

Det försäkringsmedicinska uppdraget

CENTRAL LEDNING OCH STYRNING I LANDSTING OCH
REGIONER



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund	7
Hälsa- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag	7
Ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget	8
Tidigare studier.....	9
Kunskapsstyrning	10
Etablering av kompetensstöd inom försäkringsmedicin	11
Syfte	11
Metod	12
Kartläggningens genomförande	12
Sammanställning och analys	12
Metodologiska begränsningar	13
Resultat	14
Nuvarande ledning och styrning.....	14
Styrkor och svagheter	29
Nationellt stöd.....	31
Sammanfattande reflektioner	34
Ansvar och organisation.....	34
Styrande dokument	35
Försäkringsmedicinsk sakkunskap	35
Försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande	35
Försäkringsmedicinsk utbildning	36
Kvalitetsarbete.....	36
Samverkan	36
Nationellt stöd.....	37
Förslag på utvecklingsaktiviteter	38
Ansvar och struktur för ledning och styrning	38
Försäkringsmedicinsk sakkunskap och rådgivande organ	39
Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.....	40
Kvalitet och patientsäkerhet	40
Samverkan med externa aktörer	41
Bilaga 1	42
Landsting-/regionspecifika sammanställningar	42
Bilaga 2	59

Goda exempel	59
Bilaga 3	64
Uppgiftslämnare	64

Sammanfattning

Inför beslut om försäkringsförmåner krävs ofta underlag i form av medicinska bedömningar från hälso- och sjukvården. Det innebär att patienter som söker den allmänna hälso- och sjukvården kan behöva få konsekvenserna av sjukdomen kopplat till reglerna för den aktuella försäkringen bedömda samtidigt som de får sedvanlig vård och behandling. Vanligen kommuniceras den försäkringsmedicinska bedömningen via intyg till arbetsgivare, myndigheter eller privata försäkringsbolag. Att bedöma arbetsförmåga kopplat till sjukförsäkringen och att utfärda sjukintyg som patienten ska lämna till arbetsgivaren eller Försäkringskassan är en arbetsuppgift som berör flertalet kliniska verksamheter.

Ökat ansvarstagande inom hälso- och sjukvården för arbetet med sjukskrivningsprocessen har varit en av målsättningarna i de överenskommelser som tecknats mellan staten och SKL sedan 2006. Syftet har varit att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess genom att ge landsting och regioner ekonomiska drivkrafter att prioritera området. Med utgångspunkt från erfarenheter från arbetet med överenskommelserna och på önskemål från landstingen pågår ett projekt inom Sveriges kommuner och landsting med syfte att etablera ett nationellt stöd för landsting/regioners arbete med försäkringsmedicin och sjukskrivning.

Projektet ska bidra till ytterligare utveckling av ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget. Nuvarande ledning och styrning har kartlagts via intervjuer med processledare för arbetet med överenskommelsen. Av de uppgifter som rapporterats vid intervjuerna framkommer att arbetet med överenskommelsen integrerats i samtliga landsting/regioners centrala administration. Det finns i stor utsträckning kvalitetsledningssystem för försäkringsmedicin/sjukskrivning (enligt SOSFS 2011:9 alternativt 2005:12) och skrivningar om området är vanligt i uppdragsdokument eller andra typer av styrande dokument.

Överenskommelsen anges som central för arbetet, vilket i sig påverkat och påverkar ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget i stort. Hälso- och sjukvårdens uppdrag runt försäkringsmedicin/sjukskrivning uppfattas som otydligt och i jämförelse med andra områden som läkemedelsområdet ha relativt låg prioritet och låg status. Stöd kan finnas från enskilda chefer på olika nivåer men det breda stödet och intresset för arbetet från chefer och politisk ledning uppfattas i praktiken som svagt.

Tillgång till försäkringsmedicinsk sakkunskap och/eller försäkringsmedicinska kommittéer saknas bara på något håll i landet. Dock varierar sakkunnigas kompetens och roll samt kommittéernas sammansättning och uppdrag stort. Chefer och andra tjänstepersoner på central nivå ingår i flertalet kommittéer. Medicinskt professionellas deltagande består huvudsakligen av läkare. En koppling till organisationen för kunskapsstyrning innebär en större representation av medicinska företrädare, mindre svårigheter att rekrytera personal till uppdrag som medicinskt sakkunniga eller utbildningsuppdrag samt mindre problem med låg status.

