Sjukskrivningsmönster och praxis

Skillnader i vårdens arbete

Socialstyrelsen Försäkringskassan

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-10-27
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2017

Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att i samverkan utreda och analysera frågor kopplade till sjukskrivningsmönster och sjukskrivningspraxis. Syftet med rapporten är att utifrån de skillnader i sjukskrivningsmönster som identifierades i tidigare deluppdrag, jämföra och analysera om det finns skillnader i sjukskrivningspraxis som kan bero på hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan. Rapporten innefattar även förslag till transparenta jämförelser som kan användas för regionala uppföljningar av sjukskrivningsmönster och vårdens arbete.

Uppdraget har utförts av en projektgrupp som bestått av Petra Sundlöf, Clara Larsson och Kalle Brandstedt från Socialstyrelsen samt Anna Persson, Ulrik Lidwall, Christina Olsson Bohlin och Therese Ljung från Försäkringskassan. Styrgrupp för arbetet har varit Birgitta Lindelius och Lars Grönvik från Socialstyrelsen samt Jan Larsson och Jon Dutrieux från Försäkringskassan.

Projektgruppen har fått värdefulla synpunkter från en samrådsgrupp där följande experter ingått: Cecilia Alfvén (Sveriges Kommuner och Landsting), Ove Andersson (Sveriges läkarförbund) och Per Johansson (Svenska Läkaresällskapet).

Olivia Wigzell
Generaldirektör
Socialstyrelsen

Ann-Marie Begler
Generaldirektör
Försäkringskassan

Innehåll

Förord 3
Sammanfattning 7
Inledning 8
Bakgrund till uppdraget 8
Syfte 9
Metod- och tillvägagångssätt 11
Definitioner 11
Strategiska val 12
Mått 13
Datakällor 13
Rapportens disposition 14
Bakgrund 15
Sjukfrånvaron i Sverige 15
Aktörer i sjukskrivningsprocessen 18
Läkares arbete med sjukskrivning 20
Analys av strukturella skillnader 23
Hälso- och sjukvårdens resurser och kostnader 23
Hälso- och sjukvårdens arbete 30
Sammanfattning av kapitlet 34
Analys av hälso- och sjukvårdens arbetssätt 36
Hälso- och sjukvårdens insatser före och under sjukfall 36
Sammanfattning av avsnittet 44
Riskfaktorer för sjukskrivning 45
Sammanfattning av avsnittet 47
Följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutsstödet 48
Sammanfattning av avsnittet 52
Transparenta jämförelser 54
Förslag till områden för jämförelser 54
Avslutande diskussion 58
Bilaga1. Tabellbilaga 62
Bilaga 2. Metodbeskrivning individbaserade analyser 64
Bilaga 3. Följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutsstödet – urval och begränsningar 65
Bilaga 4. Bakomliggande förutsättningar 68
Referenser 80

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att gemensamt utreda och analysera frågor kopplade till sjukskrivningsmönster och praxis. I denna rapport, som behandlar den andra och tredje delen av uppdraget, undersöks om vårdens sätt att arbeta med sjukskrivningar kan kopplas till de sjukskrivningsmönster som identifierades i uppdragets första del.

I rapporten framkommer inga entydiga resultat när det gäller sjukskrivningsmönster och praxis. Ett fåtal av resultaten indikerar dock att det finns skillnader mellan länen som kan vara kopplade till vårdens arbete och hälso- och sjukvårdens insatser.

I analysen av strukturella faktorer kopplade till vårdens organisation, finansiering och resurser, visar resultaten inte på någon tydlig samvariation med de sjukskrivningsmönster som tidigare identifierats. Sjukfallen tenderar dock att vara längre i landsting som har längre väntetider till vården, vilket överensstämmer med resultat från tidigare studier. Sjukfallen är också längre i län där hälso- och sjukvårdens kostnader är högre jämfört med andra län. Utöver dessa samband är måtten spretiga och ger ingen enhetlig bild av vårdens arbete eller hur detta påverkar sjukskrivningsmönster.

Resultatet från analysen av riskfaktorer för sjukskrivning i diagnosen depression visar att det finns skillnader mellan länen när det gäller risken för att bli sjukskriven. Samtidigt är individuella bakgrundsfaktorer som exempelvis ålder och kön av större betydelse, något som även framkom av resultaten i den första delrapporten. Kvinnor löper exempelvis 30 procent högre risk att bli sjukskrivna till följd av depression i jämförelse med män.

Uthämtningen av antidepressiva och ångestdämpande läkemedel bland dem som sjukskrivits i diagnoserna depression och stressreaktion varierar mellan länen. Detta indikerar skillnader i hur denna typ av läkemedelsbehandling används.

Analyser av följsamheten till det försäkringsmedicinska beslutstödet som infördes 2008, visar att denna generellt sett fungerar bra för såväl diagnosen akut stressreaktion som depression, men att det förekommer viss variation mellan länen när det gäller sjukskrivningslängd. Att vissa län avviker från beslutsstödet tyder på att det finns regionala skillnader i sjukskrivningspraxis och i hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan.

Datamaterialet som ligger till grund för analyserna i denna rapport, innefattar endast en begränsad del av den vård som utförs av landstingen. Några långtgående slutsatser rörande sjukskrivningspraxis och vårdens arbete kan därmed inte dras på basis av dessa resultat.

I rapporten lämnas även förslag till hur transparenta jämförelser kan utformas. Detta i syfte att möjliggöra regionala jämförelser och löpande uppföljningar av sjukskrivningsmönster och vårdens arbete. De föreslagna måtten är inte heltäckande utan bör utvecklas i dialog med de involverade aktörerna.

Inledning

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att gemensamt utreda och analysera frågor kopplade till sjukskrivningsmönster och sjukskrivningspraxis. I uppdragsbeskrivningen anger regeringen att uppdraget är ett led i att stimulera ett långsiktigt samarbete mellan Försäkringskassan och Socialstyrelsen om sjukskrivningspraxis, att skapa transparenta jämförelser och uppföljningar, samt att öka kunskapen när det gäller sjukskrivningsmönster (S2016/04582/SF). Regeringsuppdraget innefattar fyra deluppdrag:

1. Analysera förekomsten av eventuella skillnader i sjukskrivningsmönster och praxis t.ex. skillnader i sjukskrivningstid i samma diagnos mellan län, kommuner och vårdenheter.
2. Baserat på resultaten i punkt 1: Jämföra och analysera om det finns skillnader i sjukskrivningspraxis som kan bero på hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan.
3. Baserat på erfarenheter och kunskaper från punkt 1 och 2 ovan: Lämna förslag på hur transparenta jämförelser och löpande uppföljningar av sjukskrivningsmönster kan utvecklas.
4. Inventera studier av sjukskrivningstider för specifika diagnoser i olika länder samt sammanfatta studiernas resultat.

Denna rapport behandlar den andra och tredje delen av uppdraget och är en gemensam rapport från Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Den första delen av uppdraget rapporterades till regeringen den 31 januari 2017 [1]. Den fjärde och sista delen av uppdraget kommer att avrapporteras i december 2017.

Uppdraget omfattar även att Försäkringskassan ska följa upp och belysa läkares attityd till samt syn på sjukskrivning. Detta kommer att belysas genom en enkät som Karolinska Institutet under 2017 utför på uppdrag av bland annat Försäkringskassan. Resultaten kommer att presenteras i rapporter från både Karolinska institutet och Försäkringskassan under december 2017 och februari 2018.

Bakgrund till uppdraget

I det uppdrag som ligger till grund för denna rapport, anger regeringen att kunskaperna om mekanismerna bakom den stigande sjukfrånvaron behöver öka. Som ett led i detta behövs mer kunskap om i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdens insatser leder till avslutad sjukskrivning och återgång i arbete.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har även tidigare gemensamt analyserat landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. År 2014 fick de båda myndigheterna ett gemensamt regeringsuppdrag med syftet att göra en systematisk kartläggning av hur landstingen arbetar med sjukskrivningsfrågan på olika nivåer inom hälso- och sjukvården [2]. Uppdraget avrapporterades i februari 2015 och har beröringspunkter med det nuvarande uppdraget men ett

annat fokus. Vissa faktorer som lyftes i det tidigare uppdraget kommer dock att belysas även här. Det gäller det försäkringsmedicinska beslutsstödet samt vissa delar av arbetet inom den så kallade sjukskrivningsmiljarden.

I slutrapporten för det ovan nämnda uppdraget pekade man på flera problem i sjukskrivningsprocessen, bland annat att sjukskrivningsfrågan inte fullt ut integrerats på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Man konstaterade dock även svårigheter att mäta och jämföra landstingens arbete när det gäller till exempel system för ledning och styrning.

Regionala skillnader i vissa organisatoriska faktorer presenteras även i denna rapport. Här kopplas dessa till utfallet i sjukförsäkringen. Då övergripande faktorer många gånger är svåra att beskriva med hjälp av befintliga data, kan dessa ses som exempel som illustrerar skillnader mellan landstingens arbetssätt. Det behövs bättre datakällor för att beskriva hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågan på organisatorisk nivå. I många fall är det antagligen nödvändigt att genomföra fallstudier eller samla in information genom intervjuer med personal inom hälso- och sjukvården och andra berörda organisationer.

Det huvudsakliga bidraget i denna rapport är att data på individnivå från Socialstyrelsens register över vårdinsatser och läkemedelsförskrivning här för första gången kombineras med information om personens sjukskrivning från Försäkringskassan. Med detta arbetssätt kan dock inte vårdens arbete beskrivas på ett heltäckande sätt, då det saknas ett nationellt register över besök och vårdinsatser inom primärvården (med undantag för läkemedelsförskrivning). Den bild av vårdkonsumtionen som förmedlas i resultatkapitlet representerar därmed en begränsad del av den faktiska vård som utförs av landstingen.

Syfte

Det övergripande syftet med rapporten är att utreda huruvida det finns skillnader i sjukskrivningspraxis som kan bero på hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan. Den huvudsakliga frågeställningen för denna del av uppdraget lyder: Kan vårdens sätt att arbeta med sjukskrivningsfrågan kopplas till de sjukskrivningsmönster som identifierades i uppdragets första del?

Uppdraget omfattar även förslag till transparenta jämförelser, vilka formuleras med utgångspunkt från de resultat som framkommit. Detta i syfte att möjliggöra regionala jämförelser av sjukskrivningsmönster och vårdens arbete samt att kunna följa utvecklingen av dessa.

Utifrån det övergripande syftet redovisas i resultatkapitlen svaren på följande analysfrågor:

- Vilka regionala skillnader i sjukfrånvaro finns?
- Finns systematiska skillnader i organisatoriska och finansiella förutsättningar för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar?
- Hur arbetar landstingen med sjukskrivningsfrågan på en övergripande systemnivå?
- Finns systematiska skillnader i hur hälso- och sjukvården arbetar med personer före respektive efter att ett sjukfall inträffar?
- Finns skillnader i vårdkonsumtionen per sjukfall mellan länen?

- Finns skillnader i följsamheten till de rekommendationer som finns för sjukskrivning i det försäkringsmedicinska beslutsstödet?

Analysen inriktas mot fyra diagnoser som bedömts vara särskilt intressanta: *depressiv episod* (F32), *anpassningsstörningar och reaktion på svår stress* (F43), *ryggvärk* (M54) och *knäartros* (M17). De tre förstnämnda diagnoserna står tillsammans för närmare en fjärdedel av de totala sjukskrivningarna. De representerar dessutom diagnoser där förekomsten varierat kraftigt i tider då den totala sjukfrånvaron varierat, medan andra diagnoser varit mer stabila. Artros är en liten diagnosgrupp, men representerar en diagnos där diagnostisering, vård och behandling inte bör skilja sig åt mellan landsting och vårdgivare då det finns tydliga riktlinjer för vård och behandling. Det är därför särskilt intressant att studera regionala skillnader i vårdens arbete med just artros.

Metod- och tillvägagångssätt

Definitioner

Sjukskrivningsmönster har inom ramen för arbetet med regeringsuppdraget tolkats som utfallet av sjukskrivningsprocessen. Detta innebär att sjukskrivningsmönstret påverkas av bland annat vården i form av utfärdare av läkarintyg och rekommenderad sjukskrivning och Försäkringskassan i form av den myndighet som beviljar ersättning från sjukförsäkringen.

Som mått på sjukskrivningsmönster har längden på sjukfallen och förekomst av deltidssjukskrivning använts. De måtten är nära kopplade till läkares sjukskrivningspraxis och utgör därmed en bra utgångspunkt för de kommande delarna av uppdraget.

Sjukskrivningspraxis tolkas inom ramen för uppdraget som det sätt på vilket vården och andra aktörer arbetar med frågor som rör sjukskrivning. Detta innebär bland annat läkares rekommenderade sjukskrivning. I rapporten används även data från patientregistret vid Socialstyrelsen för att ge en bild av hälso- och sjukvårdens arbete.

Sjukfrånvaro studeras i rapporten genom minst en utbetalning av sjukpenning eller rehabiliteringspenning bland sjukfall som är längre än 14 dagar. Det innebär att sjuklöneperioden, som för anställda betalas av arbetsgivaren de första två veckorna, inte är inkluderade i analyserna.

I rapporten används även begreppet *sjukskrivningsfrågan*. Begreppet är kopplat till hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag med medicinska underlag i sjukskrivningsärenden. Här handlar det om att utifrån ett medicinskt perspektiv göra rimliga avvägningar kring behovet av sjukskrivning.

I rapporten används *sjukskrivning* och *sjukfall* oftast som synonyma begrepp. *Sjukskrivning* avser vanligtvis sjukfrånvaro från arbetet som varat längre än en vecka och därför kräver intyg från en sjukskrivande läkare. *Sjukfall* är ett mer tekniskt begrepp som främst avser en specifik sjukskrivningsperiod orsakad av sjukdom eller skada som satt ner arbetsförmågan, med en starttidpunkt, eventuella mellanliggande händelser, samt en sluttidpunkt. För anställda är det först efter 14 dagars sjukskrivning som ett sjukfall ersätts av den allmänna sjukförsäkringen och registreras hos Försäkringskassan. Med anledning av detta innefattar analyserna endast sjukfall med en varaktighet över 14 dagar.

Det *försäkringsmedicinska beslutsstödet* utgörs av rekommendationer och övergripande principer för sjukskrivning och introducerades successivt under år 2008. Från och med januari 2017 gäller en uppdaterad version av rekommendationerna för psykiatriska diagnoser. När hänvisning görs till beslutsstödet i rapporten är det dock den tidigare versionen som avses, eftersom det var den som gällde vid tillfället för de sjukskrivningar som studeras.

I rapporten används omväxlande begreppen *län* och *landsting*. Den aktuella datakällans indelningsgrund har genomgående fått styra begreppsanvändningen. Benämningen *län* används dock vanligtvis då beskrivningen eller analysen direkt relaterar till befolkningen och då data baserar sig på

folkbokföringsort, medan benämningen *landsting* i huvudsak används i samband med beskrivningar kopplade till hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation.

Förslagen till de *transparenta jämförelser* som presenteras i rapporten bör ses som en första version där möjligheter till framtida utveckling finns. Dessa syftar till att möjliggöra jämförelser mellan län (och på sikt även vårdenheter) vad gäller arbetet med sjukskrivningar och sjukfrånvaro. Jämförelserna uttrycker inte med nödvändighet en önskvärd riktning för vårdens arbete.

Strategiska val

Utöver en redovisning för alla sjukfall oavsett diagnos, har redovisningen begränsats till de *största diagnoserna* inom de psykiatriska diagnoserna och rörelseorganens sjukdomar bland sjukskrivna. I rapporten används genomgående de koder som specificeras i klassifikationen ICD-10 för att beskriva diagnoserna. De diagnoser som valts ut är *depressiv episod* (F32), *anpassningsstörningar och reaktion på svår stress* (F43), samt *ryggvärk* (M54).

Dessa utvalda diagnoser står för en knapp fjärdedel av de totala sjukskrivningarna. De representerar dessutom diagnoser där förekomsten varierat kraftigt i tider då den totala sjukfrånvaron varierat medan andra diagnoser varit mer stabila. Det är således troligt att sjukskrivningar i dessa diagnoser inte enbart speglar den faktiska prevalensen utan också påverkas av faktorer som kan variera över tid, så som vårdens praxis, Försäkringskassans tillämpning, förhållanden på arbetsmarknaden med mera. För att belysa frågor om sjukskrivningsmönster och praxis är de därmed en lämplig utgångspunkt.

En fjärde diagnos, *knäartros* (M17), är vald utifrån andra kriterier. Knäartros är tänkt att representera en diagnos där diagnostisering, vård och behandling inte bör skilja sig åt mellan län/landsting och vårdgivare, och som inte heller torde vara lika känslig för variationer i sjukfrånvarons generella utveckling. Det är även en av de diagnoser som finns i Socialstyrelsens patientregister och den är en del av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling.

I analyserna inkluderas sjukfrånvaro på grund av *sjuk- eller rehabiliteringspenning* (sjukpenning). Sjukfrånvaro på grund av stadigvarande nedsatt arbetsförmåga (sjuk- eller aktivitetsersättning) har inte studerats.

Kartläggningen fokuserar på skillnader mellan län och i vissa fall landsting. I den första delrapporten konstaterades att en stor del av variationen i sjukskrivningsmönster finns på vårdenhets- och individnivå. Den främsta anledningen till valet att här fokusera på län är att det inte finns något enhetligt system för hur vårdenheter anges i läkarintyg, något som försvårar jämförelser. Många av vårdens organisatoriska förutsättningar bestäms dessutom på länsnivå, och det är också där övergripande beslut fattas. Utgångspunkten för jämförelserna utgörs av det län där den försäkrade är bosatt.

Syftet med denna rapport är att analysera sjukskrivningsmönster i förhållande till hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan. Arbetet innefattar en kartläggning av vårdens arbete där resultaten ställs i relation till de sjukskrivningsmönster som tidigare identifierats. Orsakerna till de skillnader som identifieras kommer därmed inte att analyseras vidare inom ramen för denna

rapport. Arbetet kommer inte heller att resultera i direkta rekommendationer för vårdens arbete.

Mått

Rapporten innehåller analyser och jämförelser för ett flertal mått som på olika sätt speglar sjukskrivningspraxis och hälso- och sjukvårdens arbete. Urvalet av mått har gjorts med utgångspunkt från de resultat i form av sjukskrivningsmönster som identifierats i uppdragets första del. Valet har även styrts av datatillgång samt möjligheterna till nedbrytning.

I rapporten lämnas även förslag till hur måtten kan utvecklas under förutsättning att andra data blir tillgängliga.

Datakällor

I analyserna används två primära datakällor: Försäkringskassans databas för analys av sjukfrånvaro (MiDAS) och Socialstyrelsens patientregister (PAR).

Databasen MiDAS innehåller uppgifter om sjukfrånvaro som ersätts av Försäkringskassan, vilket innebär sjukskrivningsfall som varat längre än 14 dagar. Den ursprungliga informationen är utbetalningsuppgifter från myndighetens datalager.

Patientregistret innehåller bland annat uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen i sluten vård samt uppgifter om patienter som behandlats av läkare i den delen av den öppna vården som inte är primärvård. Då ett nationellt register över primärvården saknas är det inte möjligt att analysera vårdens arbetssätt utifrån besök i primärvården. Den bild av vårdkonsumtionen som förmedlas i resultatkapitlet representerar därmed en begränsad del av den faktiska vård som utförs av landstingen. Ett rimligt antagande är att den största delen av de som är sjukskrivna blir det inom primärvården och att de även får vård och behandling i primärvårdens regi. Eftersom merparten av alla läkarbesök och behandlingar, oavsett om de leder till sjukskrivning eller inte, sker inom öppenvården innebär avsaknaden av primärvårdsdata en stor begränsning.

En del av den behandling som erbjuds inom primärvården kan fångas genom läkemedelsregistret som innehåller information om alla uthämtade läkemedel, oavsett om dessa förskrivits inom primärvården eller specialistvården. En närmare beskrivning av de data som använts och de metoder som tillämpats finns i bilagorna 2 och 3.

I analyserna används genomgående data för utfallet i sjukskrivningsprocessen. Med sjukfallslängd avses därmed längden på det *faktiska sjukfallet* hämtad från Försäkringskassans register, inte den sjukskrivningstid som står angiven i läkarintyget.

Inom ramen för uppdraget har även vissa data från Inera AB funnits tillgängliga. Bolaget har på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utvecklat en databas över alla läkarintyg för sjukpenning som vården utfärdar elektroniskt. Till skillnad från Försäkringskassans register innehåller Ineras databas även sjukintyg som inte skickats in till Försäkringskassan, till exempel på grund av att sjukfallet var kortare än 14 dagar eller att patienten

valde att inte följa läkarens rekommendation om sjukskrivning. Täckningsgraden i Ineras register varierar mellan län eftersom vårdgivare använder sig av elektroniska läkarintyg i olika utsträckning. Det är därför svårt att göra regionala jämförelser, vilket är huvudfokus i denna rapport. Av denna anledning redovisas inte resultat baserade på dessa data.

Som komplement till analysen av Försäkringskassans och Socialstyrelsen registerdata har även en textanalys av ett stort antal läkarintyg genomförts med hjälp av programmet Python (Version 3.5.0). Med textanalysprogrammet kunde samtliga läkarintyg granskas och grupperas utifrån hur läkaren uttryckt sig. Resultatet av textanalysen visade dock inga skillnader kopplade till sjukskrivningspraxis. Förväntade och distinkta mönster kunde dock urskiljas vad gäller vilka ord och uttryck som var mest frekventa i läkarintygens beskrivningar av anamnes och symtom för diagnoserna akut stressreaktion respektive utmattningssyndrom. Inom ramen för detta uppdrag har det endast funnits möjlighet att göra en översiktlig analys av textmaterialet. Det är möjligt att mer utförliga textanalyser kan ge en bättre bild av läkares formuleringar i läkarintyget, samt även påvisa eventuella samband med exempelvis sjukskrivningens längd.

Rapportens disposition

Rapportens disposition är uppbyggd utifrån den centrala frågan i uppdraget om huruvida det finns regionala skillnader i sjukskrivningsmönster och sjukskrivningspraxis.

Kapitel tre innehåller tre bakgrundsavsnitt, vilka behandlar sjukfrånvaron i Sverige, aktörer i sjukskrivningsprocessen samt läkares erfarenheter av att arbeta med sjukskrivningsfrågan. I kapitlet ges också en kortare redovisning av de resultat som framkommit från deluppdragets första del.

I det fjärde kapitlet beskrivs skillnader i vårdens arbete på en strukturell nivå. Många av de strukturella skillnaderna i vårdens arbetssätt, till exempel finansiering och ledningssystem är inte mätbara. Därför ger denna redovisning ingen heltäckande bild av länen och landstingens förutsättningar utan är främst tänkt att ge en översikt över skillnader i hur dessa arbetar. I rapportens femte kapitel, redovisas resultaten från de analyser som gjorts av hälso- och sjukvårdens insatser, riskfaktorer för sjukskrivning samt följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Det efterföljande kapitlet innehåller förslag till transparenta jämförelser. Syftet med jämförelserna är att skapa möjligheter att följa hälso- och sjukvårdens arbete i relation till sjukskrivningsmönster. I samband med detta ges även förslag till hur dessa jämförelser kan utvecklas. Rapporten avslutas med ett diskussionskapitel.

En viktig slutsats i uppdragets första delrapport var att en stor del av den regionala variationen i sjukskrivningar beror på skillnader i länens befolkningssammansättning [1]. I en särskild bilaga till rapporten (bilaga 4) ges därför en översiktlig beskrivning av bakgrundsförutsättningar som visar hur länen skiljer sig åt med avseende på befolkningens socioekonomiska sammansättning, arbetsmiljö, levnadsvanor och behovet av hälso- och sjukvård.

Rapporten innefattar även en tabellbilaga samt metodbilagor.

