicinskt ansvariga läkare inom varje centrum, som ansvarar för att de här frågorna är på agendan och drivs framåt. Så att det borde vara en god medvetenhet. (1, 19)*

*Rehabiliteringskoordinatorer // har ju utbildats för att väldigt handfast på våra vårdcentraler framför allt jobba för att stödja den övriga personalen i just sjukskrivningsprocessen och rehabprocessen. (1, 21)*

*... i ett tidigt skede // anställde en på projekt då, med de här resurserna, en särskild läkare som åkte runt och besökte. // vi jobbar så hela tiden, och att man åkte ut och samlade läkargrupperna och frågade vad är det som är svårt, vad vill ni veta mer om, gick igenom och så anordnade vi utbildningar, som den här läkaren höll i då, för att kompetensutveckla. Vi startade med läkarna men fortsatte med fler i teamet. (1, 11)*

På nivå 2 och bland verksamhetschefer pratade man om uppdrag som utfördes av koordinator, sjukskrivningskommitté eller läkare med särskild utbildning i försäkringsmedicin. Många hade satsat på försäkringsmedicinsk expertkompetens, antingen genom att knyta sådan kompetens till verksamheten eller genom att kompetensutveckla befintlig personal. I uppdraget på verksamhetsnivå nämndes ofta att uppdraget också innebar att kontinuerligt sprida kunskap inom verksamheterna genom handledning, information, dialog eller medverkan i team.

*Ja, resursteamet fanns redan när jag började här så att säga för denna vårdcentral. Men vi hade ingen rehabkoordinator då, och hon har gått en utbildning för att ha den här funktionen plus det här med sakkunnig inom sjukskrivning, det är också någonting som är relativt nytt. Och det har hon fått tid för att sätta sig in i detta och för att skriva lokala riktlinjer osv. (310\_2)*

*En handledarfråga, när det kommer nya läkare osv. De har ju alltid liksom en mentor här osv. som berättar hur vi jobbar och sedan har vi de här nedskrivna riktlinjerna. (310\_2)*

*Sedan gör vi också så att de här två doktorerna, som är mer sjukskrivningsansvariga, de två går på utbildningar eller informationsträffar och sådant vad det gäller sjukskrivning för att hålla sig uppdaterade och sedan i sin tur uppdatera oss, kan man säga. Så vi försöker hålla en omvärldsbevakning så att säga. (331\_9)*

#### 2.2.2.2.4. Dialog och feedback

Flera chefer nämnde vikten av att skapa dialog och samtalsklimat för erfarenhetsutbyte, att främja diskussioner i läkargruppen om svårigheter och förbättringsområden och att ge tid att reflektera över sin ”sjukskrivningsprofil”. Begrepp som ”lärandeprocess” och ”interkollegiala kontakter” förekom.

*Så det gäller också att skapa liksom en dialog, ett samtalsklimat om hur man sjukskriver. Framför allt så att de rutinerade och oerfarna läkarna får lära sig, det är liksom en lärande process också. (320\_1)*

På nivå 2 framhölls vikten av att som chef ha ett nära samarbete med utförare av vården, att fånga upp och delta i diskussioner och förmedla bakgrund och syfte med förändringar inom sjukskrivningshantering.

På nivå 2 och bland verksamhetscheferna fanns uttalanden om vikten av att ha ”rätt” personer anställda på ”rätt” plats, vilket gällde såväl läkare som verksamhetschefer.

*När vi under 2012 upptäckte att vi har haft ojämna resultat på hälsocentralerna på chefsnivå, då går det att fånga in det. Men jag har haft svårt då, när jag kom in i organisationen att fånga upp hur är kompetensen på chefsnivån när det gäller sjukskrivningsarbetet. // Det är väl min utmaning att matcha cheferna till rätt nivå. (219\_2)*

#### 2.2.2.2.5. IT

Olika typer av IT-verktyg används eller planeras att användas i kompetensutveckling

*Vi har en kunskapsstyrning i det att vi t.ex. i alla våra styrdokument // har lagt in alla beslutsstöd. Så det direkta beslutsstödet till vården har vi lagt in i styrledningen. (231\_1)*

En chef beskrev ett aktuellt ställningstagande som sannolikt berör fler: alltmer intern utbildning, inte minst mindre uppdateringar och liknande ges via IT-baserad ”e-learning”.

Detta ger möjlighet att tekniskt mäta hur många, och vilka, som gjort och klarat av en utbildning. Chefens ställningstagande gällde huruvida uppföljning i den formen skulle accepteras i den kultur där han/hon verkar.

### 2.2.3. Utmaningar

I intervjuerna framkom några uttalanden om utmaningar när det gäller kompetens och kompetensutveckling. På nivå 2 och bland landstingsdirektörerna fanns uttalanden om att utbildningen var delvis lågt prioriterad inom verksamheter.

*Det har inte kommit som någon liksom fråga, att man tycker att sjukskrivningsfrågan måste vara med på någon utbildningsdag eller så. Vi har ju internutbildning, vi har ju olika teman, vi har internat, vi har alla möjliga frågor uppe för att diskutera utvecklingsfrågor eller problem eller vad det kan vara. Och den här har inte dykt upp som förslag till ämne om jag säger så. Och det hade den gjort och det här hade uppfattats som ett problem. (331\_3)*

*Det inte är speciellt högprioriterat ute i verksamheterna. Ja, det är vad jag tycker! Man är mer intresserad av att lära sig mer om just sjukdomarna så att göra vården, än just den här delen av det hela. (215\_1)*

När det gäller läkare nämnde chefer på nivå 3 att brist på läkare och hög personalomsättning bland läkare kunde innebära brister i förhållningssätt till patienterna när det gäller sjukskrivning. En annan utmaning uppgavs vara att upprätthålla kompetensen i ett längre perspektiv. Många påpekade att det inte räcker att via punktinsatser öka kompetensen för de personer som ingår i organisationen. Det betonades att kompetensen måste både uppdateras och tillföras nya medarbetare.

*Och sedan så jobbar ju xxx dels i läkargruppen med utbildningsinsatser, och har ju gjort det under många år, så att de har ju förstått nu vad olika frågeställningar i intyget kräver när det gäller formulering av svar alltså. Och det här fortsätter ju hela tiden. Det är ju så, det måste ju liksom underhållas. (320\_8)*

En annan utmaning förefaller vara orealistiska förväntningar på effekt av synnerligen begränsade utbildningsinsatser, om en till två dagar.

*Jag är lite skeptisk till att vi kan utbilda oss rätt. // det har funnits riktade utbildningar, som jag i princip tror att alla har gått, någon dag åtminstone, om försäkringsmedicin. (220\_2)*

Det förefaller även att vara en utmaning att leda och styra kompetensutveckling utan att ha tydliga kriterier för vad god eller tillräcklig kompetens innebär, vad gäller olika former av kunskap, färdigheter och förhållningssätt.

I jämförelse med 2007 indikerar ett flertal uttalanden att man upplevt en stor förändring de senaste åren vad gäller försäkringsmedicinsk kompetens [27], dels inom vården, framför allt nämns läkare, dels bland handläggare inom Försäkringskassan. Chefernas arbete med frågorna har även inneburit att de fått en ökad kunskap. Nedan följer några exempel på uttalanden om ökad kompetens bland läkare.

*Sjukskrivning var tidigare, kan man säga, ett område med stor frustration, där man inte visste riktigt vad man skulle göra och egentligen fanns det en del arbetsmiljöproblem kopplade till detta. Numera // har man fått grepp om detta, vi har det här akutstödet, vi har den försäkringsmedicinska utbildningen, som gör att man känner en större trygghet men också ett intresse för att vara utbildad i frågorna. Så vi har haft och har stort tryck i försäkringsmedicinska kommitténs arbete. (1, 13)*

*Att vi ökar kunskapsnivån framför allt hos våra doktorer, det har nog bara alla uppfattat som positivt. Det är också så att ett utav de åtaganden, som jag hade tillsammans med min linje att leva upp till, det handlade ju t.ex. om att vi på varje vårdcentral ska ha en doktor som är lite mer duktig än alla andra. (212-1)*

## Sammanfattning

---

I jämförelse med 2007 framstod kompetens och kompetensutveckling nu som ett prioriterat område som ofta nämndes i olika sammanhang under intervjuerna. Olika typer av kompetensutveckling, framförallt av läkare, beskrevs. Många har också satsat på att ta in alternativt utveckla fördjupad expertkunskap hos någon eller några personer. I flera fall beskrev cheferna att Försäkringskassan hade varit delaktig i planering och genomförande av utbildning.

Det fanns mycket få uttalanden om vilka krav på kompetens som arbetet med sjukskrivningar ställer. Ett fåtal beskrev metoder för att följa upp kompetensutveckling. Det framkom flera utmaningar i t ledning och styrning av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. Bland annat nämndes att ämnet prioriterades lågt bland en del läkare, även när utbildning såväl som tid för sådan arrangerades. En annan utmaning, för framtiden, var att kontinuerligt upprätthålla kunskapsnivån i verksamheten. Flera strategier för att hantera det senare problemet beskrevs.

### 2.3. Jämställd sjukskrivning

---

Jämställd sjukskrivning är en central aspekt i de senare miljardöverenskommelserna. I den första överenskommelsen kallades detta område ”Kvinnors ohälsa” och beskrevs med endast en mening [103]<sup>4</sup>. I den senaste överenskommelsen kring sjukskrivningsmiljarden var texten kring detta område betydligt utförligare, omfattade en A4-sida, och 50 miljoner kronor är specifikt avsatta för åtgärder kring jämställd sjukskrivning år 2013 [101].

Samtliga chefer tillfrågades om hur de leder och styr för att säkerställa att vården inte bidrar till omotiverade skillnader i sjukskrivning mellan kvinnor och män. I och med att frågan ställdes på detta sätt fokuserade cheferna på könsskillnader i sina svar, även om några också nämnde andra jämställdhetsaspekter, till exempel relaterade till socioekonomi, geografi, etnicitet eller sexuell läggning. Många nämnde att det var viktigt att även fokusera på vården i stort, inte bara på sjukskrivningar, när det gäller jämställdhetsfrågor, och att de hade olika strategier för att göra detta. Jämställdhetsfrågorna drevs inte sällan med hjälp av en projektorganisation för att stärka frågorna i linjen. Framförallt bland landstingsdirektörerna förekom uttalanden som visade på en intention att frågan om jämställd sjukskrivning skulle finnas med som en integrerad del i landstingets eller regionens linjeverksamhet. Resonemang kring överföring av arbetet med jämställd sjukskrivning från projektform till linjeverksamhet förekom oftast på nivå 1 samtidigt som det framkom behov av att även ha en projektorganisation.

*Att jobba med jämställdhetsfrågorna är ju en linjefråga i grunden. Sedan har vi fortfarande aktiviteter, som är kopplade i projektform. Men det är mera av utbildningskaraktär, men i det vardagliga så måste frågorna hanteras i linjeorganisationen. De måste integreras där för att annars blir det ingenting på lång sikt. (1, 21)*

---

<sup>4</sup> ”Dessutom kan framhållas att med hänsyn till de särskilda utmaningar som kvinnors ohälsa ställer ska sådana frågor lyftas fram”.



I texten om överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden för 2013 [101] nämns betydelsen av att i detta sammanhang även uppmärksamma våld i nära relationer. I intervjuguiden ingick inte en specifik fråga om detta, och endast någon av de intervjuade nämnde något om denna aspekt.

I intervjumaterialet kunde följande fyra subkategorier av uttalanden urskiljas; jämställd sjukskrivning är ett ”svårt område”, brist på kompetens, strategier som användes för att främja jämställd sjukskrivning samt hur långt man kommit i arbetet (Tabell 14). De beskrivs nedan och exemplifieras med citat.

Tabell 14. Subkategorier och grupper av uttalanden inom kategorin ”jämställd sjukskrivning” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden”

”Svårt område”	Bristande kunskap	Strategier	Hur långt kommit?
		Styrdokument och handlingsplaner	Hur långt?
		Experter	Orsaker
		Statistik	
		Utbildning	
		Konkreta verktyg	

### 2.3.1. Detta är ett ”svårt område”

Många av de intervjuade var tydliga med att de anser att detta är ett svårt och komplicerat område; det är svårt att utveckla bra strategier för att hantera frågan, och det är svårt att få kunskap eller data om relevanta aspekter. En specifik svårighet är att veta vilka skillnader, till exempel i sjukskrivning mellan kvinnor och män, som faktiskt är motiverade och vilka som behöver åtgärdas. Det var en tydlig skillnad i hur cheferna pratade om detta område, som ”svårt”, jämfört med hur man pratade om andra områden.

*Jag tycker att vi är i projektfasen här lite grann. Och vi kämpar med frågan i form utav att öka kunskapen om hur vi egentligen ligger till eller hur det egentligen ser ut med jämställd och jämlik vård. Det verkar vara så att det är svårt att få det här till att funka i vardagen. (114)*

*Och alltså det här är svårt! (C212\_1)*

*Ja, det är ju svårt. (C214\_2)*

*Ja, det var en jättesvår fråga. Jag skulle säga det, att vi har haft, tycker jag, svårt att analysera det här inom primärvården. (C219\_2)*

### 2.3.2. Brist på kunskap

Bristen på kunskap och svårigheter i att få sådan kunskap framträdde i många uttalanden, framförallt avseende följande aspekter: kunskap om genusaspekter, om jämställdhetsfrågor generellt, om hur detta ser ut i den egna verksamheten och om evidensbaserade metoder att arbeta för jämställd vård.

*Det är en sak att säga att det är viktigt, vilket görs både av mig och av andra. Men det är en annan sak att också veta om det är så, att det är på det sättet eller inte då. (237\_2)*

*När man som förvaltningschef åläggs att skriva något om jämställd vård eller jämlik vård på olika sätt här, då så inser man ju att det här handlar väldigt mycket om att sprida kunskap om att så här ser det faktiskt ut. Och i stort så är det ju så att vi inte riktigt vet. (239\_2)*

*Det gör jag över huvud taget inte. Jag har ingen koll på det. Jag fattar inte hur jag ska kunna få någon koll på det. Så det känner jag mig bara hjälplös inför. Jag har inte tillräckligt med kunskap, och det gäller väl för alla. Jag har inte tillräckligt med kunskap, och det gäller väl för alla. Det är också ett problem vi har. Vi har inte tillräckligt med kunskap om vår egen verksamhet. Vilka är det vi sjukskriver? Vad är det vi gör? Vi håller på och styr om nu och försöker få mer analyser av vad det är som pågår i vår verksamhet. Det finns enorma skillnader i psykiatrin. // När det gäller då sjukskrivning utifrån jämställdhetstänk så, ja jag vet inte hur det är ställt, om vi gör skillnad eller ej. Det gör vi säkerligen. (C339\_1)*

Nedan ges exempel på försök att hantera denna brist på kunskap.

*Vi följer ju upp så att vi tittar på liksom könsuppdelad statistik, där vi, alldeles oavsett vad vi följer upp men vi ser ju precis var i landet i övrigt, och har sett länge, att det finns en skillnad. Vi har mycket forskare som också har gjort att vi haft stora samråd med dem i flera omgångar. Hur ska man förstå det här? Vad ska vi, vad borde vi utveckla och tänka extra mycket på, för framtiden när vi ser det här. // Men det finns inte riktigt någon evidens idag, gör si eller gör så, så blir det här bättre. (234\_1)*

Några uttalanden visade mer indirekt på (tidigare) bristande kunskap eller omedvetenhet om skillnader.

*Det har varit en aha-upplevelse för mig att det finns en ojämlikhet i vården, och att det finns en ojämlikhet emellan män och kvinnor och hur de behandlas. (113)*

*Jag uppfattar inte att vi har omotiverade [skillnader]. (310\_5)*

Forskning nämndes inte om vare sig jämställd sjukskrivning eller om ledning och styrning av hur sådan forskning kan främjas.

### 2.3.3. Strategier för att främja jämställd sjukskrivning

---

Några olika strategier som chefer använde för att främja jämställd sjukskrivning identifierades, framförallt följande fem: styrdokument och handlingsplaner; specialistkompetens, experter; statistik; utbildning, medvetandegörande; samt konkreta verktyg. Strategierna beskrivs kort nedan. Verksamhetscheferna inom primärvård nämnde fler strategier än de inom sjukhusvård.

#### 2.3.3.1. Styrdokument och handlingsplaner

Flera chefer berättade om strategier för jämställd vård mera generellt än om specifika strategier för jämställd sjukskrivning. Relativt få tog upp handlingsplaner för jämställd sjukskrivning trots att det är ett krav enligt överenskommelserna. Dessa planer var ofta tämligen nya.

*Vi har plockat fram en handlingsplan // och den har gjorts i dialog framför allt med den här försäkringsmedicinska kommittén, där representanter för läkarna har varit med. Sedan har den varit ute på remiss hos förvaltningarna, hela planen, och där har ju förvaltningscheferna då läst igenom, haft synpunkter och sedan reviderat den. (1, 39)*

*För några år sedan, och det här var faktiskt inte kopplat till det här projektet jämställd sjukskrivning, men vi satsade på jämställdhetsutbildning. Och har också gjort kartläggning när det är ganska många verksamheter, finns det någonting här där vi har skillnader som är omotiverade och på grund av kön. Och därefter har vi försökt att jämställdhetsintegrera våra styrdokument. Så att sjukskrivningen är ju egentligen bara en del av det här. Vi upptäckte bl.a. att vi använder olika gips till män och kvinnor. Männerna fick de lättare, dyrare gipsen och kvinnorna fick de tunga, billigare. Det har vi liksom ändrat på. (C218\_3)*

*Det är ett svårt fält för oss att finna lösningar i, men vi har varit väldigt noggranna med att våra styrdokument och sådant också följer upp det här med könsuppdelad statistik och ser till att våra dokument har fokus på den här frågan. (C235\_1)*

*Det man kan säga är att medvetandenivån har kommit och det finns också ett politiskt uppdrag, att vi ska ta fram så att säga handlingsplaner för detta. Så jag kan säga att även på den politiska nivån så vågar jag påstå att man liksom på något sätt ändå har ett medvetande kring de här frågorna, vilket också gör att politiken också har satt det på agendan, vilket vi då tycker är bra. Då har vi också ett mandat, om du förstår vad jag menar, att jobba tydligt med de här frågorna från vår uppdragsgivare. (C239\_1)*

Vikten av Sjukskrivningsmiljardens för att man satsar på området var tydlig.

*För det är också det här med i den statliga satsningen då 2013 så finns det här med jämställd sjukskrivningsprocess, genomförande av handlingsplan osv. Så finns det även där pengar, och det underlättar ju att vi kan jobba mer med det. (C215\_1)*

*Eftersom [jämställd sjukskrivning] // varit ett av de kriterierna, återigen då för att få ersättning ifrån regeringen, så har vi ju lagt ner ganska mycket resurser faktiskt på detta. Jag brukar säga det, att det första jag får, det är att jag får en kalkyl, om jag ska vara riktigt ärlig, och ser, OK, vad behöver jag lägga ner för resurser för att få tillbaka de här pengarna. (231\_1)*

Till denna kategori hör den egna beredskapen att leda och styra området, om jämställdhet som en del av chefsutbildning och om vikten av engagemang från högsta ledningsnivå; detta nämndes framförallt på nivå 2.

*Vi är nästan lite freakar på att följa genusfördelningen nästan i allt vi gör och redovisar detta. Och vi tycker, alltså det är en av de få obligatoriska utbildningsmoment vi har haft för alla våra chefer, det är jämställdhetsutbildningar. (231\_2)*

### 2.3.3.2. Specialistkompetens, experter

Inom några organisationer har man valt att ha en central kompetens inom jämställdhetsområdet, i form av en eller flera experter eller ett centrum för jämställd vård. Flera intervjupersoner på nivå 2 tog upp vikten av att ha tillgång till personer med specifik kunskap om jämställdhet och genusfrågor. Bland annat har dessa i uppdrag att lyfta genusfrågor, i styrdokument eller handlingsplaner samt att vara bollplank eller bidra i utbildningsinsatser.

*Vi har ju personer på förvaltningen då som har expertkunskap när det gäller jämlik vård, därför att en sak är ju också att skapa sig kunskap om hur det ser ut. Så här har vi både en del fasta resurser, och sedan har vi också riggat särskilda projekt för att arbeta med just den här frågeställningen. (231\_1)*

*Ja, det vi har gjort inom ramen för sjukskrivningsprojektet är ju att vi har ytterligare en person, som då är handplockad för att jobba just med genusfrågorna. (210\_1)*

### 2.3.3.3. Statistik

När cheferna tillfrågades om hur man leder och styr för att åstadkomma en jämställd hantering av patienters sjukskrivning angav ett stort antal att könsuppdelad statistik var eller skulle kunna vara ett värdefullt verktyg för åtgärder och uppföljning av åtgärder. Några hade svårigheter att få sådan statistik och det framkom att det innebär flera utmaningar att tolka innebörden av statistiken och framför allt att förstå de möjliga bakomliggande orsakerna till skillnader i sjukskrivningsmönster.

*Jag tänker att en del av utfallet från det är vår strävan att se till att vi har statistik, att vi har kunskap om hur vi gör. // Vi är mer, som så många andra, lite trevande, försöker söka kunskap. (113)*

*Vi är så blinda, vi ser inte ens där vi gör skillnad. Och där måste man ha en bättre uppföljning. För det är först när man har en bättre uppföljning och man plockar fram fakta kring detta, som man måste ställa sig frågan: Varför ser det olika ut? // Även om vi har könsuppdelad statistik, så har vi inte alltid ställt frågan varför är det skillnad. (1, 34)*

*Vi tittar t.ex. på hur många vårddagar män resp. kvinnor har i olika vårdgrenar och ser att alla geriatrika vårddagar är mycket kortare hos kvinnor. De ska hem och ta hand om sina gamla män. Unga tonårsflickor får mycket mindre vård än vad de utagerande, högljudda pojkar får i barn- och ungdomspsykiatri. Det finns helt klart könsskillnader, som man måste ifrågasätta. De kanske inte är medicinska. (231\_2)*

*Det vi har sett är att det är ganska svårt här att få validerade data så man kan dra slutsatser vad beror detta på. // Så att där är på något sätt första steget, att titta på vilken skillnader finns det och föra ett resonemang kring det. (211-1)*

Drygt en tredjedel av verksamhetscheferna nämnde uppföljning i form av statistik som ett sätt att närma sig jämställdhetsfrågan. Statistiken tillhandahålls genom centrala system och är ibland del i ett centralstyrt ledningssystem. Det varierade mycket i hur enheterna har tagit till sig och engagerat sig i jämställdhetsfrågor. Några av cheferna skulle komma igång med att följa statistiken, andra beskrev vilka parametrar man följer och vad man hittills funnit. Det fanns också kritik mot att uppföljningen av en så komplex fråga som alltför ”enkel”.

*Vi har ju en stor skillnad i sjukskrivningstal mellan kvinnor och män. Man ser tydligt det, för att i den här databasen som är upprättad kan man då välja genusperspektiv och då ser vi tydligt att det är i princip två tredjedelar kvinnor och en tredjedel män. Men det är svårt att veta varför det är så. (339\_5)*

*Vi har ju det som ett mål också i vår verksamhetsplan och i det här ledningssystemet. Men vi har ju otroligt dåliga system för att följa upp, skulle jag vilja säga. För det är ju många faktorer som bidrar till om frågan, ja men om den är jämställd eller inte. Och alltså vi har inte system att följa det, skulle jag vilja säga. Vi har ju en övervägande andel kvinnor // sedan är det ju frågan vad ligger till grund // Och när man ställer frågan till medarbetare, så tycker ju ingen att man har någon ojämlik inställning till sjukskrivning eller till rehabilitering eller till annat. Man tycker ju, man upplever ju själv att man har en jämlik syn på patienter och så. Men jag vet inte. (320\_8)*

#### 2.3.3.4. Utbildning, medvetandegörande, dialog

En metod som användes av många chefer är att genom olika utbildningsinsatser öka kunskap och medvetenheten hos personalen om jämställdhetsaspekter, till exempel att bjuda in föreläsare eller arrangera ett seminarium. Några tog också upp dialog och samverkan som ett medel att komma vidare inom området.

*Det är ganska svårt att dra en konkret slutsats, som man kan agera på. Där har arbetet gått ut på just att identifiera vad finns det för skillnader för ett resonemang, så vårdenheterna på något sätt kan resonera kring detta. Så vi har haft rehabdagar där vårdenheterna har redovisat för varandra, alltså vad är det vi ser för någonting, och så för man en dialog tillsammans kring det så man ökar medvetandegraden och hjälper varandra. (211\_1)*

*Vi håller på med och har dialog om uppdragen nu och den frågan är med nu också, hur vi ska bli bättre på att hitta och vara säkra på så att vi inte har skillnader då. Och om det är skillnader, att det är rätt skillnader, för en del saker ska det ju vara skillnad på rent fysiskt. (219\_2)*

Ungefär en fjärdedel av cheferna på nivå 3 nämnde olika satsningar för att öka kompetens och medvetenhet om frågan.

*Vi bjöd in i höstas två personer som var här och pratade just om det här med jämställd vård // Och vi följer ju också sjukskrivna i män och kvinnor och både korta och långa sjukskrivningar och så. Men det måste jag väl säga i ärlighetens namn att det är väl i stora drag det vi har*

gjort hittills. Det finns ju en skillnad på antalet kvinnor och män som är sjukskrivna, det gör det ju. Vi reflekterade över det ibland, men vi har inte kommit längre än så. (333\_1)

Precis som på alla andra plan där man jobbar med kunskapsfrågor, för det är ju även det här med en jämställd sjukskrivningsprocess, det är ju mycket att utbilda och få en förståelse. Det kommer vi ju alltid att behöva jobba med. Det är liksom inte, ja det är verkligen inte en punktinsats utan det är en fortlöpande verksamhet. (1, 33)

Så att det enda styrande där, som jag kan göra som verksamhetschef, det är ju där igen att man hela tiden försöker att öka medvetenheten om det här med genusperspektivet, att man tar upp det liksom regelbundet. Tänk på det här! Och finns det någon situation där vi kan liksom diskutera igen om man har gjort någon skillnad. Men inget annat som är styrande, utan det är igen att liksom ta upp sådana där saker. Men jag menar saker, som man tycker är självklara, de är ju inte det för det handlar ju mycket om beteenden, att hela tiden hålla det levande. (320\_1)

Behovet av ökad medvetenhet beskrevs på olika sätt, nedan ges ett sådant exempel.

... det tog jag faktiskt upp utifrån det här med könsperspektivet, är det någon skillnad i hur man sjukskriver både i längden på sjukskrivningen, innehållet i utlåtandet. Men där fick jag också väldigt liksom tydligt ifrån läkargruppen att nej den här typen av sjukdomar, som de sjukskriver för, det är inte kopplat till genus över huvud taget utan då är det andra faktorer som gör, det är rent bara medicinskt. (320\_1)

#### 2.3.3.5. Konkreta verktyg

En annan strategi som nämndes var att ta fram, eller använda, olika verktyg eller hjälpmedel i arbetet med jämställdhet. Ett sådant som nämndes är den så kallade genushanden [86].

Och i det sammanhanget har tagit fram ett hjälpmedel för det, som har blivit uppmärksammat även nationellt. (210\_1)

Vi har tagit fram ett spel helt enkelt, om just de här frågorna. // alla anställda ska gå igenom detta spelet. (310\_6)

Men utvecklingen utav arbets sätt, vi har haft särskilda grupper för kvinnor och så, eftersom det har uppstått en högre sjukskrivning bland dem än bland män. Men det behövs mer för att vi ska lyckas med resultatet. (235\_1)

### 2.3.4. Hur långt har arbetet med jämställd sjukskrivning kommit?

---

I uttalanden framkom stora variationer i hur mycket man satsat på jämställd sjukskrivning samt i hur långt man kommit. Många beskrev en eller flera olika satsningar medan andra inte kommit så långt. Några ansåg att det inte finns behov av att satsa på jämställd sjukskrivning - det senare förekom främst på nivå 3. De allra flesta befann sig i en mycket tidig fas i ett jämställdhetsarbete; viss undervisning eller viss kartläggning planerades eller hade påbörjats. I de fall en viss kartläggning hade genomförts fanns det en osäkerhet kring hur man skulle gå vidare med resultatet från den.

#### 2.3.4.1. Inte kommit så långt

---

Många beskrev att man inte kommit så långt med jämställdhetsfrågorna i sin verksamhet. Nedan ges några exempel på sådana uttalanden.