Samarbete med Försäkringskassan runt arbetet med överenskommelsen och i utbildning av läkare i försäkringsmedicin anges som viktigt men inte okomplicerat. Bland annat har spända relationer till Försäkringskassan som uppkommer i den kliniska vardagen nämnts som en förklaring till rekryteringsproblem vad gäller medicinskt sakkunniga och utbildare. Försäkringskassan och ibland även Arbetsförmedlingen har representation i de försäkringsmedicinska kommittéerna

Åren med överenskommelsen har gett erfarenheter och skapat förutsättningar för en utveckling av ledning och styrning, så att en hållbar struktur utan överenskommelse och särskilda medel från staten kan skapas. I rapporten redovisas förslag på utvecklingsaktiviteter kopplade till de problemområden och positiva exempel som kommit fram i arbetet. Det handlar om att bygga vidare på och utveckla den struktur som redan finns i landstingen/regionerna, att närmare koppla arbetet till organisationen för kunskapsstyrning och frågor runt patientsäkerhet, att tydliggöra och formalisera uppdrag, roller och ansvar, att engagera professionella företrädare och försäkringsmedicinskt sakkunniga i planering och styrning. Allt för att förbättra kvaliteten i arbetet och stärka förutsättningarna för det försäkringsmedicinska området att bli en integrerad del av hälso- och sjukvårdens arbete.

En fortsatt utveckling av den nationella samordningen runt försäkringsmedicinsk kompetensutveckling och annat nationellt stöd lyfts också upp som viktigt i rapporten. Även en koppling till utvecklingen av den Nationella stukuren för kunskapsstyrning bedöms vara av betydelse för att skapa en plattform för fortsatt utveckling och förutsättningar för integrering av försäkringsmedicin/sjukskrivning som en naturlig del av vård och behandling.

Bakgrund

Den ökande sjukfrånvaron under detta sekels början föranledde en rad olika nationella initiativ. Bland annat initierade regeringen en Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet (SOU 2002:5) med insatser riktade till olika sektorer, däribland hälso- och sjukvården. I samband med det fick Professor Kristina Alexanderson, Karolinska Institutet, KI, 2004 i uppdrag av Socialdepartementet att identifiera problem vid handläggning av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården¹. Utredningen visade bland annat att ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet ofta saknades. Något som bidrog till sju definierade problemområden, däribland bristande strukturer för kvalitetssäkring, kompetensutveckling, kunskapsgenerering och samverkan. Författarna konstaterade även att huvudmännen inte betonat sjukskrivningsärenden som en prioriterad uppgift för hälso- och sjukvården.

Denna rapport blev utgångspunkt för en skrivelse som Sveriges kommuner och landsting, SKL, tillsammans med Läkarförbundet, Socialstyrelsen och Försäkringskassan, 2005 uppvaktade Socialdepartementet med. Skrivelsen innehöll förslag på förbättringsåtgärder för att minska sjukfrånvaron² och kom att utmynna i de överenskommelser som sedan 2006 har tecknats mellan staten och SKL. Den så kallade ”Sjukskrivningsmiljarden” har syftat till att skapa en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess genom att ge landsting/regioner som uppnår förutbestämda villkor ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan.

Till några av de områden som ingått i överenskommelserna genom åren hör ledning och styrning, samverkan mellan olika aktörer, försäkringsmedicinsk kompetensutveckling, rehabiliteringssamordning, jämställd sjukskrivning, förbättrad kvalitet i läkarintyg samt elektronisk överföring av intyg mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag

Personer som söker hälso- och sjukvård, t.ex. då de inte kan arbeta eller studera på grund av sjukdom eller skada, kan vara i behov av att få ett medicinskt utlåtande utfärdat i samband med vårdkontakten. Behoven av bedömning och innehållet i det medicinska underlaget patienten behöver beror på vad som regleras i regelverket runt den aktuella försäkringen samt handläggningen. Sjukförsäkringen syftar till att ge ekonomisk trygghet och erbjuda rehabilitering till personer som inte kan försörja sig på grund av sjukdom eller skada³. Försäkringskassan ansvarar som myndighet för tillämpningen av försäkringen.

¹ Alexanderson, K. m.fl. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Karolinska institutet, 2005.

² Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om åtgärder för att minska sjukfrånvaron, SKL dnr. 2005/2453

³ Socialförsäkringsbalk (2010:110), 180201. www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110

Bedömning och utfärdande av intyg vid sjukskrivning är den vanligaste försäkringsmedicinska åtgärden inom hälso- och sjukvården. I bedömningen ingår att ta ställning till om patientens sjukdom eller skada medför en funktions-nedsättning som leder till arbetsoförmåga, att prognosticera tid för återgång i arbete samt att bedöma behov av åtgärder som leder till att patienten återfår arbets-förmåga. Bedömningarna kommuniceras vanligen via intyg till patientens arbetsgivare eller Försäkringskassan, som behöver det medicinska underlaget för att fatta beslut om ersättning eller arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder. Allt oftare är Arbetsförmedlingen eller Socialtjänsten mottagare av intyget.

Läkaren har det medicinska ansvaret, vilket inkluderar försäkringsmedicinska ställningstaganden och utlåtanden. Andra professioner inom vårdteamet bidrar med specifik kompetens, för att åstadkomma en väl fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Av de övergripande principerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd⁴ framgår att det försäkringsmedicinska uppdraget ska integreras i det medicinska uppdraget - som en del av vård och behandling. Det betyder att försäkringsmedicinska bedömningar ska ske som en del av patientens vård och behandling och hanteras med samma systematik, kvalitet och professionalitet som andra åtgärder.

Sjukvårdshuvudmannen ansvarar för att det finns system och ledningsstruktur för ansvarsfördelning, kompetensutveckling och kvalitetsuppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, så att vården kan leva upp till kraven om god vård på lika villkor enligt gällande lagstiftning.

Ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget

Ett antal aktiviteter kopplat till utveckling av ledning och styrning inom hälso- och sjukvården runt sjukskrivningsprocessen har genomförts. Med utgångspunkt från den tidigare nämnda rapporten från KI⁵, erbjöd SKL under 2008-2009 utbildningar om ledning och styrning av sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag. Dessa utbildningar riktades till chefer inom landsting/regioner.

Ett villkor i överenskommelsen för 2010 var att sjukskrivningsprocessen skulle implementeras i ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet enligt Socialstyrelsens dåvarande föreskrift (SOSFS 2005:12). Ett ledningssystem är ett verktyg för att uppnå kvalitet, genom beskrivna strukturer för uppföljning, förbättring och konkret ledning och styrning av verksamheten. Som vägledning för att utveckla ett ledningssystem för försäkringsmedicin/sjukskrivning på både vårdgivar- och verksamhetsnivå utarbetade SKL handboken Bättre sjukskrivningar⁶. Krav i överenskommelsen innebar även att det centrala ledningssystemet skulle omsättas i lokala rutiner på verksamhetsnivå 2011.

⁴ <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>

⁵ Alexanderson, K. m.fl. Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Karolinska institutet, 2005.

⁶ Bättre sjukskrivningar – handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. Sveriges Kommuner och Landsting, 2010.

SOSFS 2005:12 är sedan 2012 ersatt av Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Anvisningar i SKL:s handbok, som bland annat upprättats gentemot SOSFS 2005:12, uppfyller i stort kraven även i denna nya föreskrift⁷. Vad som tillkommit av betydelse är dokumentationsskyldigheten.

Tidigare studier

Ett antal studier som belyser hur utvecklingen av ledning och styrning av det försäkringsmedicinska/sjukskrivningsuppdraget utvecklats utifrån kraven i överenskommelsen har genomförts. En baslinjestudie om ledning och styrning av sjukskrivningsprocessen genomfördes av KI 2007, som sedan kompletterades med en uppföljande studie 2013⁸. Dessa studier visade att chefer inom vården 2013 i högre utsträckning än 2007 såg ledning och styrning av sjukskrivningshantering som ett ansvar för cheferna i linjeorganisationen. Mellan åren hade även chefernas kompetens att leda och styra sjukskrivningsfrågan ökat och sjukskrivning hade i större utsträckning blivit en integrerad del av vård och behandling. Samverkan med Försäkringskassan hade under perioden utvecklats och enligt chefer på olika nivåer bidragit till att den ömsesidiga förståelsen för varandras uppdrag och roller ökat.