Bakgrund

Sjukfrånvaron i Sverige

I detta avsnitt ges en kort översikt över sjukfrånvaron i Sverige, med fokus på regionala skillnader och de diagnoser som lyfts fram i rapportens analysavsnitt. Här ges även en sammanfattning av de sjukskrivningsmönster som framkom i den första delrapporten inom ramen för regeringsuppdraget. Dessa mönster återkommer även längre fram i rapporten i samband med studien av huruvida det finns samband mellan dem och hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågan.

För att ge ytterligare förståelse för regionala skillnader i sjukfrånvaro redovisas även regionala skillnader i sjukfrånvaro för individer som arbetar i kontaktyrken. Detta ger en bild av regionala skillnader i sjukfrånvaro inom en bransch som karaktäriseras av brister i arbetsmiljön och särskilt hög sjukfrånvaro.

Ett tydligt uttalat mål för sjukförsäkringen i Sverige är att sjukfrånvaron ska ligga på en låg och stabil nivå. Exakt vad ”låg” eller ”stabil” står för är inte explicit uttalat, men regeringens nuvarande mål om ett sjukpenningtal på 9 dagar år 2020 ger en fingervisning. Målet innebär att sjukfrånvaron generellt måste minska. Utifrån en utvecklingsbana som Försäkringskassan tagit fram, förväntas sjukfrånvaron minska proportionerligt mer i vissa län än i andra. Såväl sjukfrånvarons nivå som dess variation är kopplad till sjukskrivningsmönster och sjukskrivningspraxis. Analyserna inom ramen för uppdragets första del visade på mönster i sjukfrånvaron som kan bero på skillnader i sjukskrivningspraxis mellan vårdenheter och län.[1] I den här rapporten görs för första gången ett försök att koppla vårdens arbete till de mönster i sjukfrånvaro som identifierats.

Regeringsuppdragets första del, som rapporterades till regeringen i januari 2017 visade på tydliga skillnader i sjukskrivningsmönster mellan län, kommuner och vårdenheter vad gäller sjukskrivningslängd och deltidssjukskrivning [1]. Bland annat var skillnaderna mellan vårdenheter i sjukskrivningslängd stora för stressrelaterad psykisk ohälsa (anpassningsstörningar och reaktion på svår stress). Inom alla de diagnoser som studerades fanns tydliga variationer i sjukskrivningslängd på vårdgivarnivå. Analyser på läns- och kommunnivå av sjukfall som påbörjats 2010 – 2015 visade vidare att skillnader i både sjukfallslängd och deltidssjukskrivning kvarstod även efter att hänsyn tagits till individspecifika faktorer som bland annat kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och yrke. Detta indikerar tydligt att det finns skillnader i sjukskrivningspraxis inom hälso- och sjukvården. Vissa län avviker genomgående, exempelvis hade Västernorrland både längre sjukfall och mer sällan deltidssjukskrivning än övriga län. Analysen på kommunnivå visade också på tydliga skillnader mellan kommuner inom samma län. Det fanns också tydliga skillnader mellan länen i vilka diagnoser som skrivs på läkarintygen.

[1] Som mått på sjukskrivningsmönster användes sjukfallens längd och förekomst av deltidssjukfrånvaro. Analyserna genomfördes för län, kommuner och till viss del även för vårdenheter.

Det regionala mönstret för sjukfallslängd var dock oberoende av diagnos och stabilt över tid för deltidssjukskrivning, vilket sammantaget tyder på väletablerade skillnader i sjukskrivningspraxis i olika delar av landet. I rapporten framfördes också att det för stressrelaterad psykisk ohälsa finns stor utvecklingspotential vad gäller diagnostik, vård och behandling samt väl avvägd sjukskrivning som en viktig del i detta [1]. Samtidigt har en ny utredning visat att Försäkringskassans egen handläggning av sjukpenningärenden kan ha stor betydelse för sjukfrånvaron i olika län, främst när det gäller sjukfallens längd. Ett systematiskt arbete kring försäkringsmedicin inom hälso- och sjukvården har också betydelse [3].

De sjukskrivningsmönster som framkom i den första delrapporten sammanfattas i tabellerna 1 och 2 nedan. Dessa mönster återkommer även längre fram i rapporten då de jämförs med resultaten från kartläggningen av hälso- och sjukvårdens arbete. Eftersom landstingen är huvudmän för hälso- och sjukvården ligger fokus på länsvisa jämförelser. De beräkningar som ligger till grund för dessa mönster beskrivs i den första delrapporten för projektet [1].

Tabell 1. Sjukskrivningsmönster i olika län, baserat på sjukskrivningslängd

Kategori	Län
Sjukskrivningslängd längre än genomsnittet	Jämtland, Västerbotten, Västernorrland, Jönköping, Uppsala.
Sjukskrivningslängd i nivå med genomsnittet	Kronoberg, Västra Götaland, Värmland, Kalmar, Dalarna, Stockholm
Sjukskrivningslängd kortare än genomsnittet	Norrbotten, Gävleborg, Örebro, Västmanland, Södermanland, Östergötland, Gotland, Halland, Blekinge, Skåne.

Tabell 2. Sjukskrivningsmönster i olika län, baserat på deltidssjukskrivning

Kategori	Län
Andel deltidssjukskrivning över genomsnittet	Kronoberg, Västerbotten, Jämtland, Västra Götaland, Östergötland, Gotland, Kalmar, Jönköping, Halland.
Andel deltidssjukskrivning i nivå med genomsnittet	Dalarna, Skåne, Örebro, Uppsala, Blekinge.
Andel deltidssjukskrivning under genomsnittet	Norrbotten, Västernorrland, Gävleborg, Värmland, Västmanland, Södermanland, Stockholm.

Sjukskrivningsrisk och återgång till arbete i olika län för kontaktyrken

Tidigare studier liksom Försäkringskassans statistik, har visat att sjukfrånvaron är som mest omfattande inom så kallade kontaktyrken inom framförallt vård och omsorg men även inom sociala tjänster och delar av utbildningssektorn [4]. År 2014 utgjorde vård- och omsorgspersonal 13 procent av alla anställda i Sverige, och stod för en femtedel av alla sjukfall [5]. Det handlar i mångt och mycket om yrkesgrupper med högre grad av självupplevda brister i den sociala och organisatoriska arbetsmiljön. För vissa yrkesgrupper finns dessutom ergonomiska belastningar. Dessa yrkesgrupper finns företrädelsevis inom offentlig sektor, främst med kommuner eller landsting som arbetsgivare. Studier visar också att oavsett yrke är risken för sjukskrivning som är längre än 14 dagar högre inom stat, kommun och landsting än inom näringslivet [4].

Det finns ingen tidigare redovisning av huruvida risken för sjukfrånvaro och längden på denna skiljer sig åt i olika delar av landet för individer med kontaktyrken. Inom regeringsuppdraget har en analys av sjukfrånvaron under perioden 2015-2016 genomförts för individer som förvärvsarbetade inom kontaktyrken i slutet av år 2014. Yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg som tidigare visat sig ha en överrisk för sjukfrånvaro valdes ut för analysen.

Ett visst mönster framträder då sjukfallsrisken studeras i relation till återgång i arbete för individer i kontaktyrken inom skola, vård och omsorg. Västernorrland utmärker sig med både högre sjukfallsrisk och lägre återgång i arbete än övriga län. Högre sjukfallsrisk finns även i Dalarna, Gävleborg, Stockholm, Södermanland, Uppsala och Västmanland. Östergötland har istället både lägre sjukfallsrisk och högre återgång i arbete. Lägre sjukfallsrisk i förhållande till genomsnittet finns även i Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Skåne och Värmland. Lägre återgång i arbete finns också i Jämtland, Västerbotten, Västernorrland, Västra Götaland och Örebro. Högre återgång i arbete finns däremot i Dalarna, Gotland, Halland, Norrbotten, Skåne och Stockholm. En tabell över sjukfallsrisken och återgång i arbete per län för olika kontaktyrken återfinns i bilaga 1 (tabell 17).

Detta mönster kan tolkas på flera olika sätt. Det kan tolkas som att arbetsmiljön som riskfaktor för sjukskrivning varierar mellan länen för dessa yrkesgrupper, liksom arbetsanpassningar och liknande som genomförs av arbetsgivare för att underlätta återgång i arbete. Det kan även vara skillnader i sjukskrivningspraxis mellan landstingen som gör att dessa yrkesgrupper oftare sjukskrivs och under längre perioder. Båda förklaringarna kan också gälla samtidigt, det vill säga att skillnader i sjukskrivningspraxis hos vårdgivare är vanligare inom län med brister också i den sociala och organisatoriska arbetsmiljön när det gäller att förebygga ohälsa eller få tillbaka dessa individer i arbete. Eller omvänt: att en mer välfungerande sjukskrivningspraxis också sammanfaller med en bättre arbetsmiljö och ett systematiskt arbete för att underlätta återgång i arbete för sjukskrivna medarbetare.

Aktörer i sjukskrivningsprocessen

Löftet om lika vård till alla gör det naturligt att studera vårdens arbete med sjukskrivning med fokus på regionala skillnader i sjukfrånvaro, men givetvis finns även andra aktörer som kan spela en avgörande roll för sjukskrivningsmönstren. I detta avsnitt beskrivs översiktligt hur sjukskrivningsprocessen ser ut och de olika faktorer och aktörer som kan påverka den.

När en person blir sjuk tar denne kontakt med vården och slussas därefter vidare till rätt behandling i antingen primär - eller specialistvården, eller en kombination av dessa. Behandling kan ske hos andra yrkeskategorier än läkare, till exempel en sjukgymnast eller psykolog. Under hela vårdprocessen bör läkare bedöma personens arbetsförmåga och vid behov rekommendera sjukskrivning. Personen kan sedan vara sjukskriven under tiden som behandlingen pågår, men när arbetsförmågan är återställd (helt eller delvis) ska personen återgå i arbete. Arbetsförmågan återställs inte nödvändigtvis i samband med att den medicinska behandlingen avslutas. Den sjuke kan återfå arbetsförmågan helt eller delvis både tidigare och senare.

Processen påverkas även av en rad faktorer utanför hälso- och sjukvården. Enligt lag är det Försäkringskassan som beslutar om sjukpenning, inte läkaren som skriver sjukintyget. Läkarintyget är dock ett viktigt underlag för Försäkringskassans beslut. Av intyget ska det framgå om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, och informationen måste göra det möjligt för Försäkringskassan att bedöma arbetsförmågan i relation till arbetsmarknaden.

Det finns ingen aktuell kunskap om hur ofta Försäkringskassan behöver begära kompletteringar av läkarintyg på grund av att informationen är otillräckligt. Försäkringskassan har för närvarande ett uppdrag med syftet att kartlägga omfattningen av begärda kompletteringar, vilket ska avrapporteras i slutet av 2017 [6]. Tidigare studier har dock visat att andelen kompletteringar ligger på 9 – 14 procent [7, 8].

Merparten av alla som ansöker om sjukpenning beviljas ersättning i den omfattning som rekommenderas i läkarintyget. Omkring 2 procent av alla som ansöker om sjukpenning får avslag på sin första ansökan. Det kan bero på flera saker, bland annat att Försäkringskassan gör en annan bedömning av personens arbetsförmåga än läkaren. Försäkringskassan kan också besluta om avslag i pågående sjukfall (tidigare kallat indrag), om personens arbetsförmåga inte längre bedöms vara nedsatt. Vilka arbetsuppgifter arbetsförmågan ska relateras till förändras under sjukfallets gång i enlighet med rehabiliteringskedjans tidsgränser. Under 2016 utgjorde avslag av pågående sjukfall 3,5 procent av alla avslutade sjukfall. Både andelen avslag på initiala ansökningar och avslag i pågående fall har ökat under de senaste åren, vilket har tolkats som att Försäkringskassan förbättrat kvaliteten i handläggningen [9].

För anställda spelar arbetsgivaren en central roll i sjukskrivningsprocessen. Arbetsgivaren är ansvarig för de anställdas arbetsmiljö, vilken ofta har stor betydelse för både risken att bli sjukskriven och möjligheterna att återgå i arbete. Arbetsgivaren har även en central roll när det gäller att förebygga sjukfrånvaro på arbetsplatsen. Sjukskrivna som är arbetslösa eller inte kan återgå till sitt tidigare arbete efter en sjukskrivning, ska få hjälp av Arbetsförmedlingen att hitta ett arbete där den individuella arbetsförmågan kan tas tillvara.

Strukturella faktorer påverkar sjukskrivningsprocessen

Utöver de aktörer som nämns ovan finns en mängd strukturella faktorer som påverkar sjukvårdens arbete och beslutet att sjukskriva en patient, såväl inom som utanför hälso- och sjukvårdens verksamhet. De mest uppenbara faktorerna är resurser i form av tid och personal, finansiering och incitamentsstrukturer, ledning och styrning av vårdens del i processen samt läkarens inställning till och kunskaper om sjukskrivning. På den andra sidan av processen finns även en rad faktorer som påverkar personens arbetsförmåga och förutsättningarna att arbeta trots ohälsa. Här har arbetsgivaren en viktig roll, inte minst som ansvarig för arbetsmiljön. Även sociala faktorer, till exempel familjesituation, spelar roll, liksom personens och omgivningens attityd till sjukskrivning.

En samlad översikt av faktorer som har betydelse för sjukskrivningar finns i Försäkringskassans översikt över sjukfrånvarons variationer över tid [10]. Mycket tyder på att sjukskrivningar i stor utsträckning påverkas av andra faktorer än diagnos och medicinsk behandling, till exempel Socialstyrelsens rekommendationer för sjukskrivning och incitamentsstrukturer. I vissa fall verkar hälso- och sjukvårdens arbete i första hand ha möjlighet att påverka patientens upplevda hälsa, men förbättrat välmående är inte förknippat med mindre sjukskrivning [11].

Det pågår kontinuerligt ett arbete för att skapa bättre förutsättningar för de inblandade aktörerna att samverka och samarbeta. Digitala lösningar för information och kommunikation har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens arbete och samverkan med andra. Sedan ett antal år tillbaka finns nationella styr- och policydokument som rör digitalisering i hälso- och sjukvården. Den första e-hälostrategin antogs 2006 och uppdaterades 2010. Ny teknik för information och kommunikation är tänkt att stötta både den enskilde i kontakterna med vården och tillhandahålla effektivare stödsystem för medarbetarna inom hälso- och sjukvården. Begreppet e-hälsa innefattar både informationsdigitalisering, det vill säga processen där analog information förs över till digitalt format, och samhällelig digitalisering, alltså den samhällsprocess där olika former av tekniska lösningar integreras i verksamheter. År 2016 antog regeringen och SKL en gemensam vision för att ta tillvara digitaliseringens möjligheter för hälso- och sjukvården. Visionen innebär att ”Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd” [12].

Ett område där digitaliseringen särskilt påverkar vårdens arbete med sjukskrivning är användandet av elektroniska läkarintyg och informationsutbyten mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Arbetet med att förstärka det elektroniska informationsutbytet mellan Försäkringskassan och vården har till stor del bedrivits som en del av den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Sedan 2010 samarbetar Försäkringskassan med SKL för att göra det möjligt att skicka medicinska underlag elektroniskt från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan. I detta arbete deltar även Inera AB, ett bolag som ägs av Sveriges kommuner och landsting. Inera AB arbetar sedan 2014 med den så kallade *Statistiktjänsten*. Tjänsten samlar alla elektroniska läkarintyg i sjukfall som startat från och med 2010. Via Statistiktjänsten är det bland annat möjligt för vårdgivare att följa sjukfrånvaro per landsting eller

vårdenhet. På detta sätt möjliggör Statistiktjänsten jämförelser av sjukskrivningsmönster på lokal och regional nivå, vilket underlättar hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete.

Eftersom det regeringsuppdrag som ligger till grund för denna rapport inte omfattar Försäkringskassan eller andra faktorer utanför hälso- och sjukvården som har betydelse för sjukskrivningspraxis, är rapporten avgränsad till de faktorer som påverkar hälso- och sjukvården. I rapporten kartlägger och diskuteras alltså faktorer som på en strukturell nivå kan vara betydelsefulla för hälso- och sjukvården, och de insatser vården erbjuder före, under och efter ett sjukfall.

Läkares arbete med sjukskrivning

Läkare har en central roll i sjukskrivningsprocessen. Antalet studier som undersökt läkares sjukskrivningspraxis är dock begränsat. Flertalet av de befintliga studierna på området fokuserar på förutsättningar kopplade till individuella patientfaktorer såsom ålder, kön, utbildningsnivå, sjukdomstyp samt beteende, och deras betydelse för läkares sjukskrivningspraxis. Några studier undersöker också sambandet mellan olika läkarfaktorer (såsom läkarens ålder, kön och antal år i yrket) och läkares sjukskrivningspraxis. Ytterst få studier fokuserar dock på det sammanhang läkaren arbetar i och på sådana faktorer som är möjliga att påverka.

År 2010 gjorde Sociala rådet en systematisk litteraturöversikt av studier om läkares sjukskrivningspraxis. Efter en granskning och kvalitetsbedömning av relevanta studier på området, konstaterades att det fanns ett visst, om än begränsat, stöd för att läkare upplever problem i handläggningen av sjukskrivningsärenden [13]. Det handlade bland annat om problem med att hantera de dubbla rollerna som behandlande läkare kontra medicinsk sakkunnig, att samverka med andra yrkesgrupper och aktörer, brister i de egna kunskaperna om arbetsmarknaden och socialförsäkringssystemet, svårigheter att bedöma arbetsförmåga, samt situationer när läkaren har andra åsikter än patienten om behovet av sjukskrivning [14] [15] [16]. Flera av dessa problem är sannolikt möjliga att påverka med hjälp av insatser på strukturella nivåer, bland annat inom hälso- och sjukvårdens organisation.

Då målsättningen här är att öka kunskapen om hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan, kan det vara värdefullt att få en beskrivning av läkarnas förutsättningar för att arbeta med denna. I nästa avsnitt presenteras delar av resultatet från en enkätstudie om läkares arbete med sjukskrivningar som gjorts vid Karolinska Institutet år 2012. Studien utgår helt och hållet från ett läkarperspektiv och fokuserar uteslutande på läkarnas synpunkter och erfarenheter. Avsnittet är tänkt att ge ökad inblick i läkarnas förutsättningar för att arbeta med sjukskrivningar. Frågan om läkares attityd till och syn på sjukskrivning kommer att belysas mer utförligt i en senare del av uppdraget.

Läkares erfarenheter – resultat från en enkätstudie

I detta avsnitt presenteras delar av resultatet från den enkätstudie som genomfördes under ett projekt vid Karolinska Institutet år 2012. Enkäten skickades ut till drygt 33 000 yrkesverksamma läkare i Sverige och innefattade totalt 163 frågor inom en rad olika områden. Svarsfrekvensen uppgick till 58 procent med en variation mellan länen från 54 till 66 procent [17]. Samtliga av de enkätfrågor vars resultat redovisas här, behandlar organisatoriska förutsättningar i arbetet med sjukskrivningar.

Gemensam policy för handläggning av sjukskrivningsärenden

En av enkätfrågorna inom området organisatoriska förutsättningar handlade om huruvida det finns en gemensam policy på kliniken eller mottagningen för att handlägga sjukskrivningsärenden. En femtedel av läkarna (22 procent) angav att de hade en väl förankrad policy för att hantera sjukskrivningsärenden. Ytterligare 13 procent uppgav att det fanns en gemensam policy men att den inte var väl förankrad. Andelen som svarade att det fanns en gemensam policy på kliniken eller mottagningen, uppgick således sammantaget till 35 procent, med en viss variation mellan landstingen. Bland de läkare som rapporterade att de hade en policy uppgav fyra av fem att de hade nytta av denna.

Stöd från ledningen i arbetet med sjukskrivning

En annan enkätfråga gällde huruvida läkaren hade stöd från den närmaste ledningen kring arbetet med handläggning av sjukskrivningsärenden. Här uppgav en femtedel (22 procent) av de svarande läkarna att de hade stort stöd, medan en dubbelt så stor andel (43 procent) upplevde att de ”i viss mån” hade detta. En knapp tredjedel (29 procent) uppgav att de inte hade något stöd från den närmaste ledningen i arbetet med sjukskrivning. Även här fanns vissa skillnader mellan landsting, där exempelvis andelen som uppgav att de inte hade något stöd alls varierade mellan 18 och 42 procent. De flesta läkare tycks således varken ha en väl förankrad policy för hantering av sjukskrivningsärenden eller stort stöd i sjukskrivningsfrågor av sin närmaste chef.

Systematiskt förbättringsarbete i arbetet med sjukskrivning

På frågan om i vilken utsträckning systematisk kvalitetssäkring (förbättringsarbete) förekommer på deras arbetsplats när det gäller hantering av patienters sjukskrivning, svarade en fjärdedel att detta förekom ” i viss mån” medan endast en liten del (5 procent) uppgav att detta förekom ”i stor utsträckning”. Närmare hälften (48 procent) uppgav att det inte alls förekom något systematiskt kvalitetssäkringsarbete för att hantera sjukskrivningar på deras arbetsplats. Även här fanns en viss variation mellan landstingen.

Tid i arbetet med sjukskrivning

Enkäten innefattade även frågor om tidsbrist; hur ofta läkarna upplevde tidsbrist i den direkta patientkontakten, tidsbrist i den patientrelaterade tiden av sjukskrivningsärendet (exempelvis när intyg ska skrivas) samt tidsbrist för kompetensutveckling, handledning och reflektion i sjukskrivningsfrågor.

Drygt 30 procent av läkarna rapporterade daglig tidsbrist i den patientrelaterade tiden samt när det gällde kompetensutveckling. För det direkta patientarbetet uppgav 22 procent av läkarna att de upplevde tidsbrist dagligen. Närmare fyra av fem hade i stort sett aldrig avsatt tid för handledning, återkoppling eller reflektion kring sjukskrivningsärenden.

Analys av strukturella skillnader

Som en del i det kommunala självstyret har landstingen mycket stor frihet i att själva bestämma hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Därför finns betydande skillnader mellan landstingen kopplade till detta. I detta avsnitt analyseras skillnader på organisatorisk nivå, i syfte att öka förståelsen för hur vårdens arbete med sjukskrivningsfrågan skiljer sig mellan landsting.

Kapitlet inleds med en presentation av ett antal övergripande faktorer, kopplade till organisation, finansiering och resurser, som antas kan ha betydelse för sjukskrivningspraxis. I det inledande avsnittet beskrivs landstingens resurser i form av legitimerad personal och vårdplatser. Därefter behandlas finansiering, kostnader och det praktiska arbetet.

Som tidigare nämnts är flera av dessa faktorer svåra att följa upp med hjälp av befintliga datakällor och därför är måtten ofta trubbiga. I anslutning till varje faktor diskuteras dess koppling till de sjukskrivningsmönster som framkom i regeringsuppdragets första del. Kapitlet avslutas med en sammanfattning av resultaten.

Beskrivningen begränsas till faktorer där information har kunnat insamlas utifrån befintliga datakällor. Detta gör att många av de skillnader som finns inbyggda i landstingens organisationskultur, till exempel informella strukturer för samarbete, inte fångas upp här.

Hälso- och sjukvårdens resurser och kostnader

Hälso- och sjukvårdens förutsättningar att arbeta med sina patienter påverkas i stor utsträckning av tillgången till ekonomiska och materiella resurser. Avsnittet inleds därför med en översikt över regionala skillnader i hälso- och sjukvårdens kostnader och resurser i form av vårdplatser och legitimerad personal.

Hälso- och sjukvårdens kostnader högst i Norrbotten

Landstingens kostnader för hälso- och sjukvård påverkas av många faktorer, bland annat befolkningens vårdbehov och vårdtyngd, vilket nämndes i tidigare avsnitt. Landstingens totala resurser och hur de används har också stor betydelse. I tabell 3 nedan presenteras landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård totalt och uppdelat på primär- och specialistvård. Primärvården utgör omkring 20 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården. Samtidigt sker omkring 50 procent av vårdbesöken i primärvården, som alltså är betydligt billigare än den specialiserade vården.