Ja, det här är ett av de svagare områdena, det kan man ju enkelt säga. (113)

Om jag ska låta bli att försöka låta som om jag slingrade mig i denna fråga, så tycker jag att vi har gjort alldeles för lite. Det är det enkla svaret på den frågan. (115)

*Nej, vi driver inte det alls. Jag har aldrig haft uppe den frågan i ledningsgruppen och så. Utan det finns informationsmaterial, men det stannar nog där, det tror jag det gör. Jag tror inte man driver det på klinisk nivå heller. Jag efterfrågar inte det, så jag vet inte vad jag ska säga. (234\_2)*

*Nej, det kan jag inte säga att jag direkt leder och styr, nej. (339\_1)*

*Sedan så har vi inte kommit så långt att vi har satt i gång att aktivt förändra vårt beteende, för det här är ju en beteendeförändring det handlar om. Ditt har vi inte kommit. Utan vi har kartlagt, vi har tagit fram riktlinjer för att så här tycker vi att det ska vara och sedan förstå hur man ska genomföra det hela. Där ligger det inlagt system med sådana här allmänna möten, utbildningsdagar, för personal under 2013. Men sedan ligger det också någon slags timing så småningom av det hela. Men så långt har vi inte alls kommit, utan vi har i princip börjat bara. (218\_1)*

*Ja, det är väl mer i kartläggningsperspektiv nu för, om jag nu pratar specifikt om primärvårdens del, det vi själva har valt att lyfta in i vår verksamhetsplan. (220\_2)*

### 2.3.4.2. Orsaker till att inte kommit så långt

Flera olika orsaker till att man inte kommit så långt med jämställdhetsfrågorna nämndes.

Dit hör självklart att detta upplevs som ett ”svårt område” (sid 71). Andra orsaker som nämndes är bristande kunskap, bristande medvetenhet, bristande intresse, bristande statistik och bristande ledning och uppföljning.

*Ja, det där tycker jag är en svår fråga, därför att då handlar det också om att få könsuppdelad statistik på ett helt annat sätt än vad vi har, tycker jag, kunnat få hittills dags. // Men vi har inte haft frågan uppe i tillräcklig omfattning, tror jag, i hälso- och sjukvårdsledningen och i de forumen. Så där tror jag att det finns jobb kvar att göra. (213\_1)*

*Ja, man kan säga jämlik vård i allmänhet är ju ett ganska eftersatt område, tycker jag, i Sverige generellt. (215\_1)*

*... att verka för en jämställd och jämlik rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess. Jag tror ju att de flesta sliter sitt hår för det är enkelt att uttrycka verbalt men det är jättesvårt! // Den jämställda sjukskrivningen har vi upplevt varit svår att forma, ett utvecklingsområde där skulle vara välkommet. (C211\_1)*

*Detta har jag ingen uppfattning om. Jag har inte uppfattat att man har någon skyldighet att veta om det finns någon skillnad på män och kvinnor. Det har jag inte stött på faktiskt. (331\_1)*

Ibland verkar ansvaret för hela jämställdhetsfrågan ha lagts på en viss person eller på kvinnliga chefer, vilket möjligen kan relateras till ovanstående kategori; Brist på kunskap, sidan 71:

*Vår processansvariga hon är väldigt intresserad av de här frågorna och håller den fanan högt i olika samtal med de olika förvaltningarna. // Hade det varit några stora problem, då är jag säker på att hon hade signalerat det. (232\_1)*

*Sedan är inte frågan hur mycket som jag följer upp, det är mycket mer så att jag borde ha en annan systematik i det. Å andra sidan, om jag skyller ifrån mig då, så har vi väldigt mycket kvinnliga chefer och jag får ju hoppas att de tillvaratar perspektivet om jämställd sjukskrivning. (234\_3)*

### Jämförelse 2007

Både skrivningarna i överenskommelserna och resultaten i intervjuerna speglar en tydlig utveckling över tid vad gäller medvetenhet om frågor som rör jämställd vård, om svårigheterna inom området samt om vilja till åtgärder.

I Tabell 15 visas resultat av en bedömning av huruvida den intervjuade chefen ansågs ha vidtagit eller planerat åtgärder för att främja jämställd sjukskrivning, fördelat på chefsnivå. Elva procent bedömdes ha pågående åtgärder. Att ta fram könsuppdelad statistik bedömdes

här inte som en pågående åtgärd, utan snarare en åtgärd för att få underlag för planering av åtgärder. Den bedömningen gjordes inte på samma sätt år 2007, varför vi för det året endast visar siffror för dem som då inte bedömdes ha frågan alls på agendan.

Andelen som bedömdes att *inte* ha frågan om kvinnors ohälsa (år 2007) respektive om jämställd vård (år 2013) ens på agendan var mindre år 2013 (14 % jämfört med 49 %). Skillnaden är särskilt stor på nivå 3, (41 % jämfört med 77 %). År 2013 nämnde sju chefer (nivå 1 och 2) ”jämställd sjukskrivning” som en av sina tre viktigaste uppgifter för en förbättrad hantering av patienters sjukskrivning inom hälso- och sjukvården (se sidan 104 ff.). Ingen chef gjorde detta år 2007.

Tabell 15. Den intervjuade chefen bedöms ha vidtagit eller planerat åtgärder när det gäller att främja jämställd sjukskrivning (2013) respektive kvinnors ohälsa (2007).

	2013				2007			
	Totalt (n=72) %	Nivå 1 (n=16) %	Nivå 2 (n=34) %	Nivå 3 (n=22) %	Totalt (n=79) %	Nivå 1 (n=18) %	Nivå 2 (n=35) %	Nivå 3 (n=26) %
- Pågående åtgärder	11	25	9	4				
- Konkreta planer på åtgärder	29	25	41	14				
- Har det på agendan men inga konkreta planer <sup>1</sup>	46	50	47	41				
- Nej	14	0	3	41	49	33	37	77

<sup>1</sup>Att samla in statistik om sjukskrivning har år 2013 inte bedömts som en åtgärd, utan som underlag för åtgärder, det vill säga, de ligger i denna kategori.

## Sammanfattning

Området jämställd sjukskrivning fanns på agendan i större utsträckning år 2013 än år 2007, främst på nivå 1 och 2. Få hade dock vidtagit åtgärder för att främja jämställd sjukskrivning. Att ta fram könsuppdelad sjukskrivningsstatistik, som underlag för att planera åtgärder, föreföll för många vara en självklarhet, även om detta fortfarande var på planeringsstadiet för många. Hur sådana statistikuppgifter skulle hanteras var dock inte lika självklart. Området ”jämställd sjukskrivning” beskrivs som genuint svårt; kunskap i, medvetenhet om samt vilja att driva dessa frågor varierade. Flera uttryckte behov av stöd och mer kunskap för att driva frågan vidare.

## 2.4. Omnämmande av forskning och vetenskap; kunskapsgenerering

Resultaten från intervjuerna 2007 [182] visade en medvetenhet bland cheferna om att det saknades vetenskaplig kunskap om optimal sjukskrivning och att cheferna såg detta som ett problem. Trots detta omnämnde endast ett fåtal chefer i studien 2007 strategier för att generera ny kunskap och de strategier som nämndes var oftast begränsade till enstaka projekt. Vidare föreföll många vara trevande inför hur man kan följa upp och kvalitetssäkra att den kunskap som faktiskt finns används i organisationen.

Hälso- och sjukvården i Sverige ska baseras på ”vetenskap och beprövad erfarenhet” [19]. Då evidensbaserad kunskap ännu saknas inom många områden, t.ex. sjukskrivning, är det

aktuellt att utvärdera och reflektera över konsekvenser av de erfarenheter som finns inom området. Bland annat saknas det ännu, enligt SBU<sup>5</sup>, vetenskaplig evidens om vad som är optimal sjukfrånvaro vid olika tillstånd [195]. Det finns således ett stort behov att generera sådan kunskap. Landstingen har ett ansvar att bidra i sådan, liksom annan, kunskapsgenerering.

De uttalanden om vetenskaplig kunskap och forskning som fanns i intervjuerna 2013 kunde kategoriseras i tre subkategorier som motsvarade de kategorier som identifierades år 2007. Dessa var: att man önskar arbeta evidensbaserat i vården, att det finns alltför lite vetenskaplig kunskap inom sjukfrånvaroområdet, samt medverkan i kunskapsgenerering – såsom att ta fram underlag för forskning eller medverka i forskning (Tabell 16).

Tabell 16. Subkategorier inom kategorin ”kunskapsgenerering” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden”

Kunskapsgenerering
Vill basera vården på vetenskaplig kunskap och evidens
Vetenskaplig kunskap saknas om sjukfrånvaro
Forskningsmedverkan

#### 2.4.1. Vill basera vården på vetenskaplig kunskap och evidens

---

Här handlade uttalandena om en generell vilja att basera vården på vetenskaplig kunskap och evidens och att använda sig av kunskapsstyrning.

#### 2.4.2. Brist på vetenskaplig kunskap när det gäller sjukfrånvaro

---

Det fanns få uttalanden om brist på vetenskaplig kunskap inom sjukskrivningsområdet, och liksom 2007, fanns det inga uttalanden om brist på kunskap om ledning och styrning av området. Några berättade att man använde sig av forskare för att bedöma eller utvärdera egen statistik om sjukskrivning samt att man tog del av rapporter som publiceras. När vetenskaplig kunskap saknas bör vården baseras på ’beprövad erfarenhet’ och det fanns beskrivningar av olika sätt att få sådan.

*Min bild [är] ändå att själva arbetet, ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen, det finns liksom i ledningssystemet. Men // [för kunskapsgenerering] finns det mer att göra för att garantera att det här ska liksom fortlöpa. (1, 17)*

*Vi har mycket forskare, som också har gjort att vi haft stora samråd med dem i flera omgångar. Hur ska man förstå det här? Vad ska vi, vad borde vi utveckla och tänka extra mycket på, för framtiden när vi ser det här. Så man kan väl säga att det är hela tiden en dialog som är pågående, vad är det vi kan göra mer utifrån de resultat vi har. Men det finns inte riktigt någon evidens idag. // Medvetenheten finns, men det där har så mångfaktoriella orsaker bakom detta, som säkert kräver en lång tid för att hitta vilka delar är det vi behöver trycka på mest. (C234-1)*

*Och det har också varit så, tycker jag, att de vetenskapliga underlag som man tidigare hade för att bedöma sjukskrivning, sjukskrivningens längd och sådant där, har ju inte varit så bra så det var ganska godtyckligt förut. (218-2)*

---

<sup>5</sup> Statens beredning för medicinsk utvärdering



*Sjukskrivning har ibland varit lite utav, om man använder ett gammalt uttryck, lite utav det här liksom läkekonst snarare än att det har funnits så mycket evidens för vilken sjukskrivning som är befogad eller inte befogad. (210:2)*

*För vissa typer av diagnoser skulle kunna vara av nytta att få reda på kanske lite vetenskapligt också, vad sjukskrivningar gör för nytta respektive gör dålig nytta. (331-3)*

Flera nämnde att sjukvården har en viktig roll för forskning och kunskapsgenerering genom att ta fram data av god kvalitet. Särskilt nämnde man vikten av att ta fram data av god kvalitet när det gäller könsskillnader; sådana uttalanden förekom på samtliga nivåer.

### 2.4.3. Medverkan i eller främjande av forskning om sjukfrånvaro

Några berättade att de antingen medverkade i forskning eller främjade att anställda gör det. Andra visste inte om det fanns medverkan i forskning inom organisationen.

*Vi behöver ju också göra egna utvärderingar och då har vi ett institut, som vi finansierar på xxx universitetet som gör sådant åt oss. (17)*

*Vi har // ett antal forskningsprojekt för att få fram evidens på hur vi behandlar patienter. // Vi har tom. då varit med i forskningsprojekt med KI och andra landsting och andra högskolor. (231-1)*

*Och någon specifik strategi i övrigt kring det här kan väl då vara t.ex. att där det har varit möjlighet att söka forskningspengar och sådana här saker, så har vi sett till att det sprids information. Vi har ju mängder av olika projekt som pågår, som vi tycker är jättelämpade då kanske att vara med och ansöka om pengar till. Då ser vi till från ledningen att vi uppmuntrar det så att säga. (231:2)*

Att ha med forskare i verksamheten nämndes som en framgångsfaktor.

*... har det viktigaste varit att det hela tiden har följts upp och följt upp hur det här – vi har ju haft forskare med från Försäkringskassan och lokalt nere hos oss, som också varit inne här – och det har ju varit en viktig del för att se vad är det som går åt rätt håll och vad är det som man skulle behöva göra bättre. (24-1)*

Ett sätt att främja vetenskaplig kunskap inom området var att medverka i intervjun.

*... att medverka i den här typen av utvärderingar, och medverka i forskningsprojekt. (210-1)*

*Jag tycker det är jättebra att ni gör en sådan här utvärdering. (233-1)*

Det var förhållandevis få uttalanden om vetenskaplig forskning inom området, i perspektivet att hälso- och sjukvården ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och att kunskapsläget är synnerligen begränsat när det gäller både hantering av sjukskrivningsärenden och ledning och styrning av sådant arbete. Samtliga uttalanden om behov av kunskapsgenerering gällde vård, inte ledning och styrning av vård, med ett undantag.

### Jämförelse med 2007

En skillnad jämfört med 2007 var att flera nu berättade om medverkan i forskningsprojekt samt att flera tog fram eller planerade att ta fram egen statistik, som åtgärder skulle kunna baseras på.

I studien 2007 framkom att det fanns en stor medvetenhet om att det saknas vetenskaplig kunskap och evidens om optimal sjukskrivning. Många, framför allt högre chefer, såg detta som ett problem. Detta lyftes inte i motsvarande utsträckning nu.

I Tabell 17 visas andel chefer som under intervjun nämnde forskning eller vetenskaplig kunskap inom sjukfrånvaroområdet samt motsvarande andelar från studien 2007. År 2007 var det en större andel som nämnde detta, och andelen var högre på nivå 1 än på nivå 3. År 2013 hade andelen som nämnde detta sjunkit och var lägst på nivå 1.

Tabell 17. Andelen chefer som nämner vetenskap eller forskning, totalt och efter chefsnivå: år 2013 respektive 2007

	2013				2007			
	Totalt (n=72) %	Nivå 1 (n=16) %	Nivå 2 (n=34) %	Nivå 3 (n=22) %	Totalt (n=82) %	Nivå 1 (n=18) %	Nivå 2 (n=35) %	Nivå 3 (n=29) %
<b>Ja</b>	25	13	29	27	42	72	54	7
<b>Nej</b>	75	88	71	73	59	28	46	93

## Sammanfattning

År 2007 framkom en stor medvetenhet om att det saknas vetenskaplig kunskap och evidens om optimal sjukskrivning. Många, framför allt högre chefer, såg då detta som ett problem. Forskning och vetenskaplig kunskap inom sjukfrånvaroområdet nämndes inte lika ofta 2013, även om det framkom att några främjar eller medverkar i forskning.

Inom temat 'Ledning och styrning av specifika områden' finns ytterligare två kategorier – dessa har en något annan dimension än de fyra ovan beskrivna kategorierna. Den ena handlar om kvalitetssäkring, den andra om administrativa förutsättningar för arbetet med hantering av patienters sjukskrivning.

## 2.4. Kvalitetssäkring och förbättringsarbete

Samtliga chefer tillfrågades om hur de leder och styr kvalitetssäkring avseende hantering av patienters sjukskrivning. I ett stort antal intervjuer ställdes inte frågan explicit angående kvalitetssäkring. I dessa fall bygger resultatet på svar där chefen berört frågan tidigare under intervjun eller på att intervjuaren använt en annan formulering av frågan som till exempel "Hur ser kvalitetssäkringsrutinerna ut på din klinik?". Ibland bad chefen den intervjuade om ett förtydligande av begreppet kvalitetssäkring. Detta exemplifierades då vanligtvis med uppföljning som en del av kvalitetssäkring, vilket kan ha påverkat att många svar handlade om just uppföljning.

Fyra subkategorier av svar kring kvalitetssäkring kunde urskiljas; riktlinjer och rutiner, kvalitetssäkring genom uppföljning, kvalitetssäkring genom förbättringsarbete samt brister och svårigheter med kvalitetssäkring (Tabell 18).

Tabell 18. Subkategorier av uttalanden inom temat ”ledning och styrning av specifika områden: kvalitetssäkring”.

Riktlinjer och rutiner	Uppföljning	Förbättringsarbete	Svårigheter med kvalitetssäkring
------------------------	-------------	--------------------	----------------------------------

### 2.4.1. Kvalitetssäkring genom riktlinjer och rutiner

Resultatet inom subkategorin ”kvalitetssäkring genom riktlinjer och rutiner” beskrivs närmare i avsnitt 2.5. Administrativa förutsättningar, sidan 85.

### 2.4.2. Kvalitetssäkring genom uppföljning

En majoritet av cheferna, och samtliga landstingsdirektörer talade om begreppet kvalitetssäkring som uppföljning. Cheferna uppgav vanligen att uppföljningen av arbetet med sjukskrivningar följde samma rutiner som uppföljning av annan verksamhet och att man eftersträvar att få in denna uppföljning i linjen. Bland annat nämndes uppföljning genom statistik och nyckeltal, sammanställd och kommunicerade i tertialbokslut, verksamhetsberättelser, och balanserade styrkort. Som tidigare nämnts beskrevs uppföljning som en del av ledningssystemet. Begrepp som resultatdialog, internkontrollplan och återkoppling nämndes som delar av organisationens uppföljningsrutiner. En mindre andel av cheferna nämnde mål och planer.

*Vi har ju mål och mått som ska följas, som är antagna ifrån landstingsfullmäktige och som senare är översatt via så att säga landstingsstyrelse, hälso- och sjukvårdsnämnd, förvaltning av xxx sjukhus och sedan nere på verksamhetsnivå då. Där ingår sjukskrivningsprocessen och är ju ett av de mål som ska följas upp. (239\_1)*

*Det ingår i vårt ledningssystem helt enkelt att följa upp det. Det görs ju kontinuerligt. Det görs ju på många olika sätt genom allt ifrån de uppföljningar, som sker genom att hämta data från våra register till att vi har dialogbaserade uppföljningar med vårdgivarna. (1, 31)*

*Ja, det är precis det jag säger, att vi bygger in, jag i alla fall försöker att bygga in det [om policy], vi jobbar ju med ett väldigt avancerat styrkort. Och genom att ta med målen i styrkortet i ett processperspektiv så får vi också en uppföljning. (218\_3)*

I några uttalanden framkom att mål och uppföljning var utformade efter villkoren i sjukskrivningsmiljarden.

*Vi har en väldigt tydlig struktur, där vi följer upp lite från den här överenskommelsen när det gäller avtalen och sedan gör vi ju också årsredovisningar där vi mera aggregerar och följer upp. (234\_1)*

*Nja, alltså vi följer ju de direktiv vi får, och när det efterfrågas på verksamhetsdialoger sådana här saker då. Eftersom det är de här som ingår i de här parametrarna, och det här är inom de parametrarna som mäts, så blir det automatiskt så att vi följer dem alltså. (337\_5)*

Uttalanden pekar på en stor variation i hur långt landstingen kommit med att skapa och införa kvalitetssäkring vad gäller försäkringsmedicinska frågor.

*[Om de tre viktigaste uppgifterna framöver:] dels att stödja ett fortsatt bra utbud av utbildning i frågan. Dels att verka för att uppföljningen av sjukskrivningsfrågan kvalitetssäkras och görs bättre. Och dels följa upp resultaten. (237\_2)*

*Det kommer in till ledningsnivån, så det får ju återrapporteras i organisationen i samband med all annan typ av återrapportering, som vi begär in. Nyckeltal och sådant, vi har styrkort och annat som styr det här. Ja, ska in, vi är lite försenade, men det kommer att vara en del i linjeprocessen. (1, 32)*

När det gäller vad som följs upp, nämndes främst två områden, som båda kan spåras till sjukskrivningsmiljardens villkor. Dels sjukskrivningarnas antal och längd; ibland per läkare eller vårdenhet, ibland sjukskrivningstal i landstinget i stort. Dels antal läkarintyg som returnerats från Försäkringskassan på grund av att de inte haft tillräcklig kvalitet. Denna typ av uppföljning sker ibland i samverkan med Försäkringskassan.

*Dialog om eventuella brister i underlagen och hur vi kan förbättra och där Försäkringskassans representanter kommer ut till de olika läkargrupperna. (319\_1)*

Utifrån några chefers uttalanden framstår det som om det framförallt är detta som följs upp i deras respektive organisationer. Begreppet kvalitet förefaller i vissa uttalanden främst associerat med att uppfylla Försäkringskassans krav. Det förekom också mer detaljerad uppföljning av sjukskrivningar.

*Sjukskrivningskommittén har mycket fokus på alltså läkarintygens kvalitet, man jobbar med att Försäkringskassan är ute och träffar vår profession och man jobbar med de försäkringstekniska aspekterna av kvalitén på sjukintygsgdelen, och jag skulle vilja säga att kvalitetsaspekterna är en dominerande del i sjukskrivningskommitténs arbete och man jobbar uppsökande mot verksamheterna från Försäkringskassans sida för att öka kvalitén. (1, 14)*

*I vårt styrkort har vi ju då försökt att väva in det här. Det handlar ju om t.ex. kvalitén i medicinska underlag och hur många vi får tillbaka har vi ju som en del i kvalitetsuppföljningen. (216\_1)*

Nedanstående citat från en nivå 2 chef ger en bild av bakgrunden till fokus i uppföljning på denna förhållandevis enkla typ av utfall:

*Om man som verksamhetschef ska ta sitt ansvar så är det ju precis för honom och för henne som det är för mig. Alltså det är ju en fördel när uppdraget är ganska enkelt och att det är liksom att man har ett tydligt mål, vad är det vi ska åstadkomma för någonting, vad är det för krav och förväntningar och vad är det jag ska leverera. Då är det inte så tillkrånglat. (212\_1)*

Det var mindre vanligt att andra uppföljningsområden togs upp med undantag för ett fåtal uttalanden om jämställdhet och kompetens. Även dessa följer upp mot mål som bygger på villkoren i ”miljarden”.

*Ja, vi har ju sådana här måldatum då med tertial och bokslut och så, men det är väldigt mycket också statistik och dialog med Försäkringskassan. Det finns ju handlingsplaner. De här handlingsplanerna berör ju jämställdhet och höjande av den försäkringsmedicinska kompetensen, och det jobbet har vi ju gjort under 2012. (1, 39)*

*Ja, som du säger, vi mäter egentligen de aktiviteter vi gör. Dels så finns naturligtvis de som finns inom ramen för t.ex. sjukskrivningsmiljarden, där finns ett antal villkor kopplat, fem stycken eller vad det är, och de följer vi ju och redovisar och ser hur vi ligger till. (236\_1)*

I kategorin Kvalitetssäkring genom förbättringsarbete redovisas också exempel på att rutiner utvärderas och utvecklas samt att hanteringen analyseras utifrån patientperspektiv.

### 2.4.3. Kvalitetssäkring genom förbättringsarbete

---

I denna kategori fanns uttalanden om sätt att se på och använda uppföljning i förbättringsarbete. Oftast beskrevs att resultat förmedlas till chefer och medarbetare, till exempel läkare, men utan att gå in på detaljer om hur de används. Andra exempel var mer konkreta och beskrev till exempel en workshop där både medarbetare och externa aktörer deltagit, samt användning av uppföljningsresultat för att fånga upp idéer och förslag och som underlag för resultatdialoger.

*Så att det är ledning och styrning generellt, så blir vi tillräckligt systematiska och återför vi tillräckligt systematiskt så får vi med oss alla på båten och då får vi samverkan, att det*

*verkligen fungerar mellan alla berörda aktörer. // Där jag egentligen inte ser att sjukskrivningsprocessen i sig har en annorlunda utmaning, utan jag ser det som en generell utmaning.// Vi tittar ju årligen på hur ska vi så att säga omsätta så att vi kan flytta den här frågan framåt. (211\_1)*

*Man kan väl säga, ja en del av kvalitetssäkring är väl att när kollegorna har klagat väldigt mycket på att intygen kommer tillbaka från Försäkringskassan och sådant där, så har jag haft kontakt med min kontaktperson på Försäkringskassan och vi har, jag menar, hon kommer hit och ska hit snart också och berätta om nyheter och så där. Vi har jobbat med att vi skulle få särskilda handläggare som tar hand om våra ärenden, för då blir de kunnigare på sikt och då minskar man en hel del frustration också och effektiviserar. (331\_6)*

*Precis innan sommaren så hade vi en workshop tillsammans med kassan och arbetsförmedlingen och väldigt många av cheferna och direktorsledare var med på den här dagen för att diskutera hur tar vi nästa års språng. // Vi håller nu på och gör fokusgruppsintervjuer med medarbetare och patienter i de tre länsdelarna. Det ska hjälpa oss att ge en tydligare bild av vad vi behöver utveckla, dvs. hur upplever kunden det här. För det är väl det vi också ser, att det har varit ett bristande kundfokus ibland och det har varit lite olika mellan oss aktörer, hur vi ser på det här. Så att vi har bildat en strategisk styrgrupp för det här från de olika aktörerna. //Ja, så att det kommer vi att jobba med här nu under det här första kvartalet. Och när vi har fått in den informationen så kommer vi att träffas igen då för att se, ja vad är det som är viktigast att gå vidare med. (234\_1)*

Personlig uppföljning och återkoppling av konkreta resultat i arbetet med patienters sjukskrivning betonades också som en viktig drivkraft till förbättring. Den aspekten togs främst upp som dialog mellan nivå 2 och verksamhetschefer och mellan verksamhetschefer och läkare.

*Ja, jag har ingen annan strategi än att jag, i samband med de uppföljningsmöten vi har med verksamhetscheferna regelbundet, och att jag ställer frågor kring detta och många andra saker, som jag också är ansvarig för att se till så att det sker ute på klinikerna. (239\_1)*

*Jag har ju samtal med dem numera två gånger per år där jag följer upp hur de tar sitt ansvar på alla möjliga plan. Inklusivt det här då. (331\_6)*

*Då tror jag att feedback är bra för den är grym alltså. Vi har en del feedback nu omkring vårt patientarbete. Hur kan det komma sig att det i ett upptagningsområde är det 600 aktiva patienter och i ett annat är det 1 092. Och hur kan det vara 200 bipolära här och 40 där? Vad är det som pågår? Så att feedback tvingar ju upp en diskussion, som är grymt bra. (339\_1)*

#### 2.4.4. Svårigheter med kvalitetssäkring

---

I intervjuerna framkom att det finns en del brister och svårigheter kring kvalitetssäkring. Många av cheferna föreföll osäkra på vad kvalitetssäkring innebär och vad som förväntades av dem. I några fall tycktes cheferna sakna bra stöd och verktyg för kvalitetssäkring. I många verksamheters kvalitetsarbete och kvalitetsdokument saknas aspekter av arbetet med sjukskrivning. Nästan en tredjedel av verksamhetscheferna svarade att de inte har någon kvalitetssäkring inom detta område.

*Ja, nu vet jag inte riktigt vad det är som ingår i det. Jag vet faktiskt inte vad som menas med kvalitetssäkring. I vilket sammanhang tänker man? (331\_1)*

*Jag har ingen återkoppling på enhetsnivå. Alltså jag vet idag att jag kan få ut statistik ifrån vårt journalsystem avseende sjukskrivningar och det är på ett mera övergripande plan. Men vi har inte sett värdet av det än. (337\_2)*

En kategori av uttalanden pekade på behovet av bättre rapporteringssystem. Det förefaller som om vissa landsting kan följa upp, till exempel antal godkända intyg, per enhet och till och med per läkare, medan andra saknar möjlighet att följa upp på någon av dessa nivåer.

Några chefer påtalar också att statistiken ger en begränsad och förenklad bild av kvaliteten i sjukskrivningshanteringen, med tanke på komplexiteten i många patienters situation.

*Ja, där tycker jag väl kanske att vi, åtminstone i det landsting som jag representerar, kanske haft en svaghet att inte haft en tillräcklig återkoppling löpande i de frågorna utan jag har fått en årsvis rapportering av vad man har åstadkommit på de olika områdena. Så där har vi inte lyckats bygga in det i vårt ordinarie uppföljningsnät på ett riktigt framgångsrikt och effektivt sätt. Så mycket ärlig måste man ju vara och säga. (1, 21)*

En del uttalanden avspeglade att sjukskrivningshantering konkurrerar med många andra frågor när det gäller fokus i uppföljning av verksamheten.

*Och vi har ju löpande uppföljningar av besök och så på alla våra vårdgivare, kvartalsuppföljning och halvårsuppföljning och årsredovisningar och sedan gör vi ju vissa nedslag ibland där vi tittar särskilt. Just nu under hösten har vi inte haft något fokus på sjukskrivning utan då har vi tittat på andra saker, men det skulle man ju också kunna tänka sig i en sådan här, i någon typ av revision. Fast det har vi inte haft. Men det är rätt sätt att få en fördjupad uppföljning. (232\_1)*

Ett par chefer lyfte fram värdet av stöd i arbetet med uppföljning.

*... där kan jag följa sjukskrivningsstatistik och annat i vårt ekonomisystem. Jag har ju också en controller till min hjälp, om jag behöver specifik information, så att han kan hjälpa mig att få fram det jag verkligen vill se. (320\_7)*

*Jag skulle nog kanske vilja utöka koordinatorsuppdraget till att även vara så att säga behjälpligt till chefen mer än till mig, som är just det här att vi skulle hitta bättre rapporteringssystem än vad vi har idag och få veta mer kontinuerligt, hur ser det ut, hur många sjukskrivna har vi. (320\_4)*

Det kan noteras att även chefer som förefaller kunniga inom kvalitetsledning inte alltid tydligt såg dess roll i samband med sjukskrivning.