På uppdrag av regeringen undersökte Socialstyrelsen och Försäkringskassan 2015 hur landstingen arbetade med sjukskrivningsfrågan⁹. Enligt rapporten hade sjukskrivningsprocessen endast i begränsad utsträckning integrerats i hälso- och sjukvården på olika nivåer, delvis beroende på att arbetet med försäkringsmedicin var synonymt med de villkor som ingick i överenskommelsen. Frågan drevs i ett eget spår, parallellt till övrig hälso- och sjukvård, och fick därför heller inte plats i den ordinarie strukturen för kunskapsstyrning. Vidare saknades kunskap om vad som är kvalitet i sjukskrivningsprocessen, vilket innebar att uppföljning från central nivå försvårades och begränsade möjligheterna till styrning och utveckling av sjukskrivningsprocessen inom hälso- och sjukvården

Ovanstående faktorer bidrog till skillnader mellan landstingen hur sjukskrivningsfrågan hanterades. Dessa skillnader berodde förutom detta på demografiska och geografiska skillnader mellan landstingen och att arbetet kopplades till individ (processledare) snarare än organisatorisk struktur. Författarna menade även att försäkringsmedicinsk kunskap inom hälso- och sjukvården var begränsad till sjukförsäkringens regelverk och andra aktörers uppdrag. Ett större fokus från hälso- och sjukvården på läkares kunskaper kring bedömning av sjukskrivning som en del av vård och behandling efterfrågades.

De aktiviteter som genomförts utifrån överenskommelsen gällande ledningssystem centralt och lokalt, förefaller inte ha fått något tydligt genomslag i vårdverksamheterna. Utvecklingen kan studeras genom att jämföra resultat från enkätstudier av läkares uppfattning om sjukskrivningsarbetet 2008, 2012 och 2017. I enkätunder-

⁷ Socialstyrelsens meddelandeblad, Nr 11/2011

⁸ Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och jämförelser med 2007. Alexandersson m.fl., Karolinska institutet.

⁹ Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan – kartläggning och analys. Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Socialstyrelsen, 2015.

sökningen 2017 angav en av tre (35 %) att det fanns gemensamma rutiner för sjukskrivningsärenden på enheten¹⁰. Läkarnas kännedom om sådana rutiner hade inte förändrats sedan de tidigare undersökningarna¹¹. Majoriteten av de som rapporterade att det fanns en lokal policy 2017, rapporterade att den var ett stöd i det kliniska arbetet.

I rapporten från 2017 framkommer även att läkarna i stor utsträckning upplevde olika svårigheter i kontakten med Försäkringskassan. Även om hälften var nöjda med kontakterna upplevde drygt 80 % svårigheter, vilket är en ökning i jämförelse med de tidigare undersökningarna. De vanligaste problemen som rapporterades var att Försäkringskassan i onödan begärde kompletteringar av intyg och ställde krav på objektiva medicinska fynd där sådana inte hade kunnat observeras vid undersökning.

Motsvarande problem i kontakterna med Försäkringskassan har i ökande omfattning rapporterats de senaste åren. Läkare inom flera specialiteter beskriver att Försäkringskassans handläggning medför en ökad press och tidsåtgång för arbetet med att skriva sjukintyg och att svara på kompletteringsbegäran samt att sjukskrivningsarbetet är ett arbetsmiljöproblem¹².

Kunskapsstyrning

Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om medicinska tillstånd kopplat till försäkringsjuridik och de försäkringsmässiga konsekvenser som följer av sjukdom eller skada. Kunskapsområdet har av Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum, NFF¹³ 2017 fått följande definition:

Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplat till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen.

Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem.

De insatser som riktats till vården har i mindre utsträckning behandlat frågor runt försäkringsmedicin som kunskapsområde, utan mer varit fokuserade på sjukskrivning som ett arbetsområde kopplat till att utfärda intyg till Försäkringskassan. Detta gäller såväl utbildningsinsatser som bedömning av sjukintygets kvalitet. Inom andra kunskapsområden baseras utbildning och kvalitetsbedömning inom vården i större grad med utgångspunkt från patientperspektiv och patientsäkerhetsaspekter.

¹⁰ Alexanderson, K . m.fl. Läkares erfarenheter av arbetet med sjukskrivning. Karolinska Institutet, Rapport 1, 2017.

¹¹ Alexanderson, K m.fl., 2013. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning - Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Karolinska institutet, 2013.

¹² Vetenskapsradion, 180126.

<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=406&artikel=6867387>

¹³ Ett nätverk som består av representanter för Sveriges Kommuner och Landsting, Försäkringskassan, SBU, Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund.