Kostnaderna för hälso- och sjukvården är högst i Norrbotten och på Gotland. Generellt är kostnaderna högre än genomsnittet i landsting som präglas av glesbygd, framför allt i Norrlandslänen. Lägst kostnader har Uppsala och Västra Götaland. Mönstret är inte genomgående detsamma för primär- och specialistvården. Västra Götaland har till exempel relativt höga kostnader för primärvården, men låga kostnader för den specialiserade vården.

Med undantag för Jönköping har alla län med längre sjukfall än genomsnittet även högre totala kostnader för hälso- och sjukvården. Dock märks inte motsvarande samvariation för län med kortare sjukfall än genomsnittet. Inte heller förekomsten av deltidssjukskrivningar följer något tydligt mönster i relation till hälso- och sjukvårdens kostnader.

Tabell 3. Hälso- och sjukvårdens nettokostnader, 2016

	Nettokostnad hälso- och sjukvård, kr/ inv[1]	Nettokostnad primärvård, kr/ inv[2]	Nettokostnad specialistvård, kr/ inv[2]
Hemortslän			
Blekinge	24 241	4 058	18 390
Dalarna	22 486	4 126	16 061
Gotland	25 119	3 672	18 344
Gävleborg	23 445	5 035	16 813
Halland	21 462	4 214	15 471
Jämtland	24 310	4 780	17 051
Jönköping	21 639	4 009	15 768
Kalmar	22 959	4 532	16 409
Kronoberg	22 237	4 085	16 369
Norrbotten	25 127	5 009	17 296
Skåne	21 215	3 837	15 725
Stockholm	23 120	4 432	16 260
Södermanland	22 499	3 742	17 210
Uppsala	20 494	3 711	14 165
Värmland	22 482	4 078	16 113
Västerbotten	23 322	4 141	16 815
Västernorrland	23 952	3 783	18 125
Västmanland	23 391	4 114	16 762
Västra Götaland	21 002	4 696	13 671
Örebro	22 828	4 252	16 119
Östergötland	21 869	3 884	15 784
Riket	22 310	4 249	15 700

1 Avser nettokostnader totalt exklusive tandvård och läkemedel

2 Avser nettokostnader exklusive läkemedel

Källa: Kolada, Sveriges Kommuner och Landsting.

Flest legitimerade läkare i Uppsala

Personal är en av hälso- och sjukvårdens viktigaste resurser. I en enkät från Läkarförbundet 2015 framkom stora regionala skillnader i bemanningssituationen. I Stockholm arbetade 81 procent av specialistläkarna på vårdcentraler som var fullt eller nästan fullt bemannade (mindre än 20 procent vakanser). I Dalarna, Örebro, Sörmland och Västerbotten arbetade en påfallande hög andel av specialistläkarna på vårdcentraler som hade mer än 50 procent vakanser [18].

I tabell 4 nedan visas antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare tillsammans med antalet legitimerade läkare och specialistläkare inom psykiatri per 100 000 invånare i länet. Dessa faktorer har betydelse för vilken vård befolkningen har tillgång till, något som i förlängningen även kan påverka förutsättningarna för och behovet av sjukskrivning.

Antalet vårdplatser är lägst i Halland och högst i Kronoberg. Det skiljer knappt en vårdplats per 1 000 invånare mellan dessa län. Variationen är större när det gäller antalet legitimerade läkare. Uppsala har flest läkare (556 läkare per 100 000 invånare) medan Norrbotten har det lägsta antalet (301 läkare per 100 000 invånare.

När landsting har svårt att rekrytera sjukvårdspersonal kan bemanningen lösas genom läkare med tillfälliga kontrakt, till exempel hyrläkare och vikarier. Hyrläkare, eller så kallade stafettläkare, är läkare som tillfälligt arbetar på en vårdcentral för att fylla vakanser som inte kunnat tillsättas med fast personal. Att läkare bara arbetar en kort period på en vårdcentral riskerar att ge bristande kontinuitet, något som har lyfts fram som en risk för längre sjukskrivningar. En läkare med tillfällig anställning eller tillfällig placering på en vårdcentral kan inte alltid följa patientens hela rehabilitering och har ofta sämre kunskap om lokala resurser och förutsättningar än fast anställd personal.

Behovet av tillfällig personal är störst i glest befolkade regioner, men det finns även stora behov vid vissa vårdcentraler i tätort eftersom vårdcentralernas rykte och arbetsmiljö påverkar möjligheterna att rekrytera läkare.
I många fall kan hyrläkare arbeta på samma ställe under lång tid, och stora kostnader för hyrläkare innebär inte alltid korta anställningskontrakt. Länen skiljer sig dock mycket åt när det gäller kostnaderna för hyrläkare. Störst utgifter för hyrläkare i förhållande till hela personalkostnaden perioden 2012 – 2014 hade Västernorrland och Norrbotten [19]. Lägst utgifter hade Östergötland, Uppsala och Stockholm. Det finns ingen återkommande rapportering om landstingens användning av eller kostnader för hyrläkare. Inte heller rörande personalomsättning i ett bredare perspektiv. Det är därmed inte möjligt att följa utvecklingen över tid i de olika länen.

Analysresultatet visar inte på någon samvariation mellan mönster i sjukskrivningslängd respektive deltidssjukskrivning och antalet vårdplatser. Däremot märks att samtliga län som har en lägre andel deltidssjukskrivning än genomsnittet med undantag för Stockholm, också har färre anställda läkare. Motsvarande mönster finns inte för läkare specialiserade inom psykiatri. Antalet legitimerade specialistläkare inom psykiatri verkar vara lägre i län där sjukfallen inom stressrelaterade diagnoser är kortare än genomsnittet för riket som helhet. Dessa län är Blekinge, Gotland, Gävleborg, Norrbotten och Östergötland. Länen Halland, Skåne och Uppsala har också kortare sjukfall

för stressreaktion men utgör undantag från detta mönster. Mönstret kan bero på slumpen, men det är också möjligt att behovet av specialister inom psykiatri är mindre i län där psykisk ohälsa är mindre vanligt. Det kan också vara så att färre specialister inom psykiatri medför att psykisk ohälsa inte upptäcks och diagnostiseras i samma utsträckning som i län där fler läkare är specialister på dessa diagnoser.

Tabell 4. Hälso- och sjukvårdens resurser, vårdplatser och legitimerad personal, 2016

	Disponibla vårdplatser, antal/1 000 inv[1]	Leg. läkare, antal/100 000 inv	Leg. Läkare specialister inom psykiatri, antal/100 000 inv
Hemortslän			
Blekinge	2,66	409	12
Dalarna	2,38	372	15
Gotland	2,49	455	12
Gävleborg	2,09	335	11
Halland	1,89	376	15
Jämtland	2,31	404	15
Jönköping	2,28	368	16
Kalmar	2,53	352	13
Kronoberg	2,86	354	14
Norrbotten	2,61	301	9
Skåne	2,20	416	19
Stockholm	2,31	476	30
Södermanland	2,24	346	19
Uppsala	2,53	556	20
Värmland	2,31	343	12
Västerbotten	2,85	529	13
Västernorrland	2,50	357	13
Västmanland	2,38	337	13
Västra Götaland	2,28	410	20
Örebro	2,39	405	14
Östergötland	2,13	437	10
Riket	2,32	417	19

1 Avser totalt antal vårdplatser inom sluten vård.

Källa: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Landstingens ersättningssystem och ekonomiska incitament

Vårdval och konkurrens inom hälso- och sjukvården

År 2010 blev det obligatoriskt för alla landsting att införa vårdval inom primärvården. Syftet var att öka individernas valfrihet, underlätta för privata aktörer att etablera sig, bidra till ökad vårdkvalitet och förbättrad tillgänglighet. Utöver det obligatoriska vårdvalet inom primärvården har landstingen i olika grad valt att erbjuda valfrihet även inom den specialiserade öppenvården.

Flest vårdval finns i landstingen Stockholm och Uppsala. Inom vilka områden valfrihet har införts varierar. Vanligast är tandvård för barn och ungdomar, specialiserad ögonsjukvård, psykoterapi och vuxenpsykiatri.

Införandet av vårdval inom primärvården innebar att vårdgivarens ersättning knöts till patienten och därigenom stärktes individens position gentemot läkaren. Vårdgivaren blir därför mer ekonomiskt beroende av att patienten är nöjd i mötet med hälso- och sjukvården, eftersom patienten annars kan välja att gå till en annan vårdgivare. Detta kan påverka sjukskrivningspraxis om läkare upplever att de har incitament att utfärda sjukintyg i fall där de inte upplever att det är medicinskt motiverat, av rädsla för att annars förlora patienter. Forskning har visat att det förekommer att läkare utfärdar läkarintyg för att tillgodose individens önskemål, även när det saknas medicinsk grund för sjukskrivning [20].

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) genomförde 2014 en studie av vårdvalets effekter på antalet sjukskrivningar och sjukskrivningarnas längd. Resultaten visade att införandet av vårdval ledde till fler sjukskrivningar och att långa sjukskrivningar blev längre. Effekterna var koncentrerade till Stockholms län [20]. Motsvarande samband har observerats i Norge [21].

År 2014 visade Konkurrensverket att 80 procent av svenskarna hade mindre än fem minuters längre resväg till den näst närmaste vårdcentralen jämfört med den närmaste vårdcentralen. Andelen varierar stort över landet, från 95 procent i Stockholm till omkring 55 procent i Jämtland och Dalarna [22]. Bland de län som har längre respektive kortare sjukfall än genomsnittet finns sådana som karaktäriseras av både glesbygd och hög befolkningstäthet. Det är således svårt att på en övergripande nivå se något tydligt samband mellan demografiska förutsättningar för konkurrens mellan vårdgivare och sjukskrivningsmönster.

På denna övergripande nivå finns inte någon tydlig samvariation mellan sjukfrånvaron i länet och antal vårdcentraler som drivs utanför landstingets regi. Län med längre respektive kortare sjukfrånvaro än genomsnittet är jämnt fördelade i förhållande till andelen vårdcentraler i privat regi. Däremot finns det en viss tendens till att län med en högre andel deltidssjukskrivning än genomsnittet har en lägre andel vårdcentraler i privat regi. Någon förklaring till detta mönster kan inte utläsas med hjälp av datamaterialet. Mönstret kan givetvis vara slumpmässigt.

Ekonomisk ersättning till primärvården

Utöver konkurrens med andra vårdgivare skapas ekonomiska incitament även genom landstingens ekonomiska styrning av vårdgivarna. Det har blivit vanligt att vårdgivares ersättning kopplas till faktorer som prestationer och grad av måluppfyllelse.

Det är landstingen som bestämmer hur ersättningen till vårdgivarna ska utformas och det finns stora variationer mellan landsting och även mellan primär- och specialistvård. Ersättningssystemet är en viktig del av vårdens styrning och har betydelse för vilka drivkrafter vårdens aktörer möter.

Det finns fyra huvudtyper av finansiering som ofta används i kombination med varandra:

1. Anslag. Ersättningen baseras på en bestämd budget. Ersättningen är fast och bestäms i förväg.

2. Kapitation. Ersättningen baseras på det antal personer som vårdgivaren har ansvar för. Ersättningen är fast och bestäms i förväg.
3. Ersättning per produktgrupp. Vårdgivaren ersätts för definierade åtgärdspaket med ett bestämt pris. Ersättningen är rörlig och bestäms i förväg.
4. Åtgärdsbaserad ersättning. Vårdgivaren får ersättning i efterhand för varje genomförd åtgärd.

Kapitation är den huvudsakliga modellen inom primärvården i alla landsting. De flesta landsting kompletterar kapitation med åtgärdsbaserad ersättning och anslag. När kapitation används justeras ersättningsnivån utifrån egenskaper i befolkningen. Vilka faktorer landstingen justerar för, och vilken vikt de ges, varierar. I specialistvården används i huvudsak anslagsfinansiering, ofta i kombination med rörliga ersättningar [23].

I vissa landsting justeras den del av ersättningen som baseras på kapitation utifrån *Adjusted Clinical Groups, ACG*. ACG är ett mätinstrument för vårdtyngd som används för att justera ersättningen utifrån resursåtgång. ACG beskriver en samlad bild av resursbehov utifrån patienternas diagnoser. Systemet sorterar in diagnoser och sjukdomar i avgränsade grupper, som ges olika vikt när resurser fördelas. ACG är omstritt och har kritiserats för att leda till att läkare har incitament att ange onödigt många diagnoser på en patient för att öka ersättningen till vårdenheten, vilket även skulle kunna påverka sjukskrivningspraxis [24]. Empiriska studier har visat att det generellt finns en risk för manipulation av alla ersättningssystem som är beroende av information från vårdgivaren, men att problemen verkar vara mindre vanliga i Sverige än i andra länder [23].

Samtliga ersättningsmodeller är förknippade med både positiva och negativa effekter. För att parera de negativa effekterna använder landstingen olika kontroller, till exempel revision för att förhindra att uppgifter manipuleras och budgettak för att åstadkomma budgetkontroll. Det finns viss forskning om hur de olika systemen påverkar bland annat produktivitet, patientselektion, kvalitet och innovation. Generellt är resultaten osäkra och den övergripande bilden är att det är svårt att systematiskt utvärdera effekterna av olika finansieringssystem [23].

Som exempel på hur variationen mellan landstingen ser ut visas i tabell 5 en sammanställning av hur landstingens finansiering av primärvården var upplagd 2016. Tabellen visar att det finns stor variation i hur stor del av finansieringen som utgörs av kapitation. Den del som inte utgörs av kapitation består i första hand av åtgärdsbaserad ersättning. I samtliga landsting förekommer också någon form av målrelaterad ersättning, men den utgör bara en mycket liten del av den totala finansieringen [25].

Det är inte möjligt att utläsa något tydligt mönster i tabellen när det gäller koppling till sjukskrivningsmönster. De olika delarna tycks inte förekomma i särskilda kombinationer. Landsting med längre respektive kortare sjukfrånvaro än genomsnittet återfinns både bland de med hög och låg grad av kapitation, liksom med och utan justering efter ACG. Däremot syns att alla de landsting som har lägre andel deltidssjukskrivning än genomsnittet, med undantag för Stockholm, har en justering för ACG i sitt ersättningssystem. Sambandet kan vara slumpmässigt men det skulle även kunna vara så att

ACG medför en incitamentsstruktur som gör att deltidssjukskrivning används mer sällan. Utifrån denna kartläggning är det inte möjligt att avgöra vad det är som då skapar sådana incitament.

Tabell 5. Ingående faktorer i landstingens finansieringssystem av primärvården 2016

Landsting/ region	Andel kapitation	Ålder	Antal åldersgrupper	Kön	ACG	CNI	Vårdenhetens läge
Blekinge	100	Ja	19	Nej	Nej	Ja	Nej
Dalarna	70	Nej	-	Nej	Ja	Ja	Nej
Gotland	85	Ja	6	Nej	Nej	Ja	Nej
Gävleborg	80	Ja	6	Nej	Ja	Ja	Ja
Halland	89	Ja	9	Ja	Nej	Ja	Nej
Jämtland	93	Ja	21	Nej	Nej	Ja	Ja
Jönköping	87	Ja	6	Nej	Ja	Ja	Nej
Kalmar	69	Nej	-	Nej	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	100	Ja	5	Nej	Ja	Ja	Nej
Norrbotten	90	Ja	6	Nej	Ja	Ja	Ja
Skåne	92	Nej	-	Nej	Ja	Ja	Nej
Stockholm	60	Ja	3	Nej	Nej	Ja	Ja
Södermanland	71	Ja	4	Nej	Ja	Ja	Ja
Uppsala	62	Ja	4	Nej	Nej	Ja	Ja
Värmland	94	Ja	100	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	85	Ja	5	Nej	Nej	Ja	Ja
Västernorrland	81	Ja	4	Nej	Ja	Ja	Nej
Västmanland	78	Ja	4	Nej	Ja	Ja	Nej
Västra Götaland	90	Ja	101	Ja	Ja	Ja	Ja
Örebro	85	Ja	4	Nej	Nej	Ja	Ja
Östergötland	98	Ja	2	Nej	Ja	Ja	Ja

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Hälso- och sjukvårdens arbete

Väntetider

Tidigare studier har visat att många sjukfall blir längre än nödvändigt på grund av långa väntetider i sjukvården [26]. I en enkätundersökning som forskare vid Karolinska institutet genomförde bland praktiserande läkare 2012, uppgav strax över 30 procent av de svarande att de minst någon gång per månad sjukskrev en patient längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning eller behandling inom vården [17].

I en studie från 2005 visade Försäkringskassan att 32 procent av alla sjukskrivna hade behövt vänta på utredning, specialistbesök eller behandling. Mer än var fjärde sjukskriven uppgav en väntetid på åtta veckor eller längre till en specialist. Samtidigt uppgav 40 procent av de sjukskrivna som behövt vänta på utredning, specialistbesök eller behandling att de skulle ha kunnat arbeta heltid eller deltid under väntetiden om arbetssituationen hade anpassats efter deras förmåga [27]. Ovan nämnda uppgifter är visserligen mer än tio år gamla, men det finns fortfarande anledning att titta närmare på hur väntetider inom vården kan påverka sjukskrivningsmönster.

Vad är vårdgarantin?

Information om väntetider i vården samlas in av Sveriges Kommuner och Landsting vid två mättillfällen varje år (höst och vår). Undersökningen fokuserar främst på måluppfyllelse inom vårdgarantin.

Vårdgarantin (6 kap. 1§) är en del av Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och kompletterar Hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) 9 kap. 1 §, vilken säger landstingen ska försäkra att en patient får vård inom en viss tid. Garantins gränser innebär att:

- En patient ska få kontakt med primärvården samma dag som denne söker sig till primärvården med ett hälsoproblem
- Om vårdgivaren bedömer att patienten behöver träffa en läkare ska denne få en läkartid inom sju dagar.
- Om patienten får en remiss till specialistvården ska denne få en tid för besök inom 90 dagar. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss, hos en öppen specialistvårdsmottagning.
- Efter ett beslut om behandling, till exempel operation, ska patienten få en tid för detta inom 90 dagar.

Vårdgarantin gäller inte om patienten frivilligt avstår från vård eller tackar nej till vård hos en annan vårdgivare. Inte heller om patienten av medicinska skäl inte kan ges vård inom garantins tidsgränser. Det finns inga sanktioner mot landsting som inte uppfyller vårdgarantin, men om väntetiden till besök i specialistvård eller till planerad vård, exempelvis en operation, är längre än 90 dagar har patienten rätt att välja att få vården utförd i ett annat landsting. I så fall ska detta bekostas av det landsting där patienten bor, vilket innebär en extra kostnad.

Måluppfyllelse inom vårdgarantin

Hur väl vårdgarantin uppfylls varierar mellan landstingen. Generellt kan man säga att garantin uppfylls i högre grad inom primärvården än inom specialistvården. Eftersom de som väntar på första besöket i primärvården sannolikt inte är sjukskrivna, borde primärvårdens väntetider spela mindre roll för regionala skillnader i sjukskrivningsmönster.

I tabellen nedan redovisas måluppfyllelsen för första besök inom specialistvården, som enligt vårdgarantin ska ske inom 90 dagar från att remissen skrivs, och andelen återbesök som sker inom det medicinska måldatumet som den behandlande läkaren satt upp. Återbesök ingår inte i vårdgarantin, men följs upp på nationell nivå. Alla landsting utom Stockholm deltar i uppföljningen. Både första besöket och återbesök inom specialistvården borde kunna vara viktiga faktorer vid sjukskrivning, eftersom det påverkar hur snabbt en patient får tillgång till rätt vård och behandling. Det är dock viktigt att komma ihåg att bara en liten del av alla som blir sjukskrivna kommer i kontakt med specialistvården.

För besök inom specialistvården inom 90 dagar är måluppfyllelsen 81 procent på riksnivå, och varierar mellan 65 och 94 procent. Måluppfyllelsen för återbesök är lägre och varierar mer än måluppfyllelsen för första besök hos specialist. I hela riket är andelen återbesök inom måldatum 65 procent, som lägst 21 procent och som höst 83 procent.

Det finns ingen tydlig samvariation mellan de båda måtten. Det är exempelvis inte så att de landsting som har lägst måluppfyllelse för första besök i specialistvården även har lägst måluppfyllelse för återbesök.

De sjukskrivningsmönster som identifierades i samband med det första deluppdraget, finns sammanfattade i tabellerna 1 och 2 i rapportens bakgrundskapitel. Vid en jämförelse mellan identifierade sjukskrivningsmönster och måluppfyllelse, återfinns både landsting med kortare och längre sjukfall än genomsnittet bland dem som uppvisar lägst måluppfyllelse. Samtidigt har dock tre av de fem landstingen med sjukskrivningar längre än genomsnittet en låg grad av måluppfyllelse när det gäller första besök inom specialistvården. Generellt finns även en tendens till att landsting med kortare sjukfall än genomsnittet har en högre grad av måluppfyllelse. Landsting där andelen med deltidssjukskrivning är högre än genomsnittet tenderar också att ha en lägre grad av måluppfyllelse än övriga.

Det finns även ett negativt samband mellan graden av måluppfyllelse för första besök i specialistvården och hälso- och sjukvårdens kostnader (som presenterades i början av kapitlet). Län med höga nettokostnader har i genomsnitt en lägre grad av måluppfyllelse. Det är troligt att möjligheterna att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser hänger nära samman med hälso- och sjukvårdens resurser och kostnader. Motsvarande samband finns dock inte mellan andel besök hos specialist inom 90 dagar och resurser mätt som antal disponibla vårdplatser och antalet legitimerade läkare (definierat som i tabell 4).

Tabell 6. Måluppfyllelse enligt vårdgarantin och måldatum för återbesök, fördelat på landsting/region, mars–april 2017

Landsting/region	Andel besök hos specialist inom 90 dagar	Andel återbesök inom måldatum
Blekinge	86	77
Dalarna	75	38
Gotland	88	83
Gävleborg	73	61
Halland	94	68
Jämtland	67	71
Jönköping	91	78
Kalmar	82	78
Kronoberg	84	71
Norrbotten	65	77
Skåne	87	29
Stockholm	94	Uppgift saknas
Södermanland	76	74
Uppsala	83	65
Värmland	86	29
Västerbotten	73	21
Västernorrland	67	61
Västmanland	88	73
Västra Götaland	76	71
Örebro	83	58
Östergötland	88	75
Riket	81	65

Källa: Väntetider.se.

Landstingens funktion för koordinering

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting ingått överenskommelser för att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att utveckla sjukskrivningsprocessen. Syftet har varit att stimulera landstingen att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro. Satsningen riktar sig främst till primärvården.

Överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, ofta kallad sjukskrivningsmiljarden, är en villkorad ersättning som baseras på hur landstingen uppfyller vissa villkor. Sedan sjukskrivningsmiljarden infördes, har överenskommelsen bland annat handlat om att stimulera landstingen att stärka den försäkringsmedicinska kompetensen bland de som arbetar med sjukskrivningsprocessen och förbättra kvaliteten i läkarintygen. Det har även gjorts satsningar på elektroniskt informationsutbyte mellan landstingen och insatser för att säkerställa att det inte finns oberättigade könsskillnader i sjukskrivningsprocessen. Det är Försäkringskassan som granskar landstingens resultat och avgör om ersättning ska betalas ut.

För 2016 avsattes 1,5 miljarder kronor för överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden. Den villkorade delen omfattade fem villkor som berörde landstingens arbete. Dessa var: *En jämställd sjukskrivningsprocess*, *Kompetenssatsning i försäkringsmedicin*, *Funktion för koordinering*, *Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa*, *Utökat elektroniskt informationsutbyte* [28]. Inom de flesta områden uppfyllde samtliga landsting villkoren och fick därför 100 procent av den möjliga utbetalningen. Inom koordineringsfunktionen har landstingen gjort olika prioriteringar. Här nedan fokuseras därför på vad dessa skillnader består av, och vilken betydelse de kan ha för sjukskrivningsprocessen.