*Ja, det kan inte jag svara på i just den här frågan, annars så jobbar jag ju väldigt aktivt med kvalitetsledning och sådant där. Vi har varit drivande i att försöka få till något kvalitetsledningssystem i landstinget, och kvalitetshandböcker och sådana här saker och styrdokument. Men om vi har en kvalitetssäkring just i sjukskrivningsfrågan. Ja, vi får väl statistik. Vi kan väl säga att när vi har de här mötena med Försäkringskassan så får vi ju statistik om hur många är godkända och vid stickprov och sådant där. // Men sedan så, det som känns lite konstigt dels att stödja ett fortsatt bra utbud av fortbildning i frågan. Dels att verka för att uppföljningen av sjukskrivningsfrågan kvalitetssäkras och görs bättre. Och dels följa upp resultaten. (237\_2)*

Några chefer beskrev svårigheten att veta hur det överenskomna arbetssättet egentligen följs och vad som blir resultatet.

*Men det är ju svårt att gå tillbaka och vad, ska jag så att säga hålla folk i örat om att liksom gör ni så här nu då? Fungerar det här? Är det, ja. Det blir en sak, när man pratar om det och alla är överens och alla tycker likadant, och sedan så i praktiken är det svårt att se om det är så att man verkligen gör så eller inte. (339\_5)*

## Sammanfattning

---

Det fanns en påtaglig skillnad mellan 2007 och 2013 när det gäller kvalitetssäkring. År 2013 beskrev många chefer uppföljning av arbetet med sjukskrivningshantering, något som nämdes i mycket begränsad omfattning 2007. Denna skillnad mellan åren fanns på samtliga tre ledningsnivåer. Många hade i sitt ledningssystem sådan uppföljning som en del av generella uppföljningsrutiner. Emellertid uttryckte flera chefer att det går långsamt framåt och att mycket återstår att göra. Uppföljningen gällde i de flesta fall själva sjukskrivningarna och i några få fall hela sjukskrivningsprocessen. Flera uttalanden

indikerade att kvalitet i sjukskrivningshantering i praktiken tolkades som andelen av Försäkringskassan godkända läkarintyg.

## 2.5. Administrativa förutsättningar

---

I intervjuerna ställdes ingen explicit fråga om ”administrativa förutsättningar”. Däremot nämndes olika subkategorier av administrativa förutsättningar för att hantera sjukskrivningsfrågan optimalt i många sammanhang, framförallt i samband med uttalanden om ledning och styrning, om chefens ansvar och om läkares behov för att utföra sitt arbete i sjukskrivningshantering. Många chefer tog upp olika förutsättningar för hantering av sjukskrivningar och beskrev hur de kunde utöva ledning genom att förbättra förutsättningarna för arbete med sjukskrivningshantering inom organisationen. Cheferna uttryckte i hög grad att de i sin roll som chefer hade ett ansvar för att förbättra de administrativa förutsättningarna.

*Du måste ändå skapa förutsättningarna, och det är väl där vi kommer in, och ser vad behövs det för utbildningsstöd, vad behövs det för riktlinjer, rutiner. (211\_1)*

*Ja, jag tycker väl att mitt ansvar är ju då att vi har en sådan struktur och ledningsstruktur på kliniken att frågan kring sjukskrivning och rehabilitering hanteras på ett bra sätt, på ett kvalitativt bra sätt. Så det är väl mitt ansvar att kunna skapa utrymme för och system som gör att det blir så. (320\_8)*

I cheferna syn på vad läkare behöver för att göra ett bra jobb med sjukskrivningar och för att må bra i det arbetet, betonades att läkare behöver olika former av verktyg och stöd. Stöd som nämndes var rutiner och strukturer för arbetet med sjukskrivningsärenden, till exempel i form av en policy för hur man hanterar patienters sjukskrivning, tillgång till sakkunniga personer, till utbildning och information samt etablerade, optimala rutiner för arbetet, inklusive samverkan med Försäkringskassan.

*Bara för att en läkares arbete särskilt i primärvården är väldigt ensamt, det är väldigt rutiniserat egentligen, man sitter liksom patient efter patient efter patient, och man ska helt plötsligt då själv designa en strukturerad modell. Det gör man inte och då krävs det att en ledning gör det. (21-2)*

De subkategorier av administrativa förutsättningar som identifierades var tid, personal och kompetens, riktlinjer och rutiner, verktyg samt IT-stöd (Tabell 19).

Tabell 19. Subkategorier inom kategorin ”administrativa förutsättningar” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden”

Tid	Personal och kompetens	Riktlinjer och rutiner	Verktyg	IT-stöd
-----	------------------------	------------------------	---------	---------

### 2.5.1. Tid

---

Att uppleva tidsbrist är ett välkänt problem inom hälso- och sjukvård, ett problem som ställer krav på ledning och styrning. Chefer på alla nivåer nämnde otillräcklig tid som ett problem att hantera i samband med sjukskrivningsfrågan. För chefernas egen del framkom bland annat vikten av att prioritera och fokusera bland alla områden som ingår i deras ansvar. För läkarnas del beskrev man behov av tid för arbetet med patienten, för utbildning, för att skriva intyg, för att vara med på möten och kompetensutveckling, för

teamsamverkan och kollegiala diskussioner, för diskussioner och interna och externa möten kring allmänna försäkringsmedicinska frågor respektive kring enskilda patienter. Det fanns chefer som påpekade att det inte räcker att erbjuda utbildningsmöjligheter; det måste också finnas möjlighet att delta i dem.

*Ja, en faktor är väl tid naturligtvis, att man hittar ett arbetssätt som gör att man får tid att sitta ned med patienten vid utskrivningstillfället på ett bra sätt. Att det sker på ett strukturerat sätt, så att inte det blir någonting som man kastar ner på ett papper mellan man springer på rond eller ska ner till mottagningen eller ner på operation så skriver man ut en patient lite hastigt. Och så lämnar man sjuktyget till syrran, och så får hon lämna över allting och så, utan att man skapar en organisation som möjliggör det här mötet. (210\_2)*

*Det är verksamhetschefen som har liksom att leda och lägga upp verksamheten på ett sådant sätt att det är möjligt för den enskilde läkaren att arbeta på det sätt som vi förutsätter. // För det första behöver man tid, alltså rimlig tid (232-1)*

*Därför att det är jag i det här fallet, som har möjligheten att se till att det här fungerar och att de får den utbildning de behöver, det avsätts tid och det bokas in möten. Det är mitt ansvar. (320\_7)*

Några chefer pratade också om vilket ansvar man hade för att etablera ett förhållningssätt där avsatt tid används till just detta.

*... men framför allt har det väl bakåt i tiden handlat väldigt mycket om, när vi pratar sjukskrivningspengarna, väldigt mycket om att jobba med kulturkrockar, jobba med utbildningsinsatser, att försöka få förståelse för framför allt hos läkargruppen, men också hos våra chefer// Det är på den vägen vi har fått jobba initialt. (212\_1)*

Drygt en tredjedel av cheferna på nivå 2 och majoriteten av chefer på nivå 3 beskrev strategier som gick ut på att avsätta tid och resurser för att underlätta införandet av förbättringar i sjukskrivningsprocessen. En vanlig strategi var att ge uppdrag åt en person, roll eller funktion, så som tidigare beskrivits i avsnittet om ledningssystem. Uppdragen var huvudsakligen långvariga och beskrevs ofta som del av en permanent organisation.

*Det är så många delar som behöver till för att det här ska fungera. Där fungerar också då våra processledare och koordinatörer så att de har en möjlighet att frigöra den tiden och hjälpa till. Det som blir en positiv spin-off av det här det är att det här blir ju då, istället för att fungera som en undanträngd visa andra patienter så har ju stödet från staten gjort att vi faktiskt har kunnat frigöra tid från andra kommittéer. (212\_1)*

*Därför att det är jag i det här fallet, som har möjligheten att se till att det här fungerar och att de får den utbildning de behöver, det avsätts tid och det bokas in möten. Det är mitt ansvar. (320\_7)*

*Ja, att ge dem mer utrymme, alltså mer luft i schemat. Inte så många patienter per dag, så att man hinner tänka innan man skriver ett intyg t.ex. Kontakta Försäkringskassan när de behöver kontakt och så. (320\_3)*

Flera chefer hänvisade till det ekonomiska stöd som gjort det möjligt att ge specifika uppdrag inom detta område.

*Däremot så blir det ju, man sätter ju fingret på, på ett annat sätt, och tydliggör någonting i och med att man gör en nationell satsning, och det tycker jag är bra därför att sjukskrivning ändå är ett sådant område, som vi har behövt skärpa upp rutinerna kring. (213\_1)*

*Sedan har vi också då, tror jag, och i samma tidsanda som sjukskrivningsmiljarden – och det har landstinget jobbat för, ska jag säga uppifrån då – och det är att man har etablerat vad vi kallar för sjukskrivningskoordinator, och det är ett resurstillskott till kliniken motsvarande kanske 10 eller 20 % av en skötersketjänst då. (337\_2)*

Andra, på nivå 3, där man är mycket nära patienterna, drev inte alls denna fråga.



*För man hinner inte med. Det finns inga möjligheter att göra det. Skulle vi börja involvera oss och ta reda på hur det är med sjukskrivningsprocessen nu också, ja då blir man ju galen alltså! // Jag undviker att driva [sjukskrivnings]frågan för jag vill inte komma i konflikt med de andra verksamhetscheferna, som inte alls har samma tänk som jag. (339-1)*

## 2.5.2. Personal och kompetens

---

Nära kopplat till tidskategorin är chefernas uttalanden om bemanning och kompetens. I denna kategori berörs bland annat vikten av att säkra tillräckligt med personal med adekvat kompetens och utmaningen att hantera en situation med många 'hyrläkare'. Många chefer betonar särskilt vikten av att såväl medarbetarna som de själva har tillgång till personer med försäkringsmedicinsk kompetens. För cheferna förefaller tillgång till personer med goda kunskaper i sakfrågan vara av vikt för att leda och styra hanteringen av patienters sjukskrivning.

*Och sedan har jag också, eftersom jag själv inte är medicinare, så har jag en medicinskt ledningsansvarig läkare, som jag nu också har suttit och pratat med. För mig, som det handlar om just nu, det är att skaffa mig en bild av vad det här handlar om utifrån ett verksamhetsperspektiv. (320\_1)*

*Jag har en sjukskrivningssakkunnig läkare på vårdcentralen, som kan lite mer än alla andra så att säga och som kan sprida ny information osv. (310\_2)*

*Ja, så är det i psykiatrin och vi har ju mycket hyrläkare också och de är väldigt nyckfulla och har otroligt, ofattbart olika attityd till grunden för sjukskrivning. De diagnosticerar på olika sätt. Man blir förfärad när man ser att tre olika psykiatrer kan beskriva ett förhållandevis, i mina ögon, entydigt psykiatriskt problem på så många olika sätt och ta till så mycket olika åtgärder. Så att det är mycket som är bundet till doktorn och doktors attityd. // hyrläkare och kommer och går i verksamheten så behöver de inte heller riktigt ta på allvar det ledningen säger. Så det, hyrläkarproblemet slår riktigt ordentligt igenom i de här frågorna. (339-1)*

Dessa förutsättningar redovisas mer i detalj i avsnitt Kompetens och kompetensutveckling på sidan 62.

## 2.5.3. Riktlinjer och rutiner

---

En aspekt som nämns ofta, när det gäller att leda för bättre förutsättningar, handlade om att skapa policy, riktlinjer och rutiner för sjukskrivningsarbetet. (Se också sidan 37.)

*Vi har ju försökt att knyta in i vårt ledningssystem rutiner som ska göra då att vi får, när vi pratar om kvalitet, att vi får en så likvärdig process som möjligt i länet. Och den är viktig för oss. Då är det ju exempelvis viktigt att vi i det här, att det inte är din hatt, att rutinerna ska säkerställa att vi får en jämställd sjukskrivning t.ex. Så att vi ser till att vi ska ha könsuppdelad sjukskrivningsstatistik i landstinget tillgängligt för alla sjukskrivande verksamheter exempelvis. Så att man kan själv också följa upp och se och bedöma om man når de kvalitativa mål, som vi har satt upp här för den här delen. (1,17)*

En övervägande del av cheferna på nivå 2 nämnde riktlinjer och/eller rutiner. Endast ett fåtal av cheferna på nivå 1 nämnde dessa begrepp överhuvudtaget och uttalade sig oftare om "ledningssystem". Chefer på nivå 2, och ett par på nivå 1, beskrev utformandet av riktlinjer och rutiner som uppdrag, antingen till stabsexperter, projektledare etcetera, eller något som delegerats till verksamhetschefer. Det var få chefer som nämnde implementering.

*Så har ju den personen haft i uppdrag att både skaffa fram riktlinjer, alltså gemensamma riktlinjer för hela xxx, och sedan se till att de då implementeras ute i verksamheten på olika sätt, både i vårdvalsmodellen på sjukhusen och inom psykiatrin. (1, 11)*

*Ja, hur tänker jag kring det. Ja, det är ett uppdrag då, som jag delegerar vidare till verksamhetscheferna förstås. Men hur ska jag säga, det är en jätteviktig del av uppdraget att vi*

*har rätt rutiner med rätt uppföljning, men också rätt stöd till de sjukskrivande doktorerna. (220\_1)*

I uttalandena kan två förhållningssätt urskiljas; dels med utgångspunkt i sjukskrivningsmiljarden och de villkor som ställts där, dels med utgångspunkt i ledning och styrning generellt och en syn på sjukskrivning som en del i vård och behandling.

*För ledning och styrning av väsentliga områden så har vi olika policys eller om man kallar dem riktlinjer. Det är samma form som vi ska ha för den här typen av arbete, alltså för att få en sjukskrivningsprocess som är säker utifrån de förutsättningar som är reglerade, så ska det också finnas angivet vad som gäller för dem som arbetar i olika led relativt den som ska få eller inte få en sjukskrivning. (1, 32)*

*Ja, riktlinjer har vi ja. Riktlinjer för sjukskrivningsprocessen och den är ju fastställd i landstingsstyrelsen så den är politiskt förankrad, där också verksamheterna jobbar med lokala anpassningar utifrån när man jobbar på en vårdcentral eller om man jobbar på en ortopedklinik och vi ska jobba med mål och rutiner då för det här arbetet. (214\_1)*

*Ja, vi har ju tagit fram naturligtvis sådana här policys och riktlinjer och den biten, som vi har försökt implementera då ute i verksamheterna i enlighet med det som har stått i den här sjukskrivningsmiljarden och rehabgarantin. Det är naturligtvis att vi utgår ifrån den om man säger så. (218\_1)*

Drygt två tredjedelar av verksamhetscheferna nämnde i någon form rutiner i den egna verksamheten, men benämnde det delvis olika i termer såsom riktlinjer, principer, ledningssystem, PM eller policy. Många nämnde även riktlinjer inom landstinget eller på ledningsnivå för hälso- och sjukvård. Verksamhetschefer inom primärvården tog oftare i intervjun upp frågan om rutiner än vad verksamhetschefer inom sjukhusvården gjorde. Ett par verksamhetschefer i sjukhusvården hänvisar till behandlingsplan respektive behandlingskompendium.

Flera uttalanden ger konkreta exempel på *hur* man arbetar och då nämns team, samarbete med Försäkringskassan och koordinators roll. Uttalandena är i hög grad positiva till etablerandet av rutiner. Cheferna refererade i några fall till att de utformats eller ”skärpts till” som en följd av den nationella satsningen”.

*det är inte så komplicerat för det ansluter till andra frågor, som inte har med sjukskrivning att göra, och det handlar ju om det fortsatta medicinska ansvaret för patienten och liksom utredning, uppföljning av symtom, som är rent medicinska. (331\_3)*

*Fördelarna med att jobba så strukturerat som vi gör med det. Och jag försöker tänka mig tanken hur det skulle se ut om vi inte gjorde det. Som jag säger så är det väldigt många gånger väldigt resurskrävande patienter, som behöver stöd av många av våra professioner. (333\_1)*

*Jag tror att vi behöver i dessa tider någon, ja vad ska jag säga, att man har lite tvång på sig, att man tvingas tänka till helt enkelt och inte bara göra saker. Och att man ser något positivt i det som kommer ut. (320\_3)*

*Jag tycker det är viktigt att vi har kontrollen och kontakten. Det är ett sätt att förmedla och att bestämma kring vissa rutiner, att så här gör vi så att säga. (331\_9)*

#### 2.5.4. Specifika verktyg

---

En annan kategori, som har beröringspunkter med rutiner och riktlinjer, är ’verktyg’ och hjälpmedel, varav det försäkringsmedicinska beslutsstödet blivit ett tydligt sådant. Till exempel nämnde nästan en tredjedel av cheferna på nivå 2 det försäkringsmedicinska beslutstödet när de besvarade frågor om ”vad läkare behöver”.

*Det kan ju ibland kännas att man styrs då utifrån det här papperet som finns, men å andra sidan kan det som doktor vara ett stöd också, ja nu är det det här som gäller. Och man*

*verkligen får motivera sig, om man ger sjukskrivning utöver de här rekommendationerna. I början tyckte vi nog att det var jobbigt, tror jag de flesta tyckte att man var tvingad att slå upp, hur länge ska du vara sjukskriven med den här åkomman, vad är rimligt eller inte. Men jag tror faktiskt att det kan vara en hjälp. (239\_2)*

Uttalandena indikerar även att det successivt skett en betydande förändring i inställningen till beslutsstödet, inte minst bland läkare, och att det i hög grad är accepterat och används. Några chefer påtalade att det är viktigt att beslutsstödet kan bygga på vetenskapligt baserad kunskap, och att det utvärderas och uppdateras.

*När [beslutsstödet] infördes för några år sedan då var det ju via min roll i styrgruppen, som jag fick signaler. Då var det väl mycket stänk och pust och annat sådant där. Du vet när man sitter med patienten och har 20 minuter på sig, då kan man inte hålla på att slå i 5 minuter i ett beslutsstöd för att hitta rätt. Men jag kan inte säga nu att jag har hört och sett det på de sista åren. Det är väl också så att när man jobbar som familjeläkare i primärvården och har ett hårt tryck då lär man sig ju de här grejerna. Det sitter ju i ryggmärgen. Man behöver ju inte slå upp. (218-2)*

*[Beslutsstödet] är jätteviktigt och det har varit en enorm resa. (216:1)*

*Där har ju kommit de här rekommendationerna om hur länge man ska vara sjukskriven och så, och de är ju helt annorlunda. Innan fanns det ju ingen sådan samlad kunskap. Så det var ju en tradition att tre månader var bra i rätt många sammanhang. När det kanske är 14 dagar nu och ett annat synsätt. (235:1)*

*Det är möjligt, jag tror att kanske för vissa typer av diagnoser skulle kunna vara av nytta att få reda på kanske lite vetenskapligt också, vad sjukskrivningar gör för nytta respektive gör dålig nytta. // Och finns det då sådana data, som säger att sjukskrivningar av värde vid den här typen av åkommor det är visat att därför att bla, bla, bla och det blir kontraproduktivt för vissa tillstånd, då kanske det skulle kunna vara intressant. För då får de ju lite mer stöd för hur de ska göra. (331\_3)*

Behov av ett verktyg för att bedöma arbetsförmåga nämndes – och att ett sådant verktyg saknas. Ett annat ”verktyg” som beskrevs var den så kallade ’genushanden’ [85]. Uttalanden om verktyg var få och några hade samröre med nästa subkategori; IT som medel och möjlighet.

### 2.5.5. IT-stöd

---

Olika typer av IT-stöd beskrevs som centralt och något man jobbat/jobbad för att utveckla. Det gällde till exempel (planer för) enkel tillgång till de försäkringsmedicinska beslutsstöden vid intygsskrivning, bra koppling mellan systemet för journalföring och systemet för elektronisk överföring av läkarintyg till Försäkringskassan eller bra system för att få fram statistik om egna sjukskrivningar. Vikten av adekvat IT-stöd betonades av två tredjedelar av cheferna på nivå 1 och 2. En betydligt lägre andel av verksamhetscheferna tog upp ämnet. Vanliga motiv för att införa och förbättra IT-stöd var att minska den tid läkare lägger på administration, att öka kvaliteten på intygen, att säkra enkel tillgång till korrekt information och att tillhandahålla bra verktyg för till exempel utbildning.

*Ett integrerat beslutsstöd i det journalsystem man har tror jag skulle vara en hjälp, att det går snabbt att söka fram hur det ser ut på diagnosområdet, vad är det för rekommendationer när det gäller från beslutsstödet. (219-1)*

*Man behöver ha bra kanaler till Försäkringskassan, man ska inte behöva sitta och vänta. // Det ska finnas IT-system, det ska finnas mallar, det ska finnas bra verktyg. (216-1)*

*Elektroniskt informationsutbyte är ju faktiskt det som underlättar väldigt mycket för läkarna när de sitter med patienten, om de kan slutföra sitt intygsskrivande med överförbara läkarintyg. (1, 32)*

*De behöver ju ett användarvänligt gränssnitt i datormiljön. (234-2)*

I intervjuerna gavs exempel på bra IT-stöd som redan införts och exempel på IT-stöd på väg att införas. En chef, vars organisation står inför byte av journalsystem, poängterade att kravspecifikationen på ett nytt system självklart ska innehålla kommunikation med Försäkringskassan. Många tillkortakommanden nämndes inom detta område. Uttalanden om läget avspeglar att intervjupersonerna har mycket olika uppfattningar av hur långt fram man är i sin IT-utveckling i relation till behoven.

*Det handlar förstås mycket om att vi förhoppningsvis om inte alltför många år kanske är lite mognare i IT-system som då passar bättre och är mer lättanvända och inte ger alltför mycket klagomål på intygsskrivandet. (233\_1)*

Beträffande övergången till e-intyg fanns uttalanden om såväl framgångsrikt införande som planerat införande.

*När vi hade haft den här utbildningsaktiviteten i samband med att vi övergick till digitala sjukintyg då och hade återupprepat dem rätt mycket, så gick antalet retur, ja de sjönk dramatiskt. Så att det är väl den tolkning vi gör av att det i alla fall har utvecklats på ett positivt sätt. // Vi följer ju upp det på så sätt då att vi delger verksamhetscheferna per verksamhet deras retur, så att säga, icke godkända intyg. (210\_2)*

De problem och utmaningar som kom fram rörde generell komplexitet och förseningar i samband med IT-utveckling, samt låg tillgänglighet på överlastade intranät. Verksamhetschefer framhöll behov av elektronisk överföring av intyg och bättre statistik i uppföljningen, men också andra önskemål som möjligheter att ta del av andras sjukskrivning av en patient och att ha patientkonferenser via videolänk.

*Vi kan inte få de här svaren i journalen. Vi har visserligen utvecklat ett system på kliniken för att välja vård och behandling ur många aspekter, men nu kostade det pengar att sjösätta så att vi vet inte riktigt hur det blir med det. (320\_8)*

Även olika former av IT stöd i rollen som chef nämndes, så som verktyg för planering och uppföljning samt information via intranät. Några chefer framhöll att IT-stödet bidrar till att sätta fokus på processen och på samarbetet med Försäkringskassan.

*Vi har också ett IT-baserat verksamhetsplaneringsinstrument där alla de här uppgifterna finns redovisade och där jag // följer månadsvis hur det utvecklar sig. (231\_1)*

*Vi har ju samma både journalsystem och samma statistiksystem i hela xxx så det är lätt att se om man är bra eller dålig jämfört med andra hälsocentraler. (320\_4)*

*Alltså det finns ju på vårt intranät hela den här, där kan man följa allt som finns om sjukskrivningsprocessen och riktlinjer för processen, vård och rutiner osv. (214\_2)*

*... skapa en struktur kring utskrivningsprocessen och därmed också sjukskrivningsprocessen och så (210-2)*

Några chefer uttryckte att de, i sin roll som chef, har ansvar att verka för att tillgodose dessa behov av administrativa förutsättningar.

*Du måste ändå skapa förutsättningarna, och det är väl där vi kommer in, och ser vad behövs det för utbildningsstöd, vad behövs det för riktlinjer, rutiner. Vad behövs det för att man t.ex. på intranätet lätt kommer åt den informationen eller lätt kommer åt det beslutsstödet man behöver osv. (211-1)*

*Nej, det vi har pratat om och diskuterat i olika forum det är ju att vi måste försöka hitta, det arbetet som ska göras av den sjukskrivande läkaren måste ju ha så mycket stöd som möjligt i de olika typerna av tekniska system som vi har. // Från ledningshåll så måste det ju vara ett absolut, alltså vi måste ägna oss åt att se till att vardagen blir så enkel som möjligt för den som är närmast patienten och sjukskrivandet. (220\_1)*

*Jag tror vi är på rätt väg när vi hjälper till med sjukskrivningsmallar och stöd i deras dagliga arbete. (235-1)*

## Förändringar sedan 2007

---

I baslinjestudien 2007 framkom mycket lite om de områden vi valt att kalla ”administrativa förutsättningar”. De strategier man använt sig av, med specifika uppdrag åt personer, utveckling av e-intyg med mera har underlättats och drivits fram av de nationella satsningarna sedan 2007 och förekom inte i rapporten 2007. Försäkringsmedicinsk kompetens sågs av flera chefer vara ett viktigt område att arbeta med. Många chefer ansåg det vara viktigt att införa riktlinjer och rutiner för hantering av sjukskrivningsprocessen, det framgick inte i vilken utsträckning detta gjorts. I överenskommelsen kring sjukskrivningsmiljarden ingick det att hälso- och sjukvården skulle förbereda införandet av det då helt nya försäkringsmedicinska beslutsstödet, som skulle introduceras hösten 2007. När intervjuerna genomfördes kände flertalet chefer inte till detta. I rapporten 2007 berördes frågan om IT-stöd enbart i några uttalanden om svårigheter att utvärdera och följa upp sjukskrivningar. Möjligheter att underlätta såväl samverkan som kompetensutveckling med hjälp av IT-stöd nämndes inte.

## Sammanfattning

---

Chefer på samtliga tre nivåer lade stor vikt vid att leda och styra för bra administrativa förutsättningar i arbetet med sjukskrivningar. De subkategorier som identifierades i analysen är tid, personal och kompetens, riktlinjer och rutiner, verktyg samt IT-stöd. I subkategorin ”tid” nämndes främst tidsbrist för läkare. Flera chefer gav exempel på hur de delvis hanterade frågan genom att ge uppdrag och tydligt avsätta tid för nyckelpersoner. I subkategorin ”personal och kompetens” betonades framför allt vikten av försäkringsmedicinsk kompetens. Lätt tillgänglig expertkunskap i sakfrågan beskrevs som betydelsefull för såväl läkare som chefer. Behov av administrativt stöd i termer av rutiner och riktlinjer, av kompetens, expertstöd, tid, god bemanning samt verktyg, t.ex. det försäkringsmedicinska beslutsstödet och den så kallade genushanden nämndes. En annan viktig förutsättning är bättre IT stöd. Uttalandena beskrev både genomförda och planerade införanden av nya IT-stöd, men också tillkortakommanden när införande skjutits upp på grund av brist på pengar eller att systemen inte har önskad funktionalitet.

## 3. Syn på vad läkare behöver för att göra ett bra jobb med sjukskrivningar

---

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen och cheferna fick en fråga om de anser att läkare behöver för att kunna göra ett bra jobb med sjukskrivningar. Det fanns tre kategorier av svar inom detta tema; behov av försäkringsmedicinsk kompetens, behov av administrativa förutsättningar för att göra ett bra jobb med sjukskrivningar, samt uttalanden om den tillfrågade chefens syn på sitt eget ansvar för att stötta läkarens behov (Tabell 20).

Tabell 20. Kategorier och subkategorier av uttalanden om inom temat ”syn på vad läkare behöver för att kunna göra ett bra arbete med sjukskrivningar”

Försäkringsmedicinsk kompetens	Administrativa stöd	Chefens ansvar
Typ av kompetens som behövs	Tid, personal, policy, strukturer, beslutsstöd, IT	
Hur få sådan kompetens (utbildning, expertstöd feedback, erfarenhetsutbyte, teamarbete, extern samverkan)		

### 3.1. Försäkringsmedicinsk kompetens

Ett återkommande tema i intervjuerna var att läkare har ett stort ansvar för att göra en korrekt och professionell bedömning och därför behöver omfattande försäkringsmedicinsk kompetens för detta. En subkategori här är vilken typ av kompetens som behövs, en annan hur sådan kompetens kan utvecklas och vidmakthållas; där flera olika sätt beskrivs, nämligen: utbildning, expertstöd, feedback, forum för erfarenhetsutbyte och teamarbete.

#### 3.1.1. Typ av kompetens som behövs

Många uttalanden handlade om vikten av att läkare har rätt kompetens, det vill säga kunskap, färdigheter och förhållningssätt, vad gäller lagar och regler, att skriva intyg av god kvalitet, andras och egna skyldigheter och möjligheter i sjukskrivningsärenden, roller och befogenheter, stöd och verktyg, och om olika rehabiliteringsmöjligheter, samt om alternativ till sjukskrivning. Annan kompetens som nämndes är läkaren som pedagog och handledare för patienten.

