

Inst för Klinisk Neurovetenskap  
Sektionen för Försäkringsmedicin

## Sammanfattning av en utredning till regeringen, februari 2005 om: **Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning**

**Professor Kristina Alexanderson,  
Karolinska Institutet, Stockholm**  
[Kristina.alexanderson@ki.se](mailto:Kristina.alexanderson@ki.se)

I sjukskrivningsärenden är ett flertal olika aktörer involverade, framförallt arbetsgivare, försäkringskassa, hälso- och sjukvård, arbetsförmedling samt den sjukskrivne. För att få underlag för eventuella åtgärder när det gäller hälso- och sjukvården som aktör, gav Socialdepartementet i maj 2004 professor Kristina Alexanderson vid Karolinska Institutet i uppdrag att leda ett projekt för att identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvården som kan ha negativ effekt för handläggningen av sjukskrivningsärenden och sjukfrånvaro.

En bred datainsamling i form av en litteraturgenomgång, fokusgruppintervjuer, individuella intervjuer och enkätfrågor har genomförts, och data har analyserats med syfte att identifiera problem samt åtgärder som prövats för att lösa dessa. Det har inte ingått i uppdraget att ta fram problem inom andra aktörers sfär och inte heller att ge förslag till åtgärder.

Sammanfattningsvis framkommer många aspekter inom sjukvårdens organisation som främjar att sjukfrånvarofall blir långa. Problem kring sjukvårdens hantering av handläggning av sjukskrivningsärenden kan framförallt relateras till följande tre övergripande aspekter inom sjukvården: ledning, kunskap och samverkan. Problemen och konsekvenserna av dem framstår som extra stora i primärvården jämfört med övriga vårdnivåer.

*Ledningsproblemen* handlar om att landstingen sällan uttalat att arbetet med dessa problem är en prioriterad uppgift för medarbetarna. Landstingen saknar en helhetsstrategi för detta arbete. Gällande styrsystem motverkar ofta en optimal handläggning. Strategier för kvalitetssäkring av arbetet med dessa frågor saknas, liksom ofta strategier för kompetensutveckling och kunskapsgenerering inom området.

*Kunskapen* brister i flera avseenden. Vetenskapligt baserad kunskap saknas ofta om de diagnosgrupper som oftast är aktuella för sjukskrivning, både vad gäller diagnossättning, behandling och rehabiliteringsåtgärder. Vidare saknas kunskap om vad som är optimal sjukfrånvaro och om konsekvenser (positiva och negativa) av sjukfrånvaro, kunskap som behövs för att ta adekvata ställningstaganden för den enskilde patienten. Dessa är mer generella problem som handlar om det vetenskapliga kunskapsläget. För att komma till rätta med dessa krävs dels strategier för generering

av forskning och spridning av forskningsresultat, dels övergripande åtgärder, t ex i form av framtagande av konsensus för hantering av frågorna.

Det finns även brister i två andra typer av kompetens bland professionella inom sjukvården. Den ena är försäkringsmedicinsk kunskap, dvs. kunskap om lagar och regler, hur försäkringen och samhället fungerar, om sjukvårdens roll, möjligheter och skyldigheter, om hur samverkan kan ske, om kommunikation, konflikthantering, samt om hur arbetsförmågebedömningar bör ske. Det andra handlar om kunskap kring handläggning av patienter med psykosocial problematik, vilket innebär att sådan problematik inte hanteras alls alternativt medikaliseras.

*Samverkansproblem* finns både internt inom sjukvården och externt i samverkan med andra aktörer såsom arbetsgivare, företagshälsovård, försäkringskassa och arbetsförmedling.

Dessa problem leder till att hanteringen av patienter för vilka sjukfrånvaro är aktuell inte blir optimal, bl.a. i form av onödigt långa sjukskrivningar, långa och ofta passiva väntetider, ojämlig behandling, utrednings- och behandlingsprocesser av vikt för återgång i arbete sker inte parallellt. Detta leder även till stor frustration bland anställda inom sjukvården liksom bland andra aktörer. Det leder möjligen även till omfattande kostnader för landstingen.

De åtgärder som prövats för att hantera problemen har framförallt fokuserats på kompetens när det gäller försäkringsmedicin, handläggning av psykosocial problematik, samt att olika aktörer inte samverkar. Prövade åtgärder är olika typer av samverkansprojekt, utbildningar (främst av läkare), guidelines, second opinions samt case management. Dessa åtgärder har sällan utvärderats på ett sådant sätt att slutsatser kan dras om deras effektivitet, något som i sig är ett stort problem. Av de få studier som gjorts förefaller case management vara den åtgärd som har bäst effekt på sjukfrånvaro, mätt i termer av antal frånvarodagar och antal sjukfrånvarande. Vissa initiativ, såsom de nyligen startade sjukskrivningskommittéerna i Östergötland och handlingsplaner för hantering av frågan, kan ses som ett försök att från högsta ledningsnivå synliggöra uppdraget och skapa förutsättningar för att genomföra det.

Många aspekter av problemområdet, t ex särbehandling av patienter utifrån ålder, kön, etnicitet, socialgrupp och diagnos behandlas inte i litteraturen. Fokus är starkt på primärvårdsläkare, trots att de i Sverige verkar stå för högst hälften av sjukskrivningarna. Ytterst få studier har ägnats åt sjukhusläkare och deras eventuella problem.