Hälso- och sjukvården är tillsammans med arbetsgivaren de aktörer som först får kännedom om patientens situation. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvården har förutsättningar att tidigt samverka, både internt och med arbetsgivare, om individer i sjukskrivningsprocessen. För att möjliggöra samverkan har landstingen inom ramen för sjukskrivningsmiljarden infört en funktion för koordinering, ofta i form av rehabiliteringskoordinatorer. Koordinatorn arbetar med stöd till individen, samordning och stöd inom hälso- och sjukvården och samverkan med andra aktörer, framför allt arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan [29]. Sveriges Kommuner och Landsting erbjuder praktisk vägledning och stöd till de som arbetar med koordination av rehabiliteringsprocessen, och har bland annat tagit fram en metodbok där man beskriver rehabiliteringskoordinatorns uppgifter [30].

Genom överenskommelser inom sjukskrivningsmiljarden för 2017 och 2018 kommer landstingen att få möjlighet att vidareutveckla koordinatorfunktionen. Funktionen ska även införas i andra verksamheter, utöver primärvården. Under 2017 ska regeringen utreda möjligheten att permanenta funktionen för koordinering inom hälso- och sjukvården [31].

Studier har visat att när koordineringen fungerar bra har den positiva effekter på såväl patientens rehabilitering som vårdens arbete med sjukskrivning och samverkan med externa parter.

Inom ramen för sjukskrivningsmiljardens överenskommelse för 2016 bedömde regeringen och SKL att det var angeläget att vidareutveckla koordineringen. Därför avsattes 360 miljoner kronor för att stimulera landstingen att förstärka koordineringsfunktionen. Ersättningen var indelad i tre nivåer, vilka beskrivs mer detaljerat i överenskommelsen [31].

Tabell 7 nedan visar vilka landsting som fick ersättning enligt respektive nivå. Alla landsting uppfyllde grundnivån och majoriteten uppfyllde även den utökade nivån. De flesta landsting hade redan före 2016 etablerat en koordineringsfunktion med ett utökat uppdrag. Dessa landsting har alltså kommit längre än övriga när det gäller samordning och stöd inom sjukskrivningsprocessen. Av de fem landsting som inte uppfyllde den utökade nivån fick fyra istället del av den särskilda stimulansen, vilket innebär att de införde en utökad funktion för koordinering under 2016.

Tabell 7. Utbetalning funktion för koordinering enligt sjukskrivningsmiljardens överenskommelse 2016 (kronor)

Landsting/region	Grundnivå	Utökad nivå	Särskild stimulans
Blekinge	3 355 150	0	1 677 575
Dalarna	6 038 022	0	3 019 011
Gotland	0	2 141 084	0
Gävleborg	0	10 508 002	0
Halland	0	11 714 073	0
Jämtland	2 735 772	0	1 367 886
Jönköping	0	12 960 695	0
Kalmar	0	8 848 451	0
Kronoberg	0	7 127 571	0
Norrbotten	0	9 321 964	0
Skåne	0	48 555 125	0
Stockholm	0	83 097 405	0
Södermanland	0	10 564 146	0
Uppsala	0	13 191 687	0
Värmland	5 930 414	0	2 965 207
Västerbotten	0	9 833 005	0
Västernorrland	0	9 104 140	0
Västmanland	5 682 758	0	0
Västra Götaland	0	61 409 762	0
Örebro	6 257 884	0	3 128 942
Östergötland	0	16 622 891	0

Källa: Försäkringskassan.

På den övergripande nivån finns enligt tabellen inget mönster som tyder på att en mindre utvecklad koordineringsfunktion hänger samman med längre eller kortare sjukfall, eller en högre eller lägre andel deltidssjukskrivningar. Det är dock viktigt att påpeka att denna beskrivning är mycket begränsad. För att bättre förstå betydelsen av rehabiliteringskoordinatorernas arbete och hur detta skiljer sig mellan län, behövs sannolikt andra typer av studier. Genom exempelvis intervjuer med den personal som arbetar med koordinering skulle det kunna vara möjligt att få mer kunskap om det dagliga arbetet på regional och lokal nivå.

Sammanfattning av kapitlet

Det är svårt att beskriva relevanta skillnader i landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan på ett övergripande plan med hjälp av tillgängliga datakällor. De faktorer som ingår i denna kartläggning visar på en stor variation. Måtten samvarierar dock inte tydligt, varken med varandra eller med sjukskrivningsmönster.

Väntetider, mätt genom andelen patienter som fått en remiss till specialistvården och som får träffa en specialist inom 90 dagar, är den faktor som tydligast samvarierar med sjukskrivningsmönster. Landsting där sjukfallen är kortare än genomsnittet, har ofta en låg andel patienter som får vänta längre

än 90 dagar på att träffa en specialistläkare. Tre av fem landsting med sjukskrivningar längre än genomsnittet har en låg grad av måluppfyllelse när det gäller första besök inom specialistvården. Denna samvariation indikerar ett möjligt samband, och är i linje med tidigare studier som visat att längre väntetider till vården hänger samman med längre sjukskrivningar [26]. Samtidigt visar kartläggningen att sjukfallen tenderar att vara längre i län där hälso- och sjukvårdens kostnader per invånare är höga jämfört med andra län.

Utöver dessa samband är måtten spretiga och ger ingen enhetlig bild av varken vårdens arbete eller hur detta påverkar sjukskrivningsmönster. Variationerna tyder på att det finns betydande skillnader i hälso- och sjukvårdens arbete, men resultaten från denna analys ger inte svar på vad det är som skapar dessa skillnader eller vilken betydelse de har för arbetet med sjukskrivning. För att förstå detta är det nödvändigt med fler analyser, och då kanske med andra typer av datakällor och andra analysmetoder. Till exempel kan man genom fallstudier av landsting som valt olika modeller för rehabiliteringskoordinering få bättre förståelse för vilken roll detta spelar för arbetet med sjukskrivning.

Analys av hälso- och sjukvårdens arbetssätt

I detta avsnitt presenteras analysresultat med utgångspunkt från kombinerade individbaserade data från Försäkringskassan och Socialstyrelsen. För att ge en första bild av skillnader i vårdens arbetssätt har sjukskrivningspraxis analyserats utifrån vilken vård en sjukskriven person fått före respektive under och efter sin sjukskrivning, baserat på slutenvårdsvårdtillfällen och läkarbesök i den specialiserade öppenvården, och de läkemedel de hämtat ut under dessa perioder.

De redovisade resultaten representerar endast en begränsad del av den vård som faktiskt utförs eftersom datamaterialet inte omfattar primärvård. Dock fångas en liten del av primärvårdens verksamhet genom läkemedelsregistret som innehåller information om alla uthämtade läkemedel oavsett om de förskrivits inom primärvården eller specialistvården. Uthämtandet av dessa läkemedel har således föregåtts av någon form av vårdkontakt, antingen i primärvård, specialistvård eller privat vård.

Skillnader i sjukskrivningspraxis undersöks även genom läkarnas följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutsstödet när läkarintyg utfärdas för dem som fått sjukpenning från Försäkringskassan.

Analyserna utgår från individer sjukskrivna i fyra diagnoser: knäartros (M17), ryggvärk (M54), anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43) nedan kallat stressreaktioner, samt depressiv episod (F32) nedan kallat depression.

I likhet med föregående kapitel, diskuteras kopplingen till sjukskrivningsmönster i samband med respektive analys. Resultaten sammanfattas i slutet av varje avsnitt.

Hälso- och sjukvårdens insatser före och under sjukfall

För att beskriva vilka vårdstrategier som prövats, studeras först vilken vård en sjukskriven person fått ett år före respektive ett år efter sin sjukskrivning. Beskrivningen avser alla sjukfall längre än 14 dagar som påbörjats under åren 2011 till 2014. För en fördjupad beskrivning av metod och begränsningar, se bilaga 2.

Besök i specialistvården

Kontakt med specialistvården beror till stor del på diagnosförekomst. För att få en översikt över i vilken utsträckning de sjukskrivna har haft kontakt med vården, presenteras i tabell 8 andelen besök i specialistvården ett år före respektive ett år efter sjukfallets start.

Det finns en tydlig skillnad mellan de olika diagnoserna. Knäartros är den diagnos där andelen besök i specialistvården är högst, både året före och året efter sjukskrivningsstart. De övriga tre, stressreaktioner, depression och ryggvärk, har en lägre förekomst av läkarbesök inom specialistvården. Omkring

50 procent av individerna med en sjukskrivning inom dessa diagnoser har haft minst ett specialistvårdsbesök före eller efter sjukfallets start. Andelen besök är i genomsnitt två gånger högre året efter sjukfallets start jämfört med året före.

De flesta besök inom specialistvården bland individer som är sjukskrivna berör däremot vård inom andra diagnoser än för den som själva sjukskrivningen avser. Med undantag för knäartros har endast 3 till 15 procent haft ett besök i specialistvården med anledning av samma diagnos som i sjukskrivningen. En större andel kvinnor än män har haft ett besök i specialistvård. Samtidigt har en större andel män än kvinnor haft ett besök där diagnosen är densamma som den för själva sjukskrivningen. Detta gäller för alla diagnoser utom knäartros, där andelarna för män och kvinnor är ungefär lika, för såväl besök i specialistvård generellt som för besök med samma diagnos som angetts vid sjukskrivningen. Detta kan hänga samman med att många kvinnor besöker specialistvård under en graviditet och att detta inte påverkar utfallet för knäartros på samma sätt som för de övriga diagnoserna, då detta till större del drabbar något äldre patienter.

Tabell 8. Andel sjukfall som haft minst ett besök i specialistvård året före respektive året efter sin sjukskrivning, fördelat på kön och besök för sjukskrivningsdiagnos och övriga diagnoser. Avser påbörjade sjukfall 2011–2014

Diagnos	Andel besök i specialistvård 1 år före sjukskrivning (%)		Andel besök i specialistvård 1 år efter sjukskrivning (%)	
Män	Övriga diagnoser	Med sjukskrivningsdiagnos	Övriga diagnoser	Med sjukskrivnings-diagnos
Depression	51	7	62	20
Stressreaktion	44	4	50	8
Knäartros	82	58	85	53
Ryggvärk	45	7	57	15
Kvinnor				
Depression	58	5	64	13
Stressreaktion	53	2	57	6
Knäartros	82	55	85	53
Ryggvärk	57	6	68	13
Totalt				
Depression	56	6	64	15
Stressreaktion	51	3	55	7
Knäartros	82	56	85	53
Ryggvärk	52	6	63	14

Källa: Nationella patientregistret, Socialstyrelsen samt MiDAS, Försäkringskassan

Andelen besök i specialistvården varierar mellan län

Andelen sjukskrivna som varit i kontakt med specialistvården varierar även mellan länen. När det gäller depression varierar exempelvis andelen som har besökt specialistvården med anledning av samma diagnos som i sjukskrivningen. Lägst andelar uppvisar Norrbottens län (3 procent före sjukfallets påbörjande, respektive 9 procent året efter), medan Stockholm har de högsta (9 respektive 25 procent). Resultaten från uppdragets första delrapport visade även att Norrbotten överlag har en låg andel sjukskrivna inom psykiatriska diagnoser [1]. Data från patientregistret för perioden 2012 – 2015, visar också att Norrbotten samtidigt är det län som har det lägsta antalet patienter som vårdats för depressiv episod i öppen specialistvård. Detta ligger i linje med den låga andel patienter som besökt specialistvården med anledning av samma diagnos som anges i sjukskrivningen.

Även för de övriga tre diagnoserna varierar andelen besök i specialistvården mellan länen. Norrbotten utmärker sig som det län som har lägst andel besök, medan Stockholm är ett av de län som har den högsta andelen andel besök. Det finns dock inget tydligt mönster utan andelen besök varierar stort i riket, där olika län utmärker sig för de fyra valda diagnoserna.

Den diagnos som sätts för de besök som görs av de sjukskrivna individerna varierar, både beroende på om besöket skedde före eller efter sjukskrivningen startat, utifrån sjukskrivningsdiagnos samt mellan län. För de psykiatriska diagnoserna depression och stressreaktion syns här ett mönster där de vanligaste diagnoserna som satts vid besök före sjukskrivningsfallets start är olika symtomdiagnoser, medan psykiatriska diagnoser i större utsträckning satts efter sjukfallets start. Detta gäller framför allt för individer som senare sjukskrivs för depression. För ryggvärk är mönstret liknande, det vill säga med flera symtomdiagnoser före sjukfallets start och olika ryggvärksrelaterade diagnoser vid de besök som gjorts efter att sjukskrivningen påbörjats.

För knäartros syns ett annat mönster där besöken de sjukskrivna gjort även haft denna diagnos före sjukfallets början. En fullständig tabell över vanligast förekommande diagnoskod i relation till sjukskrivningsdiagnos och län återfinns i bilaga 1 (tabell 18).

Sammanfattningsvis kan konstateras att besöken i specialistvården året innan respektive året efter sjukskrivning skiljer sig åt mellan både län och olika diagnoser. Den största andelen besök i specialistvården sker för sjukfall med knäartros där majoriteten besöker specialistvården minst en gång året före och efter sjukskrivning. För övriga studerade diagnoser är specialistvårdsbesök mindre vanliga. Trots detta har mer än 50 procent av alla med en sjukskrivning inom de kvarvarande diagnoserna haft minst ett specialistvårdsbesök före eller efter sjukfallets start. Jämförs den andelen med befolkningen som helhet där drygt 40 procent besöker specialistvården per år, har sjukskrivna överlag en något högre andel läkarbesök i specialistvården.

Bland individer som senare sjukskrivs för stressreaktion, depression och ryggvärk är det vanligt att man innan sjukskrivningen fått en annan diagnos än den man senare sjukskrivs för.

Andelen av de sjukskrivna som besökt specialistvården före och efter sjukskrivningen varierar mellan län, men mönstren ser olika ut för olika diagnoser och för besök före respektive efter sjukskrivningens start.

Det är inte möjligt att se någon samvariation mellan besök i specialistvården och sjukskrivningsmönster, mätt genom sjukfallslängd och andelen deltidssjukskrivningar. Det är alltså till exempel inte så att landsting där en stor andel av de sjukskrivna besöker specialistvården i samband med sjukskrivningen har kortare eller längre sjukfall, eller en högre eller lägre andel deltidssjukskrivningar. De skillnader som beskrivs ovan visar dock på att landstingens arbete med sjukskrivna skiljer sig åt, på grund av skillnader i antingen praxis eller patienternas egenskaper och behov av vård.

Åtgärder som utförts före och efter sjukfallets start

Åtgärderna som utförts för de sjukskrivna individer som besökt specialistvården är ganska få. För depression kan nämnas att strukturerad suicidriskbedömning (KVÅ-kod AU118) utförts i större utsträckning efter sjukfallets start. Omkring 4 procent av de sjukskrivna hade fått en sådan i specialistvården innan sjukskrivningen startade, och 14 procent efter sjukfallsstarten. Andelen som fått en bedömning varierar även mellan män och kvinnor. Män har i något högre utsträckning fått en strukturerad suicidriskbedömning i specialistvården, både före (6 procent jämfört med 4 procent för kvinnor) och efter sjukskrivningens start (19 jämfört med 12 procent). Detta varierar också mellan länen, där andelen som bedömts är störst i Södermanland, både före och efter sjukfallsstart (10 respektive 33 procent), och lägst i Kronoberg och Skåne där ingen av de sjukskrivna fått bedömningen i specialistvård, varken före eller efter sjukfallets start.

Bland dem som sjukskrivits för stressreaktioner har en liten andel fått en strukturerad suicidriskbedömning i specialistvården (2 respektive 5 procent) före och efter sjukskrivningsstart.

För knäartros kan istället nämnas den vanligaste åtgärden, primär totalprotes i knäled med cement (KVÅ-kod NGB49) som utförts på 8 procent av de sjukskrivna före sjukfallets start och på 19 procent efter. Huruvida en individ fått en protes av detta slag varierar stort mellan länen. Hela 13 procent i Uppsala och Jönköping har fått en sådan protes före sjukskrivningsstart, medan endast några få procent i Kronoberg och Östergötland fått detta. Efter sjukfallets start är andelen högst i Värmland (28 procent) och lägst i Västerbotten och Skåne (13 procent).

Då en så pass liten del av de sjukskrivna fått läkarbehandling i specialistvården är det svårt att göra någon tolkning av kartläggningen. Besök i specialistvården verkar inte samvariera med sjukskrivningsmönster.

Läkemedel

Tabell 9 nedan visar andelen sjukskrivna som hämtat ut receptbelagt läkemedel före respektive efter sjukskrivningsstart fördelat på sjukskrivningsdiagnos och kön. Av tabellen framgår att en hög andel av de sjukskrivna i samtliga fyra diagnoser, hämtat ut ett receptbelagt läkemedel såväl under tiden före som efter sjukskrivningsstart, samt att andelen ökat efter att sjukskrivningen påbörjats. I sammanhanget ska återigen påpekas att uthämtningen av läkemedel föregåtts av en läkarkontakt.

Tabell 9. Andel som hämtat ut receptbelagt läkemedel före respektive efter sjukskrivningsstart fördelat på sjukskrivningsdiagnos och kön. Avser påbörjade sjukfall perioden 2011–2014

Sjukskrivningsdiagnos	Kvinnor		Män		Totalt	
	Före	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*
Depression	89	96	79	94	86	96
Stressreaktion	84	90	71	83	81	88
Knäartros	95	99	89	97	92	98
Ryggvärk	87	94	74	91	82	93

Källa: Nationella patientregistret, Socialstyrelsen samt MiDAS, Försäkringskassan.

En större andel kvinnor än män har hämtat ut läkemedel. Detta gäller oavsett diagnos och om läkemedlet hämtades ut före eller under sjukfallet, även om skillnaden mellan könen är större före sjukfallets start. Det är inga nämnvärda skillnader mellan länen i uthämtade läkemedel för dessa fyra diagnoser.

Fler hämtar ut läkemedel efter att sjukskrivningen påbörjats

Då hänsyn tas till läkemedelstyp (tabell 10), framträder dock en del variation. En större andel av de som sjukskrivits för knäartros har hämtat ut läkemedel för högt blodtryck, troligtvis till följd av dessa patienters ofta relativt höga ålder. Både de som sjukskrivits för depression och stressreaktion har hämtat ut antidepressiva läkemedel i hög utsträckning. Denna andel ökar dessutom efter sjukskrivningsstart, från 38 procent till 76 procent för sjukskrivna i depression och från 18 procent till 36 procent bland dem med stressreaktion. Detta kan jämföras med att omkring 10 procent av Sveriges befolkning hämtar ut antidepressiva läkemedel under ett år. Uthämtningen är således mycket högre i de studerade grupperna. Individer som sjukskrivits i dessa diagnoser har också i högre utsträckning än andra hämtat ut ångestdämpande läkemedel, en andel som också ökar efter sjukskrivningens start.

Smärtstillande läkemedel är i stället vanligast bland individer med knäartros och ryggvärk, även om en ganska stor andel av de sjukskrivna för depression och stressreaktion också hämtat ut både opioider och andra smärtstillande läkemedel. Det senare kan bero på samsjuklighet och att man har fler diagnoser än den psykiatriska diagnos som utgör huvuddiagnos. Även här syns ett mönster med ökad uthämtning efter sjukfallets start, en ökning med 42 procentenheter för opioider och 20 procentenheter för övriga smärtstillande bland dem som sjukskrivits för knäartros. Motsvarande ökning bland dem som sjukskrivits för ryggvärk är 25 respektive 28 procentenheter. Sammanfattningsvis ökar således uthämtandet av läkemedel efter att sjukskrivningen startat i samtliga studerade diagnosgrupper.

Tabell 10. Andel som hämtat ut receptbelagt läkemedel före respektive efter sjukskrivningsstart fördelat på sjukskrivningsdiagnos och läkemedelsgrupp. Avser påbörjade sjukfall perioden 2011–2014

Sjukskrivningsdiagnos	Depression		Stressreaktion		Knäartros		Ryggvärk	
	Före	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*
Läkemedelsgrupp								
Högt blodtryck	14	16	14	17	39	41	17	19
Antidepressiva	38	76	18	36	12	13	13	19
Opioider	13	13	10	11	30	72	22	47
Lugnande/ångestdämpande	19	38	11	26	6	7	7	11
Smärtstillande (ej opioider)	26	27	23	24	69	89	42	70

Källa: Nationella patientregistret, Socialstyrelsen.

Användandet av läkemedel varierar mellan län

Uthämtning av läkemedel varierar också mellan län (tabell 11). När det gäller antidepressiva och ångestdämpande bland dem som sjukskrivits för depression, så har de boende i Värmland i störst utsträckning hämtat ut antidepressiva före sjukfallets början, medan andelen är lägst i Västernorrland (43 respektive 33 procent). Efter sjukfallsstart är dock andelarna högst i Kronoberg och på Gotland (79 procent) och lägst i Stockholm och Västernorrland (73 procent). Ångestdämpande har i större utsträckning hämtats ut i Stockholm, där 23 procent hämtat ut detta före sjukfallets början och 42 procent efter. Andelen är lägst i Jämtland där motsvarande siffror är 13 respektive 25 procent.

För de sjukskrivna i stressreaktion är mönstret liknande. Värmland har högst andel som hämtat antidepressiva både före och efter sjukskrivningens start (21 respektive 42 procent) medan Västernorrland ligger lägst (16 respektive 33 procent). Även för ångestdämpande är mönstret samma i denna diagnos, med lägst andel i Värmland (7 procent före sjukskrivningen och 16 procent efter sjukskrivningsstart). Högst är andelen även här i Stockholm (14 procent före och 30 procent efter sjukskrivningsstart).

Tabell 11. Andel som hämtat ut receptbelagt läkemedel före respektive efter sjukskrivningsstart i diagnoserna depression (F32) och stressreaktion (F43) fördelat på hemortslän. Avser påbörjade sjukfall perioden 2011–2014

Sjukskrivnings-diagnos	Depression				Stressreaktion			
	Antidepressiva		Ångest-dämpande		Antidepressiva		Ångest-dämpande	
	Före	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*
Hemortslän								
Blekinge	37	75	20	37	18	36	12	26
Dalarna	37	74	17	33	18	35	10	23
Gotland	39	79	21	36	18	36	8	22
Gävleborg	39	74	17	34	17	33	9	20
Halland	35	75	19	40	19	36	11	25
Jämtland	38	76	13	25	18	35	7	16
Jönköping	37	79	18	39	20	41	12	27
Kalmar	35	75	19	40	19	35	10	25
Kronoberg	40	79	20	38	20	40	11	26
Norrbotten	38	76	16	31	17	36	8	19
Skåne	38	78	19	39	19	36	12	27
Stockholm	37	73	23	42	18	36	14	30
Södermanland	36	76	19	39	18	35	10	26
Uppsala	41	77	19	37	20	37	11	25
Värmland	43	78	21	41	21	42	13	27
Västerbotten	41	77	14	30	20	39	8	20
Västernorrland	33	73	14	30	16	33	8	19
Västmanland	37	75	17	32	20	37	11	22
Västra Götaland	39	77	20	39	19	38	11	26
Örebro	35	75	15	33	17	35	9	22
Östergötland	37	76	20	42	18	34	12	26
Riket	**38**	**76**	**19**	**38**	**18**	**36**	**11**	**26**

Källa: Nationella patientregistret, Socialstyrelsen.

När det gäller uthämtning av smärtstillande bland sjukskrivna i knäartros och ryggvärk finns också en viss variation mellan länen (tabell 12). Sjukskrivna i artros på Gotland hämtar till större del ut smärtstillande opioider före sjukskrivningsstart; omkring 35 procent av de sjukskrivna där har gjort detta. Lägst andel uppvisar Östergötland, där 25 procent hämtat ut smärtstillande. Andelarna som hämtat ut opioider efter sjukskrivningsstart är högst i Blekinge och lägst i Norrbotten (79 respektive 56 procent). När det gäller uthämtning av övriga smärtstillande uppvisar Uppsala och Värmland lägst andelar (63 procent) och Kalmar högst (76 procent) före sjukskrivningsstart, medan andelen efter sjukskrivningens början är lägst i Jämtland (82 procent) och högst i Gävleborg och Dalarna (92 procent).