*... rätt kompetens så att man är uppdaterad på regler, målsättningar osv. och så att man vidareutbildas i den mån det behövs. (211-1)*

*... att öka förståelsen (212-1)*

#### 3.1.2. Hur få sådan kompetens

Cheferna beskrev olika sätt att leda och styra för att få eller utveckla den kompetens som behövs i organisationen. De listas nedan.

##### 3.1.2.1. Utbildning

Utbildning nämndes av många som central för kompetensutveckling. De utbildningar man talade om var vanligen mycket korta. Man tryckte även på vikten av att ha kontinuerliga satsningar på sådan kompetensutveckling inom organisationen – det räcker inte med att ha sådana utbildningar en gång.

*... för det första då kunskap genom utbildning och information om vad som faktiskt gäller på det här området. (1, 21).*

*Ja, jag tror ju, det behövs ju vara en kontinuerlig dialog och utbildning så att man inte tror att, för att man har gjort en stor satsning nu, så är det färdigt utan det här måste ju liksom in i systematiken för att ständigt rulla på. (213-1)*

*Det behövs både processperspektiv, som jag sade, standardiserat så att det som är enkelt och inte avviker, går lätt att göra. Men också kunskap om att fånga upp då, ja men vad är det då som gör att den här personen kanske behöver vara sjukskriven längre tid eller vad är det som behöver stå i ett intyg för att det ska följa de regler som finns och inte bara de medicinska. (218-3)*

*... en återkommande utbildning, som väldigt mycket bygger kring att diskutera patientfall. // det som spelar roll är att du känner dig trygg i de beslut du tar. // att du har "övat". (218-1)*

En typ av problem som beskrevs var att läkare inte alltid vill skaffa den kompetensutveckling som ledningen föreslog.

*... två sidor av det myntet dels ska vi säga samhällets och organisationernas krav på vad läkare behöver kompetensutveckla, sedan finns det professionens och den enskilde individens uppfattning om vad som behöver kompetensutvecklas. Det här sammanfaller ju inte alltid. Man kan satsa ganska mycket på utbildning utifrån ett organisatoriskt standardperspektiv och ändå uppfattar man att det satsas ingenting på utbildning, därför att man inte själv har valt vad man ska göra. Så att, om vi tar en sådan här fråga som utbildning när det gäller sjukskrivning, så spontant skulle jag gissa att den kommer ganska långt ner på listan över sådant som läkarprofessionen själv skulle prioritera. Det är klart, då kommer ledning och stöd in där då, hur ska vi försäkra oss om att de verkligen lär sig sådana här saker? (221-1)*

### 3.1.2.2. Expertstöd

Flera chefer hade organiserat olika typer av försäkringsmedicinskt expertstöd till läkare, eftersom man funnit att det fanns behov.

*Men det kollegiala stödet är ju viktigt i det. Den sakkunniga läkarens stöd också, att kunna gå till henne och bolla och diskutera hur ska jag göra här. Kan du hjälpa mig att formulera det här på ett annat sätt eller så. Det stödet har de ju, men ja det här är ett problem som jag tycker ändå att vi stöter på lite då och då. (333\_1)*

*Men jag ska finnas som en resurs och framför allt ska FM-läkaren finnas som en resurs för den enskilde doktorn att få stöd och hjälp i sjukskrivningsarbetet, för det kan ibland vara ett ganska tufft arbete att tackla rent själsligt. (320\_5)*

### 3.1.2.3. Feedback

I pedagogiska sammanhang ses feedback som en mycket viktig faktor för utveckling och inlärnin g [37], och behovet av feedback framkom som ett sätt att bidra till läkarens kompetens.

*[Läkarna] behöver positiv feedback och återkoppling. Det kan ju komma dels ifrån oss, som utövar ledning och styrning, men det kan också komma ifrån vad ska vi säga, de kontrollerande och inspekterande myndigheterna. (238-1)*

*Jag tror nämligen inte att man som enskild yrkesutövare riktigt ser när man sitter i mötet med patienten och tänker tillbaks, hur är det jag gör egentligen? Finns det ett mönster i hur jag gör? Sjukskriver jag alltid dem eller den gruppen lite längre på grund av att jag har någon bias någonstans så att jag tycker någonting eller gör någon värdering. Och det tycker jag liksom är organisationens ansvar att skapa förutsättningar så att man får den feedbacken. (1, 19)*

*Ja, det är att synliggöra den här frågan men också [läkarnas] egen insats. Jag tror på uppföljning på individnivå. Jag hoppas att vi kommer så långt med de här elektroniska, medicinska underlagen så att vi kan följa upp på individnivå och lägga det också i verksamhetschefsansvaret, att ha det som en parameter kanske i ett medarbetarsamtal. (214-1)*

*Ja, de behöver se frukten av det de gör. De behöver kunna liksom presenteras vad våra mål har lett till, vad det leder till för förändringar i det stora hela, kan jag tycka. (339\_5)*

#### 3.1.2.4. Forum för erfarenhetsutbyte

En annan kategori var behov av någon typ av forum för erfarenhetsutbyte och diskussion av patientärenden med personer inom sjukvården eller med externa aktörer.

*Sedan tror jag också att man behöver forum där man kan diskutera de svårare fallen. // De där fallen, där man vet att de här kommer att gå in i en längre rehabiliteringsprocess, och de här är inte i arbete snart. Då kan vi gå in tidigare än vi gör idag, enligt de riktlinjer vi har. Många gånger vet ju arbetsgivaren. Och om man skulle träffa arbetsgivaren tidigt, så vet man ju ofta. Det är inte så att precis när man blir sjukskriven, då har det oftast varit mycket annat också, så att många gånger så vet man vad som händer innan. (212-2)*

*De behöver också ett fortsatt stöd i att hjälpas till kontakt med de andra enheterna, t.ex. rehabiliteringsenheten, att kommunicera med den. (339\_5)*

#### 3.1.2.5. Teamarbete

Teamarbete, ofta flerprofessionellt sådant, nämndes både som en kvalitetshöjande faktor och som en möjlig väg till avlastning för läkaren i arbetet med sjukskrivningsärenden.

*... bra om man kan utveckla teamen, så att det finns fler kompetenser som stöttar läkarna på nivåer, där man inte behöver ha läkarens insatser. (1, 32)*

*Man har en mycket god hjälp av sjukgymnaster, kuratorer m.fl. så att vi får det här lite multimodala också då runt patienterna. (212-2)*

#### 3.1.2.6. Extern samverkan

För att läkare ska kunna göra ett bra jobb med sjukskrivningsärenden behövs god samverkan med externa aktörer, på lokal nivå.

*Fungerar inte samverkan på lokal nivå med Försäkringskassa och arbetsförmedling då är det väldigt svårt (219-2)*

### 3.2. Administrativt stöd

---

En andra kategori, när det gäller läkares behov för att kunna göra ett bra jobb med sjukskrivningar är administrativt stöd och bra administrativa förutsättningar. Underkategorier inom detta område är tid, personal, det försäkringsmedicinska beslutsstödet, policys, riktlinjer och rutiner samt bra IT-stöd. Dessa överensstämmer i stort med det som beskrivs under subkategorin ”administrativa förutsättningar” under kategorin ”ledning och styrning av specifika områden” på sidan 85, varför vi hänvisar dit. En uppfattning var att läkarna är belastade med för mycket administrativt arbete och behöver avlastning i form av administrativt stöd.

*Kanske det är så att det måste till någon form utav administrativ avlastning på något sätt. (1, 14)*

### 3.3. Syn på chefens ansvar för att stötta läkarens behov

---

När det gäller frågorna om syn på vad läkare behöver för att göra ett bra arbete med sjukskrivningar fick cheferna även en följdfråga, nämligen: ”Hur kan du som chef/verksamhetschef skapa förutsättningar för det?” Svaren tangerar de som finns under avsnittet 1.3.1. Syn på chefers ansvar, sidan 43. Det fanns olika syn på det egna ansvaret som chef i detta område. De flesta såg att de hade ett mycket stort ansvar.

*Det blir ju att leda genom ledare och det måste ju linjen arbeta med. (211-1)*



*Då bygger det hela på att man kan sälja in det och att man kan, som då mycket arbete har gjorts här, för att ge hjälpmedel till de sjukskrivande läkarna, som ett stöd i hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. (210.1)*

*Det är ett ansvar man har. // Men det gäller att höja upp statusen tror jag, på sjukskrivningen. (212-2)*

*Ja, i den rollen jag har kan jag bara stödja den chefsläkaren som har den frågan och jobba med det. (214-2)*

Undantag fanns:

*Alltså [läkarna] behöver inte ha någon ledning i det här. Jag menar, det är inte det! Och stöd, de behöver inget stöd heller egentligen. (232-2)*

## Sammanfattning

---

Cheferna ansåg att läkare behöver försäkringsmedicinsk kompetens och administrativa förutsättningar för att göra ett bra jobb med patienters sjukskrivning. Olika sätt att främja sådan kompetens och sådana förutsättningar beskrevs, särskilt behov av expertstöd, diskussionsfora, handledning och feedback samt rutiner. Bättre IT system och tidsmässiga förutsättningar var två andra centrala delar.

## 4. Sjukskrivningsmiljardens betydelse

---

Under intervjuerna ställdes tre specifika frågor kring sjukskrivningsmiljarden: hur miljardsatsningen hade påverkat chefernas agerande, betydelse av det ekonomiska incitamentet i sjukskrivningsmiljarden, samt hur chefen såg på sjukskrivningsmiljarden i framtiden. De kategorier som identifierades bland svaren på de frågorna redovisas nedan.

På alla tre chefsnivåerna fanns det uttalanden om att sjukskrivningsmiljarden har haft stor betydelse för att lyfta arbetet med sjukskrivningar. Nedan följer två sådana exempel.

*Vi har tagit till oss att sjukskrivning är en del av behandlingen. På så sätt att vi måste följa den, vi måste tänka på vad vi gör, det ska vara standardiserat, det ska vara rättssäkert så långt det går. Men det kan man säga att vi har ju fortfarande en bra bit att gå innan vi är framme vid det. Men vi försöker alltså inrätta ett system så att det ska bli så.//*

*[Sjukskrivningsmiljarden] har ju varit jättebra för att jobba upp det här. Så det kan jag ju säga att utan stöd utifrån och medel utifrån, inte hade vi kommit så långt som vi har gjort idag för att det är ändå så att det är mycket annat som är högre prioriterat. (218-2)*

*Ja, min uppfattning är väl rent generellt, att det har påverkat uppbyggnaden av den här strukturen positivt, dvs. det har gått betydligt snabbare eller det kanske t ex har varit absolut nödvändigt för att få till den här ordningen. (221-1)*

Ur materialet kunde följande fyra kategorier av uttalanden urskiljas när det gäller sjukskrivningsmiljardens betydelse: fokusering, ekonomiskt incitament, olika problem, samt sjukskrivningsmiljardens framtid (Tabell 21).

Tabell 21. Kategorier och subkategorier inom temat ”sjukskrivningsmiljardens betydelse”

Betydelse för fokusering på sjukskrivning	Betydelse av det ekonomiska incitamentet	Problem	Framtid
		Kortsiktighet	Avvecklas eller behålla?
		Statlig styrning	Oro för vad som händer om tas bort
		Många miljarder	Förändring tar tid
			Behov av kunskap

## 4.1. Betydelse för fokusering på sjukskrivningsområdet

Det framkommer mycket tydligt i intervjuerna att sjukskrivningsmiljarden har haft en stor betydelse för att chefer, på olika nivåer i hälso- och sjukvården, har fokuserat på sjukskrivningsfrågorna. Samtliga landstingsdirektörer framhåller att sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att skapa ett fokus i det egna landstinget kring arbetet med patienters sjukskrivning:

*Ja, den har ju bidragit till då att det har legat ett större fokus på sjukskrivningsprocessen än det förmodligen normalt sett hade gjort. Inte så mycket på grund av att det är pengar knutna till de här överenskommelserna, därför att de // jämfört med vår budget för hälso- och sjukvården det kan man säga är försumbara. Men det är mera det att det blir på det sättet ett av de kvalitetsmått som vi använder oss av helt enkelt. (1, 11)*

*Det viktigaste är väl att den har satt ett fokus på frågan med bättre sjukskrivningar och bättre, alltså riktigare ur den försäkrades perspektiv, riktigare ur samhällsperspektiv, riktigare även för våra medarbetare som hittar ska vi säga andra sätt och ökad kunskap kring över huvud taget sjukskrivningsprocessen. // Så jag tycker att sjukskrivningsmiljarden, oavsett den ekonomiska delen, så satte den fokus på frågorna och gav oss en tydlig ytterligare anledning att sätta oss in i arbetet, göra det till en ledningsfråga och även systematiskt arbeta med den i utbildning av medarbetare och återkoppling till det jobb som gjordes. (1, 13)*

Några av cheferna uppgav dock att fokuseringen kring frågan hade avtagit något under de år som satsningen har pågått:

*Så i början fick man en väldigt positiv effekt, men de sista åren har effekten från den klingat ut. Absolut är det på det sättet. Jag skulle inte säga, men just nu bidrar den mycket marginellt till arbetet. Nu är det ett arbete som har satt sig. (1, 14)*

*Ja, de första åren så tycker jag, alltså vi hade seminarier och mer så. Idag är det mer inlemmat i det ordinarie arbetet på något sätt. Så tror jag att jag skulle vilja uttrycka det. Så vi är förbi det här när man sätter särskilt fokus på det. (1, 15)*

Även på nivå 2 framhåller de flesta att sjukskrivningsmiljarden har hjälpt till att skapa ett fokus i landstinget kring arbetet med patienters sjukskrivning. Svaren ger också exempel på hur satsningen påverkat agerandet.

*Det har ju påverkat. Det var nog då som det blev så tydligt att vi måste bygga ledningssystemet så att det innefattar alla sådana här delar, inte bara riktat utifrån patientsäkerhetsskäl utan så att vi fångar in helheten. // Sedan har det påverkat när vi gör prioriteringar i hälso- och sjukvårdsledningen, vilka utbildningar ska vi satsa på, vad är liksom högst prioriterat. (213-1)*

*Jag kan säga rent generellt, eftersom jag har varit i olika roller under hela den här tiden som vi har haft sjukskrivningsmiljarden, så kan jag säga att utan den sjukskrivningsmiljarden tror jag inte den här kompetenshöjningen och det här fokuset kring sjukskrivningsprocessen skulle ha varit så pass brett som det är nu. (218-1)*

*Jag tänker att det gäller väl egentligen flera av de nationella satsningarna som väsentligt ökat fokus på frågan, och jag har uppfattat att det blir en sorts nationell styrning, kanske en ökad samsyn nationellt, men också ett ökat tryck lokalt i de frågorna. // Det betyder mycket kontakter ut mot verksamheterna, att man tydliggör ut mot verksamheterna vad är målsättningen och hur kommer vi att jobba och tittar på hur jobbar vi med detta under det kommande året. Och kallar till utvecklingsdagar, för dialog med verksamheterna, återkoppling och också säkerställa att det finns den utbildning, som man kan behöva. // Då blir det att man kan jämföra sig med andra, // större möjligheter för att stämma av hur man ligger till. (211-1)*

*Ja, då var det ju så att det är klart att det låg mycket pengar i det, men det låg ju också, alltså det ligger ju också en ambition utöver den här pengarna så att säga, att åstadkomma en effektivisering ytterst för patienterna nu. // Alla de där satsningarna som görs nationellt de är ju översatta till satsningar som görs regionalt och därmed så är det ju en utav våra huvuduppgifter att arbeta med de frågorna. (210\_1)*

Hälften av cheferna på nivå 3, både inom öppen- och slutenvård, angav att sjukskrivningsmiljarden påverkat deras agerande. Utsagorna handlar i hög grad om stimulans och landstingsgemensamma satsningar som dels skapat möjlighet att anställa/utse personer med särskilt uppdrag att hantera dessa frågor, dels erbjudit utbildning, information och ibland även samverkansformer.

*Möjligheten att anställa och att på allvar jobba med de här frågorna, det har ju sjukskrivningsmiljarden medfört. Jag tror inte att vi skulle liksom ha tagit ett eget initiativ och göra det annars för så pressad är ju arbetssituationen. (320\_8)*

*Vi har ju fått stimulans, jag har ju tagit del av en del av de här stimulansmedlen till min klinik utifrån vissa överenskommelser, som jag har gjort då om frågor vi skulle arbeta med, samverkansfrågor alltså. Och kompetensutveckling osv. Och det pågår fortfarande detta arbete. (310\_6)*

## 4.2. Betydelsen av ekonomiska incitamentet

---

Ekonomiska incitament nämndes uttryckligen av hälften av landstingsdirektörerna som något som initialt haft betydelse i landstinget/regionen. Även på nivå 2 ansåg många att det ekonomiska incitamentet var av stor betydelse. I flera uttalanden beskrevs att sjukskrivningsmiljarden har underlättat chefernas möjlighet att leda och styra inom området sjukskrivningshantering eftersom ekonomiska incitament finns. Statens inriktningar har omsatts i planer och mål har formulerats:

*Ja, utan det [de ekonomiska incitamenten] så hade det liksom inte funnits på agendan. (1, 17)*

*Ja, som alla prestationsbaserade ersättningar som vi ju börjar få en hel radda av nu, så är ju det liksom både ett incitament och en styrmekanism för oss i landstingen. (1, 19)*

*Det har varit jätteviktigt. Det måste jag säga, att utan det lockbetet tror jag att det hade varit svårt att fokusera på det sätt som vi ändå har gjort. (218-3)*

*Ja, vi har naturligtvis utnyttjat sjukskrivningsmiljarden och rehabgarantin, de pengar som har kommit, för att bygga upp det här. Annars tror jag inte att det hade blivit av, det kan jag säga. // Och ska vi lyfta nivån då är pengarna viktiga, det är bara så. Pengar får oss att springa, så är det. // Det ska ju naturligtvis utgå ifrån någon paragraf, som finns i själva miljarden. Vad behöver vi göra för att faktiskt få pengarna, om jag ska vara krass. (218-1)*

*Generellt så har de ju haft en väldigt stor effekt i landet. // Man kan ju säga att dels är det ju viktiga utvecklingsområden inom alla de här områdena, så det är svårt att säga att man gör det för pengarnas skull. Men det får ett tryck i frågan. (211\_1)*

*Pengarna har ju varit möjliggörare till att organisera arbetet på ett smart sätt, genom att vi har kunnat liksom frigöra resurser så vi liksom kan fokusera. (212\_1)*

På nivå 2 fanns några undantag:

*Nja, de tycker vi har varit ganska mediokra tidvis. Ja, för det första är det så här, att sådana här pengar som kommer till landstinget, de går till vår beställare så vi ser ju i princip, som producent ser ju vi aldrig de här. // Så då kan jag väl tycka att vissa projekt kanske ibland har ja, arbetsinsatsen har varit så mycket större än själva det pekuniära, men det har ändå varit värt att delta, så att säga. // Nej, det enda konkreta som var väldigt tydligt det var då när vi fick mycket klagomål för att [läkarintyg] var undermåliga. // Man tyckte att man inte hann med, då när man fick loss pengar, då kunde man helt plötsligt. Det är ganska lustigt, men ekonomiska styrmedel är kraftfulla och det var ingen jättepeng liksom. (21\_2)*

*Trots det så kunde vi, alltså vår andel av godkända e-intyg gick ner lite grann 2012, vilket var ju trist, men jag tror att det beror väldigt mycket på de här ofärdiga IT-systemen som ramlar över oss. // Och där är ju statsbidragen en annan orsak till dem, alltså där man tvingas acceptera ofärdiga IT-lösningar i olika sammanhang för att få ta del av pengarna. (220-2)*

Att konstruktionen av det ekonomiska incitamentet i sjukskrivningsmiljarden har förändrats över tid beskrevs också påverka dess effekt som styrmedel.

*... jag börjar ha lite svårt att hålla reda alla förändringar som skett kring delar av ersättningar och lite hur, alltså vad som är fast och rörlig ersättning och så där. // Från början var det förhållandevis enkelt, sedan har det blivit mer komplicerat, tycker jag. (119)*

Det har inte alltid varit klart hur pengarna från sjukskrivningsmiljarden används, påpekanden om detta fanns på såväl nivå 2 som 3.

Det finns flera uttalanden från nivå 3 som indikerar att det ekonomiska incitamentet haft betydelse; åtföljt av uttalanden om att kvalitet i vården gentemot patienterna är det avgörande i den egna verksamheten. För andra har det inte haft betydelse. Några skiljer på incitament på landstingsnivå från incitament i operativ verksamhet. På nivå 3 nämns ofta även de andra miljardsatsningarna inom området, och det är inte lika tydligt när uttalandet handlar om just sjukskrivningsmiljarden.

*Ja, dels har ju pengarna gjort det möjligt att vi kunde anställa projektledaren här då just för de specifika frågorna plus några fler medarbetare hos oss, som har då fått en del av sin arbetstid just specifikt för de här frågorna. Så egentligen har vi ytterligare en person som jobbar med specifikt sjukskrivningen eller rehabiliteringsfrågorna och även några fler som jobba på sin mottagning specifikt med det här. (320\_8)*

*Det är klart att det påverkar ju. Det gör det ju, säkert som verksamhetschef är man mer så här, hur går det för oss? Kommer vi framåt med de här patienterna med sjukskrivningsprocessen? Kan vi få in några pengar på det här? // Så det är klart på så vis så motiverar det, det sporrar ju, det gör det ju. // Jag skulle säkert jobba med det ändå, men alltså inte lika fokuserat, det tror jag inte. (320\_7)*

*Den har nog bidragit till att jag är mera benägen att jobba med det här, för vi har ju så att säga pengar i budget för att göra det här jobbet. (320\_4)*

På nivå 3 finns också undantag.

*För mig personligen nej, men för landstinget ja. (319\_1)*

*Alltså egentligen ingenting. Diskussionen har varit uppe inom ortopedidisciplinen i länet, // vi lyckades väl i någon mening med det där så att landstinget erhöll tilldelning av den där sjukskrivningsmiljarden. Då fanns det en diskussion om att de där pengarna skulle transfereras så att säga ut i verksamheten för att investeras på något sätt. Men om jag kommer ihåg rätt nu så har jag inte sett den transfereringen på något sätt. (337\_2)*

*Ja, naturligtvis har vi det med oss, men vi tänker hela tiden, och där går jag lite med övertygelsen att det är kvalitén, som måste vara det som styr så att säga. Och tittar man sedan på ekonomiska incitament så är det väl jättebra, men vi tänker inte på det sättet utan vi tänker framför allt på kvalitén för patienten. För de här pengarna gör inte att jag jobbar på något annat sätt, att jag blir mer aktiv inom området eller något sådant, det gör det inte. (310\_2)*

*Ja, noll därför att vi får inte ta del av dem, för det är hela [landstinget] som tar del av den och det finns ju inget incitament ute på klinikerna att ta del av den om det skulle vara så att vi uppnår ett bra resultat. (331\_1)*

Baserat på intervjuerna bedöms sjukskrivningsmiljarden ha påverkat agerandet i sin verksamhet hos drygt hälften av de intervjuade verksamhetscheferna. Det var vanligt att på olika sätt ha tagit del av en strukturerad satsning från landstingets eller regionens sida och därmed fokuserat extra mycket på sjukskrivningshantering. Flera har anställt eller avsatt resurser för en koordinerande funktion i verksamheten och lagt konkreta arbetsuppgifter på den personen. Flera hade avsatt tid för utbildning av medarbetare, för samverkan med Försäkringskassan och andra aktörer och för att arbeta fram eller uppdatera samverkansöverenskommelser. I några fall har man startat försök med ny behandlingsmetod. Beträffande det ekonomiska incitamentet i sjukskrivningsmiljarden menade flera att det har betydelse som stimulans och sporre för att få igång processen, men påpekar också att kvaliteten är det avgörande för arbetet. En synpunkt var att verksamheterna behöver få tillgång till någon form av ”bonus” och att risken är påtaglig att det annars blir sämre än innan satsningen.

*Jag tycker generellt sett inte att det ska vara ett sätt att få verksamheter att fungera, att man ska sätta en peng på det, utan det ska ju vara att man ser att det här är ett kvalitetsförhöjande arbete utan att man behöver sätta pengar på det. Men jag ser ju att ibland är det ett effektivt styrmedel för att få igång processerna. (333\_1)*

## 4.3. Problem

---

Några olika typer av problem nämns när det gäller betydelsen av sjukskrivningsmiljarden; kortsiktigheten i överenskommelserna, att det nu är så många ’miljarder’, respektive ambivalens kring den statliga styrningen.

### 4.3.1. Kortsiktighet

---

Ett problem är att överenskommelserna ofta träffats sent på året, vilket innebär att de olika delarna har varit svåra att få med i det kommande årets verksamhet även om man tycker att innehållet i överenskommelsen är bra. Kortsiktigheten stör en långsiktig, verksamhetsanpassad planering. Detta handlar också om att överenskommelserna ibland är på detaljnivå.

*Det vi tycker är svårt inom de här delarna, det är att man har ändrat kriterierna, om man uttrycker det så. Man styr på en detaljnivå, och ändrar man kriterier så är det svårare. // Så att där tycker ju vi då att det har varit lite bökit och det är ju alla miljarder vare sig det är sjukskrivningsmiljarder, rehabmiljard, kömiljard eller annat och det blir ännu mer bökit när överenskommelserna i vissa fall teknas sista dagarna i december. (231\_1)*

*Jag skulle vilja se en bättre koordination [mellan de olika miljarderna], mycket längre framförhållning. (211\_1)*

*Jag kan känna mig rätt irriterad på alla stimulanspengar och att utbetalningen sker så sent på året i december. Det kan innebära att vi inte genomför en satsning för vi vet inte om vi kommer få några pengar i slutändan. Det skulle vara bättre om man hade en pott som fördelades ut och vi kunde lägga in det i budgetarbetet och koppla till verksamhetsplanen – framförhållning. Att successivt gå från projekt till implementering och att då bygga upp ett stöd för*

*implementeringen och det är kopplat till långsiktigheten så att man inte bara liksom släpper projektet rakt ut. (220-1)*

*Det skulle ha varit mycket bättre om de sade så här: // här får du och din organisation här får ni 4 miljoner under tre års tid, som är bundna till att ni ska göra insatser för unga människor under 30 år med ett utanförskap när det gäller arbetsmarknad, ofärdig skolutbildning etc. (39\_1)*

#### 4.3.2. Ambivalens till statlig styrning

---

Nästan samtliga landstingsdirektörer (nivå 1) uttryckte ambivalens till den statliga styrningen i när de tillfrågades om sin syn på sjukskrivningsmiljardens framtid.

*Jag är kluven till riktade statsbidrag. Det är ett vällovligt tillskott att knuffa en verksamhet i en riktning. Det är det ena. Det andra är att då de satsningarna har tillkommit på bekostnad av att andra statsbidrag inte har räknats upp. Risken med tillfälliga statsbidrag är att försvinner de, försvinner fokus från frågan. (1, 17)*

*Generellt så har jag lite svårt att förhålla mig till att styra en verksamhet med ett statsbidrag. Detta kan ju vara en bra puff och det kan vara ett bra incitament självklart för att vi ska göra det, men jag tycker någonstans att grogrunden är att vi ska göra rätt saker från början. (1, 19)*

Även på nivå 2 och 3 fanns olika synpunkter, positiva och negativa, till statlig styrning på detta sätt. Flera ansåg att det var en fördel medan andra var tveksamma till hållbarheten över tid i att styra och leda ett område med hjälp av specialdestinerade statliga satsningar.

*Att man tydliggör och att man ställer krav, som det är gjort i form utav satsningen på sjukskrivning, det tycker jag är bra. (213-1)*

*Ska vi bara springa på de här pengarna och allt det andra då? Ja, samtidigt som jag mycket väl förstår att myndigheterna och staten ibland tröttnar på att det händer ju ingenting där ute. Och att man då verkligen vill skicka in och styra. (239-2)*

*Ja, alltså rent allmänt så tycker jag det är alldeles åt helvete att staten ger en massa pengar till SKL. // I princip är det ingen skillnad på SKL och Bandidos egentligen. // Hela det här systemet är ju bara fel. (232-2)*

*De som jobbar med de här frågorna är ju djupt övertygade om att den här satsningen har effekt och att det är väldigt viktigt att parterna sätter särskilda medel till just de här särskilda satsningarna. Jag har inte en personlig, välgrundad uppfattning där och jag tycker inte att det är rätt av mig som hälso- och sjukvårdschef att lyfta fram just den här frågan specifikt, utan vi jobbar med våra processer och ett allmänt skattningsarbete, allmän kvalitetsuppföljning. Och de sakerna brinner jag starkt för, och då är det här bara en del i det. (233\_1)*

*Jag tycker, principiellt så tycker jag egentligen inte om sådana där saker från staten, att man har kömiljard och sjukskrivningsmiljard och tillgänglighetsmiljard hit och dit, därför då har man ju frångått den princip som säger att det är landstinget som ska ansvara för den här typen av verksamhet. Det blir en konstig hybrid. Staten säger att de inte tar något ansvar för sjukvård. // Alternativet är faktiskt att staten tar ett större ansvar för sjukvården totalt sett, vilket jag gärna skulle se. Men det är en helt annan fråga. Så det här att säga att man inte har något ansvar, men samtidigt ska man dela ut stimulansmiljarder tycker jag inte stämmer. (331\_3)*

#### 4.3.3. Ambivalens till att det är många miljardsatsningar

---

Även om man var positiv till sjukskrivningsmiljarden, som var den första, är det ibland problematiskt att hantera att det nu är flera miljardsatsningar.