Variation finns även när det gäller uthämtning av läkemedel bland de sjukskrivna i ryggvärk. Andelen som hämtat ut opioider mot smärta före sjukskrivning är störst i Blekinge (26 procent) och lägst i Västernorrland och

Örebro (19 procent). När det gäller uthämtning efter att sjukskrivningen påbörjats är andelen högst i Kronoberg (52 procent) och lägst i Gävleborg (42 procent). Andelen som hämtat ut övriga smärtstillande (ej opioider) före sjukskrivningens start är istället störst i Jönköping (46 procent) och lägst i Gävleborg, Uppsala och Örebro (38 procent). När det gäller uthämtning efter sjukskrivningens start är andelen högst i Kronoberg (76 procent) och lägst i Jämtland (66 procent).

Jämförelsen ovan visar att användandet av läkemedel varierar, men det finns ingen tydlig koppling till sjukskrivningsmönster. Hög användning av läkemedel förekommer både bland län med kortare och längre sjukfall än genomsnittet. Hög läkemedelsanvändning finns också bland län med såväl låga som höga andelar deltidssjukskrivningar.

Tabell 12. Andel som hämtat ut receptbelagt läkemedel före respektive efter sjukskrivningsstart i diagnoserna knäartros (M17) och ryggvärk (M54) fördelat på hemortslän. Avser påbörjade sjukfall perioden 2011–2014

Sjukskrivnings-diagnos	Knäartros				Ryggvärk			
	Ej opioider		Opioider		Ej opioider		Opioider	
	Före	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*
Hemortslän								
Blekinge	68	86	33	**79**	44	71	**26**	49
Dalarna	74	**92**	28	77	42	71	22	47
Gotland	72	87	**35**	72	39	71	25	48
Gävleborg	65	**92**	29	78	**38**	67	22	44
Halland	71	91	29	77	44	72	21	47
Jämtland	65	**82**	33	61	39	**66**	23	47
Jönköping	72	90	32	70	**46**	76	23	50
Kalmar	**76**	90	30	67	44	74	20	46
Kronoberg	66	86	27	69	44	**76**	23	**52**
Norrbotten	73	88	28	**56**	46	70	24	45
Skåne	68	90	31	73	39	68	24	51
Stockholm	72	90	33	76	44	70	24	47
Södermanland	70	87	29	72	42	73	20	**42**
Uppsala	**63**	87	32	79	**38**	68	25	51
Värmland	**63**	90	27	73	41	70	22	48
Västerbotten	70	91	27	62	41	71	22	45
Västernorrland	72	88	27	65	40	71	**19**	43
Västmanland	70	89	32	74	40	68	22	43
Västra Götaland	70	87	29	70	42	70	22	46
Örebro	68	91	32	68	**38**	70	**19**	44
Östergötland	64	88	**25**	71	39	71	20	47
Riket	**69**	**89**	**30**	**72**	**42**	**70**	**22**	**47**

Källa: Nationella patientregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning av avsnittet

Analysresultatet visar att det finns vissa skillnader när det gäller vilken vård och behandling individer sjukskrivna i depression, stressreaktioner, knäartros och ryggvärk erhållit före respektive efter sjukskrivningens start. Nyttjandet av specialiserad läkarvård varierar både mellan länen och mellan könen. Samtidigt syns även att denna vård överlag inte nyttjas i så hög utsträckning. Omkring 50 procent av de sjukskrivna har varit i kontakt med specialistvården före eller efter sjukfallets start. Med undantag för individer med diagnosen knäartros, har dock endast mellan 3 och 15 procent av de sjukskrivna varit i kontakt med specialistvården med anledning av samma diagnos som man är sjukskriven för.

Skillnaderna mellan länen när det gäller brukandet av denna typ av vård är tydligast för individer sjukskrivna i depression. Samtidigt är det individer sjukskrivna i stressreaktioner som haft minst kontakt med läkare i specialistvården, såväl före som efter sjukskrivningens start. Detta indikerar att dessa patienter främst har kontakt med primärvården. Som tidigare nämnts saknas ett nationellt register över besök och insatser inom primärvårdenen. För att kunna utvärdera den vård dessa individer fått och hur den eventuellt påverkar deras sjukskrivning, så behöver analysen kompletteras med sådana data.

Även data som rör behandling av andra yrkesgrupper än läkare, inom såväl primär- som specialistvård, skulle bidra till en mer heltäckande bild. Framförallt för sjukskrivna i depression och utmattning som ofta har kontakt med exempelvis psykologer och terapeuter under sin behandling. Uppgifter om vilka behandlingar som använts, skulle ge en bättre bild av sjukvårdens praxis i arbetet med sjukskrivna individer och hur detta varierar mellan län.

Läkemedelsbehandling har till stor del nyttjats av patienter i samtliga grupper och tycks således användas tillsammans med sjukskrivning som en del i dessa patienters behandling. Användandet varierar dock mellan patienter bosatta i olika län och mellan könen, vilket kan indikera skillnader i hur denna behandlingstyp används.

Vidare finns också skillnader när det gäller i vilken utsträckning andra typer av behandlande åtgärder används, som exempelvis strukturerad suicidriskbedömning för depressionspatienter och proteser för knäartrospatienter. Skillnader finns såväl mellan könen som mellan länen. Inte minst framgår tydligt den låga andelen patienter som tagit del av någon behandlande åtgärd i specialistvården, något som ytterligare bidrar till slutsatsen om att information om behandling i primärvården behövs för att ge en komplett bild av detta.

Sammanfattningsvis indikerar skillnaderna mellan länen att djupare analyser behövs för att förstå hur och varför dessa sjukskrivningsmönster uppstår. En del av skillnaderna förklaras sannolikt av individuella faktorer hos de sjukskrivna individerna, något som även framgick av resultaten som redovisades i delrapport 1. Den variation som beror på eventuella strukturella skillnader i länens sjukskrivningspraxis behöver dock studeras närmare.

Riskfaktorer för sjukskrivning

Med utgångspunkt från resultaten av den deskriptiva analysen ovan, valdes en del av de till vården kopplade variablerna ut för en djupare analys. En logistisk regressionsmodell användes för att studera huruvida någon av dessa kan predicera sjukskrivning i depression (depressiv episod, F32). Analysen bygger på huruvida ett vårdtillfälle i specialistvård, vård för alkoholrelaterade diagnoser, bruk av läkemedel inom grupperna smärtstillande, ångestdämpande och antidepressiva tillsammans med variabler som kön, ålder, födelsebakgrund och om individen haft ekonomiskt bistånd under året före sin sjukskrivning, har någon betydelse för individens risk att bli sjukskriven. Data har hämtats från Försäkringskassans databas MiDAS samt patientregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen.

Resultatet av regressionsanalysen (se tabell 13) visar att risken att bli sjukskriven till följd av depression varierar med ålder. Individer i åldersgrupperna 30 – 39 år, 40 – 49 år och 50+ år löper en klart lägre risk att bli sjukskrivna i depressionsdiagnos, jämfört med individer i åldersgruppen 20 – 29 år som här utgör referenskategori.

Skillnaderna mellan könen är tydliga. Kvinnor löper mer än 30 procent högre risk att bli sjukskrivna till följd av depression i jämförelse med män. Detta stöds även av resultaten från uppdragets första delrapport om sjukskrivningsmönster, som tydligt visade att fler kvinnor än män påbörjade sjukfall inom en psykiatrisk diagnos [1]. Däremot visar inte analysen att individers födelsebakgrund (inrikesfödd/utrikesfödd) har någon betydelse.

Vidare visar resultatet att en individ som haft ekonomiskt bistånd löper klart större risk att bli sjukskriven i depression nästföljande år, jämfört med den som inte haft detta. När det gäller de mer vårdspecifika variablerna visar resultatet bland annat att en individ som vårdats i specialistvård har högre risk att bli sjukskriven i depression, liksom individer som hämtat ut lugnande och ångestdämpande läkemedel. Däremot finns inget signifikant samband mellan individer som vårdats för alkoholrelaterade diagnoser och risk för sjukskrivning i depression. En individ som fått en strukturerad suicidriskbedömning löper dock en förhöjd risk för sjukskrivning i depression. Detta skulle kunna förklaras av allvarlighetsgraden i individens sjukdomsbild.

Den faktor som starkast indikerar risk för sjukskrivning i depression är uthämtning av antidepressiva läkemedel. Individer som hämtat ut antidepressiva läkemedel löper närmare 60 procent högre risk att bli sjukskrivna jämfört med individer som inte hämtat ut detta.

Tabell 13. Resultat logistisk regression sjukskrivning med samtliga kontrollvariabler

Variabel	Kategori	Estimate	Pr > F	Alpha	Relativ risk (RR=(OR/(1+OR))/0,5.)
Ålder	30-39	0,820	<,0001	0,05	0,90
	40-49	0,638	<,0002	0,05	0,78
	50+	0,511	<,0003	0,05	0,68
Kön	Kvinna (1)	1,997	<,0001	0,05	1,33
Födelse-bak-grund	Utrikes-född (1)	0,968	0,2593	0,05	0,98
Ekonomiskt bi-stånd 2014	Ja (1)	2,288	<,0001	0,05	1,39
Minst ett vård-tillfälle i specialistvård 2014	Ja(1)	1,507	<,0001	0,05	1,20
Suicid-bedömning	Ja (1)	1,74	0,0013	0,05	1,27
Smärtstillande, ej opioid	Ja (1)	1,188	<,0001	0,05	1,09
Lugnande/ång-est dämpande	Ja (1)	1,608	<,0001	0,05	1,23
Opioider	Ja (1)	1,201	<,0001	0,05	1,09
Antidepressiva	Ja (1)	3,798	<,0001	0,05	1,58
Högt blodtryck	Ja (1)	1,082	0,0363	0,05	1,04
Vårdats för alko-holrelaterad dia-gnos 2014	Ja (1)	0,803	0,2422	0,05	0,89

Vid en nedbrytning av analysen på länsnivå (visas ej i tabell) kvarstår skillnader i risk endast mellan könen samt för individer som hämtat ut antidepressiva läkemedel. Detta gäller samtliga län med undantag för Gotland. I samtliga län har kvinnor 30 – 40 procents högre risk att bli sjukskrivna i depression jämfört med män. Skillnaden är allra störst i Blekinge, där kvinnor har närmare 50 procents högre risk att bli sjukskrivna. Skillnaden är minst i Kronoberg (knappt 30 procent högre risk för kvinnor). Bland individer som hämtat ut antidepressiva läkemedel varierar den relativa risken mellan länen och är 40 – 60 procent högre jämfört med dem som inte hämtat ut denna typ av läkemedel. Högst risk finns i Norrbotten, där de som hämtat ut antidepressiva har drygt 70 procents högre risk att bli sjukskrivna i depression. De minsta skillnaderna finns i Dalarna och Kalmar län, där motsvarande

siffra ligger på 40 procent. Detta kan tyda på att det finns skillnader i hur antidepressiva läkemedel ordineras till patienter med depression i de olika länen. Norrbotten har exempelvis en relativt låg andel i befolkningen som hämtar ut antidepressiva läkemedel jämfört med övriga län, vilket kan indikera att de som väl hämtar ut denna typ av läkemedel är mer allvarligt sjuka och därmed har högre risk för sjukskrivning. Samtidigt har det län med näst högst relativ risk för användare av antidepressiva att bli sjukskrivna i depression, nämligen Västerbotten, en relativt hög andel i sin befolkning som hämtar ut denna typ av medicin.

Skillnaden i risk för olika ålderskategorier kvarstår även då hänsyn tas till län, liksom mönstret där de äldre åldersgrupperna har en relativt lägre risk för sjukskrivning. Undantagen är Blekinge, Dalarna och Södermanland, där åldersgruppen 30 – 39 år ligger på ungefär samma eller något förhöjd risknivå, jämfört med åldersgruppen 20 – 29 år.

Resultaten av analyserna på länsnivå visar sammantaget att risken för att bli sjukskriven för depression påverkas av framför allt individens egenskaper, till exempel ålder och kön. Risken för sjukskrivning är även klart högre för dem som hämtat ut antidepressiva läkemedel.

Sammanfattning av avsnittet

Sammantaget visar analysresultaten att risken för sjukskrivning i depression påverkas av den enskilde individens egenskaper, främst ålder och kön. I samtliga län löper kvinnor 30 – 40 procents högre risk att bli sjukskrivna i depression i jämförelse med män. Skillnaden är störst i Blekinge.

Den faktor som starkast indikerar risk för sjukskrivning i depression är uthämtning av antidepressiva läkemedel. Risken för sjukskrivning är närmare 60 procent högre bland individer som hämtat ut antidepressiva läkemedel under föregående år, jämfört med individer som inte hämtat ut sådana läkemedel. Den relativa risken varierar kraftigt mellan länen och i Norrbotten, där denna är högst, har de som hämtat ut antidepressiva drygt 70 procents högre risk att bli sjukskrivna i depression. Hälso- och sjukvårdens övriga insatser innan sjukskrivningen verkar ha ganska liten betydelse. Den huvudsakliga slutsatsen utifrån denna analys är därför att det i första hand är individuella egenskaper som ålder och kön, som avgör risken för sjukskrivning, något som även konstaterades i resultaten från analyserna i delrapport 1.

Utifrån de resultat som redovisas ovan är det svårt att dra några närmare slutsatser kring om arbetet i vården påverkar risken för om en person senare kommer att bli sjukskriven. Det är således oklart hur vårdens sjukskrivningspraxis ser ut och i vilken utsträckning det påverkar sjukskrivningsmönster. De data som finns tillgängliga och de resultat som presenteras ovan är inte tillräckliga för att kunna förklara hur risken för sjukskrivning påverkas av eventuella väntetider för vård, fördelning av resurser inom landstingen och regionerna eller länens arbetsmarknad. Som tidigare nämnts behövs mer omfattande data och information om primärvård och vård som utförts av andra yrkesgrupper än läkare. Detta för att kunna ge en helhetsbild av den vård som erbjuds sjukskrivna individer och för att kunna relatera denna till den totala vårdtyngden och konsumtionen i respektive län.

Om ett mer heltäckande dataunderlag fanns tillgängligt, skulle det exempelvis vara möjligt att undersöka huruvida sjukskrivna individer får behandling enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer och hur detta påverkar sjukskrivningsrisken. Det skulle även vara möjligt att studera hur ofta de sjukskrivna haft kontakt med vården före sjukskrivningens början, liksom vilka behandlingar som påverkar risken för sjukskrivningen samt dess längd. Vidare skulle det också vara möjligt att i större utsträckning undersöka vilken typ av sjukdomshistorik som ökar risken för sjukskrivning och hur olika yrkesgruppers praxis påverkar.

Ytterligare data och information är också nödvändigt för att kunna följa individer från sjukskrivningens start samt genom hela rehabiliteringskedjan för att se i vilken utsträckning exempelvis rehabiliteringskoordinatorer använts på regional och på nationell nivå.

Följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutsstödet

År 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Uppdraget resulterade i att myndigheterna tog fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd bestående av dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om hur arbetsförmåga ska bedömas vid olika diagnoser. Beslutsstödet började användas 2008 och har därefter uppdaterats kontinuerligt. Studier har visat att beslutsstödet utgör en viktig del i arbetet med sjukskrivningar och att stödet uppfattas som positivt av sjukskrivande läkare [32].

Under 2016 genomförde Karolinska Institutet en uppföljning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Uppföljningen fokuserade på följsamheten till de rekommenderade sjukskrivningstiderna. Granskningen visade bland annat att i sjukfall med diagnosen F32, depressiv episod, pågick en tredjedel av sjukskrivningarna fortfarande efter den längsta rekommenderade sjukskrivningslängden (6 månader). För övriga diagnosgrupper pågick mer än hälften av fallen (som samtliga varat mer än 14 dagar) längre än den längsta rekommenderade sjukskrivningslängden [33].

Den första delrapporten av regeringsuppdraget visade att sjukfallslängden inom stressreaktioner (F43) med några undantag, överensstämmer väl med det försäkringsmedicinska beslutsstödet [1]. Vid en tidigare uppföljning som genomfördes av Försäkringskassan framkom att både längden och spridningen i sjukskrivningstiderna minskade efter införandet av beslutsstödet [34]. Försäkringskassan har även följt upp de specifika rekommendationerna för de psykiska diagnoserna som infördes 2008. Resultaten visade bland annat att medianlängden för psykiska sjukdomar minskade från 77 till 70 dagar, eller motsvarande 9 procent [35].

I denna rapport studeras följsamheten inom depression (F32) och ytterligare fördjupningar inom stressreaktioner (F43). Regionala skillnader i följsamheten skulle tyda på att det finns skillnader i hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan. Uppföljningen avser det beslutsstöd som började användas 2008. År 2017 kom en ny version av beslutsstödet som ännu inte kunnat följas upp.

Genom att använda Försäkringskassans register över elektroniskt inkomna läkarintyg är det bland annat möjligt att följa om diagnoskoden förändras i ett pågående sjukfall och hur långt sjukfallet blir. På så sätt kan en mer detaljerad bild ges av hur väl läkaren anpassar sjukskrivningen till beslutsstödets rekommendationer. Resultaten innefattar samtliga sjukfall som startats under år 2014 och 2015 med information från läkarintygsregistret och en första diagnos inom stressreaktion eller depression. Analysen begränsas till sex utvalda län med hög täckningsgrad i läkarintygsregistret. Se bilaga 3 för mer information om data och urval.

Följsamheten inom stressreaktion

Tidigare analyser på området har visat att många som har fått diagnosen akut stressreaktion (F43.0) i det första läkarintyget är sjukskrivna betydligt längre än vad som rekommenderas i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Detta kan bero på att läkaren ofta sätter akut stressreaktion som första diagnos och att diagnosen senare ändras till andra specificerade reaktioner på svår stress (F43.8). Sjukskrivningslängden anpassas då efter bytet av diagnos. Detta bekräftas även av resultat från den första delrapporten som visade att fler sjukfall har utmattningssyndrom (F43.8A) som sista diagnos i sjukfallet än som första [1].

Av beslutsstödet framkommer att den rekommenderade sjukskrivningstiden skiljer sig åt för olika underdiagnoser inom stressreaktioner. Följande rekommendationer gällde under åren 2014 – 2015:

- F43.0 Akut stressreaktion: Vid lindrig akut stressreaktion kan arbete ha en positiv effekt och sjukskrivning bör i sådana fall undvikas. Vid medelsvår akut stressreaktion kan patienten sjukskrivas upp till 4 veckor.
- F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress: Vid utmattningssyndrom i den akuta fasen kan patienten sjukskrivas upp till 6 månader. Vid utmattningssyndrom med kvarstående kognitiva svårigheter, kan patienten sjukskrivas på heltid upp till 1 år eller mer.

Byte av diagnos förklarar skillnader i sjukfallslängd

I genomsnitt startar nästan en tredjedel av alla sjukfall inom F43 med akut stressreaktion i första intyget. Nästan en lika stor andel startar med andra specificerade reaktioner på svår stress, som är en mer allvarlig form av anpassningsstörningar [1]. För att studera följsamheten mot beslutsstödet, undersöks först längden på sjukfall som startar med akut stressreaktion. I tabell 14 visas för de utvalda länen, längden för sjukfall som startat med diagnosen akut stressreaktion och som inte byter diagnos under sjukfallets gång.

Tabell 14. Sjukfallslängd för sjukfall som startar med *akut stressreaktion* (F43.0) och som inte byter diagnos. Avser sjukfall påbörjade 2014–2015

	2014		2015	
	Antal fall	*Antal dagar**	*Antal fall*	*Antal dagar**
Län				
Gävleborg	71	33	71	35
Jämtland	111	43	92	42
Skåne	1276	36	1604	36
Västerbotten	262	36	324	38
Västernorrland	334	36	405	35
Västra Götaland	1742	39	2045	39

**Median*

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

Enligt rekommendationerna ska sjukskrivning inom akut stressreaktion undvikas eller begränsas till som mest 4 veckor. De flesta sjukfall som börjar med akut stressreaktion, strax över 70 procent, byter inte diagnos under sjukfallets gång. Bland dessa sjukfall är längden i genomsnitt 37 dagar, alltså drygt en vecka längre än vad beslutsstödet rekommenderar. I samtliga län är sjukskrivningarna i genomsnitt några dagar längre än rekommenderat. Jämtland sticker ut med en sjukskrivningslängd på nästan 6 veckor.

När samtliga sjukfall med en första diagnos i akut stressreaktion studeras (oavsett om det finns ett byte av diagnos eller inte), uppgår medellängden till närmare 7 veckor. Det finns dock en risk för att sjukskrivningslängden kan vara missvisande om man endast tittar på första diagnosen i sjukfallet. Diagnosen kan ju ha ändrats under sjukfallets gång och sjukskrivningen anpassats därefter. I nästa steg studeras därför om diagnosen akut stressreaktion ändras till den andra, specificerade reaktioner på svår stress, under pågående sjukfall.

Tabell 15 visar sjukskrivningslängden för alla sjukfall som i första läkarintyget startar med akut stressreaktion och byter till diagnosen andra specificerade reaktioner på svår stress inom 15 månader från sjukfallets start. Som jämförelse visas även den genomsnittliga sjukskrivningslängden för alla sjukfall som startar med diagnosen andra specificerade reaktioner på svår stress.

Tabell 15. Sjukfallslängd för sjukfall som startar med *akut stressreaktion* (F43.0) och som inom 15 månader byter till *andra reaktioner på svår stress* (F43.8), samt för sjukfall som startar direkt med F43.8. Avser sjukfall påbörjade 2014–2015

	2014		2015	
	Antal dagar start F43.0 byte till F43.8*	*Antal dagar* start F43.8*	*Antal dagar* start F43.0 byte till F43.8*	*Antal dagar* start F43.8*
Län				
Skåne	296	173	298	185
Västerbotten	306	216	365	236
Västernorrland	437	227	366	233
Västra Götaland	361	187	349	190

**Median.*

Notis. Antalet sjukfall är för få för att redovisas för Gävleborg och Jämtland.

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

Sjukfall som startar med akut stressreaktion och därefter byter diagnos till andra specificerade reaktioner på svår stress har en betydligt längre sjukskrivning än sjukfall som inte byter diagnos. Dessa sjukfall blir i genomsnitt nästan ett år långa vilket kan jämföras med 37 dagar för sjukfall som inte byter diagnos. Av tabell 15 framgår även att de sjukfall som byter till diagnosen andra specificerade reaktioner på svår stress också blir betydligt längre än sjukfall som startar direkt i den diagnosen. En hypotes är att insatser sätts in tidigare och prioriteras i sjukfall med mer allvarliga diagnoser, vilket skulle kunna vara en förklaring till att sjukfall som startar i korrekt diagnos får en kortare sjukskrivning.

Följsamhet inom depression

I det försäkringsmedicinska beslutsstödet graderas rekommendationerna inom depressiv episod (F32) utifrån om depressionen är lindrig, medelsvår eller svår. Nivån kan utläsas från den fjärde positionen i diagnoskoden, vilket gör det möjligt att undersöka om sjukskrivningslängden anpassats utifrån hur svår depressionen är enligt beslutsstödets rekommendationer. Den rekommenderade tiden för sjukskrivning inom depression är som följer:

- F32.0 Lindrig depressiv episod: Lindrig förstagångsdepression kräver ofta inte sjukskrivning. Arbetsförmågan kan vara nedsatt i 1 – 3 månader efter insatt behandling. Sjukskrivning på deltid bör övervägas.
- F32.1 Medelsvår depressiv episod, F32.2/F32.3. Svår depressiv episod utan respektive med psykotiska symtom: Vid medelsvår och svår förstagångsdepression kan arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 6 månader efter insatt behandling. Stora individuella skillnader förekommer.

Informationen om depressionens svårighetsgrad är inte komplett i läkarintygsregistret. Strax över 70 procent av diagnoserna i det första läkarintyget inom depressiv episod är ospecificerade (F32.9), eller inte utskrivna alls i läkarintyget (F32-). Resultaten baseras därför endast på de ärenden där läkaren angett nivå på depressionen i det första läkarintyget (se bilaga 3).

Längden på sjukskrivning anpassas efter svårighetsgrad

Till att börja med undersöks om sjukfallslängden inom depression följer det försäkringsmedicinska beslutsstödet. I tabell 16 redovisas sjukskrivningslängd samt andelen med sjukskrivning på deltid för de olika svårighetsnivåerna.

Tabell 16. Sjukfallslängd* och sjukskrivning på deltid för sjukfall som startar med depressiv episod (lindrig, medelsvår och svår), fördelat på län. Avser sjukfall påbörjade 2014–2015

		Lindrig (F32.0)		Medelsvår (F32.1)		Svår (F32.2-F32.3)	
	Totalt antal sjukfall	*Antal mån*	*Andel partiell (%)*	*Antal mån*	*Andel partiell (%)*	*Antal mån*	*Andel partiell (%)*
Län							
Gävleborg	173	4	22	4	18	7	8
Jämtland	130	10	17	4	9	6	16
Skåne	1730	2	18	5	15	8	8
Västerbotten	293	3	24	5	18	12	4
Västernorrland	315	2	26	4	14	7	10
Västra Götaland	2148	2	19	4	16	8	10

**Median.*

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

Av tabellen framgår att sjukdomens svårighetsgrad har betydelse för sjukfallslängden. Ju svårare sjukdomsgrad, desto längre blir sjukfallen. Sjukfall inom lindrig depression är upp till 3 månader långa inom flertalet län, medan sjukfall i medelsvår och svår depression i genomsnitt blir 4 respektive 8 månader långa. Det betyder att beslutsstödets rekommendationer följs relativt väl.

Jämtland sticker dock ut med sjukfall inom lindrig depression, där medianen ligger på drygt 10 månader, vilket är långt över beslutsstödets rekommendationer. Det tyder på att det finns skillnader i sjukskrivningspraxis över landet.

Sjukfall som börjar med sjukskrivning på deltid visar ett tydligt mönster. Andelen sjukfall som startar med sjukskrivning på deltid är högst bland individer med lindrig depression och lägst bland individer med svår depression, i enlighet med rekommendationerna. Mönstret gäller alla utvalda län och visar inte på någon skillnad i vårdens arbetssätt.

Sammanfattning av avsnittet

Sammanfattningsvis konstateras att det finns en något längre spännvidd för sjukskrivningslängd än vad som rekommenderas för akut stressreaktion. Till viss del kan dessa variationer förklaras av att behovet av sjukskrivning bedöms individuellt och att det inte finns någon evidensbaserad behandling för patienter med stressreaktioner. Det faktum att vissa län avviker från beslutsstödets rekommendationer mer än andra talar dock för att det finns regionala skillnader i vårdens sjukskrivningspraxis när det gäller dessa diagnoser.

Resultaten visar att det är viktigt att inte dra slutsatser från alla sjukfall som i första intyget har akut stressreaktion eftersom byte av diagnos under sjukfallets gång gör att sjukfallen blir längre än vad som rekommenderas. De långa sjukfallen inom akut stressreaktion är de som faktiskt byter diagnos till andra specificerade reaktioner på svår stress (F43.8) under sjukfallets gång. Dessa sjukfall blir även längre än de som startar direkt i andra specificerade reaktioner på svår stress (F43.8) vilket kan tyda på vikten av tidiga insatser.

Följsamheten till beslutsstödet för depression är generellt sett bra, både vad gäller sjukskrivningslängd och sjukskrivning på deltid. Däremot finns stora skillnader mellan länen när det gäller sjukskrivningslängden inom lindrig depression. Det stärker de tidigare resultaten att vårdens praxis och landstingens styrning generellt är enhetlig men att det finns skillnader mellan olika län. Skillnader gentemot rekommendationerna kan finnas både inom och mellan specifika diagnoser.

Transparenta jämförelser

I detta kapitel presenteras övergripande förslag till mått som kan användas som transparenta jämförelser av vårdens arbete med sjukskrivningsfrågan. Dessa är tänkta att kunna användas vid regionala jämförelser av sjukskrivningsmönster och vårdens arbete samt i samband med löpande uppföljningar av sjukskrivningar.

Förslag till områden för jämförelser

Förslagen till områden för transparenta jämförelser är framtagna med utgångspunkt från de analysresultat som framkommit i denna rapport, från resultaten i deluppdrag 1, samt tidigare kunskap om sjukfrånvaro och sjukskrivningspraxis. Förslagen är tänkta att visa på vilka områden som måtten bör täcka, samt på de utvecklingsbehov som finns inom området.

De föreslagna måtten gör på intet sätt anspråk på att vara heltäckande, även andra mått än de som nämns är naturligtvis tänkbara. Måtten har inte heller getts några specifika definitioner. De mått som är mest relevanta och praktiska att arbeta vidare med, får ges mer exakta definitioner i ett framtida utvecklingsarbete. En utgångspunkt bör också vara att utöver mått som speglar sjukskrivningspraxis och sjukskrivningsmönster, så ska hälso- och sjukvårdens förutsättningar i olika delar av landet beaktas, exempelvis befolkningens demografiska och socioekonomisk sammansättning, vårdtyngd och arbetsmarknad. Dessutom är det centralt att fortsätta följa hälso- och sjukvårdens arbete med försäkringsmedicinska frågor kopplat till sjukskrivning. Däri ingår också Försäkringskassans behov av kompletteringar av läkarintyg.

Nedan redovisas ett antal förslag till mått inom områden som bör täckas av transparenta jämförelser för sjukskrivning i olika delar av landet.

Mått på sjukförsäkringens utfall

Några möjliga mått att följa här är användandet av förebyggande sjukpenning och förekomsten av sjukskrivning på deltid. Här bör också incidensmått och durationsmått följas, exempelvis antalet startade sjukfall längre än 7 dagar och antalet startade sjukfall längre än 14 dagar, liksom sjukfallslängder generellt samt i specificerade diagnoser. De nämnda måtten avspeglar naturligtvis inte endast sjukvårdens arbete med sjukskrivningar utan påverkas också av patienten samt andra aktörer, exempelvis arbetsgivare och Försäkringskassan.

Det är också möjligt att följa startade sjukfall och sjukfallslängder och då samtidigt justera för länens befolkningssammansättning, vilket ger ett mått på sjukskrivningsmönster.

För att kunna utreda effekter av olika behandlingar, sjukskrivning inbegripen, krävs ofta långa uppföljningstider. Utöver sjukskrivningslängd som nämnts ovan, är det också viktigt att utreda om det sker en återgång i reguljärt eller annat arbete eller en övergång till permanent sjukersättning vid varaktig arbetsoförmåga.

Möjliga mått med längre tidshorisont är andelen som är i arbete 2 år efter sjukskrivningens start samt andelen som inte sjukskrivits på nytt 2 år efter sjukskrivningens start. Relevant i sammanhanget är att också följa överdödlighet bland individer som varit sjukskrivna.

Mått på hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning

För att bättre förstå hälso- och sjukvårdens arbete är det relevant att följa faktorer som kan visa variationer i hälso- och sjukvårdens beslut att rekommendera sjukskrivning till sina patienter. Exempel på sådana mått är hur lång period varje sjukintyg i ett sjukfall omfattar och hur många gånger ett intyg förnyas inom ett sammanhängande sjukfall. Med tillgång till bättre data över besök i primärvården skulle det också vara möjligt att följa till exempel antalet sjukintyg per 100 patientbesök.

Det finns även ett behov av att följa hälso- och sjukvårdens organisatoriska förutsättningar för att arbeta med sjukskrivning för att förstå hur väl arbetet med sjukskrivning är integrerat i det övriga arbetet. Sådana mått skulle till exempel kunna vara kopplade till bemanningen av vårdcentraler och hur man använder rehabiliteringskoordinatorer i arbetet med sjukskrivning på lokal nivå. Mått på organisatoriska förutsättningar är dock betydligt svårare att formulera än mått på konkreta arbetsinsatser. Eftersom det är svårt att jämföra olika organisationsstrukturer med varandra krävs ett omfattande arbete för att ta fram jämförelsemått som är transparenta och trovärdiga.

Mått på hälso- och sjukvårdens vård- och behandlingsarbete

Att ställa rätt diagnos samt att sätta in evidensbaserade behandlingar är avgörande för att så långt möjligt minska behovet av sjukskrivning. Möjliga mått för att belysa detta är exempelvis andelen som byter diagnos under pågående sjukfall, andelen som fått rekommenderad behandling, samt väntetider till behandling.

Hur kan de transparenta jämförelserna utvecklas?

I nedanstående avsnitt ges förslag på ytterligare mått som skulle kunna användas för att redovisa transparenta jämförelser mellan län eller landsting. För närvarande saknas tillräckligt dataunderlag eller dataunderlag av tillräckligt god kvalitet för att presentera dessa mått.

Uppföljning av besök och behandlingar i primärvården

På flera ställen i rapporten konstateras att analysen begränsas av att det saknas ett nationellt register över primärvårdens insatser. Detta innebär att endast vårdens arbete inom specialistvården kan beskrivas, vilken omfattar omkring 50 procent av de sjukskrivna. Hälften av patienterna kommer alltså bara i kontakt med primärvården, och får då ofta hela sin vård och behandling i primärvårdens regi.

Uppföljning av besök och behandlingar hos andra aktörer

En stor del av de vård- och behandlingsinsatser som är aktuella för vissa diagnoser ges av andra yrkeskategorier än läkare och ingår inte i Socialstyrel-

sens register. Detta gäller bland annat vård och behandlingsinsatser som används vid stressreaktion, som är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning. För att ge en fullständig bild av hur vården arbetar med dessa patienter behöver datainsamlingen om dessa insatser bli mer heltäckande.

Uppföljning på vårdenhetsnivå

Resultaten från den första delrapporten visade att en stor del av de regionala variationerna i sjukskrivningsmönster beror på skillnader mellan vårdenheter inom länen. I dagsläget finns ingen systematisk klassificering av vårdenheter. Det är därför inte möjligt att följa upp sjukskrivningsmönster uppdelat på vårdenheter. Förutsättningarna för att arbeta med sjukskrivningsfrågan kan skilja sig mycket åt mellan vårdcentraler, och på lokal nivå skulle jämförelser mellan vårdenheter därmed vara mer värdefulla än jämförelser mellan län.

Med samlad information om antalet besök i primärvården skulle det även vara möjligt att relatera antalet läkarbesök till antalet sjukintyg som leder till sjukskrivning på vårdcentralsnivå. Försök med sådan uppföljning har genomförts av Försäkringskassan i region Väst, men en nationell uppföljning kräver information om besök i primärvården nedbruten på vårdenhetsnivå. En sådan uppföljning skulle på ett enkelt sätt kunna bidra till förståelsen av sjukskrivningspraxis på lokal nivå och utgöra ett underlag för diskussion mellan lokala aktörer.

Försäkringskassans behov av kompletteringar av läkarintyg

Läkarintyget är ett viktigt underlag när Försäkringskassan bedömer rätten till sjukpenning och även en viktig del i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning. Utgångspunkten är att intyget ska vara fullständigt ifyllt när det kommer in till Försäkringskassan. Om intyget tillsammans med övriga utredningar och handlingar i ärendet innehåller tillräcklig information för att bedöma rätten till sjukpenning, behöver det inte kompletteras även om det inte är fullständigt. Av läkarintyget måste det dock framgå hur arbetsförmågan är nedsatt till följd av sjukdom, och intyget måste alltid kompletteras om informationen inte är tillräcklig för att bedöma i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt.

I dagsläget sker ingen uppföljning av hur ofta Försäkringskassan begär komplettering av ett läkarintyg. Tidigare studier har visat att andelen kompletteringar ligger på 9 – 14 procent [7], [8], [36]. Det finns inga studier av om och hur detta varierar mellan län eller vårdgivare. Att följa andelen kompletteringar skulle kunna ge kunskap om hur hälso- och sjukvården kommunicerar patientens behov och nedsättning av arbetsförmåga. Försäkringskassans behov av kompletterade läkarintyg kan även visa på skillnader i handläggningen av sjukpenningärenden, och således även visa på variationer i sjukskrivningspraxis i Försäkringskassans organisation. Försäkringskassan fick i juni 2017 i uppdrag av regeringen att kartlägga behovet av kompletteringar av läkarintyg. Uppdraget ska redovisas i december 2017 [6].

Sammanfattning av förslag till jämförelser

De utvecklingsbehov som beskrivs ovan tydliggör att de transparenta jämförelserna ska ses som ett första förslag. I många fall behövs bättre tillgång till data för att de föreslagna måtten ska vara möjliga och relevanta att följa. Dessa behöver utvecklas och preciseras i dialog mellan inblandade aktörer.

För att jämförelserna ska bli användbara måste de vara väl förankrade hos alla de aktörer som berörs av dem.

Nedan sammanfattas de mått som diskuteras i texten ovan. Måtten kan presenteras såväl generellt som uppdelat på diagnos. Vissa av måtten kan även justeras med hänsyn till skillnader i länens befolkningssammansättning.

- Antalet sjukfall längre än 7 respektive 14 dagar
- Sjukfallslängd
- Återgång i arbete, exempelvis andelen sjukskrivna som återgått i arbete 2 år efter sjukskrivningens start
- Återgång i sjukskrivning, exempelvis andelen som sjukskrivits på nytt 2 år efter sjukskrivningens start
- Överdödlighet bland sjukskrivna
- Sjukintygets längd och hur många gånger det förnyas under ett sjukfall
- Antal sjukintyg per 100 läkarbesök
- Andelen sjukskrivna som byter diagnos under pågående sjukfall
- Andelen sjukskrivna som får rekommenderad behandling
- Väntetider till behandling

Avslutande diskussion

Sjukfrånvarons variation geografiskt och över tid påverkas av en mängd olika faktorer. Representanter för hälso- och sjukvården är ofta de som en person först möter när problem med hälsan uppstår och har därför en viktig roll i sjukskrivningsprocessen. Denna rapport är en del av ett regeringsuppdrag vars övergripande syfte är att ge mer kunskap om sambandet mellan sjukskrivningsmönster och hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågan.

Rapportens frågeställningar fokuserar på landstingens arbete med sjukskrivning på dels strukturell nivå, dels i vårdens arbete med enskilda patienter. En tidigare delrapport inom samma regeringsuppdrag visade att det finns regionala variationer i sjukfallslängd och hur ofta deltidssjukskrivning används. Analyserna visade att skillnaderna i första hand kan förklaras av olikheter i länens befolkningssammansättning. Det vill säga att patienterna i de olika länen har olika behov av vård och sjukskrivning. Även efter att sådana skillnader mellan länen beaktats kvarstår dock olikheter i sjukskrivningsmönster. Dessa beror troligen delvis på aktörerna i sjukskrivningsprocessen. I denna rapport undersöks hälso- och sjukvårdens roll.

Resultaten från analysen i denna rapport visar på flera betydande skillnader i landstingens arbete med sjukskrivning. Med några få undantag har analysen dock inte kunnat visa några samband mellan hälso- och sjukvårdens arbete och sjukskrivningsmönster. Bristen på samband kan till stor del bero på att de data som finns tillgängliga på nationell nivå inte är tillräckliga för att beskriva hela hälso- och sjukvårdens arbete på ett bra sätt. För att förstå hur sjukskrivningsmönster uppstår är det nödvändigt att gå vidare med analysen med hjälp av nya datakällor och andra metoder.

Svårt att koppla sjukskrivningsmönster till hälso- och sjukvårdens arbete

Det kommunala självstyret gör att landsting har goda möjligheter att organisera sin verksamhet utifrån sina egna förutsättningar. Det finns därför stora regionala skillnader i landstingens arbetssätt. Ett exempel är att landstingen ofta väljer olika principer för finansiering och bemanning. Vissa skillnader i hur arbetet i vården bedrivs kan påverka arbetet med sjukskrivningar, till exempel vilka möjligheter läkare har att prioritera sjukskrivningsfrågan i sitt arbete.

I rapporten kartläggs skillnader i hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering, följt av ett försök att koppla dessa till sjukskrivningsmönster. Det har i denna rapport inte varit möjligt att identifiera något tydligt samband mellan sjukskrivningsmönster och till exempel hälso- och sjukvårdens kostnader per patient, antalet läkare per patient eller ersättningssystemets utformning. Detta ska inte tolkas som att det inte finns några sådana samband, då exempelvis tillgången till data är begränsad. Det är möjligt att vissa relevanta samband skulle framträda om det fanns tillgång till andra data eller andra

undersökningsmetoder använts. Ett undantag är att väntetider till vården verkar spela en viss roll. I län där en hög andel av de patienter som remitterats till specialistvården får en tid för besök inom 90 dagar är sjukfallen i genomsnitt kortare än i län där väntetiderna är längre. Detta kan tolkas som att landsting som arbetar effektivt med att korta vårdköer även är mer framgångsrika i att undvika onödiga fördröjningar i sjukskrivningsprocessen. I vissa fall kan väntetider ha en direkt påverkan på sjukfallslängden. Rehabiliteringskedjans tidsgränser kan innebära att en sjukskriven persons arbetsförmåga under tiden denne väntar på exempelvis operation, går från att bedömas gentemot personens vanliga arbete till att bedömas i förhållande till hela arbetsmarknaden. Personen kan då förlora sin rätt till sjukpenning.

Skillnader i vård och behandling

Rapporten innefattar även en analys av hälso- och sjukvårdens arbete med enskilda patienter. Den huvudsakliga slutsatsen är att skillnader i hälso- och sjukvårdens arbete i första hand förklaras av patienters olika bakgrundsegenskaper och skilda behov.

Resultaten visar bland annat att vilka faktorer som påverkar risken att bli sjukskriven för depression varierar mellan länen. Faktorer på individnivå, till exempel personens ålder och kön, verkar dock ha större betydelse för risken att bli sjukskriven än skillnader i hälso- och sjukvårdens arbetssätt och struktur. Det finns en rad individuella faktorer som är svåra att fånga upp i en analys. Till dessa hör bland annat individens levnadsvanor, arbetsmiljö, relation till arbetsgivaren, tillgång till vård och relation till sin läkare. Vissa skillnader i hälso- och sjukvårdens arbetssätt kan dock bidra till de regionala skillnaderna i sjukskrivningsmönster. Det finns skillnader i hur läkemedelsbehandling tillämpas för patienter med stressreaktion eller depression, men det finns ingen tydlig koppling mellan användningen av läkemedel och sjukskrivningsmönster för samma grupp. Skillnaderna mellan länen skulle kunna vara ett tecken på att det förekommer olikheter i sjukskrivningspraxis, vilka skulle vara intressant att följa upp ytterligare, framför allt om det var möjligt att koppla till vårdinsatser inom primärvården.

Det förekommer även viss variation mellan länen gällande hur sjukskrivningslängder förhåller sig till det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Att vissa län avviker från beslutsstödet mer än andra tyder på att det finns olikheter i sjukskrivningspraxis och i hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan.

Det är möjligt att resultaten skulle se annorlunda ut om analysen av sjukskrivningsmönster hade fokuserat på andra diagnoser, exempelvis sådana som oftare leder till specialistvård. De diagnoser som särskilt studerats i denna rapport, stressreaktion, depression, ryggvärk och knäartros, har valts ut för att de på olika sätt är intressanta när det gäller sjukskrivningsmönster. Avsaknaden av primärvårdsdata blir i sammanhanget en brist, då dessa diagnoser oftast behandlas i primärvården och sällan resulterar i specialistvård. Det är också möjligt att resultaten påverkas av valet att definiera sjukskrivningsmönster som sjuk-fallslängd och förekomsten av deltidssjukskrivning. Även antalet startade sjukfall är en viktig del av sjukskrivningsmönster, inte minst för att förstå hälso- och sjukvårdens beslut att rekommendera sjuk-

skrivning. För att utgöra ett relevant mått på sjukskrivningspraxis måste antalet startade sjukskrivningsfall sättas i relation till antalet patientbesök i hela vården.

Transparenta jämförelser kräver mer information om hälso- och sjukvårdens arbete

I rapporten listas tre områden för transparenta jämförelser som kan göra det möjligt att kontinuerligt följa upp sjukskrivningsmönster. Där listas även en rad förutsättningar som behöver uppfyllas för att det ska vara möjligt att ta fram relevanta jämförelsemått. Framför allt behövs ett heltäckande register över vårdens insatser inom primärvård. Primärvården är den första aktör som en patient möter i vårdkedjan och för många diagnoser sker hela behandlingen i primärvården.

En stor del av de vårdinsatser som är aktuella för vissa diagnoser sker hos andra yrkeskategorier än läkare. Patienter med stressreaktion, en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning, får ofta vård och behandling av andra personalkategorier än läkare. Detsamma gäller för personer med ryggvärk som ofta behandlas av sjukgymnaster. För att ge en fullständig bild av hur vården arbetar med dessa personer behöver datainsamlingen om dessa vårdinsatser bli mer heltäckande. Dessa insatser har hittills inte innefattas i Socialstyrelsens register. Sedan den 1 januari 2017, har dock Socialstyrelsen lagstöd för att samla in sådana uppgifter för patienter som behandlats i öppen, psykiatrisk specialistvård, och för närvarande pågår ett utvecklingsarbete med att införa detta i patientregistret. Målsättningen är att registret inom en snar framtid även ska innefatta psykiatrisk vård och behandling som ges av andra yrkeskategorier än läkare.

För att förstå variationer behövs mer kunskap om vad som styr sjukskrivningar

Det är viktigt att understryka att bättre tillgång till data över vårdens insatser inte nödvändigtvis ger bättre kunskap om sjukskrivningsmönster och sjukskrivningspraxis. Hälso- och sjukvårdens huvudsakliga uppgift är att erbjuda en god och jämlik vård, och att skriva intyg om sjukskrivning är bara en liten del av detta arbete. En del av forskningen på området tyder på att de insatser som läkare och patient upplever ger en förbättring av den sjukskrivnes välbefinnande, inte alltid ökar chansen att personen kan återgå i arbete [11].

Sammantaget visar resultaten i denna rapport att sjukfrånvaro är ett komplext område. Eftersom många aktörer är inblandade och kontinuerligt samverkar med varandra är det svårt att dra slutsatser om hur processen fungerar utifrån en kartläggning av en enskild aktörs insatser.

Utöver de behov av datautveckling som nämns i rapporten finns även ett behov av att bättre förstå hälso- och sjukvårdens organisatoriska förutsättningar för att arbeta med sjukskrivning. Dessa förutsättningar kan inte alltid fångas genom uppföljningar av registerdata och transparenta jämförelser, utan behöver istället studeras med hjälp av kvalitativa analysmetoder. Ett sådant exempel är den enkätstudie till läkare som forskare vid Karolinska Institutet genomför inom detta regeringsuppdrag. Studien ska bland annat fånga vilka förutsättningar läkare upplever att de har att arbeta med sjukskrivning. Det är framför allt genom denna typ av studier som det är möjligt att få en

uppfattning om i vilken utsträckning arbetet med sjukskrivning är integrerat i hälso- och sjukvårdens dagliga arbete.