*Jag tycker vi har för mycket av sådana här miljarder. Jag tycker vi har för mycket av godispengar på olika håll och kanter och ibland springer vi på fel bollar, därför att det finns pengar att hämta. (214-2)*

*Ja, det är inte helt lätt för oss att styra med sådana här olika statliga satsningar. Det låter ju jättebra och det kommer pengar och det är utmärkt liksom på ett sätt. Men det blir väldigt svårt. Det är många bollar att hoppa på. Nu är det sjukskrivningar. Så är det äldre och så psykiatri här också. (232-1)*

*Och det är ju lite bekymret då, eftersom väldigt många av de statliga satsningarna bland annat så är det mycket som berör primärvården, nästan varenda område, och ibland känns det som att det är mer än vad vi faktiskt mäktar med. (239\_2)*

*Alltså vi har så många miljarder nu med kömiljarder och sjukskrivningsmiljarder och miljömiljarder och så där så folk tröttnar ju till slut. (310\_5)*

Särskilt problematiskt var att det ibland har funnits krav på specifika, delvis olika, ledningssystem i de olika miljarderna. Detta kan relateras till den första kategorin av uttalanden, som visar på en strävan att kunna leda och styra sjukskrivningsarbetet och andra delar 'som allt annat' (se sid 36).

*För det är många av de här nationella satsningarna och kravbilderna som har pekat på mer eller mindre enskilda ledningssystem. Och då blir det väldigt konstigt om vi ska ha ett ledningssystem för sjukskrivning och ett för patientsäkerhet osv. Utan man måste samla de olika delarna i en helhet. (213\_1)*

## 4.4. Sjukskrivningsmiljarden och framtiden

---

Beträffande sjukskrivningsmiljarden i framtiden finns dels uttalanden om att den bör finnas kvar en tid, till exempel några år, dels att den bör kunna gå att avveckla. En annan grupp av uttalanden handlar om en oro för vad som händer när/om den avvecklas – vilka signaler det kommer att ge. En tredje kategori handlar om behovet av kunskap om miljarden, för att kunna ta ställning till framtida behov av den.

### 4.4.1. Avveckla eller behålla några år till?

---

Några av cheferna ansåg att sjukskrivningsmiljarden hade spelat ut sin roll i sin nuvarande form och istället borde ingå i det samlade statsbidraget.

*Jag är lite fundersam kring hur starkt incitament sjukskrivningsmiljarden har idag faktiskt. Lite grann lutar jag nog åt att kanske vore det bättre att lägga in den på de generella statsbidragen. (1, 19)*

*Och miljarden i sig nu tror ju jag, jag tror att det här nu ganska snart rullar utan pengar. Det har varit en jättegod hjälp, den frågan hade inte kommit upp utan pengar på det viset som den har gjort. Nu när den väl är uppe och vi börjar få saker och ting på bordet och det är etablerat, så tror och hoppas jag att det här arbetet skulle rulla vidare utan särskilda pengar. (239-2)*

Landstingen har kommit olika långt i arbetet med sjukskrivningsfrågan. Så här säger en chef från ett landsting som säger sig ha arbetat länge med området, som svar på frågan om sjukskrivningsmiljardens framtid:

*Att den kan försvinna. Det har varit bra för många att kunna sätta igång, de som inte redan hade jobbat med att sätta igång ett utvecklingsarbete, för det satte ett fokus på det. Men nu har den helt spelat ut sin roll. (234-1)*

En ofta förekommande åsikt var att sjukskrivningsmiljarden behövs några år till.

*Jag tror de behöver vara lite öronmärkta några år till. (216-1)*

*Ja, jag tror att det är en bit framöver ett fortsatt viktigt fokusområde. (211\_1)*

*Jag hoppas verkligen med tanke på att pengarna har jobbat bra, att de inte försvinner abrupt. Sedan är inte jag naiv så jag förstår att det är klart att de kommer att försvinna, alltså det här kan man ju inte leva på för tid och evigheter. Men alltså jag tror att det vore bra om det blir så att säga i så fall ett successivt återtagande. (212\_1)*

*Som det ser ut just nu i det här läget så tror jag det är en ingrediens, som inte är oviktig om två år här. Men i det långsiktiga loppet så tror jag inte att det ska behövas. (217-2)*

*Jag skulle önska att vi inte behövde det här, utan att det här har varit som ett naturligt arbetssätt att man inte behöver den här moroten, men jag tror nog ändå att vi behöver den ett tag till innan vi har kommit igång. (217-1)*

*Ja, så länge vi fortfarande har resultat att förbättra, vilket handlar om längre mål, så tror jag mycket på den här formen av incitamentstyrning. Jag ser ju hur både läkare, som är tävlingsmänniskor, och hur sjukvårdsorganisationer faktiskt bryr sig om sådana här incitamentsmodeller. (237\_2)*

Drygt hälften av cheferna på nivå 3 var positiva till en fortsättning av den ekonomiska satsningen från statens sida.

*Den har ju varit bra för att få upp sjukskrivningar på agendan mer och landstinget har prioriterat frågan. Och ska den vara fortsatt prioriterad, ja då kommer sjukskrivningsmiljarden som stimulansmedel att behövas. (319\_1)*

#### 4.4.2. Oro för vad som händer om avvecklas

---

Det finns en oro för vad som skulle hända om sjukskrivningsmiljarden tas bort. Om den tas bort kan det uppfattas som en signal om att detta område inte behöver fokuseras mer. Ett annat orosmoment handlar om att sjukskrivningsfrågan fortfarande behöver särskild stöttning.

*Det svåra är ju naturligtvis att avveckla den här typen av fokusområden kan man säga, från statens sida, utan att det uppfattas att nu behöver vi inte göra någonting mer. (1, 11)*

*Man sätter ju lampan på ett område med hjälp av pengarna och då kan det ju initiera en process, som går åt rätt håll. Men det vi vet också, det är att tar man bort, släcker man lampan då och tar bort incitamentet så är det faktiskt många gånger så att det till och med blir sämre än det har varit innan. Därför att det är en lika stark signal att plocka bort ett incitament, för då markerar det att det här är inte viktigt längre. (220-2)*

*Den dagen de här pengarna tas bort ifrån oss hur löser vi det då? Har vi då jobbat in det här nu, så att det är ett koncept som flyter på i befintlig stat. Så den frågan kommer ju upp lite nu och då. // Ja, jag hoppas att den kommer att finnas kvar som ett stöd för oss. (333\_1)*

#### 4.4.3. Förändring tar tid

---

En annan kategori av uttalanden när det gäller sjukskrivningsmiljardens framtid handlar om vikten av att ha respekt för och tålmod med att förändringar tar tid, både inom organisationen, bland patienter och kanske framförallt bland läkare.

*Där har det ju varit en lång väg och vi är långt ifrån i mål, det här med bara att skriva korrekta intyg, göra det. Lite det att de har ett stort ansvar och det har varit en lång process, som vi är långt ifrån framme i. Men det har blivit bättre. (217-1)*

*För det är inte så här heller, om du har sjukskrivit på ett sätt i 20-30 år och det var ingen jävla ordning, och sedan plötsligt så blir det helt andra bullar. Det är klart att man inte kan få en sådan här skuta att ändra sig. Det är ju massor med doktorer som skulle ha ändrat sig i huvudet, och det tar tid. (232-2)*

*Jag tror att för att det ska fungera bra med sjukskrivningen, det har ju ändrats enormt mycket över åren och jag har ju gjort den här resan själv. Och det är svårt alltså att få in ett nytt arbetssätt, som nu dessutom tar mycket mer tid. // Så jag tror att det är den brytningen vi ser. Det tar många år innan det sjunker in, att det här är ett nytt sätt som man får förhålla sig till. Det gäller ju både för oss i professionen och patienterna. (220-2)*



#### 4.4.4. Kunskap behövs

Det behövs kunskap om sjukskrivningsmiljardens effekter för att kunna ta ställning till dess framtid.

*Då vill jag nog sticka ut hakan lite grann och säga, att jag skulle vilja att man faktiskt gör en riktig revision eller en studie eller på något sätt försöker se över vad som egentligen blivit utfallet av det här. På vilket sätt har det förändrat sjukskrivningstalen osv. Då måste man också ta med, och samtidigt blir det väldigt svårt att göra det, just eftersom du har en sådan bias nu. Om man ser det som akademiker och intresserad kring sådana här frågor som studier så blir det nästan svårt eller nästan omöjligt att göra en riktigt bra analys av det, eftersom det blir ett sådant starkt bias av Försäkringskassans hårdare tolkning av reglerna. (320\_5)*

Innehållet i intervjuerna har bedömts utifrån hur väl den intervjuade chefen ansågs känna till sjukskrivningsmiljarden, hade gett eller fått uppdrag i samband med sjukskrivningsmiljarden samt i vilken utsträckning sjukskrivningsmiljarden påverkat den intervjuade chefens agerande (Tabell 22)

Tabell 22. Den intervjuade chefen bedöms ha *gett* uppdrag i samband med sjukskrivningsmiljarden, år 2013 respektive 2007.

	2013					2007				
	Totalt (n=72)		Nivå 1 (n=16)	Nivå 2 (n=34)	Nivå 3 (n=22)	Totalt (n=82)		Nivå 1 (n=18)	Nivå 2 (n=35)	Nivå 3 (n=29)
	n	%	%	%	%	n	%	%	%	%
<b>Ja</b>	49	68	100	85	18	40	49	94	60	7
<b>Nej</b>	18	25	0	9	68	31	38	6	26	72
<b>Oklart</b>	5	7	0	6	14	11	13	0	14	31

#### Sammanfattning

Sjukskrivningsmiljarden förefaller ha haft mycket stor betydelse för att sätta fokus på sjukskrivningsfrågorna på olika nivåer i landstingen; utan miljarden hade detta inte kommit så långt. Av resultatet framgår att satsningarna hade medfört att aktiviteter på alla nivåer kommit igång och att ledning och styrning av området var på väg att förändras. Många menade att satsningen behövs ytterligare några år för att förändringen ska vara stabil. Några chefer uttryckt oro för vad som händer när satsningen uteblir.

## 5. Chefens viktigaste uppgifter

Ett tema i intervjuerna och i analyserna av dem var vad cheferna såg som sina viktigaste uppgifter i arbetet med ledning och styrning av hur sjukvården hanterar patienters sjukskrivning (se Tabell 3). En aspekt av detta var vilka incitament chefen bedömdes ha för att jobba med frågan, en annan vilka cheferna såg som sina viktigaste uppgifter inom området.

### 5.1. Incitament

I intervjuerna ställdes inte frågor om chefernas egna drivkrafter att arbeta med sjukskrivningsfrågan. I analyserna av baslinjeintervjuerna 2007 framkom, utöver ekonomiska incitament, fem andra typer av incitament för cheferna att agera och göra ett

bra jobb kring sjukskrivningsfrågan. Indikationer om chefernas egna drivkrafter för att arbeta med ledning och styrning av sjukskrivningshantering baseras på tolkning av flera uttalanden i varje intervju. Vid analyser av datamaterialet från 2013 framkom samma kategorier av incitament som 2007 och dessutom ytterligare ett, nämligen att få feedback på att ha gjort ett bra jobb inom området - från den egna chefen, eller i jämförelse med andra enheter. Nedan listas dessa kategorier av incitament.

- Att främja och säkerställa en god hälsa och vård, att vården har god kvalitet.  
Detta var det vanligast förekommande incitamentet på nivå 2 och 3. Beträffande miljarden som just ekonomiskt incitament menar flera att det har betydelse som stimulans och sporre att få igång processen, men påpekar samtidigt att god kvalitet i vården är det avgörande för dem.
- Att evidensbasera sjukskrivningshanteringen.
- Att utveckla styrning och ledning.
- Att se frågan i ett samhällsperspektiv.
- Att stärka läkarnas professionalitet och arbetssituation.  
Här fanns även uttalanden om att man vill jobba med detta ur ett arbetsmiljöperspektiv – nuvarande situation kring hantering av patienters sjukskrivning innebär ett arbetsmiljöproblem för läkare, framförallt inom primärvården.
- Att få bra resultat i jämförelse med andra  
Denna kategori av incitament var ny 2013. Man vill, i jämförelsen med andra enheter eller landsting, inte 'vara sämst i klassen'. Ett extra incitament är det om andra också är intresserade av de arbetssätt man utvecklat. Här nämndes också positiv feedback från den egna chefen.

## 5.2. De tre viktigaste uppgifterna

---

I slutet av varje intervju ställdes en fråga om vad den intervjuade såg som sina tre viktigaste uppgifter för att leda och styra en förbättrad hantering av patienters sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. Motsvarande fråga ställdes även i intervjuerna som genomfördes 2006 och 2007 [182]. Svaren har analyserats och kategoriserats separat för varje chefsnivå. Nedan ges först en sammanställning av kategorierna per chefsnivå och sedan en övergripande sammanställning där även en jämförelse med resultaten från 2007 görs. De flesta cheferna angav tre uppgifter, några angav två och en chef angav inga.

### 5.2.1. De tre viktigaste uppgifterna; nivå 1

---

Svaren från landstingsdirektörerna fördelade sig i följande kategorier:

- Ledningssystem och uppföljning
- Kompetensförsörjning
- Att synliggöra frågor kring sjukskrivningshantering
- Att ordna administrativa förutsättningar för läkaren och teamet
- Att minska ojämlikhet i vården
- Att samverka med andra aktörer

Nedan beskrivs innehållet i de sex kategorierna.

### Ledningssystem och uppföljning

Att sätta mål för hanteringen av patienters sjukskrivningar och att säkerställa uppföljning av målen var den kategori där flest yttranden fanns; tio av landstingsdirektörerna nämnde sådana uppgifter. Uppgifter som nämndes som mycket viktigt för ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen var att ha ett ledningssystem, målstyrning, uppföljning och att sjukskrivningsprocessen är en integrerad del av landstingets ledningssystem. Integreringen av sjukskrivningsfrågan i ledningssystemet angavs också bidra till att ansvaret för frågan blir tydlig. På frågan vilken den viktigaste uppgiften var, svarade en av landstingsdirektörerna:

*Ja, det är ju att utveckla vidare ledningssystemet. Jag jobbar med mål och uppföljning då. Det är självklart att verkställa det som ska verkställas. Och uppmärksamma då. (1, 19).*

### Kompetensförsörjning

En fjärdedel av landstingsdirektörerna nämnde uppgifter i kategorin kompetensförsörjning. I de flesta svar betonades en kontinuerlig kompetensförsörjning och kunskapsstöd som nödvändiga förutsättningar för att kunna arbeta med sjukskrivningsprocessen på ett bra sätt.

*Det går inte att stanna upp med en ettårsutbildning utan det är ju väldigt tydligt att det måste finnas med år ut och år in. För en lärplattform som är systematiserad det tycker jag är viktigt och att man får en kvittens på att alla har, det är lika viktigt som legitimationen egentligen. Och det är ju mitt ansvar att de systemförändringarna kommer till stånd. (C132)*

### Att synliggöra frågor kring sjukskrivningshantering

En annan ofta återkommande kategori i chefernas svar var att synliggöra, tydliggöra och att påminna om att sjukskrivningshanteringen sågs som en viktig uppgift och att hälso- och sjukvården har ett ansvar i detta. Vikten av att efterfråga resultat och att se till att frågan finns på agendan betonades:

*Jag måste också se till att den här frågan regelbundet finns uppe inom ledningsgruppen, måste prata igenom vad som är problemet och vad vi ska ha för fokus. (1, 17)*

*Att vi ger den signalen ifrån högsta ledningshåll, och om det delegeras spelar egentligen ingen roll, men den signalen är väldigt viktig. (1, 12)*

### Att ordna administrativa förutsättningar

Här nämndes framförallt två olika aspekter: dels ökad stabilitet i läkarförsörjningen och stöd till läkarna eftersom mötet mellan läkare och patient ansågs vara mest centralt i sjukskrivningsprocessen:

*Måste också lösa ut det så att det blir en tydlig hantering på golvet för våra läkare som sitter och ska lägga tid på det här. Det måste vi hitta, så det blir en smidig och bra hantering. Om det sedan handlar om att utbilda dem, IT-stöd eller vad det nu kan vara. (1, 14)*

Dels att förtydliga teamets roll i hantering av sjukskrivningar. Hälso- och sjukvården är en teamarbetande organisation där flera olika personalkategorier bidrar. Teamet kan stödja läkaren i hans eller hennes mycket specialiserade roll. Rätt patientkategori ska möta rätt personal.

### Att minska ojämlikhet i vården

Några chefer nämnde att minska ojämlikhet i vården och att säkerställa att sjukskrivningsprocessen är jämlik som en av de tre viktigaste uppgifterna.

## Att samverka

Ytterligare en uppgift som nämndes bland de tre viktigaste var att fortsätta ett, som det beskrevs, välfungerande samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och andra externa aktörer. Detta angavs vara en viktig förutsättning för en god hantering av sjukskrivningsprocessen.

*Det absolut viktigaste det är att säkerställa att vi fortsätter den här tidiga samverkan som vi har med Försäkringskassan, socialen och arbetsförmedlingen för den ger så mycket på lång sikt. Den måste säkerställas. (1, 13)*

Även samverkan med patienter lyftes här, framförallt att förbättra kommunikationen med patienterna och patientens delaktighet i vården. Patienterna behöver också få veta mer om regler kring sjukskrivning och om hälso- och sjukvårdens roll i samband med sjukskrivning.

### 5.2.2. De tre viktigaste uppgifterna; nivå 2

Svaren från chefer på nivå 2, om de tre viktigaste uppgifterna, överensstämmer i stort med svaren på nivå 1. Här ges ett exempel på hur en chef besvarade frågan.

*(1) Att verka för att det finns i vår budget och 3-årsplan med uppföljningsmätetal; (2) att verka för att vi har en ledningsstruktur med särskilda handläggare, som driver de här frågorna; och (3) att det finns inskrivet i våra instruktioner för såväl den somatiska och psykiatriska vården som i primärvården som ett utav deras viktiga mål. (235-1)*

Svaren från cheferna på nivå 2 fördelade sig i åtta kategorier av uppgifter varav nedanstående fem var de vanligast förekommande:

- Tydligt ledningssystem och uppföljning
- Att samverka med andra aktörer
- Uthållighet
- Administrativa förutsättningar
- Utbildning

Andra kategorier som inte förekom lika ofta var vikten av att själv, som chef, driva frågan, vikten av att också ha en projektorganisation samt att arbeta för jämställda sjukskrivningar.

#### Tydligt ledningssystem och uppföljning

När det gäller ledningssystem och vikten av att följa upp sjukskrivningsfrågan, ansåg två tredjedelar av nivå 2-cheferna att detta var en av deras tre viktigaste uppgifter: Att ha ett tydligt ledningssystem för sjukskrivningsfrågan, integrerat i det övriga ledningssystemet, att ha en strategi för frågan i styrdokumenterna med tydliga målsättningar och att följa upp dessa. I denna kategori nämndes också att se till att frågan är prioriterad på ledningsnivå och att de olika verksamheterna stötts i att få så bra processer som möjligt för att nå målen.

En aspekt som lyftes här är vikten av att bli tydligare kring sjukskrivningshanteringen i de avtal som skrivs med olika enheter i vården, vare sig de är offentligt eller privat organiserade. En annan aspekt är att identifiera problem och att hantera identifierade problem.

*Jag tror vi behöver gå till botten med varför det är så stora variationer mellan hälsocentraler. Kan vi påvisa att det är stafetter som sjukskriver mer eller är det ordinarie läkare. Att // föra*

*dialog med läkarna kring sjukskrivningsresultat och egentligen fråga, ungefär som ett utvecklingssamtal, varför ser det ut så här.(219\_1)*

En annan aspekt av detta var att i sin organisation tydliggöra att det här är ett problematiskt område som behöver särskilt fokus.

#### Att samverka

Den uppgift som därefter nämndes av flest landstingsdirektörer var samverkan, och då framförallt med Försäkringskassan men även med andra externa aktörer. Det handlade om att ge förutsättningar för samverkan alternativt att säkra att den samverkan som etablerats kan fortsätta. Cheferna nämnde även samverkan mellan sjukhusvård och primärvård, till exempel mellan läkare.

#### Att vara uthållig

En tredjedel nämnde som en av sina viktigaste uppgifter att vara uthållig i frågan, att som chef inte ge upp att driva frågan om sjukskrivning utan hålla den levande. I uttalandena betonades vikten av långsiktighet och av att ha god framförhållning.

*... orka upprepa, orka hålla i och orka lyfta fram, att vara ute och kommunicera, lyft fram sjukskrivning som en viktig del av vårdprocessen. (210-2)*

*... inte tro vi är färdiga, utan att det ska ligga i vårt utvecklingsprogram kontinuerligt. (213-1)*

#### Administrativa förutsättningar

En kategori av ”tre viktiga uppgifter” var att säkerställa administrativa förutsättningar för ett bra arbete inom området (se även sidan 85.) Exempel på vad som nämndes är att se till att det finns bra rutiner och beslutsstöd kring dessa frågor, bra IT stöd, förbättrad kontinuitet bland allmänläkarna, för att få kontinuitet i patientrelationen och att få in fler professioner än läkare i vården – och att göra dem tillgängliga för till exempel läkare, för att bredda kompetensen. Här nämndes bland annat rutiner för att involvera patienten i vården, att främja att patienten får en mer realistisk syn på vilken funktionsnivå som är möjlig att nå och att främja tidigare insatser för vissa patientgrupper.

#### Kompetens

Att säkra att det finns kompetens inom området och att kompetensutveckling kontinuerligt sker, särskilt bland läkare, var en viktig uppgift. I uttalandena betonades vikten av att öka läkares medvetenhet om olika aspekter i hantering av sjukskrivningsärenden. En konkret uppgift som nämndes var att säkra ett bra utbud av olika fortbildningsaktiviteter i frågan.

#### Att själv driva frågan

Flera nämnde att själv aktivt driva frågan som en av sina tre viktigaste uppgifter. Uttalandena handlade om att driva frågan om hantering av patienters sjukskrivning såväl uppåt som nedåt i organisationen och att visa att man tycker den är viktig. Uppgiften kunde innebära att entusiasmera och motivera chefer och medarbetare i organisationen, bland annat genom att ge dem feedback, coacha och/eller föra en dialog med chefer som är involverade på de olika nivåerna. Ett motiv som nämndes för att göra detta var att höja frågans status.

*... att få cheferna, mina verksamhetschefer, att uppleva det här som en viktig fråga också. (220-2)*

## Projektorganisation

Vikten av att ha särskilda resurser för hantering av sjukskrivningsfrågan, åtminstone några år till, framhölls av några. Cheferna nämnde att det behövs en stödorganisation med expertresurser som kan bidra i utbildning, ge råd och handledning och där personer har ansvar för att driva dessa frågor. En central aspekt här var att hitta och behålla rätt personer som jobbar med området och är engagerade i det. En annan aspekt som lyftes fram var vikten av att identifiera, ha en öppenhet för samt stödja utvecklingsinsatser för nytänkande.

*... att ge förutsättningar, att ha ansvariga som styr det här och är ända nere på golvet så att det liksom, det löser sig inte självt. (217-1)*

*En väldigt viktig uppgift för mig det är att hitta rätt person, som arbetar med den här frågan på mitt uppdrag inom landstinget. (232-1)*

Att identifiera och ge uppdrag till 'rätt person' var något som nämndes i många intervjuer, på samtliga nivåer.

## Jämställd sjukskrivning

Fyra nivå 2-chefer nämnde specifikt jämställdhetsfrågor som en av sina tre viktigaste uppgifter, en uppgift som kräver mer insatser. Det gällde könsskillnader i sjukskrivning respektive de stora skillnaderna i sjukskrivningspraxis mellan olika vårdcentraler.

### 5.2.3. De tre viktigaste uppgifterna; nivå 3

Uttalanden om vilka tre uppgifter verksamhetscheferna såg som viktigast i sin roll för att förbättra sjukskrivningshantering fördelade sig i följande fem kategorier:

- Att öva aktivt ledarskap
- Att säkra kompetens och resurser
- Att följa upp och förbättra
- Att utveckla administrativa förutsättningar
- Att samverka

Nedan beskrivs innehållet i kategorierna mer ingående. En bakomliggande strategi som finns i samtliga kategorier är att vara långsiktig och att agera uthålligt. En chef nämner begreppet långsiktig, uppgifterna som nämns kräver lång tid att utföra för ett bra resultat.

#### Att utöva aktivt ledarskap

Mer än hälften av verksamhetscheferna tog upp uppgifter i kategorin 'utöva aktivt ledarskap'. Här betonades vikten av eget agerande som strategi; att som chef delta i diskussioner, ge återkoppling och sanktionera arbetet, att i det interna samarbetet se till att diskussionen inte dör, att lyfta frågan på möten, hålla verksamheten informerad om vad som pågår inom området, diskutera hantering och beslutsstöd, samt att underlätta återkoppling mellan olika yrkesföreträdare som deltar i behandling av patienter.

Verksamhetscheferna nämnde också uppgifter rörande förhållningssätt i ledarskapet: att som chef skapa förtroende för att man är lyhörd och tar tag i frågan, att arbeta med värdegrund och bemötande, samt att diskutera området på saklig nivå inom verksamheten.

*... kunna lyssna och ge feedback som kollega och verksamhetschef; förutsättningar för att man ska fortsätta och kunna ha ett strukturerat samarbete och ett forum där man diskuterar både läkare sinsemellan men få återkoppling från andra yrkeskategorier, som är inblandade i patientens behandling, vilket ibland är kurator, ibland är kurator och sjukgymnast och ibland är det arbetsterapeut och sjuksköterska. (320\_5)*

*Att jag kan vara lyhörd, så att säga, för vad de som jobbar med det ser att man kan förbättra // att vi kan diskutera på en saklig nivå vad vi behöver förändra och förbättra. (333\_1)*

*Se till att diskussionen inte dör, att fortsätta implementera det som vi har sagt vara våra mål och kommet från det här PM:et, som ju ändå var någonting som vi slöt oss runt ikring i början. (339\_5)*

### Säkra kompetens och resurser

Mer än hälften av verksamhetscheferna tog upp uppgifter som ingår i kategorin ”säkra kompetens och resurser”. Det handlade i hög grad om att säkra kontinuerlig utbildning och uppdatering för berörd personal och att behålla personer med specifik kompetens. I svaren betonades behov av fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens bland fler medarbetare så att verksamheten blir mindre sårbar, att bredda kompetensen till olika yrkeskategorier och att bemanna med fast anställda läkare. Andra områden som nämndes var verksamhetschefens behov av kompetens inom olika områden för olika syften: att kunna uppdatera kollegorna om regelverk etcetera, att känna till vilka vägar som finns för patienter i olika situationer, att ha tillgång till expertstöd för att kunna använda statistik i uppföljning och förbättringsarbete, samt att veta vad personalen faktiskt behövde kompetens inom.

*Det andra är väl att vi behöver se till att vi har en kontinuerlig utbildning. Vi har ju många läkare under utbildning så att säga. (310\_5)*

*För att kunna styra det här så är fasta läkare ett måste. Jag måste ha kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast, helst också psykolog. Men de andra tre måste jag ha för att få det här att fungera. (320\_7)*

### Följa upp och förbättra

En knapp tredjedel av verksamhetscheferna nämnde uppgifter i kategori som benämndes att ”följa upp och förbättra”. Det handlade bland annat om att förbättra och utveckla användningen av statistik för att kunna se hur man ligger till, kunna jämföra med andra, att kunna analysera resultat och identifiera insatser för att föra arbetet vidare. En av cheferna pekade på uppgiften att lyfta frågan till egna chefer så att de kan höra om det finns problem i verksamheten kring detta. Uttalandena gällde både uppföljning i form av mätbara resultat, så som verksamhetens sjukskrivningstal, och uppföljning av ledningen i sig: Att följa upp att ledningssystemet fungerar utifrån det syfte man hade med det.

*Och sedan är det ju det att följa upp, att jag måste fråga och följa upp, gör vi det här som vi kom överens om? Om vi inte gör det, men varför och vad kan vi göra för att liksom hamna på rätt kurs igen. (320\_1)*

### Utveckla administrativa förutsättningar

Drygt en fjärdedel av cheferna nämnde uppgifter inom kategorin att utveckla administrativa förutsättningar. Det som togs upp var förslag på sätt, rutiner, att säkra kompetens och resurser och handlade om tillgång till utbildning och uppdatering inom området, adekvat IT-stöd samt tid för sjukskrivningshantering. Flera svar här handlade om att fortsätta införa fastslagna rutiner för sjukskrivningshantering och även att se över och förbättra sådana rutiner. Som strategi för att genomföra detta nämndes uppgiften att se till att alla får kännedom om styrdokument och rutiner och blir medvetna om att dessa kan förändras och förbättras, det vill säga rutiner för implementering.