Bilaga1. Tabellbilaga

Tabell 17. Relativ risk för sjukfall >14 dagar och återgång i arbete per län år 2015–2016. Avser förvärvsarbetande (a) 16–69 år i kontaktyrken (b) inom skola, vård och omsorg

	Sjukfallsrisk	Återgång i arbete (sjukfallet avslutas)
Hemortslän		
Blekinge	0,99	1,03
Dalarna	1,02 *	1,04 **
Gotland	1,00	1,08 **
Gävleborg	1,03 **	1,01
Halland	0,99	1,08 **
Jämtland	1,01	0,94 **
Jönköping	0,94 **	0,98
Kalmar	0,96 **	1,00
Kronoberg	0,97 *	0,97
Norrbotten	0,99	1,05 **
Skåne	0,97 **	1,02 **
Stockholm	1,03 **	1,04 **
Södermanland	1,05 **	0,98
Uppsala	1,04 **	1,02
Värmland	0,98 *	0,98
Västerbotten	1,00	0,87 **
Västernorrland	1,04 **	0,89 **
Västmanland	1,04 **	1,01
Västra Götaland	1,02	0,98 **
Örebro	1,00	0,97 *
Östergötland	0,94 **	1,07 **
Referensvärde	***Ovägt genomsnitt över alla län = 1,00***	

[a] *Per den 31 december 2014 enligt SCB:s registerbaserade arbetsmarknadsstatistik.*

[b] *Som högriskyrken räknas följande kontaktyrken (SSYK96) med hög sjukskrivningsrisk (enligt Socialförsäkringsrapport 2014:4): 222 Hälso- och sjukvårdsspecialister, 223 Barnmorskor; sjuksköterskor med särskild kompetens, 249 Psykologer, socialsekreterare m.fl., 323 Sjuksköterskor, 331 Förskollärare och fritidspedagoger, 346 Behandlingsassistenter, fritidsledare m.fl. samt 513 Vård- och omsorgspersonal.*

** Statistiskt signifikant på 5-procentsnivån, ** Statistiskt signifikant på 1-procentsnivån.*

I regressionsmodellerna kontrolleras för kön, ålder, yrke (SSYK96 4-siffernivå, sektor (statlig, primär-kommunal, landstingskommunal, privat) samt sjukersättning/aktivitetsersättning. I analysen av återgång i arbete kontrolleras även för diagnos, sjukhistorik samt försäkradtyp (anställd, arbetslös etc.).

Källa: MiDAS. Försäkringskassan. Uttagsdatum 20170420.

Tabell 18. Vanligast förekommande diagnoskod, fördelat på sjukskrivningsdiagnos och hemortslän. Avser påbörjade sjukfall 2011–2014 (exkl. förlossning)

Sjukskrivningsdiagnos	Depression		Stressreaktion		Knäartros		Ryggvärk	
	Före	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*	*Före*	*Efter*
Hemortslän								
Blekinge	R104X	F321	R104X	F430	M171	M171	M545	M544
Dalarna	F321	F321	R074	R104X	M171	Z090	M545	M511K
Gotland	Z719	F321	Z719	Z719	M171	M171	Z719	Z719
Gävleborg	R104X	F321	Z090	Z090	M171	M171	Z090	M511K
Halland	Z090	F329	Z719	Z719	M171	M171	Z719	M511K
Jämtland	R104	F329	R104	Z532	M171	M171	R104	M511K
Jönköping	Z719	F321	Z719	Z719	M171	M171	Z719	Z719
Kalmar	F329	F329	R104X	F430	M171	M171	R104X	M511K
Kronoberg	R104X	F329	R104X	R104X	M171	M171	R104X	M544
Norrbotten	R104X	F329	R104X	R104X	M171	M171	R104X	M545
Skåne	R104	F321	R104	R104	M171	M171	R104	M544
Stockholm	F329	F329	R104	F430	M171	M171	M545	M545
Södermanland	F329	F329	R074	F430	M171	M171	Z090	M545
Uppsala	R104X	F329	Z090	R104X	M171	M171	R104X	M545
Värmland	R104X	F321	R074	F430	M171	M171	M545	M544
Västerbotten	F329	F329	Z711	F438A	M171	M171	M545	M511K
Västernorrland	F329	F329	Z090	F430	M171	M171	Z090	M511K
Västmanland	R104X	F329	R074	R104X	M171	M171	R104X	M511K
Västra Götaland	F329	F329	R074	R074	M171	M171	M545	M544
Örebro	Z004	Z004	R104	R104	M171	M171	R104	M511K
Östergötland	R104X	F329	R104X	R104X	M171	M171	R104X	M511
Riket	**F329**	**F321**	**R074**	**F430**	**M171**	**M171**	**M545**	**M544**

Källa: Nationella patientregistret, Socialstyrelsen.

Bilaga 2. Metodbeskrivning individbaserade analyser

Del 1 – Deskriptiv översikt

- Fyra diagnoser: M17, M54, F43, F32
- Individer som varit sjukskrivna i dessa diagnoser 2011 – 2014 och som ej haft en sjukskrivning i samma diagnos under föregående fem år
- Utifrån startdatum för sjukskrivningen:
    - Matchat mot PAR fem år innan, ett år innan, ett år efter, två år efter
    - Matchat mot LMED fem år innan, ett år innan, ett år efter, två år efter
    - Kontrollerat:
        - Vad har de haft för diagnoser, åtgärder, läkemedel, vårdtid, antal besök i specialistvård

Del 2 – Riskanalys

- En diagnos: F32 (pga. tillräckligt stort underlag)
- Utifrån populationen i Sverige 2014:
    - Individer som ej varit sjukskrivna eller haft förebyggande sjukskrivning under 2011 – 2014 och haft pgi på minst 170 000 under 2014.
    - Av dessa: Vilka har påbörjat ett sjukfall i F32 under 2015? Vad skiljer dessa från den grupp som ej gjort det? Vilka variabler kan predicera sjukskrivningen?
    - Modellen:

$$
\begin{aligned}
&LOGIT(Sjukskriven\ i\ F32\ (1,0)\\
&\quad = \alpha + \beta_1 alderskategori\ (\text{ref} = 20-29\ \text{år})\\
&\quad + \beta_2 utrikesfödd\ (ref = 0)\\
&\quad + \beta_3 haftvtfmedFdiagnos\ (ref = 0) + \beta_4 haftekb\\
&\quad + \beta_5 Kön\ (ref = man) + \beta_6 Suicidbedömning (ref = 0)\\
&\quad + \beta_7 smärtstillandeejop\ (ref = 0)\\
&\quad + \beta_8 Lugnande\ (ref = 0) + \beta_9 Opiodier\ (ref = 0)\\
&\quad + \beta_{10} Antidepressiva\ (ref = 0) \beta_{11} Högtblodtryck\ (ref\\
&\quad = 0)\ \beta_{12}\beta_{13}\beta_{14}\beta_{15}
\end{aligned}
$$

Bilaga 3. Följsamhet till det försäkringsmedicinska beslutsstödet – urval och begränsningar

För att ge en mer detaljerad bild av följsamheten till det försäkringsmedicinska beslutsstödet jämförs den faktiska sjukfallslängden mot rekommendationerna. Fördjupningen har gjorts specifikt för diagnoserna anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43) och depressiv episod (F32). Dessa diagnoser ingår i psykiatriska sjukdomar som är den största diagnosgruppen för pågående sjukfall.

Datakällor

I analyserna har data från Försäkringskassans databas för analys av sjukfrånvaro – MiDAS – kombinerats med data från läkarintygsregistret. MiDAS är baserat på utbetalningar och innehåller uppgifter om sjukfall med sjukpenning. Information om sjuklöneperioden registreras inte i Försäkringskassans system, vilket gör att analyserna begränsas till sjukfall längre än 14 dagar.

Uppgifter om intygen för varje sjukfall finns inte i MiDAS utan i Försäkringskassans läkarintygsregister. Där registreras alla intyg som skickas in till Försäkringskassan oavsett om det kommer in en ansökan om sjukpenning eller inte. Intyg registreras både i elektronisk form och genom brev som skannas in, vilket gör att det kan förekomma både dubbletter och felregistreringar.

Populationen innefattar samtliga sjukfall i MiDAS som startade under åren 2014 och 2015. För att kunna kombinera data om sjukfall med läkarintygsregistret exkluderades först individer med förebyggande sjukpenning (cirka 2 procent av alla startade sjukfall). Dessa har ofta korta och upprepade sjukfallsperioder (vanligtvis på endast några dagar) och de sjukfallen blir därmed svåra att korrekt matcha till intygen. Genom att utgå från sjukfallets startdatum och det första intygets startdatum kunde drygt 85 procent av alla sjukfall matchas till ett ärende med tillhörande läkarintyg där diagnosen på första intyget och sjukfallet i MiDAS sammanfaller, vilket motsvarar cirka 820 000 sjukfall under de två åren.

Data

I den första delrapporten visade resultaten att täckningsgraden i läkarintygsregistret varierar mellan olika landsting beroende på i vilken utsträckning elektroniska intyg används. För att kunna beskriva skillnader mellan län begränsas beskrivningen liksom i den första delrapporten till sex utvalda län med hög täckningsgrad i läkarintygsregistret: Gävleborg, Jämtland, Skåne, Västerbotten, Västernorrland och Västra Götaland. Dessa län utgör 29 procent av alla sjukfall med matchade läkarintyg (238 000 sjukfall).

I syfte att göra sjukfall som startar år 2014 och 2015 jämförbara, accepterades endast intyg för sjukfallen som utfärdades 1 år och 3 månader från

sjukfallets start. Den gränsen sattes med anledning av att sjukfall som startade sista december 2015, endast hade tillgängliga intyg fram till och med början av 2017 vid analysens genomförande. Av samma anledning trunkerades även längden på sjukfall över ett år till 365 dagar.

Urval för F43

För de utvalda länen börjar 11 249 sjukfall, av de med matchade intyg specifikt med diagnosen akut stressreaktion (F43.0). Den diagnosen utgör 32 procent av alla sjukfall inom kapitlet anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43) under den aktuella perioden. Nästan lika många av sjukfallen bland de utvalda länen, 12 673 sjukfall, börjar med diagnosen andra specificerade reaktioner på svår stress (F43.8).

Första delen av analysen redogör för längden bland de sjukfall som startar med akut stressreaktion (F43.0) och som inte byter till någon annan diagnos under sjukfallets gång, vilket är majoriteten (74 procent av alla sjukfall), specifikt 8 337 sjukfall.

Den efterföljande redovisningen av de sjukfall som börjar med akut stressreaktion (F43.0) och sedan byter till andra specificerade reaktioner på svår stress (F43.8) under sjukfallets gång, är betydligt färre. Dessa sjukfall utgör drygt 9 procent av alla sjukfall som i första intyget startar med akut stressreaktion (F43.0). I tabell 19 redovisas antalet fall och andel av totalen i detalj för de utvalda länen.

Tabell 19. Antal sjukfall som startar med *akut stressreaktion* (F43.0) och som inom 15 månader byter till *andra reaktioner på svår stress* (F43.8), samt andelar av samtliga sjukfall som startar med F43.0 oavsett byte, fördelat på utvalda län. Avser sjukfall startade år 2014–2015

	2014		2015	
	Antal sjukfall start F43.0 byte till F43.8	*Andel av alla som startar i F43.0*	*Antal sjukfall start F43.0 byte till F43.8*	*Andel av alla som startar i F43.0*
Län				
Skåne	126	8 %	195	9 %
Västerbotten	31	9 %	57	13 %
Västernorrland	37	8 %	68	12 %
Västra Götaland	208	9 %	314	11 %

Notis. Antalet sjukfall är för få för att redovisas för Gävleborgs län och Jämtlands län

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret, Försäkringskassan.

Urval för F32

Bland samtliga startade sjukfall med matchade intyg i de utvalda länen under år 2014 och 2015,så tillhör 20 357 av dessa diagnoskapitlet depressiv episod (F32). Fördelningen av de specifika diagnoserna i det första intyget bland sjukfallen inom kapitlet redovisas i tabell 20.

Tabell 20. Antal sjukfall som i första intyget startar i *depressiv episod* (F32) fördelat på underdiagnos och utvalda län*. Avser sjukfall startade år 2014–2015

	Antal sjukfall	Andel
Diagnos		
F32	3 954	19 %
F32-	5 220	26 %
F32.0	781	4 %
F32.1	3 026	15 %
F32.2	850	4 %
F32.3	132	0.5 %
F32.8	122	0,5 %
F32.9	6 272	31 %

**Sjukfall startade i Gävleborg, Jämtland, Skåne, Västerbotten, Västernorrland och Västra Götaland.*

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

Av tabellen framgår att 31 procent av sjukfallen inom depressiv episod har okänd nivå på svårighetsgraden (F32.9). Informationen på den fjärde positionen i diagnoskoden saknas dessutom i 45 procent av sjukfallen (F32, F32-). Analyserna baseras därför på en mindre delpopulation av alla startade sjukfall inom depressiv episod där det finns information om känd svårighetsgrad: lindrig (F32.0), medelsvår (F32.1) eller svår depressiv episod (F32.2 och F32.3). Slutpopulationen bestod av 4 789 sjukfall (24 procent av totalen).

Bilaga 4. Bakomliggande förutsättningar

Regeringsuppdragets första del visade att en stor del av de regionala variationerna i sjukfrånvaro kan förklaras av skillnader på individnivå. För att förstå regionala skillnader i sjukskrivning och sjukskrivningspraxis är det därför viktigt att även förstå hur länen skiljer sig åt när det gäller förutsättningar som kan ha betydelse för hälsa, sjuklighet och vårdens genomförande. Sambandet mellan socioekonomiska faktorer, arbetsmarknad, sjuklighet och sjukskrivning är väl belagt i forskningen.[2] Befolkningens hälsa och behov av vård kan även påverka sjukskrivningspraxis. Detta i och med att större vårdbehov hos befolkningen påverkar sjukvårdspersonalens arbetssituation. Om det till exempel finns många äldre personer med ett stort vårdbehov i länet är det möjligt att hälso- och sjukvården inte kan prioritera vårdinsatser för personer i arbetsför ålder som riskerar att bli sjukskrivna.

I denna bilaga avsnitt presenteras en sammanställning av bakgrundsfaktorer som beskriver hur länen skiljer sig åt med avseende på bland annat demografiska och socioekonomiska förutsättningar samt befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Alla faktorer är inte direkt kopplade till hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning, men utgör på olika sätt viktig bakgrundsinformation för att förstå landstingens arbete, som beskrivs längre fram i rapporten. Avsnittet är tänkt att ge en övergripande bild av de strukturella förutsättningarna för vården och arbetet med sjukskrivningsfrågan. De faktorer som redovisas är länens befolkningssammansättning med avseende på socioekonomisk bakgrund (utbildning, inkomst, arbetslöshet) samt vårdtyngd (beräknat Care Need Index). I avsnittet redovisas även mått som beskriver skillnader i arbetsmiljö, levnadsvanerelaterade faktorer samt vårdkonsumtion. I sammanhanget är det dock viktigt att komma ihåg att det ofta finns större skillnader i exempelvis de socioekonomiska förhållandena *inom* ett län än mellan olika län, något som inte framgår här.

Sammantaget visar sammanställningen att det finns en stor regional variation i länens socioekonomiska sammansättning och befolkningens levnadsvanor. Bland annat är andelen med eftergymnasial utbildning och andelen arbetslösa ojämnt fördelade över landet. Även vårdtyngden varierar över landet, liksom befolkningens levnadsvanor och behov av vård.

Befolkningens socioekonomiska sammansättning

I Sverige finns stora regionala skillnader i befolkningssammansättningen. Länens befolkning varierar mellan knappt 2,3 miljoner invånare i Stockholm och 58 000 invånare i Gotlands län. Ett medelstort län har ungefär 280 000 invånare. Andelen invånare i arbetsför ålder är högst i Stockholm (60 procent) och de andra storstadslänen, och lägst i Dalarna (54 procent). Befolkningens socioekonomiska sammansättning varierar också.

[2] För en översikt, se t.ex. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. SBU; 2003.

Drygt 35 procent av Sveriges befolkning i åldern 16 – 74 år har eftergymnasial utbildning. Av tabell 21 nedan framgår att andelen med eftergymnasial utbildning skiljer sig mellan olika län. Den högsta andelen med eftergymnasial utbildning finns i Stockholm (43,2 procent), vilket till stor del förklaras av att där finns många arbetsplatser inom branscher som kräver hög utbildning. I området finns dessutom stora utbildningsmöjligheter samt en relativt ung befolkning som i regel har en högre utbildningsnivå än äldre. Lägst andelar med eftergymnasial utbildning uppvisar Gävleborg (26,8 procent), följt av Dalarna (27,1 procent) samt Södermanland (27,8 procent).

Tabell 21. Andel högutbildade (2016), andel arbetslösa (2016) samt disponibel inkomst (2015) bland befolkningen i olika län

	Andel (%) med eftergymnasial utbildning 2016 (16–74 år)a	Andel arbetslösa 2016b	Median disponibel inkomst 2015 (100-tals SEK)c
Hemortslän			
Blekinge	31,9	10,4	314,2
Dalarna	27,1	7,2	313,6
Gotland	29,2	6,4	309,2
Gävleborg	26,8	11,3	307,2
Halland	32,8	6,3	382,3
Jämtland	30,0	7,2	299,2
Jönköping	29,2	6,5	349,4
Kalmar	28,5	7,5	314,6
Kronoberg	31,6	8,2	332,1
Norrbotten	29,8	7,0	328,9
Skåne	36,0	9,9	329,6
Stockholm	43,2	6,1	406,0
Södermanland	27,8	10,7	324,8
Uppsala	38,3	5,6	361,7
Värmland	29,6	8,4	300,4
Västerbotten	35,9	6,4	324,0
Västernorrland	29,4	8,8	322,0
Västmanland	30,4	9,3	330,3
Västra Götaland	35,2	6,8	343,1
Örebro	30,6	8,0	315,1
Östergötland	33,8	8,7	327,7
Riket	35,2	7,6	345,8

[a] *Andel med eftergymnasial utbildning (bland länets befolkning 16-74 år)*

[b] *Arbetsförmedlingen. Andel arbetssökande (bland den registerbaserade arbetskraften).*

[c] *Median av disponibel inkomst. Samtliga hushåll i länet.*

Källa: Statistiska centralbyrån och Arbetsförmedlingen.

Den svenska arbetsmarknaden har sedan 1990-talets början förändrats rejält. År 2016 uppgick andelen öppet arbetslösa enligt Arbetsförmedlingen till drygt 7 procent i riket som helhet. Av tabellen framgår att arbetslösheten är

ojämnt fördelad mellan länen. Störst andel arbetslösa finns i Gävleborg, Södermanland och Blekinge, där över 10 procent var utan arbete vid mättidpunkten 2016. Lägst andel arbetslösa uppvisar Uppsala (5,6 procent) och Stockholm (6,1 procent).

Inte oväntat är Stockholm också det län som uppvisar den högsta disponibla inkomsten bland hushållen (medianvärdet). Även i Halland och Jönköping är hushållens disponibla inkomst högre i jämförelse med riket som helhet.

Care Need Index

Care Need Index (CNI) är ett hjälpmedel som utgår från socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa. I flera landsting används CNI för att fördela resurser mellan vårdgivare som har patienter med olika vårdtyngd. Måttet tas fram av Statistiska centralbyrån (SCB).

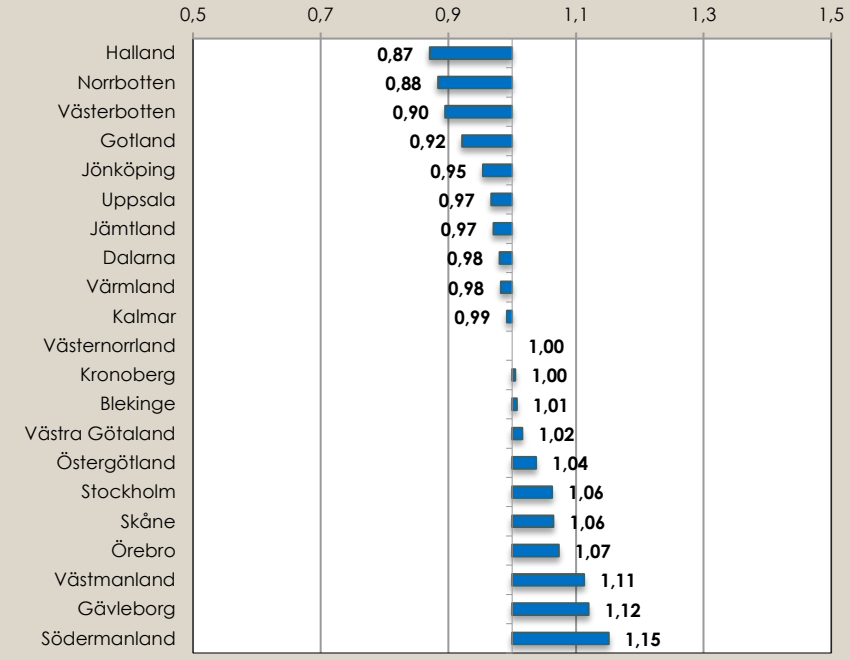
Generellt beräknas CNI utifrån varje vårdgivares listningsområde. Här presenteras istället CNI som ett sammanvägt mått på vårdtyngd för varje län. Detta kan ge en bild av regionala skillnader i vårdtyngd som skulle kunna bidra till en förståelse för skillnader i sjukskrivningspraxis.

CNI kan inte avgränsas till individer i arbetskraften. Måttet ger alltså ingen information om vårdtyngden hos de som kan bli sjukskrivna. I förlängningen kan länets totala vårdtyngd dock ha betydelse för hur mycket resurser hälso- och sjukvården har, och därmed även på arbetet med sjukskrivning. Indexet bygger på länens befolkning den sista december 2016. För varje län bestäms, med data från SCB, förekomsten av sju socioekonomiska variabler

- Lågutbildad 25–64 år
- Utrikesfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)
- Arbetslös eller i arbetsmarknadsåtgärd 16–64 år
- Ålder yngre än fem år
- Ålder över 65 år och ensamstående
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området

Dessa variabler vägs samman till ett index för vårdtyngd för varje län. Ett läns CNI-värde sätter CNI-medelvärdet per person i länet i relation till medianvärdet för samtliga enheters CNI-värde per person. Detta presenteras som relativa skillnader mellan länen. Diagram 1 visar vårdtyngden genom beräknat CNI för samtliga län. I detta fall representeras medianen av Västernorrland som i jämförelsen får CNI = 1, och detta blir därmed det värde som resterande län relateras till. Spridningen mellan de län som ligger under medianen är större än bland de län som ligger över.

Diagram 1. vårdtyngd per län genom beräknat Care Need Index (CNI), 2016



Källa: Statistiska centralbyrån

Av diagrammet framgår att CNI samvarierar med de mått på befolkningens socioekonomiska sammansättning som presenterades i föregående avsnitt. Arbetslösheten i de län som har högst CNI (Södermanland, Gävleborg och Västmanland) är högre än genomsnittet för riket, medan andelen i befolkningen som har eftergymnasial utbildning är lägre. I Halland, som är det län som har lägst vårdtyngd enligt CNI, är arbetslösheten lägre än i riket som helhet.

Psykosocial arbetsmiljö

Den lokala arbetsmarknaden kan ha stor betydelse för både sjukskrivningsmönster och vårdens arbete med sjukskrivning. Sedan tidigare är det känt att sjukskrivning är betydligt vanligare i vissa yrken än i andra. Inte minst är sjukskrivning i psykiska diagnoser betydligt vanligare bland individer som arbetar i så kallade kontaktyrken. I kontaktyrken arbetar personalen i nära kontakt med brukare av välfärdstjänster. Lärare, sjuksköterskor och omsorgspersonal utgör typiska exempel på kontaktyrken. Många av de yrken som i undersökningar uppvisar brister i den psykosociala arbetsmiljön finns inom den offentliga sektorn, främst inom kommuner och landsting, och utgör stora grupper på arbetsmarknaden[4].

Det är svårt att beskriva regionala skillnader i psykosocial arbetsmiljö genom befintliga data. De datakällor som vanligtvis används är enkätundersökningar, där underlaget är alltför litet för att delas upp på län.

I län där kommuner och landsting är stora arbetsgivare i förhållande till resten av arbetsmarknaden, kan detta tolkas som ett tecken på att en större andel av befolkningen har en förhöjd risk för sjukfrånvaro. Det kan i sin tur

påverka hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivningsfrågan, inte minst när det gäller behovet av samverkan med arbetsgivare.

Generellt har län som karaktäriseras av glesbygd en större andel anställda inom kommunal- och landstingssektorerna. Tidigare studier har visat att sjukskrivning i psykiska diagnoser däremot förekommer oftare i storstadsregionerna, där andelen kommunal- och landstingsanställda är lägst [4].