*Ja, nummer 1 är att vi diskuterar frågan, alltså läkarna och även övriga medarbetare är liksom medvetna om den handläggningsrutin vi har och att de handlingsrutinerna också kan förändras och att vi arbetar för att förbättra dem. (331\_9)*

## Samverka

En knapp fjärdedel av verksamhetscheferna, främst inom sjukhusvården, framhöll som en viktig uppgift att upprätthålla och förbättra samverkan med Försäkringskassan. Att utveckla samverkan med Arbetsförmedlingen nämndes också av en chef.

*Ja, och sedan är det nog det jag kommer tillbaks till, att vi skulle behöva få till en bättre och respektfullare dialog mellan profession och Försäkringskassa. (319\_1)*

*Och det tredje är att det finns en väl utarbetad samverkan med försäkringskassan och att den fortsätter. Så skulle jag säga.(331\_4)*

## Jämförelse med 2007

Även år 2007 fick cheferna i slutet av intervjun frågan vad de såg som sina tre viktigaste uppgifter för att leda och styra en förbättrad hantering av patienters sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. Kategorierna i svaren 2007 överensstämde i stora drag med de 2013, och då liksom nu varierade de något med beslutsnivå. Båda åren var det uppgifter inom ledningssystem (mål, uppdrag, resultat, styrning) de mest frekvent förekommande. Två nya kategorier av uppgifter har tillkommit 2013, nämligen att verka för jämställd sjukskrivning och att vara uthållig i arbetet med detta område – detta nämndes inte bland de tre viktigaste år 2007.

## Sammanfattning

De tre chefsnivåerna uppvisade stora likheter avseende vad de beskrev som sina tre viktigaste uppgifter för att leda och styra en förbättrad hantering av patienters sjukskrivningar. På samtliga nivåer nämndes området ”aktivt ledningssystem” och uppföljning.

På nivå 2 och 3 betonades direkt eller indirekt vikten av att vara uthållig i detta arbete. Jämställd sjukskrivning nämndes av några få och inte av någon på nivå 3.



## B. Andra indikationer på förändring

Vid analyser av intervjumaterialet var det övergripande området ”Ledning och styrning” tydligt, vilket var väntat med tanke på intervjuguidens utformning. Vid analys av texterna och vid jämförelser med resultaten från 2007 års projekt framträdde ytterligare ett övergripande område av uttalanden, även om det inte ingick i intervjuguiden, nämligen andra typer av uttalanden som indikerade att det hade skett en förändring över tid inom området.

Här presenteras de två kategorier av sådana uttalanden som identifierades inom det här området (Tabell 23). Den ena kategorin handlar om en förändring i syn på och attityder till sjukskrivningsfrågan, den andra kategorin handlar om Försäkringskassan. Kategorierna, med subkategorier beskrivs nedan, var för sig.

Tabell 23. Teman och kategorier av uttalanden inom området ”andra indikationer på förändringar”

Annan syn på sjukskrivningsfrågan	Försäkringskassan
Sjukskrivning är en del av vård och behandling	Positivare attityd till Försäkringskassan
Termen försäkringsmedicin används	Högre krav från Försäkringskassan
Annan syn finns bland chefer och personal	Högre kompetens inom Försäkringskassan

### Förändring i syn på och attityder till sjukskrivningsfrågor

Det finns ett flertal uttalanden som uttrycker en förändrad attityd eller inställning till sjukskrivningsområdet, både bland chefer och bland deras personal. Det fanns även en annan typ av uttalanden som indikerade en förändring jämfört med intervjuerna som gjordes 2006-2007 [182], en förändring som framkom genom till exempel ordval.

#### Sjukskrivning som en del av vård och behandling

År 2005 fastslog Socialstyrelsen för första gången att sjukskrivning ska ses som en del av hälso- och sjukvårdens vård och behandling [17]. En tydlig förändring i svaren i de intervjuer som gjordes 2007 [182] jämfört med 2013, var att många, ofta i en bisats, som en självklarhet uttryckte att sjukskrivning är en del av vård och behandling. Sådana uttalanden fanns på både chefsnivå 1 och 2. Nedan ges några exempel.

*Ja, jag tänker nog inte på det på något annat sätt än vilken annan del som helst, som ingår i en behandling av patienter. Alltså sjukskrivningen är ju en del av den behandlingsprocessen, som man genomgår. (1-31)*

*Det var mycket upp till den enskilde läkaren vad man tyckte ibland, hur lång sjukskrivningstiden skulle vara och så där. Så det här speglar väl lite grann att det tar tid att komma in i att det här är en del i behandlingsprocessen, som ska ledas och styras på samma sätt som annan verksamhet. // Vi hade inga beslutsstöd och [sjukskrivning] sågs ju inte ens som en del av behandlingen. (218-2)*

*För mig är sjukskrivning en del i behandlingen utav patienten. (231-1)*

*Ja, alltså [sjukskrivning] är en del av vård och behandling, (212-2)*

## Termen försäkringsmedicin

---

Termen försäkringsmedicin ingick inte i intervjuguiden och användes nästan inte alls av intervjuarna. Däremot använde intervjuade självmant termen försäkringsmedicin av och till, vilket inte var fallet i intervjuomgången 2007. Resultatet kan tolkas som att försäkringsmedicin numera ses som ett tydligare ämnesområde som de intervjuade har en egen begreppsapparat kring. Framförallt förekom detta på nivå 1 och 2, men även på nivå 3. Fyra exempel på detta följer nedan.

*Vi har ett uppdrag kring att se till att det finns utbildning tillgänglig när det gäller de försäkringsmedicinska frågorna och också då sjukskrivningsprocessen. (C131)*

*Jag måste se till så att vi säkerställer kompetensen när det gäller försäkringsmedicin till våra läkare och till annan berörd personal. (115)*

*Jag tycker att det är jättebra att det försäkringsmedicinska området verkligen uppmärksammas och blir ett eget område och lyfts upp. (218-3)*

*... men jag kan inte uppfatta det utifrån försäkringsmedicinsk synpunkt ... (331-3)*

## Förändrad syn både bland chefer och vårdpersonal

---

Uttalanden om förändrad syn på sjukskrivningsfrågan framkom både vad gäller chefers egen syn och i deras uttalanden om synen bland läkare och annan vårdpersonal. Detta gällde både accepterande av uppgiften att leda och styra sjukskrivningsfrågor och av att sjukvården har en specifik roll i sjukskrivningsärenden. En annan aspekt här var att flera uttryckte ett engagemang för sjukskrivningsfrågan, antingen i ord eller i sitt sätt att prata om området.

*Det har varit ett stort intresse, för att sjukskrivning var tidigare, kan man säga, ett område med stor frustration, där man inte visste riktigt vad man skulle göra och egentligen fanns det en del arbetsmiljöproblem kopplade till detta. Numera kan man säga att nu har man fått grepp om detta, vi har det här akutstödet, vi har den försäkringsmedicinska utbildningen, som gör att man känner en större trygghet men också ett intresse för att vara utbildad i frågorna. (1, 13)*

*Om man blickar bakåt historiskt, så har jag ju varit i landstingsorganisationen i väldigt många år, och då måste man ju ändå på något vis vara ärlig och säga att det fanns ju ett väldigt svagt, för att säga inget fokus på landstingets/sjukvårdshuvudmännens ansvar och roll i sjukskrivningsprocessen // utan det betraktades ju som en fråga mellan Försäkringskassan och sjukskrivande läkare. // Det var ju ingen fråga, som fanns på landstingsledningarnas agenda över huvud taget. // Det är ju först de senaste åren, som det har blivit en fråga, där man har insett att vårdgivarna har ett väl så stort ansvar att även jobba med den här processen. Men nu har ju saker och ting hänt. // Om man betänker vilka enorma resurser som tas i anspråk i sjukskrivningsprocessen så är det ju faktiskt lite märkligt att det under så lång tid inte har varit ett fokus ledningsmässigt i landstinget på de här frågorna. // Inte något som helst fokus på den här processen, att stödja läkarna i någon systematik i sjukskrivningsprocessen, för det har inte uppfattats som landstingets uppdrag. Och jag är glad att det har kommit dithän. Men det finns säkert mycket kvar att önska i det, även om man har jobbat med frågorna ett antal år nu. (121)*

*Ytterst handlar detta lite grann om // en attitydfråga, // nämligen att vi har vår roll så att säga inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har sin roll och ytterst kan man säga att det har handlat väldigt mycket om att förstå varandras roller. (236:1)*

*Det har ju skett en stor omsvängning i hur vi betraktar det här med sjukskrivning. Förr var det ju det lilla A5-intyget med vila, ute och datum. Så det har ju varit en lång process att se annorlunda och ändra synsättet på sjukskrivningar och att det är som en del i behandlingen och så där. (218-2)*

*Läkarna och även övriga medarbetare är liksom medvetna om den handläggningsrutin vi har och att de handlingsrutinerna också kan förändras och att vi arbetar för att förbättra dem. (339-6)*

*Alltså jag tycker att läkarna har ju tidigare tagit på sig ett ansvar för ett försörjningsstöd. Nu har det pratats så mycket om alla yrken, att läkarens roll är bara att göra de medicinska bedömningarna utifrån sjukdom och att inte ta på sig det här med att det är de som avgör om man får pengar eller inte. Den debatten, det har ju underlättat väldigt mycket också. Så att man, då tycker jag att den tydligheten är mycket tydligare idag än vad det var för några år sedan. (339\_6)*

På nivå 1 uttryckte flera en stolthet över sitt sätt att ha jobbat med sjukskrivningsfrågan. Även bland patienter ansågs synen på sjukskrivning ha förändrats.

*När jag började jobba så var ju sjukskrivning mer eller mindre en rättighet. Det är det inte längre, utan sjukskrivning är ju en bedömning utifrån om du har en arbetsförmåga eller inte. (218-1)*

*Jag upplever nog en liten, liten granna ljusning i alla fall 2012 jämfört med 2011, det är inte så mycket besvikna människor som jag har, som ringer mig att de inte blir sjukskrivna. (339\_6)*

## Försäkringskassan

---

Andra uttalanden inom detta område gäller Försäkringskassan och särskilt vad avser tre områden: Attityder till Försäkringskassan från chefen eller sjukvården, krav från Försäkringskassan på sjukvården, samt om ökad kompetens inom Försäkringskassan.

### Positivare attityd till Försäkringskassan

---

En subkategori av uttalanden inom temat ”andra indikationer på förändring” gäller attityder gentemot Försäkringskassan och dess handläggare. Dessa attityder beskrivs som att de har blivit mer positiva. Attitydförändringen beskrevs bland annat som vara ett resultat av olika former av samverkan - på olika strukturella nivåer - eller av utbildningsinsatser och gällde bland såväl chefer som bland vårdpersonal. Flera av dessa attitydförändringar visar sig i uttalanden om samverkan med Försäkringskassan; man beskriver inte bara att man har samverkan utan även att man önskar mer samverkan.

Även en förändring i Försäkringskassans attityder gentemot sjukvården beskrevs. Det handlar framförallt om att ha en större förståelse för varandras olika roller, uppdrag och kulturer än vad man haft tidigare.

*Även om man har friktioner när man träffar andra aktörer som Försäkringskassan, så där tycker jag att vi har jobbat upp ett väldigt bra samarbete, där vi har kännedom och respekt för varandras friktioner i arbetet. Så det är inte två kolosser som skyller på varandra längre, utan vi har det på agendan och diskuterar det och vi har kommit närmare varandra // sedan det började med sjukskrivningsprocessen och sjukskrivningsmiljarden. (219-2)*

*Just att få det här, att öka förståelsen för varandras kultur tror jag har varit fruktbart i detta. Där upplever jag ändå att det har hänt mycket från båda håll. (212-1)*

## Högre krav från Försäkringskassan

---

Flera uttalanden handlade om att det skett en förändring i vilka krav Försäkringskassan ställer på sjukvårdens/läkares insatser i sjukskrivningsärenden, framförallt när det gäller läkarintygens kvalitet.

*[Försäkrings]kassans önskemål har ändrat sig över tid. Förr kunde man ju skriva sjukintygen lite med vänster hand eller mycket med vänster hand då. De ifrågasattes nästan aldrig. Men sedan har det kommit, och det är bara det att man fått lära sig att lägga ner mer tid och göra en mer, ska vi säga, noggrann beskrivning och kanske beskriva det i en annan terminologi. (310:5)*

*Den läkare som skriver intyget blir oftare ifrågasatt idag av Försäkringskassan även om det är självklara sjukskrivningar. Det var ju inte så förr. Det tycker jag är bra egentligen, men det är klart det innebär mer jobb för oss, det gör det ju. Sedan tycker jag det är självklart att det ska granskas. Alla sjukskrivningar ska granskas. (320-3)*

## Ökad försäkringsmedicinsk kompetens även inom Försäkringskassan

---

Ett flertal uttalanden indikerar att man upplever en stor förändring de senaste åren vad gäller försäkringsmedicinsk kompetens [27], inte bara inom sjukvården (se sidan 62 och framåt) utan även bland handläggare inom Försäkringskassan, ofta som en följd av gemensamma utbildningsinsatser, diskussioner eller möten.

*Vi startade gemensamma utbildningsaktiviteter med Försäkringskassan här, där vi utbildade handläggare för olika diagnoser. Normalt sett så är ju de här handläggarna kopplade till dag, när patienten är född, om man är född 01, 02 och 03 osv. så har man olika handläggare. Men här utbildade vi handläggare kopplat till diagnos, vilket förbättrade sjukskrivningsprocessen och framför allt gav en större trygghet till patienten. (C210:2)*

*... det fanns ett väldigt stort gap i kompetens mellan handläggare på Försäkringskassan och sjukskrivande läkare på många håll i den specialiserade sjukvården. Min bild är att det där successivt ändå har så att säga inneburit en kompetensväxling eller en kompetensuppbyggnad även inom Försäkringskassan, som ju är oerhört viktigt. (210:1)*

## Sammanfattning

---

Flera andra indikationer på förändring framkom i hur cheferna nu, 2013, pratade om sjukskrivningsfrågan jämfört med 2007. Sjukskrivning beskrivs som en del av vård och behandling, termen försäkringsmedicin används och samverkan med Försäkringskassan talas om i mer positiva ordalag. År 2007 pratade cheferna mer om problem i samverkan med Försäkringskassan, nu pratar man mer om möjligheter i och med sådan samverkan.

## Intervjun som intervention

---

Denna intervju, liksom den föregående, innebär i sig en intervention inom området. Området ledning och styrning inom sjukvården av sjukskrivningsfrågan lyftes och reflekterades över av de deltagande cheferna – och möjligen i viss mån även bland dem som valt att inte delta i intervjun. Dels innebar det ett fokus på det egna arbetet med att leda och styra området, dels gav det ibland incitament att jobba med specifika frågor.

*Det handlar väldigt mycket om att ha frågan på bordet. Du fick mig att tänka efter där, när du frågade hur många gånger jag har haft det på ledningsgruppen senaste året. (239-2)*

*Nu försöker jag tänka, vi har ett kvalitetsbokslut att ta fram varje år. Jag undrar om vi inte har tittat på sjukskrivningen i primärvården och hur den fördelar sig mellan män och kvinnor. Men jag vågar inte ta gift på det. Har vi inte gjort det, så ska jag ta med mig det hem. (231\_2)*

# Diskussion

---

I detta projekt har chefer på olika nivåer inom hälso- och sjukvård i Sverige intervjuats om hur de leder och styr arbetet med patienters sjukskrivning, och resultaten har jämförts med dem från en baslinjestudie från 2007 med motsvarande upplägg [182]. När datainsamlingen till baslinjestudien påbörjades under hösten 2006 hade den första sjukskrivningsmiljarden funnits under knappt ett år. I en utredning från 2004 och 2005 konstaterades att landstingen i stort sett inte alls hade sjukskrivningsfrågan på agendan [30, 38]. I baslinjestudien från 2007 framkom att detta förändrats något; frågan fanns på agendan på högsta ledningsnivå, det vill säga bland landstingsdirektörer, däremot i mycket begränsad utsträckning på verksamhetschefs nivå. I denna studie fann vi en tydlig förändring vad avser år 2013; sjukskrivningsfrågan fanns nu på agendan på samtliga chefsnivåer och många initiativ har tagits för att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar.

Vi bedömer att under det senaste decenniet har sjukskrivningsfrågan gått från att vara en 'ickefråga' inom hälso- och sjukvården till att bli en 'särfråga' och nu är på väg att ses som en ordinarie del av vård och behandling av patienter. Det är dock en hel del arbete kvar innan den fullt ut är etablerad som en ordinarie sådan fråga.

Resultaten kan sammanfattas i följande punkter:

- Sjukskrivningsmiljarden tycks ha haft god effekt i form av förbättringar i ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningsfrågan
- Chefer på alla nivåer anser att de har eget ledningsansvar för sjukskrivningsfrågan
- Sjukskrivning ses alltmer som en del av vård och behandling
- Det behövs stöd till chefslinjen i arbetet med sjukskrivningsfrågan, och olika former för detta har etablerats
- Intern och extern samverkan i sjukskrivningsfrågor och försäkringsmedicinsk kompetens tycks ha utvecklats och förstärkts
- Det finns många goda exempel på samverkan och former för kompetensutveckling
- Det finns en oro bland många för vad som händer när sjukskrivningsmiljarden upphör – hur kan man då säkerställa uppnådda förbättringar och fortsätta i samma riktning?
- En hel del förändringar har alltså skett, emellertid finns det mycket kvar att göra. Jämställd sjukskrivning, kvalitetssäkring, administrativa förutsättningar samt ledningsfrågorna i stort framstår som områden med störst behov av insatser

## Metodologiska aspekter

---

Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning är ett synnerligen komplext område, och studier av sådan verksamhet förutsätter en tvärvetenskaplig ansats, där olika aspekter, perspektiv och teorier som rör ledning och styrning kan vara aktuella [132, 196]. Därför har forskargruppen varit tvärvetenskapligt sammansatt, och de externa granskarna har olika disciplinär bakgrund.

Liksom i baslinjestudien [182] är den insamlade datamängden omfattande och variationen i svaren stor.

Syftet i denna studie har varit att få chefers syn på och berättelse om hur de leder och styr sjukskrivningsfrågan och jämföra detta med resultaten från med baslinjestudien. Därför har vi använt samma datainsamlingsmetod och dataanalysmetod som i baslinjestudien. År 2007 valdes intervjuer, inte enkäter, som datainsamlingsmetod för att få ett högre deltagande, för att inte riskera att respektive chef delegerade ifyllandet av enkäten till någon annan i organisationen samt för att få ett rikare material i syfte att få en så stor förståelse av området som möjligt.

Studien utgår från chefernas eget perspektiv på ledning och styrning av sjukskrivningsfrågan. I baslinjestudien valdes denna utgångspunkt för att resultaten också skulle kunna utgöra underlag för interventioner när det gäller ledning och styrning av sjukskrivningshanteringen. Det är av stor betydelse att sådana interventioner också kan baseras i erfarenheter och synpunkter från dem det gäller [10].

Att intervjuarna själva hade arbetat som chefer och/eller med stöd till chefer på olika nivåer i hälso- och sjukvården var en förutsättning för datainsamling av god kvalitet kring denna typ av frågeställningar. De intervjuade cheferna har varit öppenhjärtiga och generösa med att dela med sig av sina synpunkter och erfarenheter. Flertalet intervjuer genomfördes via telefon, vilket torde minska intervjuareffekten något, det vill säga att den intervjuade på olika sätt tolkar ansiktsuttryck och annat från intervjuaren om önskvärda svar.

Andra styrkor med studien är det mycket omfattande materialet, att detta är en totalundersökning när det gäller högsta ledningsnivåerna i landstingen, att minst en, vanligen minst två, personer från nivå 1 eller 2 från varje landsting/region ingår, att samma studiedesign, datainsamlingsmetod och analysmetoder som i baslinjestudien använts, att flera i projektgruppen även deltog i baslinjestudien, att flera intervjuare med egen erfarenhet från chefsfrågor användes, att samma person transkriberade samtliga intervjuer, att ett program för kvalitativ analys (NVivo) användes för att strukturera den stora datamängden, att både kvalitativ och kvantitativ analysmetod användes, att kontinuerliga kvalitetskontroller av intervjuer och deras genomförande skett samt de återkommande mötena i den tvärvetenskapligt sammansatt forskargruppen i analysarbetet.

Att urvalet genomfördes på samma sätt som i baslinjestudien och att frågorna huvudsakligen ställdes på samma sätt och hade liknande innehåll, innebär goda möjligheter till jämförelse av resultaten mellan de två åren och har möjliggjort jämförelser även på en metanivå.

Deltagandet var högt på chefsnivå 1 och 2. På nivå 1 var det även ett totalurval och på nivå 2 i stor utsträckning ett totalurval. På nivå 3, verksamhetschefsnivå, var urvalet betydligt mer begränsat med tanke på det totala antalet verksamhetschefer i landet. Urvalet innebar ett strategiskt val dels av landsting, dels av verksamhetschefer inom dessa landsting. Vi kan inte uttala oss om huruvida urvalet varit snedfördelat vad avser någon av de studerade aspekterna. Dessutom var bortfallet större på denna nivå; av de 41 inbjudna verksamhetscheferna deltog 22 (54 %). Bortfallet var större 2013 än 2007, vilket speglar en allmän trend vad gäller deltagande i studier [197]. Orsaker som angavs för att inte delta var framförallt tidsbrist, men även sjukdom, ointresse för frågan eller att vi inte lyckades få

kontakt med vederbörande. Vi vet inte huruvida de som valde att inte delta hade haft ett annat svarsmönster än de som deltog. Eftersom åtminstone någon av dem angav ointresse för frågan som anledning till att inte medverka i intervjun, kan flera antas ha avböjt av samma skäl. Det kan med andra ord finnas en selektion på så sätt att de som är mer positiva till sjukskrivningsmiljardsatsningen har deltagit i större utsträckning. Detta innebär att resultaten ska tolkas med försiktighet. Det för kvalitativa studier stora antalet intervjuade innebär emellertid att det är troligt att de områden och kategorier som identifierats i de kvalitativa analyserna speglar variationen av upplevelser bland chefer på de nivåer som beskrivs i rapporten. Det framkommer på flera sätt i materialet uttryck för att förändringar skett sedan 2007.

## Dataanalys

---

Intervjumaterialet är mycket omfattande och kan analyseras på flera sätt och ur många olika perspektiv. Med hänsyn till projektets syfte och materialets omfattning samt för att möjliggöra jämförelser med baslinjestudien valdes innehållsanalys [185, 188, 198-200] som analysmetod.

I kvalitativa analyser finns alltid en risk för subjektivitet eller ensidighet/bias av resultaten. Därför har bland annat följande strategier 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 och delresultat har kontinuerligt diskuterats vid återkommande möten i forskargruppen; texterna har hanterats med hjälp av dataprogrammet NVivo för att lättare få systematik i och överblick över det omfattande materialet; resultat har lästs och godkänts av intervjuarna samt granskats av personer med professionell kunskap om och insyn i området.

Alla procentsiffror som anges ska tolkas med stor försiktighet. De påvisar i första hand tendenser i skillnader mellan olika nivåer, och inte exakta skillnader. Beaktas bör även att de bygger på forskarnas bedömningar av intervjuerna och inte på direkta svar på intervjufrågor.

## Kommentarer och slutsatser

---

Som framgår av bakgrunden kan data om ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning inhämtas på många olika sätt. Olika typer av studiedesign, data, insamlingsmetoder, analysmetoder och perspektiv leder ofta till något olika resultat och kan tillsammans ge en mer fullödlig bild och förståelse av det studerade. När det gäller så komplexa fenomen som ledning och styrning av hälso- och sjukvårdsorganisationer och hantering av sjukskrivningsfrågor är det särskilt viktigt att använda olika typer av studiedesign. I detta projekt har vi muntligen intervjuat chefer på olika chefsnivåer i olika delar av landet om deras syn på ledning och styrning av dessa frågor. I forskning om ledning och styrning kan man också använda andra typer av data, till exempel samla in olika typer av uppgifter om vad chefer har gjort, vad som står i styrdokument eller handlingsplaner, vad andra anser om chefens arbete, olika förändringar arbetet lett till, specifika typer av utfall etcetera. Sådana data samlas in i flera andra projekt för utvärdering av sjukskrivningsmiljarden [10-12, 181, 183, 201-208], till exempel via frågeformulär till tjänstemän inom landstingen [183] eller till läkare [10, 12] eller data om



sjukskrivningar eller om läkarintygs kvalitet [181, 183, 202-207]. Olika studiedesign ger ofta olika typer av bilder av ett skeende, vilket är av betydelse när det gäller så komplexa frågor som här. I en utvärdering av en satsning torde det vara av vikt att även studera det som interventionen riktar sig mot – i detta fall ökad ledning och styrning inom hälso- och sjukvården av hantering av patienters sjukskrivning. Om det sedan i sin tur leder till förändrade sjuktal eller inte är en annan typ av frågeställning som möjligen inte har något direkt samband med förändring i ledning och styrning av sjukskrivningsprocesser.

En central fråga i detta projekt har varit huruvida sjukskrivningsfrågan leds och styrs inom hälso- och sjukvården i större utsträckning år 2013 än 2007. Resultaten visar på stora relativa förändringar i detta; frågan finns nu på agendan på samtliga tre studerade chefsnivåer i sjukvården och samtliga chefer, med något undantag, är tydliga med att de har ett ledningsansvar för sjukskrivningsfrågan. Ansvar uttrycks på olika sätt och tas i praktiken sannolikt i olika stor utsträckning, men det är tydligt att ledning och styrning av sjukskrivningshanteringen nu ses som ett ansvar för cheferna i linjeorganisationen.

Fortsatta och framtida utmaningar gäller hur sjukskrivningsprocessen kan kvalitetssäkras, och samtidigt effektiviseras, för att uppfylla hälso- och sjukvårdens krav på god vård på lika villkor.

Våra **slutsatser** är att ledning och styrning av sjukskrivningshantering i större utsträckning har blivit en del av den ordinarie verksamheten inom sjukvården. Chefens roll för sjukskrivningsfrågan har också blivit betydligt tydligare jämfört med 2007; förändringen är tydligast på verksamhetschefsnivå, där få såg ett eget ansvar 2007 – nu gjorde nästan samtliga intervjuade verksamhetschefer det. Sjukskrivningsmiljarden tycks ha haft en stor betydelse för att sjukskrivningsfrågan nu finns på agendan på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården. Sjukskrivning ses nu i stor utsträckning som en del av vård och behandling som skall ledas och styras på motsvarande sätt som annan verksamhet, till exempel vad gäller rutiner, planering och uppföljning. Sjukskrivningsfrågan är dock en fråga bland många andra, och behov av särskilt stöd till linjen i att hantera den beskrivs. Det finns fortfarande mycket att göra för att säkra ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete, för optimal hanteringen av patienters sjukskrivning. Områden som särskilt kräver ökat fokus genom ledning och styrning är upprätthållande och utveckling av kompetens, kvalitetssäkring, administrativa förutsättningar, jämställd sjukskrivning, fortsatt och utvecklad intern och extern samverkan samt medverkan i kunskapsgenerering.

Nedan diskuteras några olika delar av resultat mer i detalj.

## Förändring

---

Det finns en markant förändring i hur cheferna pratar om ledning och styrning av sjukskrivningsfrågan år 2013 jämfört med 2007. Sjukskrivning ses nu som en del av vård och behandling. Hanteringen av sjukskrivningsfrågor ses som ett eget ämnesområde, försäkringsmedicin, och cheferna ser att de har ett eget ansvar för att leda och styra frågan. Chefers kompetens inom området framstår på flera sätt som större nu.

Även om förändringen är markant kan man fråga sig om den är stor eller liten, tillräcklig eller otillräcklig, i förhållande till förväntningar och målsättningar. Vår tolkning är att en stor förändring har skett i relation till utgångsläget, som ju var på en låg nivå, men att det

är långt kvar innan sjukskrivningsfrågan fullt ut ses som en del av vård och behandling och leds och styrs på samma sätt som allt annat inom alla landsting och regioner. Många chefer uppger också själva att utvecklingen går i rätt riktning men att det är långt kvar. Att genomförda förändringar ska upprätthållas och bli en stadigvarande del av vård och behandling såg flera chefer som en utmaning, men samtidigt som den enda rimliga vägen att gå.

## Incitament

---

Resultaten visar att flera olika drivkrafter, utöver de ekonomiska incitamenten, har betydelse för hur cheferna satsar på att styra och leda i sjukskrivningsfrågan (se sidan 103) och det är, baserat på dessa resultat, inte klart hur stor betydelse just de ekonomiska incitamenten har i förhållande till de andra typerna av incitament, då de medel sjukskrivningsmiljarden kunnat innebära för enskilda landsting ofta står för en mycket begränsad del av den totala budgeten och inte alltid är tydliga för den enskilde chefen. Detta framkommer även i andra studier [68, 181, 183]. Samtidigt beskriver flera chefer att det ekonomiska incitamentet har haft betydelse för deras vilja att satsa på området.

I det fortsatta arbetet för att öka kvaliteten och effektiviteten i sjukvårdens hantering av sjukskrivningar torde det vara av vikt att ha en medvetenhet om och beakta betydelsen av de olika typer av incitament som har samband med vad chefer på olika nivåer väljer att prioritera. Många gav uttryck för att god kvalitet i vården är deras viktigaste drivkraft. En typ av incitament som framkom 2013, som inte fanns med 2007, var vikten av att åstadkomma goda resultat i jämförelse med andra verksamheter. Vilka mått som används vid jämförelser mellan verksamheter får då stor betydelse och bör uppmärksammas, då de får stor betydelse för vad som fokuseras. Då hälso- och sjukvårdens agerande torde ha begränsad betydelse för sjukfrånvaronivåerna i ett specifikt område, i jämförelse med betydelsen av andra faktorer [1, 27, 68] bör även andra mått användas.

## Ledning

---

Resultaten visar att hanteringen av patienters sjukskrivning är en fråga som nu finns på agendan på alla studerade chefsnivåer i samtliga landsting, fortfarande i något större utsträckning på de högre chefsnivåerna. Många beskriver att man tar in sjukskrivningsaspekter i sina måldokument och handlingsplaner, ger uppdrag och följer upp dem. Andra att de har planer på att ta fram sådana rutiner. Likaså tycks sjukskrivningsfrågan nu i högre utsträckning ägas och drivas av cheferna i linjeorganisationen, eller vara på väg in i linjen. De flesta beskriver också att de, i sin organisation, använder sig av och behöver försäkringsmedicinskt expertstöd, processledning, koordinatörer eller projektorganisation som stöd. Detta verkar minska risken för att förbättring av sjukskrivningshanteringen ”försvinner” från agendan. Å andra sidan kan fördelningen av uppgifter mellan projekt eller process och linje, möjligen också vara en källa till osäkerhet om vem som har ansvar i olika situationer. Det finns inget i resultatet som pekar på att så är fallet, men det kan inte uteslutas bland annat med tanke på bortfallet på nivå 3. På högsta nivå, bland landstingsdirektörer och regiondirektörer, prioriteras frågan något lägre än år 2007, vilket torde vara en rimlig utveckling i takt med att chefer på lägre nivåer tar ett större ansvar. Både på nivå 2 och bland verksamhetschefer

är det fler chefer som bedömts prioritera frågan nu än år 2007. Flera tryckte nu även på vikten av att vara långsiktiga och uthålliga när de driver dessa frågor. Flera chefer tar upp att de på olika sätt arbetar för att påverka attityder och förhållningssätt genom att personligen delta i diskussioner med mera, vilket indikerar utövande av ett mer proaktivt ledarskap. Många chefer beskrev att sjukskrivningsfrågan är en relativt liten aspekt i förhållande till den mängd av olika frågor de hanterar.

Även om det förekom i betydligt mindre omfattning än 2007 uttryckte några chefer, framförallt på nivå 2, en tveksamhet om var gränsen mellan chefers och läkares ansvar egentligen ligger när det gällde hantering av patienters sjukskrivning. Genomgående pratade cheferna i intervjuerna framförallt utifrån sin roll som chefer. Detta var en tydlig skillnad från förhållningssättet bland cheferna i baslinjestudien. I baslinjestudien från 2007 var det till exempel inte ovanligt att de intervjuade cheferna snarare svarade i en roll som sjukskrivande läkare i sjukskrivningssituationen än i sin roll som chef i sjukvården [132].

## Samverkan

---

Ett av de ursprungliga villkoren i sjukskrivningsmiljarden var förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Denna samverkan har utvecklats på flera sätt; cheferna beskrev att det nu finns rutiner för samverkan på olika strukturella nivåer. Det framkom även att attityderna inom hälso- och sjukvården gentemot Försäkringskassan har blivit mer positiva. I många fall har samverkan utvecklats även med andra externa aktörer, framförallt Arbetsförmedlingen och kommuner. Sådan samverkan har funnits i flera decennier, kring olika typer av ärenden, men fokus på sjukskrivningar i sådan samverkan förefaller ha ökat.

Däremot nämner cheferna sällan samverkan med patienters arbetsgivare respektive företagshälsovård, aktörer som vanligen har stor betydelse i samband med patienters sjukfrånvaro. Det är även ett observandum att arbetsgivare omnämns i mindre utsträckning 2013 än 2007. Även andra studier har visat att patienters arbetsgivare och rutiner för samverkan med dem sällan nämns eller beaktas när det gäller sjukskrivningsärenden [39, 182].

Betydelsen av samarbete mellan olika professioner i sjukskrivningsärenden nämns av flera, varav några även talar om hur man leder och styr för att främja sådant samarbete. Intern samverkan mellan olika delar av sjukvården tas upp i mindre utsträckning, och i flera intervjuer framkom behov av att förtydliga rutiner för området. Några understryker betydelsen av att ha tillgång till kompetens från olika professioner för att upprätthålla god kvalitet i hantering av sjukskrivningsärenden.

Det gavs många exempel på samverkan, och genomgående ansågs samverkan ha haft positiva effekter. I vilken mån man satt upp mål för och följt upp extern och intern samverkan vad avser former och utfallskriterier framgick inte. Det kan finnas anledning att studera vad som utmärker goda exempel, bland annat vad gäller deras utformning, implementering och uppföljning, för att få underlag för fortsatt lärande.

Resultaten om samverkan med Försäkringskassan kan relateras till resultaten från en enkät till läkarna i Sverige om deras erfarenheter av arbete med sjukskrivningar [10]. Enkäten skickades ut i oktober 2012, och av svaren framkom att majoriteten av de läkare som har

sjukskrivningsärenden var mycket eller ganska nöjda med sina kontakter med Försäkringskassan. Av svaren på frågor om svårigheter läkarna upplevde i kontakten med Försäkringskassan, framkom att flera av de svårigheter som var mer frekventa handlade om logistiska problem såsom att kunna få kontakt med rätt person på Försäkringskassan – det vill säga, problem som det relativt enkelt borde gå att lösa. Andra svårigheter, och där hade andelen läkare som upplevde dem ökat under de senare åren, handlade om att uppleva sig ifrågasatt av Försäkringskassan eller att mötas av en negativ attityd därifrån. Dessa resultat kan relateras till de beskrivningar många av cheferna i föreliggande studie gav av läkares frustration i kontakter med Försäkringskassan. Några chefer beskrev att samverkan med Försäkringskassan inneburit att såväl sjukvårdspersonal som handläggare på Försäkringskassan fått större förståelse för varandras roller och uppdrag. Några av de typer av svårigheter som upplevs av en större andel läkare nu än tidigare torde handla om att Försäkringskassan i större utsträckning följer regelverket och utövar sitt skadekontrollansvar – vilket vissa chefer uttryckte förståelse för att det fanns ett behov av att göra och var positiva till.

Även om många beskriver en utveckling så förefaller det fortfarande finnas en stor förbättringspotential när det gäller kunskap om och förståelse för varandras uppdrag, roller, befogenheter, skyldigheter, kompetens och kultur. Samverkan mellan myndigheter innebär ofta olika typer av utmaningar som behöver hanteras av ledningen, bland annat då det ofta finns skillnader mellan organisationernas uppdrag och mål [209-212].

## Kompetens

---

Cheferna lyfte vikten av försäkringsmedicinsk kompetens och kompetensutveckling bland sjukvårdspersonalen och beskrev olika strategier som de använde för att främja tillgång till sådan kompetens i sin organisation. En utmaning för cheferna var att inte all personal väljer att delta i kompetensutveckling som erbjuds; cheferna berörde inte om eller hur deras ledning och styrning skulle kunna påverka detta.

Cheferna fokuserade sällan på kompetensutveckling i att leda och styra sjukskrivningsfrågan, men det fanns verksamhetschefer som tydligt uttryckte behov av utbildning för att leda och styra området. Chefer på högre nivåer nämner att de i detta har haft god hjälp av SKL:s olika insatser, såsom träffar och seminarier.

Försäkringsmedicinsk kompetens är ett mycket brett område vad gäller kunskap, färdigheter och förhållningssätt [27, 33, 180, 213-218]. Cheferna beskriver sällan vilken typ av försäkringsmedicinsk kompetens som de strävar efter att främja i sin verksamhet. Fokus verkar bland många vara på färdigheten att skriva läkarintyg. Få uttalar sig om kompetens vad avser hela sjukskrivningsprocessen eller om hur sådan kompetens kan följas upp och säkerställas. Det torde vara problematiskt att leda och styra området utan att ha tydliga kriterier för vad god eller tillräcklig kompetens innebär, vad gäller olika former av kunskap, färdighet och förhållningssätt inom det försäkringsmedicinska området – särskilt vid uppföljning och kvalitetssäkring av kompetens.

Vi bedömer att den försäkringsmedicinska kompetensen har ökat i hälso- och sjukvården men fortfarande varierar mycket och sällan är hög. Bland annat har genomförda interventioner lett till att många läkare fått kortare utbildningar, omfattande en halv till en dag. Många av cheferna har prioriterat kompetensutvecklingsinsatser. Resultaten kan

jämföras med dem från den nyligen genomförda enkäten till läkare i Sverige [10] där det framkom att majoriteten läkare önskar utveckla sin försäkringsmedicinska kompetens och att nästan en tredjedel minst en gång per månad upplever att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Man önskar få sådan kompetensutveckling på olika sätt, till exempel via handledning, kurser, internet kontakter med personer med försäkringsmedicinsk kompetens [10]. Läkare och särskilt andra professioner har vanligen mycket begränsad utbildning inom försäkringsmedicinska frågor. Fortbildning leder ofta till större förståelse för områdets komplexitet och till insikter om behov av mer kompetens [27].

Strategier och rutiner behövs för att öka den försäkringsmedicinska kompetensen ytterligare och för att försäkra sig om att den vidmakthålls och att även nya medarbetare får sådan kompetens. Det behövs tydliggörande av vad som avses med försäkringsmedicinsk kompetens inom respektive verksamhet. Strategier och rutiner behövs även för att tillförsäkra sig om att personalen, i den organisation de arbetar, kan tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens på ett optimalt sätt.

## Kvalitetssäkring

---

Beskrivningar av kvalitetssäkring och uppföljning av sjukskrivningsprocessen förekom nästan inte alls i baslinjestudien år 2007, och många chefer var då oförstående inför frågan. Så var inte fallet nu. Begreppet kvalitetssäkring tolkades dock spontant av de flesta cheferna som uppföljning, och vissa ställde sig undrande inför kvalitetssäkringsbegreppet. Denna osäkerhet kan eventuellt relateras till att begreppet kvalitet används på olika sätt i sammanhang som berör sjukskrivning som en del av hälso- och sjukvård [16, 86, 147] och i sjukskrivningsmiljardens villkor, där andelen godkända läkarintyg kan tolkas som mått på kvalitet [219]. I intervjumaterialet saknas helt uttalanden om kvalitetssäkring som inkluderar alla de dimensioner som Socialstyrelsen i föreskriften SOSFS 11:9 [16] anger som viktiga för god kvalitet i sjukvården. Begreppet 'avvikelse' saknades till exempel nästan helt i uttalandena om kvalitet och uppföljning. Socialstyrelsen hävdar att "*Rapportering av avvikande händelser är en av hörnstenarna i arbetet att förbättra kvalitet och säkerhet i vården*" [220]; detta bör då även omfatta sjukskrivning.

Chefer ska med hjälp av kvalitetssystemet säkra styrning, uppföljning, utveckling och dokumentation av kvaliteten i verksamheten för att nå kvalitetsmålen och främja kostnadseffektivitet. Det fanns inga uttalanden om att styra och dokumentera kvalitet i materialet. Däremot fanns uttalanden om att följa upp och att utveckla, särskilt vad avser statistik över antalet sjukskrivna samt kostnader och läkarintygets kvalitet. Även det som beskrevs som fokus i förbättringsarbetet rörde, med få undantag, arbetsrutiner och läkarintygets kvalitet, det vill säga en mycket begränsad tolkning av begreppen kvalitet och kvalitetssäkring. Det kan vara värt att notera att på verksamhetsnivå är flera yrkeskategorier involverade i sjukskrivningsprocessen, vilket tillför arbetet en bredare kompetens, samtidigt som det ställer höga krav på tydliga rutiner för att arbetet ska utföras effektivt och vara möjligt att följa upp. Då sjukskrivningsprocessen i sin helhet berör olika aktörer inom och utom hälso- och sjukvården, är det inte helt enkelt att ta fram och följa upp mål samt förbättra på det sätt som avses med kvalitetssäkring [16]. Ett framgångsrikt kontinuerligt förbättringsarbete bygger på tydliga processer där effektiviteten i flödet såväl som resultatet kan mätas. För att hitta och åtgärda "flaskhalsar" och andra problem ska

processerna vara transparenta. Med flera aktörer inblandade ställer det stora krav på alla parter för att skapa dessa förutsättningar. Genom förbättrad samverkan till exempel mellan sjukvården och Försäkringskassan har förutsättningarna generellt troligen sett blivit bättre, men fortfarande finns anledning att anta att komplexiteten inom och utom vården innebär att det är en utmaning för chefer att hitta relevanta och överenskomna mål och uppföljningsmetoder.

Beträffande uppföljning var alltså sjukskrivningsfrekvens eller andel godkända läkarintyg vanliga utfallsmått eller parametrar. Detta torde vara relaterat till att en del av utbetalning av en del av sjukskrivningsmiljardens medel varit kopplade till förändringar i sjukskrivningstal. Samtidigt påverkas troligen förändringar i sjukskrivningsfrekvens mer av andra faktorer än sjukvårdens handläggning av sjukskrivningsärenden, såsom förändringar i sjuklighet, arbetsmarknad och regelverk [1, 6, 68, 205, 221, 222]. Om antal sjukskrivningar och deras längd och grad blir enda eller viktigaste utfallsmåttet riskerar man att missa andra mål med insatserna. Flera chefer på nivå 1 beskriver mål i termer av bättre vård och behandling, god försäkringsmedicinsk kompetens i organisationen och bra samverkan internt och externt. Andra relevanta mål kan gälla teamsamverkan, avstämningsmöten, försäkringsmedicinsk kompetens samt god kvalitet i handläggningen av sjukskrivningskonsultationer. Detta kan inte reduceras till antal sjukskrivningar; vårdens uppdrag är att ge god vård på lika villkor till befolkningen, inte att minska eller öka sjukskrivningarna.

Studiens resultat tyder på att det finns ett behov av att tydliggöra vad god kvalitet i hantering av patienters sjukskrivning innebär och hur kvaliteten kan säkras. Vidare tyder resultaten på att det finns stora variationer mellan landstingen avseende kvalitetssäkring av arbetet med patienters sjukskrivning samt att det finns en stor utvecklingspotential när det gäller kvalitetssäkring. Bara i ett fåtal uttalanden framkommer ett brett perspektiv på kvalitetssäkring. I stället indikerar ett stort antal uttalanden att begreppet kvalitet i sjukskrivningshanteringen i praktiken tolkas som av Försäkringskassan godkända läkarintyg. Variationen kan avspegla att vissa landsting ”hunnit längre” med kvalitetssäkringsarbetet alternativt vara uttryck för ett strategiskt val att tills vidare etablera en enkel modell.

## Sjukskrivningsmiljarden

---

De intervjuade cheferna är tydliga med att sjukskrivningsmiljarden haft en mycket stor betydelse för att sjukskrivningsfrågan nu finns på agendan på olika nivåer i sjukvården. Problem med sjukskrivningsmiljarden har varit kortsiktigheten i överenskommelserna, att de kommit sent på året samt att hantera att det nu finns flera olika miljardsatsningar, särskilt som de ibland innebär krav på specifika ledningssystem. Det finns även en ambivalens inför den statliga styrning av hälso- och sjukvården som dessa miljardsatsningar innebär.

En slutsats är att sjukskrivningsmiljarden, som internationellt sätt är en unik satsning, tycks ha haft en mycket stor betydelse för att sjukskrivningsfrågan nu finns på agendan i sjukvården på ett helt annat sätt än tidigare och för att chefer på samtliga nivåer ser att de har ett eget chefsansvar för frågan. Ibland gällde svaren som gavs i intervjuerna inte bara sjukskrivningsmiljarden utan även till exempel rehabiliteringsgarantin, en annan

”miljardsatsning”. Det kan tolkas som att man i verksamheten hanterar dessa olika miljarder som en helhet, vilket torde överensstämma med intentionerna bakom satsningarna.

Flertalet chefer är inställda på att sjukskrivningsmiljardsatsningen senare kommer att upphöra – många anser dock att den behövs några år till för att det påbörjade arbetet ska etableras i verksamheten. Flera uttryckte oro för vad det kommer att innebära för det fortsatta arbetet med sjukskrivningsfrågan när sjukskrivningsmiljarden inte förnyas. Beredskap för hantering av sjukskrivningsmiljardens upphörande behöver beaktas i kommande överenskommelser.

## Jämställd sjukskrivning

---

Sjukskrivningsmiljardens fokus på och villkor kring jämställd sjukskrivning förefaller ha haft stor, och ofta avgörande, betydelse för att chefer lyft detta område och har det på agendan. Däremot uppgav få att de vidtagit några konkreta åtgärder. Många beskrev att man tagit fram, eller hade planer på att ta fram, könsuppdelad statistik för att använda den som utgångspunkt för framtida åtgärder. Flera hade svårigheter såväl med att få fram sådan statistik som med att tolka statistiken. Överhuvudtaget beskrevs jämställd sjukskrivning som ett svårt och komplicerat område. I flera uttalanden framkom okunskap eller omedvetenhet om området. Några angav att de inte jobbar med detta då de inte trodde det fanns några aspekter att beakta när det gäller jämställd sjukskrivning inom den egna verksamheten. Andra beskrev att de blivit överraskade när de funnit faktorer som visade att vården inte var jämställd.

Jämställd sjukskrivning framstår som ett område inom sjukvården där mer stöd krävs för att åstadkomma utveckling. Detta stämmer väl med tidigare erfarenheter som visar att detta område kan vara problematiskt att åtgärda [85, 114, 130, 223-228]. Många efterlyser mer kunskap och vägledning för att komma vidare. Några menade också att man skulle behöva särskilda satsningar på jämställd sjukskrivning för att få incitament att arbeta med detta.

## Administrativa förutsättningar

---

Behovet av ledning och styrning för att skapa så goda administrativa förutsättningar som möjligt för ett effektivt arbete med sjukskrivningar lyftes fram av ett stort antal chefer 2013, till skillnad från år 2007. Särskilt nämndes behov av att organisera arbetet effektivt genom överenskomna rutiner. Andra aspekter som nämndes var resurser i termer av tid för läkare att hantera sjukskrivningsärenden, erforderlig bemanning och kompetens, bra verktyg och adekvata IT-stöd. I samband med bemanning nämndes bland annat den ökande andelen ”hyrläkare” vilket sågs som ett särskilt problem när det gäller sjukskrivningsfrågor. Olika typer av problem kring förutsättningar och chefens möjlighet att organisera för förbättringar framkom. Flera av dem, såsom IT-stöd, bör kunna arrangeras bättre.

I de enkäter som skickades till läkare i hela Sverige 2012 respektive 2008 och till läkare i två landsting 2004, om deras erfarenheter av arbetet med sjukskrivningar fanns det flera frågor om administrativa förutsättningar i det arbetet [10-12]. Frågorna rörde bland annat tidsbrist vad gäller tid med patienten, patientrelaterad tid (skriva intyg, kontakt med andra aktörer, dokumentation, möten etcetera) samt vad gäller kompetensutveckling,

handledning och reflektion när det gäller sjukskrivningsfrågor. Det fanns ingen större skillnad i andel sjukskrivande läkare som upplevde sådan tidsbrist mellan åren 2013 och 2008, med ett undantag: en något mindre andel upplevde sådan tidsbrist dagligen 2013. Båda åren hade 77-78 procent aldrig/i stort sett aldrig tid avsett för handledning, återkoppling eller reflektion i sjukskrivningsfrågor.

Det var inte heller någon större skillnad i svaren mellan de tre åren på följande två frågor: om det fanns en gemensam policy för hantering av sjukskrivningsärenden på deras klinik/mottagning respektive om läkaren hade stöd från närmaste ledningen kring handläggning av sjukskrivningsärenden.

De modesta resultaten från läkarenkäterna kan synas förvånande mot bakgrund av resultaten i denna studie, där cheferna beskriver att de i större utsträckning aktivt leder och styr sjukskrivningsarbetet. Skillnaderna i resultat kan bero på flera faktorer, bland annat dessa fyra:

- De interventioner som gjorts för att öka läkares försäkringsmedicinska kompetens kan ha medfört höjda förväntningar på vad en policy för hantering av sjukskrivningsärenden bör innehålla och på vad stöd i sjukskrivningsarbetet kan innebära.
- Metoderna i studierna för att fånga sådana förändringar kan vara felaktiga.
- De använda interventionerna för att påverka organisatoriska förutsättningar kan vara verkningslösa eller har eventuellt inte genomförts fullt ut.
- Denna typ av förändring tar i allmänhet betydligt längre tid än sex år för att nå längst ut i en stor verksamhet. I baslinjemätningen fann vi att frågan fanns på agendan på högsta ledningsnivå, och nu fann vi att den även finns på agendan på verksamhetschefsnivå. Möjligen tar det ytterligare tid innan resultat även finns 'på golvet'.

Den typ av administrativa förutsättningar som det försäkringsmedicinska beslutsstödet innebär för läkare verkar dock ha varit positivt, flertalet anser att det underlättar i olika typer av kontakter, framförallt i kontakterna med patienter [10-12]. I föreliggande studie beskriver även chefer beslutsstödet i positiva ordalag.

Administrativa förutsättningar, så som de identifierats i studien, bör troligen ges större vikt i kommande överenskommelser. Användbarheten och konsekvenser av olika policys, rutiner och riktlinjer för olika aspekter av kvalitetssäkring, kompetensutveckling, samverkan och hantering av specifika patientärenden bör utvärderas och beforskas.

## Kunskapsgenerering

---

Det fanns förhållandevis få uttalanden om vetenskaplig forskning inom området, i perspektivet att hälso- och sjukvård ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och att kunskapsläget är synnerligen begränsat både vad det gäller hantering av sjukskrivningsärenden och ledning och styrning av sådant arbete. I intervjuerna lyftes dessa frågor inte i större utsträckning än i baslinjestudien 2007. År 2007 framkom att det fanns en stor medvetenhet om att det saknas vetenskaplig kunskap och evidens om optimal sjukskrivning. Många, framförallt högre chefer, såg då detta som ett problem. En orsak till att den bristande kunskapsbasen inte lyftes i högre grad 2013 kan vara att det nu finns tydligare beslutsstöd [10, 15] och regeltillämpning inom området, vilket innebär att det nu



finns verktyg för att hantera kunskapsbristen i den kliniska vardagen. Detta saknades vid baslinjestudien 2007.

Av de som 2013 pratade om forskning var det fler som nämnde någon form av pågående medverkan i forskningsprojekt om sjukfrånvaro och sjukskrivning än i studien 2007 – då bristen på kunskap snarare var det som lyftes av de som nämnde forskning. Kunskapen om forskningsprojekt är möjligen inte optimalt spridd bland chefer. Detta kan få som konsekvens att forskningen inte alltid baseras på aktuella kliniska problem eller att forskningsresultat inte kommer klinisk praxis tillgodo.

Ett observandum är att samtliga uttalanden om behov av kunskapsgenerering främst gällde vård, inte ledning och styrning av vård. Kvalitetssäkring är ett sätt att etablera ”beprövad erfarenhet” i områden där vetenskapligt baserad kunskap saknas.

Att sjukskrivning är en del av vård och behandling innebär att sjukskrivning ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet på motsvarande sätt som andra åtgärder inom vården. I praktiken är detta dock sällan möjligt, då det i stort sett helt saknas vetenskapligt baserad kunskap om för- och nackdelar med att vara sjukskriven i olika grad eller längd vid ett visst tillstånd och livssituation [1]. Att bidra till kunskapsgenerering ingår i landstingens uppdrag. Inom ett område som sjukskrivning, där den vetenskapligt baserade kunskapen är så begränsad, är det särskilt viktigt att hitta metoder för sjukvården bidra till detta på olika sätt. Dokumentation av interventioner som genomförs är ett sätt att göra detta.

Särskilt det senare är av stor vikt: hälso- och sjukvården ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, och inom sjukskrivningsområdet måste vetenskaplig kunskap genereras för att få god kvalitet i vården. Det är rimligt att en stor del av de miljarder kronor som satsas används så att de kan utgöra en bas för vetenskaplig kunskap - kunskap som kan användas som underlag för att erbjuda god vård på lika villkor till befolkningen och en god arbetsmiljö för personalen inom hälso- och sjukvården.

## Goda exempel

---

I materialet refereras till många goda exempel, från samtliga tre chefsnivåer, på specifika åtgärder som vidtagits inom organisationen respektive i samverkan med andra aktörer för att främja god kvalitet i hanteringen av patienters sjukskrivning. Åtgärderna handlar ofta om kompetensutveckling, administrativa förutsättningar samt samverkan internt och externt.

Det är synnerligen viktigt att erfarenheter från olika åtgärder systematiskt dokumenteras, sprids och utvärderas, så att de kan bidra till att etablera ny vetenskapligt baserad kunskap inom detta område. Det fortsatta arbetet med sjukskrivningsmiljarden bör säkerställa att åtgärder dokumenteras och att kunskapsgenerering och forskning inom området främjas. Ur ett vetenskapligt perspektiv kan det ses som en fördel att olika verksamheter vidtar olika åtgärder – det innebär goda möjligheter att jämföra dem, både vad gäller processutvärderingar och utfallsstudier, förutsatt att det som görs dokumenteras på ett adekvat sätt.

## Det fortsatta arbetet

---

Sammanfattningsvis har vi funnit att sjukskrivningsfrågan på ledningsnivå inom hälso- och sjukvården gått från att vara en icke-fråga till att vara en särfråga och nu är på väg att ses som en ordinarie del av patienters vård och behandling. Sjukskrivningsmiljardens fokus på att inkludera sjukskrivningsfrågan i hälso- och sjukvårdens ordinarie ledningssystem verkar ha varit en bra strategi för att främja denna utveckling. Vi bedömer dock att det behövs kontinuerligt och fokuserat stöd, på olika sätt, för att utvecklingen ska fortsätta i den riktningen.

Särskilt behövs stöd vad gäller att fortsatt etablera sjukskrivningsfrågan i hälso- och sjukvårdens ledningssystem, när det gäller kvalitetssäkring, jämställd sjukskrivning, kompetens i och vetenskaplig kunskap om försäkringsmedicin, administrativa förutsättningar, dokumentation av och forskning om det som görs inom ramen för sjukskrivningsmiljarden samt att förbereda en kommande indragning av det stöd som sjukskrivningsmiljarden innebär, så att det då inte blir en tillbakagång.