Befolkningens levnadsvanor

Hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper är stora. Exempelvis är medellivslängden i genomsnitt drygt fem år längre för eftergymnasialt utbildade, jämfört med de som enbart har förgymnasial utbildning [37].

Levnadsvanor har ofta stor betydelse för människors hälsa och därmed också för sjukskrivningsrisken. Om vi röker, dricker för mycket, rör oss för lite och äter ohälsosamt har vi betydligt större risk att drabbas av sänkt livskvalitet, allvarlig sjukdom, långvarig sjukskrivning och för tidig död. Minst 20 procent av den totala sjukdomsbördan i Sverige beror på ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen publicerade 2011 *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder* [38]. Där konstateras bland annat att sunda levnadsvanor, enligt WHO, kan förebygga 80 procent av all kranskärlssjukdom och stroke och 30 procent av all cancer. Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utveckling av typ 2-diabetes. Även den som redan är sjuk kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor.

Trots de påtalade vinsterna, och trots att det sjukdomsförebyggande arbetet är en del av hälso- och sjukvårdens uppgift enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), har det sjukdomsförebyggande arbetet generellt ingen självklar ställning i hälso- och sjukvården. Det råder stora variationer mellan olika landsting och vårdenheter när det gäller sjukdomsförebyggande åtgärder.

Därför rekommenderar Socialstyrelsen i riktlinjerna olika metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patienten i dennes arbete med att förändra ohälsosamma levnadsvanor. De levnadsvanor som riktlinjerna tar upp är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor.

Nedan presenteras två levnadsrelaterade variabler som kan ha betydelse för hälsa, sjuklighet och hälso- och sjukvårdens arbete, och som varierar i olika grad mellan landsting.

Daglig rökning

Sambandet mellan tobaksrökning och ohälsa, sjukdom och död är väl känt. Rökning ökar risken för att drabbas av en rad olika sjukdomstillstånd, så som cancersjukdom, särskilt lungcancer, hjärt- och kärlsjukdom samt kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Vissa hälsoproblem visar sig i ett tidigt skede av ”rökarkarriären”, medan andra tar längre tid att manifesteras och kan uppstå långt efter det att man slutat röka. Det innebär att den nuvarande andelen rökare i ett landsting inte behöver vara det viktigaste måttet för att bedöma befolkningens risk att drabbas av rökrelaterade sjukdomar. Tidigare levnadsförhållanden och levnadsvanor har också betydelse. Att arbeta för en rökfri befolkning är ett sätt att påverka den framtida sjukvårdskonsumtionen och öka medellivslängden.

Daglig rökning har länge följts i nationella folkhälsoenkäter. I tabell 22 redovisas förekomsten av dagligrökare åren 2013–2016 fördelat på län/region och kön, enligt uppgifter från nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”.

Tabell 22. Andel dagligrökare 2013–2016

Län/region	Kvinnor	Män	Samtliga
Blekinge	13	10	11
Dalarna	9	8	9
Gotland	12	11	12
Gävleborg	11	7	9
Halland	13	6	9
Jämtland	11	10	11
Jönköping	11	9	10
Kalmar	12	9	11
Kronoberg	9	10	9
Norrbotten	11	10	10
Skåne	12	11	11
Stockholm	10	9	10
Södermanland	12	9	11
Uppsala	8	6	7
Värmland	13	8	11
Västerbotten	9	5	7
Västernorrland	11	9	10
Västmanland	10	8	9
Västra Götaland	11	9	10
Örebro	10	12	11
Östergötland	11	10	10
Riket	11	9	10

Källa: Nationella Folkhälsoenkäten 2013-2016, Folkhälsomyndigheten.

Trots rökningens väl kända skadeverkningar röker i genomsnitt omkring 10 procent av befolkningen dagligen. Flest dagligrökare finns på Gotland (12 procent) medan Uppsala och Västerbotten uppvisar lägst andelar dagligrökare (7 procent vardera). Kvinnor röker i något högre utsträckning än män – ett förhållande som gäller i flertalet län och regioner. Endast Kronoberg och Örebro har fler dagligrökare bland männen än bland kvinnorna. Andelen rökande kvinnor är högst i Halland och Värmland (13 procent).

Fetma

Fetma är en sjukdom som blivit allt vanligare i befolkningen de senaste två decennierna. Levnadsvanor som fysisk aktivitet och matintag är av stor betydelse för utvecklingen av övervikt och fetma. Enligt WHO som definierat gränserna för fetma med utgångspunkt från kroppsmasseindex (BMI) så föreligger fetma vid ett BMI på 30 eller mer.

Fetma ökar risken för ett stort antal sjukdomar, däribland olika former av cancer. Ett högt BMI ökar också risken att drabbas av diabetes, högt blod-

tryck och höga blodfetter. Tabell 23 visar andelen individer med fetma per landsting fördelat på kön, perioden 2013–2016.

Tabell 23. Andel med fetma (BMI 30 och högre) 2013–2016

Län/region	Kvinnor	Män	Samtliga
Blekinge	18	16	17
Dalarna	17	16	16
Gotland	16	16	16
Gävleborg	17	17	17
Halland	14	11	12
Jämtland	13	15	14
Jönköping	16	18	17
Kalmar	16	12	14
Kronoberg	17	12	14
Norrbotten	16	17	17
Skåne	14	16	15
Stockholm	11	11	11
Södermanland	16	16	16
Uppsala	14	14	14
Värmland	17	18	18
Västerbotten	17	14	15
Västernorrland	18	18	18
Västmanland	15	17	16
Västra Götaland	14	14	14
Örebro	14	15	15
Östergötland	16	18	17
Riket	14	14	14

Källa: Nationella Folkhälsoenkäten 2013 – 2016, Folkhälsomyndigheten.

Drygt 14 procent av de svarande under perioden har uppgivit att de har ett BMI på 30 eller högre, dvs. lider av fetma. De högsta andelarna individer med fetma totalt sett, finns i Värmland och Västernorrland (18 procent i bägge), medan Stockholm och Halland har lägst andelar (11 respektive 12 procent).

På regional nivå ser förhållandena delvis annorlunda ut. Sammanlagt 8 av de 21 länen och regionerna har en högre andel feta män än feta kvinnor. I endast 5 län och regioner råder det motsatta förhållandet, dvs. en högre andel feta kvinnor än feta män, och i de resterande 8 länen är andelarna feta män respektive feta kvinnor lika stora. Högst andel feta män finns i Östergötland, Jönköping, Värmland och Västernorrland (18 procent). Västernorrlands län har också tillsammans med Blekinge de högsta andelarna feta kvinnor (18 procent).

Behovet av hälso- och sjukvård

I likhet med de socioekonomiska förutsättningarna varierar även behovet av hälso- och sjukvård, vårdkonsumtion samt sjukdomsförekomsten mellan

olika delar av landet. För att illustrera detta redovisas i följande avsnitt statistik om övergripande vårdkonsumtion samt data om insjuknande i två av de vanligaste sjukdomarna: akut hjärtinfarkt och cancer.

Kunskap om hur behovet av hälso- och sjukvård ser ut och varierar i olika delar av landet, kan bidra till en ökad förståelse av hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att arbeta med sjukskrivningsfrågan. Den övergripande vårdkonsumtionen i landstingen kan illustrera flera olika aspekter av detta, bland annat befolkningens vårdbehov och även vårdens tillgänglighet i olika avseenden.

Övergripande vårdkonsumtion

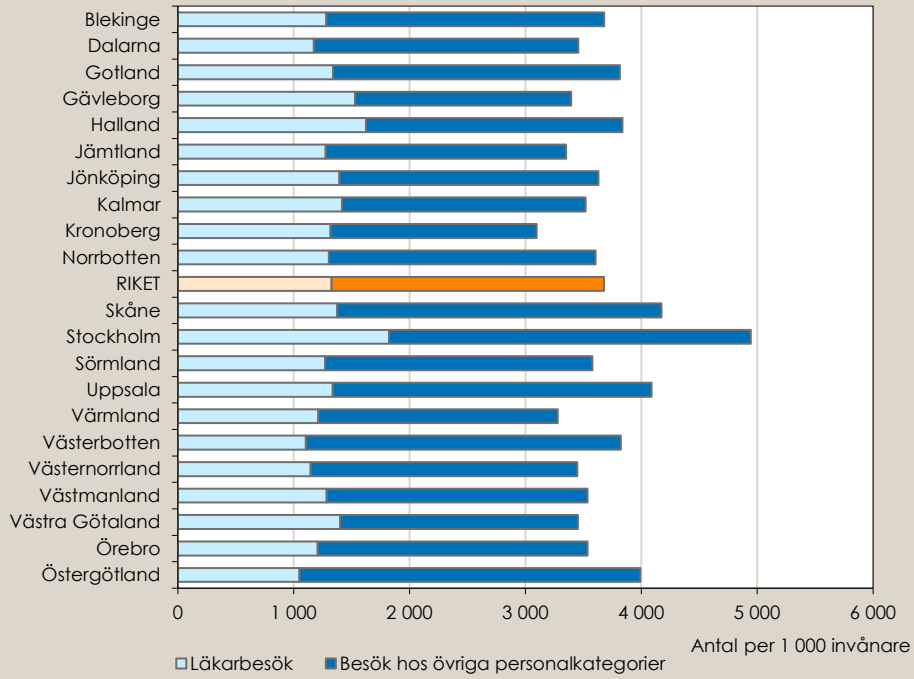
Vårdkonsumtionen i landstingen kan ses som en indikation på det underliggande behovet hos befolkningen. På övergripande nivå blir måtten tämligen grova, men ger ändå en bild av skillnaderna mellan landstingen när det gäller sjukvårdskonsumtion. I sammanhanget bör understrykas att vårdkonsumtionen även påverkas av annat än det direkta vårdbehovet.

Vilka kriterier som ska gälla för att en viss behandling ska ges till patienten kan skilja mellan olika landsting. Styrmedel som landstingens ersättningssystem eller riktade statsbidrag kan påverka konsumtionens nivå och sammansättning. Vårdens tillgänglighet är också av betydelse, liksom individuella omständigheter som patientens förtroende för vården, ekonomi, transportmöjligheter samt kunskaper i svenska språket.

I diagrammet nedan visas vårdkonsumtionen i landstingen övergripande genom antalet besök som utförts inom primärvård samt antal besök hos andra personalkategorier än läkare år 2016. Besöksuppgifterna avser respektive landstings totala produktion samt de besök som köpts från andra vårdgivare än landsting. Med besök avses här vårdkontakt inom öppen vård som skett i form av personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.

Flest primärvårdsbesök per 1 000 invånare totalt sett görs i Stockholm. Även Skåne, Uppsala och Östergötland har många primärvårdsbesök per invånare. Samtidigt har Östergötland lägst antal besök hos primärvårdsläkare per invånare av alla landstingen. Där utförs således mycket av primärvården av andra personalkategorier än läkare. Stockholm har flest läkarbesök per invånare inom primärvården.

Diagram 2. Primärvård exklusive hemsjukvård. Läkarbesök och besök hos andra personalkategorier per 1 000 invånare, 2016.



Källa: RKA/Sveriges Kommuner och Landsting

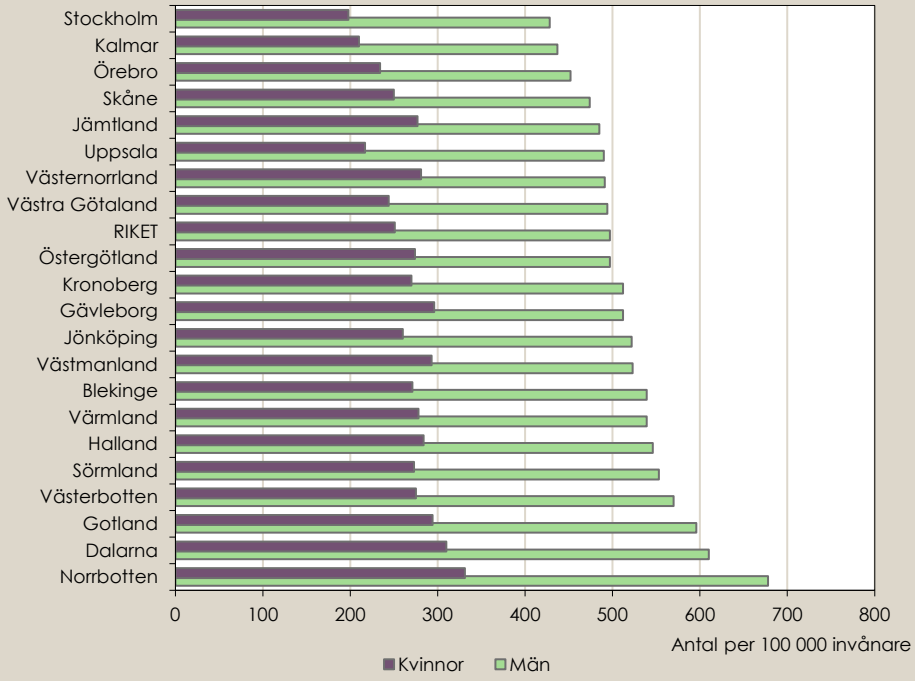
Även inom den specialiserade vården har Stockholm flest läkarbesök per invånare, både när det gäller somatisk och psykiatrisk vård (resultatet visas ej i diagram eller tabell).

Akut hjärtinfarkt

Hjärt- och kärlsjukdomar beräknas stå för närmare en fjärdedel av sjukdomsbördan i Sverige. Det är också den vanligaste dödsorsaken i vårt land. Socialstyrelsen publicerar regelbundet officiell statistik om förekomsten av hjärtinfarkt i Sverige, bland annat fördelat på landsting. Över tid märks en nedåtgående trend när det gäller insjuknandefrekvens [39].

Diagrammet nedan visar insjuknande (incidens) i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare (20 år och äldre) år 2015, fördelat på län och kön. Av detta framgår att det finns stora skillnader i sjukligheten mellan könen, med betydligt fler fall av akut hjärtinfarkt bland män än bland kvinnor. Skillnader i incidens finns också mellan län. Flest insjuknanden i akut hjärtinfarkt bland såväl män som kvinnor uppvisar Norrbotten med 678 respektive 331 infarkter per 100 000 invånare. Det lägsta antalet hjärtinfarkter per 100 000 invånare har Stockholm med 428 bland män och 198 bland kvinnor. I flera län är antalet insjuknade män mer än dubbelt så stort som antalet insjuknade kvinnor.

Diagram 3. Antal personer insjuknade i akut hjärtinfarkt per 100 000 invånare, 2015. Åldersstandardiserade värden.



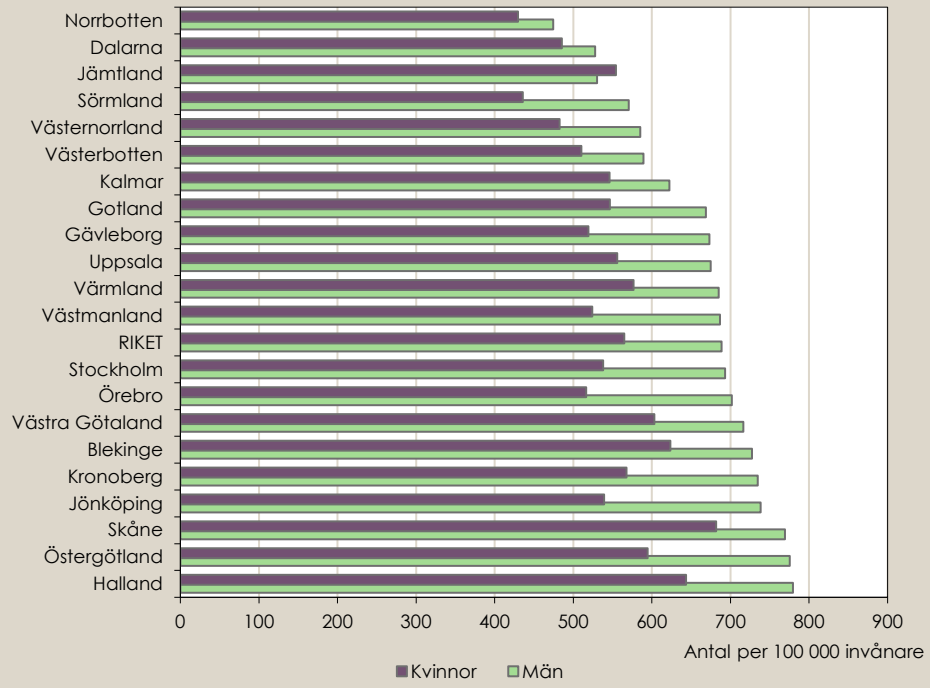
Källa: Patientregistret och Dödsorsakregistret, Socialstyrelsen.

Cancer

Maligna tumörer – dvs. elakartade cancertumörer – står för en stor del av landets sjukdomsbörda. Antalet insjuknade ökar stadigt och idag räknar man med att ungefär var tredje person i Sverige kommer att få en cancerdiagnos någon gång i sitt liv [40]. Samtidigt ökar överlevnaden.

Socialstyrelsen ansvarar för den officiella statistiken över cancerincidens i Sverige. Enligt denna fick ca 61 000 personer i Sverige en cancerdiagnos under 2015, varav ca 50 000 för första gången. Av diagrammet nedan framgår att Halland är det län som har högst cancerincidens för män (779 insjuknanden per 100 000 invånare) medan Skåne har den högsta för kvinnor (681 insjuknanden per 100 000 invånare). Norrbotten har lägst cancerincidens bland såväl män som kvinnor (474 respektive 429 insjuknanden per 100 000 invånare). Vilka cancerformer som är vanligast varierar mellan könen. Bland kvinnor är insjuknande i bröstcancer vanligast, medan prostatacancer dominerar bland män [40].

Diagram 4. Antal personer insjuknade i cancer per 100 000 invånare, 2015. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Sammanfattning

Sammantaget visar sammanställningen ovan att det finns en stor regional variation i länens socioekonomiska sammansättning och befolkningens levnadsvanor. Såväl andelen med eftergymnasial utbildning som andelen arbetslösa är ojämnt fördelade över landet. Den högsta andelen invånare med eftergymnasial utbildning finns i Stockholm. Det är även i Stockholm som den disponibla inkomsten är högst. Variationerna speglar arbetsmarknaden på så sätt att det i Stockholm finns många arbeten som kräver hög utbildning.

Vårdtyngden bestäms av ett antal socioekonomiska faktorer och samvarierar därför relativt väl med arbetslöshet och utbildningsnivå. Även andelen anställda inom kontaktyrken, en grupp som ofta upplever brister i den psykosociala arbetsmiljön, varierar över landet. Andelen anställda inom kommun och landsting är högst i Jämtland (36 procent) och lägst i Stockholm (14 procent). Län som karaktäriseras av glesbygd har i genomsnitt en större andel anställda inom kommunal- och landstingssektorerna. Sjukskrivning i psykiatriska diagnoser, som ofta kan kopplas till brister i arbetsmiljön, förekommer däremot oftare i storstadsregionerna, där andelen kommunal- och landstingsanställda är lägst.

Även vårdkonsumtionen, mätt genom antalet besök i primärvården per 1000 invånare, varierar mellan länen. Flest primärvårdsbesök per 1 000 invånare totalt sett görs i Stockholm. Även Skåne, Uppsala och Östergötland har många primärvårdsbesök per invånare. Samtidigt har Östergötland lägst antal

besök hos primärvårdsläkare per invånare av alla landsting. Där utförs således mycket av primärvården av andra personalkategorier än läkare.

I samband med de analyser av hälso- och sjukvårdens arbetssätt som redovisas i rapporten är det viktigt att ha dessa variationer i åtanke. Inte minst som en delförklaring till varför exempelvis väntetiderna inom vården varierar. Eftersom befolkningens förutsättningar och behov av vård varierar är det rimligt att vården är organiserad på olika sätt i olika län. Utifrån sina förutsättningar använder landstingen sina resurser på olika sätt för att bäst möta befolkningens behov.

Referenser

1. Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter. Försäkringskassan; 2017.
2. Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Kartläggning och analys. Socialstyrelsen och Försäkringskassan; 2015.
3. Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland - en jämförande fallstudie. Socialförsäkringsrapport 2017: 11. Försäkringskassan; 2017.
4. Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. Socialförsäkringsrapport 2014:4. Försäkringskassan; 2014.
5. Vård och omsorg har flest nya sjukfall i Sverige. Korta analyser 2015:1. Försäkringskassan; 2015.
6. Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. Dnr. 041508-2017. Försäkringskassan 2017.
7. Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro? Rapport 2008:27. IFAU - Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering; 2008.
8. Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag. Rapport 2009:14. IFAU - Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering; 2009.
9. Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling. Sjuk- och rehabiliteringspenning. Svar på regeringsuppdrag, dnr. 013684-2017. Försäkringskassan 2017.
10. Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar till upp- och nedgång över tid. Socialförsäkringsrapport 2014:17. Försäkringskassan; 2014.
11. Ejeby, K. Primary care patients with common mental disorders. Quality of life, sick leave and effects of group therapy: Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle; 2017.
12. Vision e-hälsa 2025. Överenskommelse mellan Regeringen (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Landsting S2016/01874/FS. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
13. Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt. SOU 2010:107. Sociala Rådet; 2010.
14. Arrelöv, B, Alexanderson, K, Hagberg, J, Löfgren, A, Nilsson, G, Ponzer, S. Dealing with sickness certification - a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. BMC Public Health 2007:7:273.
15. Edlund, C, Dahlgren, L. The physicians role in the vocational rehabilitation process. Disabil Rehabil. 2002 Sep 20;24(14):727-33.
16. Löfgren, A, Arrelöv, B, Hagberg, J, Ponzer, S, Alexanderson, K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionaire study of 5455 physicians. Scand J Prim Health Care. 2007;25(3):178-85.
17. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2013.

18. Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015. Metodbeskrivning och basuppgifter om primärvårdens läkarverksamheter. Sveriges Läkarförbund; 2015.
19. Hyrläkare i primärvården. En kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader. Rapport 2015:10. Konkurrensverket; 2015.
20. Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna. Rapport 2014:17. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014.
21. Markussen, S, Roed, K. The market for paid sick leave. Journal of Health Economics. 2017; 55:244-61.
22. Etablering och konkurrens bland vårdcentraler. Om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. Konkurrensverket; 2014.
23. Lindgren, P. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter och rekommendationer: Stockholm: SNS förlag; 2014.
24. ACG - förutsättningar för en nationell insats. Dnr 14/3321. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
25. Ersättningssystem i hälso- och sjukvården. Redovisning av landstingsenkät 2016. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
26. Läkarintygens betydelse för socialförsäkringen. Rapport 2014:5. Inspektionen för socialförsäkringen; 2014.
27. Sjukskriven i onödan? Försäkringskassan analyserar 2005:5. Enheten för forskning och utveckling, Försäkringskassan; 2005.
28. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
29. Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen - en litteraturstudie. Sveriges Kommuner och Landsting; 2015.
30. Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
31. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting; 2016.
32. Alexandersson, K, Hinas, E, Nilsson, G. Faktisk sjukskrivningslängd för vissa diagnoser i det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet. Rapport från en inledande studie Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin.; 2013.
33. Alexanderson, K, Hinas, E, Nilsson, K. Faktisk sjukskrivningslängd för diagnoser i det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap; 2016.
34. Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster för och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar. Socialförsäkringsrapport 2009:5. Försäkringskassan; 2009.
35. Beslutsstödet – Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar. Socialförsäkringsrapport 2010:7. Försäkringskassan; 2010.

36. Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden. Rättslig uppföljning 2011:12. Försäkringskassan; 2011
37. Livslängden i Sverige 2011–2015. Livslängdstabeller för riket och länen. Demografisk rapport 2016:4. Statistiska centralbyrån; 2016.
38. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen; 2011.
39. Öppna jämförelser 2014. Folkhälsa. Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting samt Folkhälsomyndigheten; 2014.
40. Cancer i siffror. Socialstyrelsen; 2013.