# Tabellförteckning

---

Tabell 1. Antal inbjudna chefer, antal som deltog och bortfallet .....	31
Tabell 2. Antal inbjudna, antal som deltog och bortfallet på respektive chefsnivå.....	32
Tabell 3. Övergripande teman och kategorier inom området ”ledning och styrning” .....	35
Tabell 4. Kategorier och subkategorier av uttalanden inom temat ”övergripande om ledning och styrning” .....	36
Tabell 5. Andel chefer på respektive chefsnivå som bedöms ha sjukskrivningsfrågan uppe i den grupp chefen själv leder: 2013 respektive 2007 .....	48
Tabell 6. Chefen bedöms ge sjukskrivningsfrågan prioritet, per chefsnivå, 2013 respektive 2007. 48	
Tabell 7. Bedömning av huruvida den intervjuade chefen har stöd från sin egen chef när det gäller ledning och styrning av sjukskrivningsfrågan, år 2013 respektive 2007.....	49
Tabell 8. Subkategorier och grupper inom kategorin ”samverkan” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden” .....	52
Tabell 9. Andelen chefer som nämner arbetsgivare, totalt och efter chefsnivå, 2013 respektive 2007.....	60
Tabell 10. Andelen chefer som nämner företagshälsovård, totalt och efter chefsnivå, 2013 respektive 2007.....	61
Tabell 11. Andelen chefer som även nämner andra professioner i vården än läkare i arbetet med sjukskrivning, totalt och efter chefsnivå, 2013 respektive 2007. ....	61
Tabell 12. Andelen chefer som nämner den egna rollen som arbetsgivare angående sjukfrånvaro bland den egna personalen, totalt och efter chefsnivå, 2013 respektive 2007.....	61
Tabell 13. Subkategorier och grupper inom kategorin ”kompetens” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden” .....	62
Tabell 14. Subkategorier och grupper av uttalanden inom kategorin ”jämförd sjukskrivning” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden” .....	71
Tabell 15. Den intervjuade chefen bedöms ha vidtagit eller planerat åtgärder när det gäller att främja jämförd sjukskrivning (2013) respektive kvinnors ohälsa (2007). ....	77
Tabell 16. Subkategorier inom kategorin ”kunskapsgenerering” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden” .....	78
Tabell 17. Andelen chefer som nämner vetenskap eller forskning, totalt och efter chefsnivå, år 2013 respektive 2007.....	80
Tabell 18. Subkategorier av uttalanden inom temat ”ledning och styrning av specifika områden: kvalitetssäkring” .....	81
Tabell 19. Subkategorier inom kategorin ”administrativa förutsättningar” inom temat ”ledning och styrning av specifika områden” .....	85
Tabell 20. Kategorier och subkategorier av uttalanden om inom temat ”syn på vad läkare behöver för att kunna göra ett bra arbete med sjukskrivningar” .....	92
Tabell 21. Kategorier och subkategorier inom temat ”sjukskrivningsmiljardens betydelse” .....	96
Tabell 22. Den intervjuade chefen bedöms ha <i>gett</i> uppdrag i samband med sjukskrivningsmiljarden, år 2013 respektive 2007. ....	103
Tabell 23. Teman och kategorier av uttalanden inom området ”andra indikationer på förändringar” .....	111

# Referenser

---

1. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU) 167. 2003.
2. Långtidssjukskrivna 1999–2009. Beskrivande statistik 1999-2009: kön, ålder, arbetsmarknadsstatus, sjukskrivningslängd och diagnospanorama. Stockholm 16. 2010.
3. Sjukfrånvaron i Sverige - på väg mot europeiska nivåer? Socialförsäkringsrapport 2009:10. Stockholm. 2009.
4. Socialförsäkringen i siffror 2013. In: Kolk A, editor. Stockholm: Försäkringskassan; 2013.
5. Sickness, disability and work: Breaking the barriers: Sweden. 2010.
6. Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron; problem och lösningar. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2005.
7. Alexanderson K, Marklund S, Mittendorfer-Rutz. E, Svedberg P. Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro: Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. 2011.
8. Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Slutbetänkande. Del I och II. Stockholm: Socialdepartementet: SOU 2002:5. 2002.
9. Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron - sanning och konsekvens. Sandviken: Statens folkhälsoinstitut. 2004.
10. Alexanderson K, Arrelöv B, Bränström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, Ljungquist T, Nilsson G. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Stockholm: Karolinska Institutet. 2013.
11. Alexanderson K, Arrelöv B, Hagberg J, Karlsryd E, Löfgren A, Ponzer S, Thomsen H, Söderberg E. Läkares arbete med sjukskrivning - en enkätstudie. Stockholm: Karolinska Institutet. 2005.
12. Alexanderson K, et al. Läkares arbete med sjukskrivning. En enkät till alla läkare i Sverige 2008; utveckling sedan 2004 i Östergötland och Stockholm. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009.
13. Lindholm C, Arrelöv B, Nilsson G, Löfgren A, Hinas E, Skåner Y, Ekmer A, Alexanderson K. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. BMC Public Health. 2010;10(752).
14. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning: Socialstyrelsen. 2007.
15. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning (reviderad 2012). Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
16. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete Socialstyrelsen SOSFS 2011:9. 2011.
17. Sjukskrivningsprocessen i primärvården, Återföring av tillsynsbesök 2004. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
18. Härmed intygas att ... En vägledning för läkares utfärdande av intyg och utlåtanden från Sveriges läkarförbund: Sveriges läkarförbund. 2006.
19. Hälso- och sjukvårdslagen, (1982).
20. Folkhälsorapport 2009: Socialstyrelsen; 2009.
21. Black C. Working for a healthier tomorrow. Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working age population. London: The Stationary Office. 2008.
22. Alexanderson K, Hensing G. More and better research needed on sickness absence. Editorial. Scandinavian Journal of Public Health. 2004;32:321-3.

23. Lindqvist R. Några huvuddrag i sjukförsäkringens utveckling. *Arbetshistoria*. 1999;23(89):26-31.
24. Lindqvist R. Från folkrörelse till välfärdsbyråkrati. Det svenska sjukförsäkringssystemet utveckling 1900-1990. Lund: Studentlitteratur; 1990.
25. Kristensen TS. Sygefravaer som coping. *Socialmedicinsk tidskrift*. 1995(1):12-7.
26. Alexanderson K. Sickness absence in a Swedish county, with reference to gender, occupation, pregnancy and parenthood [PhD]. Linköping: Linköpings universitet; 1995.
27. Söderberg E, Lindholm C, Kärrholm J, Alexanderson K. Läkares sjukskrivningspraxis; en systematisk litteraturoversikt: Socialdepartementet; SOU 2010:107; 2010.
28. Norlund A, Ropponen A, Alexanderson K. Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J Rehabil Med*. 2009;41:115-21.
29. Försäkringsmedicinskt Centrum - utredningar i socialförsäkringens tjänst. Stockholm: Socialdepartementet; SOU 2000:5.
30. Alexanderson K, Brommels M, Ekenvall L, Karlsryd E, Löfgren A, Sundberg L, Österberg M. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Karolinska Institutet. 2005.
31. Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder. Delbetänkande av arbetsförmågeutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2008:66.
32. Socialförsäkringsbalk (2010:110). 2010.
33. Järholm B, Olofsson C, editors. Försäkringsmedicin. Lund: Studentlitteratur; 2006.
34. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 1997;6:301-9.
35. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2005;33:314-20.
36. Söderberg E, Marnetoft S-U, Shahirnejad B. Utfärdade läkarintyg i två län - en jämförande studie ur ett sjukförsäkringsperspektiv. 2004.
37. Löfgren A. Physician's sickness certification practices [Doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
38. 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.
39. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in Sickness Certification among Swedish Physicians. *E J Public Health*. 1995;5:215-9.
40. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare: Socialstyrelsen. 2005.
41. Ekholm J, Netz P, Perman E. AT-läkarna måste kunna mer om försäkringsmedicin! *Läkartidningen*. 2001;98(11):1261-4.
42. Mikaelsson B. Utbildning i försäkringsmedicin - en kostnadseffektiv satsning. *Läkartidningen*. 2000;97(46):5324-7.
43. Alexanderson K, Thiringer G, Diderichsen F. Läkare och försäkringsmedicin: Läkaresällskapet, Sektionerna för Socialmedicin och Yrkesmedicin; 1996.
44. Alexanderson K. Det första magisterprogrammet i försäkringsmedicin. In: Haglund BJA, editor. Försäkringsmedicin - i gränssnittet mellan medicin och försäkring. Stockholm: Socialmedicinsk tidskrift; 2009. p. 518-28.

45. Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning: förutsättningar och problem. Mellan arbete och sjukdom: Försäkringskassan; 2011. p. 85-99.
46. de Boer WEI, Brenninkmeijer V, Zuidam W. Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control. Hoofddorp: TNO Work and Employment. 2004.
47. Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården. Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2005.
48. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården: Socialstyrelsen SOSFS 2005:12 (M); Föreskrifter. 2005.
49. Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri Återföring av tillsynsbesök 2005. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
50. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser. Stockholm: Socialstyrelsen. 2006.
51. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certification practices of physicians - a review of the literature. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(6):460-74.
52. Marklund S, editor. Risk- och friskfaktorer- sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. Stockholm: Riksförsäkringsverket; 1997.
53. von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, Alexanderson K. Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*. 2008 Mar;26(1):22-8.
54. Waddell G, Burton K. *Is work good for your health and well-being?* London: TSO; 2006.
55. Waddell G. Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *Br Med Bull*. 2006 January 1, 2006;77-78(1):55-69.
56. Engblom M, Rudebeck CE, Englund L, Normén G. 'Inte doktors bord' - ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationer. *Läkartidningen*. 2005 november, 2005:3666-74.
57. Edlund C. *Långtidssjukskrivna och deras medaktörer - en studie om sjukskrivning och rehabilitering [Monografi]*. Umeå: Umeå University; 2001.
58. Waddell G, Burton K. *Is working good for your health and well-being?* Cardiff & Huddersfield, : Cardiff University & University of Huddersfield; 2006.
59. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993 19930901;52(2):157-68.
60. Aylward M. Origins, practice, and limitations of Disability Assessment Medicine. In: Halligan PW, Bass C, Oakley DA, editors. *Malingering and illness deception*. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 287-300.
61. Mål för folkhälsan: Regeringens proposition 2002/03:35. 2002.
62. Ekenvall L, Alexanderson K. Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning. En litteraturgenomgång. In: Alexanderson K, editor. *Bilaga till rapporten Problem inom sjukvården när det gäller handläggning av patienter som är aktuella för sjukskrivning*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet; 2005.
63. Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007. Stockholm: Socialstyrelsen. 2007.
64. Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003-2007: Socialstyrelsen. 2008.

65. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
66. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009:  
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=4762&A=19941&FileID=247595&NAME=%D6verenskommelse+Sjukskrivningsmiljarden+2009.pdf> (20090529); 2009.
67. Kvalitet på läkarintyg - en del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat: Försäkringskassan. 2013.
68. Vilka mekanismer har styrt sjukskrivningsmiljarden?: Inspektionen för socialförsäkringen. 2011.
69. Vad ska ett medicinskt underlag innehålla? Stockholm: Försäkringskassan FK7263. 2010.
70. Vad ska ett läkarintyg innehålla?: Försäkringskassan. 2011.
71. Tidsbegränsning av sjukpenning: Försäkringskassan  
[http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/ca49db8e-e9a3-4086-b7fa-c17f77c12a68/sj\\_4129\\_tidsbegransning\\_av\\_sjukpenning1305.pdf?MOD=AJPERES](http://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/ca49db8e-e9a3-4086-b7fa-c17f77c12a68/sj_4129_tidsbegransning_av_sjukpenning1305.pdf?MOD=AJPERES). 2013.
72. Rehabiliteringsgaranti. Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta: Sveriges kommuner och landsting. 2008.
73. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Delrapport II. Stockholm: Karolinska institutet. 2011.
74. Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne. Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat. Lund. 2011.
75. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Stockholm: Karolinska Institutet. 2011.
76. Rehabiliteringsgarantin 2013. Vad innebär den nationella överenskommelsen? : Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.
77. Rehabiliteringsgarantin 2009-2010: Sveriges Kommuner och Landsting. 2010.
78. Socialstyrelsens uppföljning och bedömning av landstingets insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Socialstyrelsen. 2010.
79. Rehabiliteringsgarantin. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen; 2012.
80. Hälsoval, sjukskrivning & rehabiliteringsgarantin. Kartläggning ur aktuella regelverk. 2012.
81. Hellman T, Jensen I, Bergström G, Bonnevier H, Nilsson E, Hagberg J, Busch H. En fördjupad utvärdering av rehabiliteringsgarantin. Erfarenheter av att arbeta med multimodal rehabilitering utifrån rehabiliteringsgarantins syfte och riktlinjer. Delrapport: Karolinska Institutet. 2013.
82. Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008: Socialstyrelsen. 2009.
83. Söderberg E, Smeds M, Johansson A, Festin K. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd - vägledning för sjukskrivning. Resultat från år 2009-2010: Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings universitet. 2011.
84. Vägledning för sjukskrivning - för tydligare och säkrare sjukskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
85. Jämställda sjukskrivningar. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
86. Bättre sjukskrivningar. Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.

87. Falkenberg A. Rapport från seminarier - Ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen för verksamhetschefer i samverkan med SKL den 27 januari och 10 februari 2009. Stockholm. 2009.
88. Floderus F, Göransson S, Alexanderson K, Aronsson G. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *J Rehabil Med.* 2005;37:291-9.
89. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mittendorfer-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *J Epidemiol Community Health.* 2010;66(3):233-9.
90. Jonsson U, Mittendorfer -Rutz E, Kjeldegård L, Alexanderson K. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
91. Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2011. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen. 2011.
92. Skånér Y, Södersten E, Ekmer A, Arrelöv B, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Stockholms län. Resultat från två enkäter till läkarna i Stockholm, år 2004 och 2008. Stockholm: Karolinska Institutet. 2009.
93. Söderberg E, Södersten E, Lindholm C, Alexanderson K. Läkares arbete med sjukskrivning i Östergötland. Resultat från två enkäter 2004 och 2008: Karolinska Institutet & Linköpings universitet. 2009.
94. Unga vuxna med aktivitetsersättning - risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
95. Sjukfrånvaro efter 65 års ålder Stockholm: Parlamentariska socialförsäkringsutredningen; 2013.
96. Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 - sammanfattande slutsatser (Summary of the investigation of the sickness certification process)(In Swedish): The National Board of Health and Welfare. 2006.
97. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2008.
98. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess åren 2010-2011. 2009.
99. Överenskommelse om tillägg till bilagan till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009. 2009.
100. Frågor och svar - Långa versionen - om överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen. 2010.
101. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2013. 2012.
102. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en pilotverksamhet med aktivitetsförmågeutredningar för 2013. Stockholm 2013.
103. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron. 2005.
104. Regeringen. Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningen för hälso- och sjukvården för år 2000. Regeringens skrivelse 1999/2000:21. Stockholm. 1999.
105. Unge C. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess för 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2011.



106. Riksförsäkringsverket. Kvinnor, män och sjukfrånvaro, om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering. Stockholm. 2001.
107. Riksförsäkringsverket. Socialförsäkringsboken 2004. Årets tema: Kvinnor, män och sjukfrånvaron. Stockholm: RFV; 2004.
108. Riksförsäkringsverket. Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster. Stockholm: Riksförsäkringsverket. 2004.
109. Alexanderson K, Östlin P. Kvinnors och mäns arbete och hälsa. In: Marklund S, editor. Arbetsliv och hälsa 2000. Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetarskyddsstyrelsen; 2000.
110. Ledning och styrning av sjukskrivningar. SKL; 2013 [cited 2013 27 June]; [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning\\_och\\_styrning\\_1:](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/sjukskrivningarna/sjukskrivningsmiljarden/ledning_och_styrning_1:)
111. Marmot M. The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. New York: Time Books, Henry Holt and Company, LLC; 2004.
112. Vogel J, Kindlund H, Diderichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989. Stockholm: Statistiska Centralbyrån; 1992.
113. Alexanderson K. Measuring health. Indicators for working women. In: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, editors. Women's health at work. Stockholm: National Institute for Working Life; 1998.
114. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. 2004.
115. Bäckman O, Bryngelson A, Lundberg O. Den ojämlika sjukfrånvaron. Klass- och könsskillnader i sjukfrånvaro på 1990- och 2000-talet. Socialvetenskaplig tidskrift. 2007 (2-3).
116. Socialstyrelsen. Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. 2004.
117. Upmark M, Borg K, Alexanderson K. Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare. A study of long-term sickness absentees. Scandinavian Journal of Public Health. 2007;35:577-84.
118. De Rijk A, Nijhuis F, Alexanderson K. Gender differences in work modifications and changed job characteristics during the return-to-work process: a prospective cohort study. J Occup Rehabil. 2009 Jun;19(2):185-93.
119. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. British Journal of Psychiatry. 1996;169(6):740-6.
120. Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, Wegman D, Stock SR, de Grosbois S. Be the fairest of them all: challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. American Journal of Industrial Medicine. 2003;43:618-29.
121. Staland-Nyman C, Alexanderson K, Hensing G. Associations between strain in domestic work and self-rated health; A study of employed Swedish women. Scandinavian Journal of Public Health. 2008;36(1):21-7.
122. Alexanderson K, Hensing G. Könsskillnader i sjuklighet och dödlighet. In: Shei B, Botten G, Sundby J, editors. Kvinnomedicin. Stockholm: Bonnier Utbildning AB; 1994. p. 34-42.
123. Alexanderson K, Hensing G, Knutsson F. Kvinnors hälsa och livsvillkor. Linköping: Hälsouniversitetet. 1996.
124. Ahlgren C, Hammarström A. Back to work? Gendered experiences of rehabilitation. Scandinavian Journal of Public Health. 2000;28(2):88-94.

125. Hammarström A. Genusperspektiv på medicinen - två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik. Stockholm: Högskoleverket. 2004.
126. Alexanderson K. A protocol for gender analyses of medical textbooks. *Women and Health*. 1998;29(2):81-98.
127. Alexanderson K, Wingren G, Rosdahl I. Gender analyses of medical textbooks on dermatology, epidemiology, occupational health and public health. *Education for Health*. 1998;11(2):151-63.
128. Alexanderson K. Varför har kvinnor högre sjukfrånvaro? In: Rydh J, editor. *Sjukfrånvaro och sjukskrivning - fakta och förslag Betänkande av sjukförsäkringsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet; 2000. p. 273-301. [http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou2000\\_121b.pdf](http://social.regeringen.se/propositionermm/sou/pdf/sou2000_121b.pdf).
129. Alexanderson K. Den könssegregerade arbetsmarknaden - samband med hälsa och sjukdom. In: Gonäs L, Lindgren G, Bildt C, editors. *Könssegregering i arbetslivet*. Solna: Arbetslivsinstitutet; 2001. p. 159-70.
130. Kuhlmann E, Annandale e. *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare*: Palgrave Macmillan; 2012.
131. Hultcrantz E. *Läkare Doktor Kvinna*. Lund: Studentlitteratur; 1998.
132. von Knorring M. *The manager role in relation to the medical profession*: Karolinska Institutet; 2012.
133. Brommels M. Solister i kör? Om ledarskapsuppgiften i sjukvården. Sjörs G, Lindquist L, Carlsson I-M, editors. Uppsala: Fyris-tryck, 1998; 1995.
134. Brommels M. Management and medicine: Odd couple no more. Bonding through medical management research. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010;38(7).
135. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *British medical journal*. 2001;323(7315):746-9.
136. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *Bmj*. 2001 Sep 15;323(7313):625-8.
137. Kuhlmann E, Burau V, Larsen C, Lewandowski R, Lionis C, Repullo J. Medicine and management in European healthcare systems: how do they matter in the control of clinical practice? *The international journal of clinical practice*. 2011;65(7):722-4.
138. Hewison A, Griffiths M. Leadership development in health care: a word of caution. *Journal of health organization and management*. 2004;18(6):464-73.
139. Øvretveit J. Med klokt ledarskap kan förbättringsarbete bli värdeskapande. *Forskning kan vägleda även i tider av ekonomisk kris*. *Läkartidningen*. 2010:764-6.
140. *Hälso- och sjukvårdslagen: 763?1982*.
141. Westin J. *Läkaren som chef och ledare. Fakta, råd och uppmuntran till läkaren i rollen som chef*. Lund: Studentlitteratur; 2002.
142. Sävlom C, Stensmyren H. *Unga läkare behövs som ledare och chefer i modern sjukvård!* *Läkartidningen*. 2007.
143. Thulin I. *Manageriella chefer i en professionell organisation - läkare som ledare i sjukvården [Fil kand]*: Göteborgs universitet, Handelshögskolan; 2008.
144. von Knorring M, Alexanderson K, Eliasson MA. *Healthcare managers' construction of the manager role. The manager role in relation to the medical profession*. Stockholm: Karolinska Institutet; 2012.
145. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*: Socialstyrelsen; 2012.
146. *Nationell informationsstruktur för vård och omsorg; Modeller med beskrivningar*. 2010.

147. God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
148. Nationella indikatorer för god vård: Socialstyrelsen; 2006.
149. Om implementering. 2012.
150. Nilsson M. Psychosocial situation and work after breast cancer surgery - women's experiences: Karolinska Institutet; 2013.
151. Johansson E, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. "I've been crying my way" - qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Family Practice*. 1996;13(6):498-503.
152. Lynöe N, Wessel M, Olsson D, Alexanderson K, Helgesson G. Respectful encounters and return to work – empirical study of long-term sick-listed patients' experiences of Swedish healthcare. *BMJ Open*. 2011:Doi:10.1136/bmjopen-2011-000246.
153. Müssener U. Encouraging encounters. Experiences of People on Sick Leave in their Meetings with Professionals [PhD]. Linköping: Linköping University; 2007.
154. Söderberg E. Sickness Benefits and Measures promoting Return to Work: perspectives of Different Actors [PhD thesis]. Linköping: Faculty of Health Sciences; 2005.
155. Robertsfors F. Förtidspensionsprojekt 1993: Försäkringskassan i Robertfors. 1993.
156. Walters G, Blakey K, Dobson C. Junior doctors need training in sickness certification. *Occup Med (Lond)*. 2010 Mar;60(2):152-5.
157. Cohen D. The sickness certification consultation in general practice [MD]. Cardiff: Cardiff University; 2008.
158. Hård af Segerstad H, Helgesson M, Ringborg M, Svedin L. Problembaserat lärande, idén, handledaren och gruppen. Stockholm: Liber; 1997.
159. Barrows H. Problem-based learning: en approach to medical education. New York: Springer; 1980.
160. Socialförsäkringsrapport. Stockholm: Försäkringskassan, Avdelningen för analys och prognos 16. 2010.
161. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2005;19(4):655-70.
162. Waddell G, Burton K, Aylward M. Work and common health problems. *J Insur Med*. 2007;39(2):109-20.
163. Metoder för behandling av långvarig smärta Stockholm: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering (SBU); 2006.
164. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2004.
165. Utmattningsyndrom - Stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen. 2003.
166. Cohen D, Marfell N, Webb K, Robling M, Aylward M. Managing long-term worklessness in primary care: a focus group study. *Occup Med (Lond)*. 2010 Mar;60(2):121-6.
167. Nilsson Bågenholm E. Vad gör läkaren? In: Swedenborg B, editor. Varför är svenskarna så sjuka? Stockholm: SNS Förlag; 2003. p. 60-6.
168. Regional Health for all Targets, Health 21- health for all in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Committee for Europe; 1998.
169. Medin J, Alexanderson K. Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande - en litteraturstudie. Lund: Studentlitteratur; 2000.
170. Lipsky M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.

171. Grape O. Mellan morot och piska. En fallstudie av 1992 års rehabiliteringsreform. Umeå: Umeå Universitet; 2001.
172. Abbott A. The system of professions. Chicago and London: The university of Chicago; 1988.
173. Becher T. Professional education in a comparative context. In: Torstendahl R, Burrage M, editors. The formation of professions. London: Sage Publications; 1990. p. 134-50.
174. Sandahl C, Falkenström E, von Knorring M. Chef med känsla och förnuft. Om professionalism och etik i ledarskapet. Stockholm: Natur & kultur; 2010.
175. Norrmen G, Svardsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. Scand J Prim Health Care. 2006 Jun;24(2):104-9.
176. Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. Disabil Rehabil. 2002 Nov 10;24(16):867-74.
177. Hallin B, Siverbo S. Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2003.
178. 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.
179. Silén C. Ledsaga lärande - om handledarfunktionen i PBI. Linköping: Linköpings Universitet Institutionen för Pedagogik och Psykologi; 1996.
180. Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av försäkringsmedicin. 2008.
181. Uppföljning av sjukskrivningsmiljarden 2010. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen 13. 2011.
182. Alexanderson K, von Knorring M, Parmander M, Tyrkkö A. Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för personskadeprevention. 2007.
183. Sjukskrivningsmiljarden. Landstingens syn på ekonomiska incitament får att påverka sjukfrånvaron. Inspektionen för socialförsäkringen. 2013:11.
184. Liljeqvist M. Inventering av landstingens arbete med sjukskrivningsproblematiken utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv: Avd för hälso- och sjukvårdspolitik Landstingsförbundet. 2003.
185. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology. Thousand Oaks: Sage; 2004.
186. 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.
187. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur; 2009.
188. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2004 Feb;24(2):105-12.
189. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur; 2001.
190. Forslund K. Professionell kompetens. Fyra essäer om inläring och utveckling för professionalitet. Tredje upplagan. Linköping: linköpings universitet. 1995.
191. Ellström P-E. Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Stockholm: Publica; 1997.
192. Alexanderson K, Ekmer A, Hinas E, Lindholm C, Löfgren A. AT- och ST-läkares önskemål om kompetens och kompetensutveckling i arbetet med sjukskrivningar. Rapport avseende Stockholms län. 2010.

193. Hård af Segerstad H, Klasson A, Tebelius U. Vuxenpedagogik - att iscensätta vuxnas lärande. Lund: Studentlitteratur; 1996.
194. Silén C, Normann S, Sandén I. Problembaserad inläring - en beskrivning av ideologi och pedagogisk referensram. Linköping: Hälsouniversitetet; 1989.
195. SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2003.
196. Plesk P, Greenhalgh T. Complexity science. The challenge of complexity in health care. *BMJ*. 2001;323:625-8.
197. Slutrapport: Paraplyprojektet för åtgärder att minska bortfallet i individ- och hushållsundersökningar. 2011.
198. Weber RP. Basic content analysis. Newbury Park: Sage publications; 1990.
199. Downe-Wamoldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health care for women international*. 1992;13(3):313-21.
200. Holsti OR. Content analysis for the social sciences and humanities: Addison-Wesley; 1969.
201. Paavo S. Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården (projekt C:1) Delrapport. 2006.
202. Anderzén I, Demmelmaier I, Hansson A-S, Johansson P, Lindahl E, Winblad U. Utvärdering av samverkan i resursteam inom försäkringskassan och landstinget i Uppsala län - ett samverkansprojekt för att minska sjukskrivningstiden. 2007.
203. Anderzén I, Demmelmaier I, Hansson A-S, Johansson P, Lindahl E, Winblad U. Samverkan i resursteam: Effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning. Uppsala: Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap. Nationalekonomiska institutionen. 2008.
204. Chirico G, Nilsson M. Samverkan för att minska sjukskrivningar - en studie av åtgärder inom sjukvårdsmiljarden. 2009.
205. Hartman L, Johansson P, Khan S, Lindahl E. Uppföljning och utvärdering av sjukvårdsmiljarden: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering 1. 2009.
206. Johansson P, Nilsson M. Finns det något samband mellan sjukskrivningsintygets kvalitet och sjukfrånvaro? Uppsala: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU 27. 2008.
207. Sibbmark K, Chirico G. Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden: Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering, IFAU-rapport 29. 2008.
208. Lindholm C, von Knorring M, Arrelöv B, Nilsson G, Hinas E, Alexanderson K. Health care management of sickness certification tasks: results from two survey to physicians. *BMC Research Notes*. 2013;6(207).
209. Söderberg E, Vimarlund V, Alexanderson K. Experiences of professionals participating in inter-organisational cooperation aimed at promoting clients' return to work. *Work*. 2010;35:143-51.
210. Söderfeldt M, Söderfeldt B, Larsson S. Socialbidrag, Rehabilitering Och Samverkan - en utvärdering av ett försök inom socialtjänst och försäkringskassan: Socialmedicinska avdelningen, Örebro. 1990.
211. Söderfeldt M. Mål, verksamhetsmedel och behandlingsidéer i två människorbehandlande organisationer: Meddelanden från socialhögskolan. 1992.
212. Vimarlund V, Söderberg E, Alexandersson K. Stöd för uppföljning av kontakter mellan handläggare på Försäkringskassan och läkare på vårdcentral i sjukskrivningsärenden. Rapport 2003:3. Linköping: Institutionen för datavetenskap, ekonomiska informationssystem, Försäkringsmedicinskt centrum. 2003.
213. Ekbladh E, Haglund L, Thorell LH. The worker role interview--preliminary data on the predictive validity of return to work of clients after an insurance medicine investigation. *J Occup Rehabil*. 2004 Jun;14(2):131-41.

214. Kiessling A, Arrelöv B. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity--a qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:702.
215. Zwerver F, Schellart AJ, Knol DL, Anema JR, van der Beek AJ. An implementation strategy to improve the guideline adherence of insurance physicians: an experiment in a controlled setting. *Implement Sci*. 2011;6:131.
216. Albrecht GL, Seelman KD, Bury M, editors. *Handbook of disability studies*. Thousand oaks: Sage; 2001.
217. Anner J, Kunz R, de Boer W. Reporting about disability evaluation in European countries. *Disability and rehabilitation*. 2013.
218. Brage S, Donceel P, Falez F. Development of ICF core set for disability evaluation in social security. *Disabil Rehabil*. 2008;30(18):1392-6.
219. Kvalitetsgranskning av läkarintyg: Försäkringskassan 13. 2012.
220. Avvikelsesrapportering i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2013 [cited 2013 10 Sept]; <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/avvikelsesrapportering>.
221. Hägglund P, Thoursie P. De senaste reformerna inom sjukförsäkringen: en diskussion om förväntade effekter: Studier i finanspolitik, Finanspolitiska rådet 5. 2010.
222. Hultin H. Triggers of Sick Leave - Epidemiological Studies of Work Related Factors. Stockholm: Karolinska Institutet; 2011.
223. JämStöds Praktika - metodbok för jämställdhetsintegrering. Statens offentliga utredningar; 2007.
224. Smirthwaite G. (O)jämställdhet i hälsa och vård - en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. 2007.
225. Medicinsk genusforskning - teori och begreppsutveckling. Stockholm: Vetenskaprådet. 2004.
226. Hammarström A. Medicinen har mycket att lära av genusvetenskapen. *Läkartidningen*. 2001:1222-7.
227. Hammarström A. Genusperspektiv på medicinen - två decenniers utveckling om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik. Stockholm: Högskoleverket. 2004.
228. Hovelius B, Johansson EE, editors. *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur; 2004.





**Karolinska  
Institutet**

**[www.ki.se/im](http://www.ki.se/im)**

ISBN 978-91-981256-8-9