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård innebär att val och beslut baseras på rekommendationer som utarbetats med bästa tillgängliga kunskap som grund¹⁴. Uppmärksamhet har under senare år riktats mot kunskapsstyrning som ett sätt att åstadkomma en mer kunskapsbaserad och jämlik hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Som stöd för huvudmännen har bland annat Rådet för styrning med kunskap inrättats syftande till samordnad information från olika myndigheter¹⁵.

Sjukvårdshuvudmännen beslutade 2016 om en sammanhållen nationell struktur för kunskapsstyrning via SKL. Initialt fanns området Försäkringsmedicin med i den föreslagna strukturen, men inför besluten i de olika landstingen under 2017 hade ämnesområdet försvunnit. För de inom SKL som arbetar med den aktuella överenskommelsen runt sjukskrivning och rehabilitering med staten och hur arbetet ska utvecklas efter överenskommelsens slut 2019 bedöms detta vara mycket olyckligt.

Etablering av kompetensstöd inom försäkringsmedicin

Den pågående överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017-2018 har sagts vara den sista. SKL har därför på önskemål från landsting/regioner, startat ett projekt som ska bidra till utvecklingen av en långsiktig nationell stödstruktur för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården. Projektet ska bland annat bidra till en kvalitetssäkring av landsting/regioners arbete, så att en effektiv och rättssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess kan uppnås. Hög kvalitet i försäkringsmedicinska bedömningar och utlåtanden ska eftersträvas, sjukskrivning ska ses som en integrerad del av vård- och behandling samt ske utifrån jämlika och jämställda förutsättningar.

Sjukvårdens arbete och den kliniska kompetensen inom det försäkringsmedicinska området är viktigt för hög kvalitet i sjukskrivningsprocessen. Detta så att rättssäkerhet ur den enskilde patientens perspektiv kan uppnås. Frågor runt ledning och styrning är en viktig förutsättning för struktur och kvalitet i vårdens arbete med det försäkringsmedicinska uppdraget. Att kartlägga hur landsting/regioner leder och styr arbetet idag och utifrån det föreslå utvecklingsaktiviteter är därför ett av projektets delområden.

Syfte

Att med utgångspunkt från information om hur landsting/regioner från central nivå i nuläget leder och styr bidra till god kvalitet i sjukvårdens arbete med sjukskrivning och andra försäkringsmedicinska frågeställningar.

¹⁴ Mot en effektivare kunskapsstyrning. Socialstyrelsen och SKL, november 2009

¹⁵ Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst

Metod

Kartläggningens genomförande

Telefonintervjuer har genomförts med processledare¹⁶ i samtliga tjugo regioner/landsting (se bilaga 3). Vid några intervjuer har även andra personer som centralt arbetar med frågorna deltagit. Intervjuerna utfördes semistrukturerat enligt en intervjuguide som förankrats med projektets arbetsgrupp. Denna består av representanter för de sex regionerna. Teman i intervjuguiden var ansvarsfördelning, organisation och styrande dokument, finansiering, ekonomi och koppling till överenskommelsen, extern samverkan och externt inflytande, kvalitet och patientsäkerhet, struktur och ansvar för kompetensförsörjning ur ledningssynpunkt samt styrkor och svagheter med nuvarande modell för ledning och styrning. Dessutom ställdes en fråga om behovet av nationellt stöd och samordning.

Intervjuguiden skickades ut inför intervjuerna som genomfördes under hösten 2017. Intervjuerna dokumenterades genom anteckningar och pågick i genomsnitt 90 minuter med en variation på +/- 45 minuter. Efter samtalen skickades anteckningarna ut till de intervjuade för komplettering, justering och godkännande.

Materialet sammanställdes på landstingsnivå enligt en gemensam struktur (bilaga 1). För att ge en översiktlig bild lades informationen från de intervjuade in i tabeller utifrån frågeställningarna i intervjuerna. De intervjuade personerna har vid två tillfällen erbjudits möjlighet att korrigera och komplettera sammanställningen av resultatet från det egna landstinget samt tabellinnehållet. I dessa utskick angavs att ”icke-svar” i sig betraktades som ett godkännande av innehållet och att inga kompletteringar behövdes. Svar inkom från tre av fyra intervjuade och komplettering av sammanställningarna har gjorts i enlighet med inkomna synpunkter.

Huruvida de intervjuade har involverat andra personer eller inte för att säkerställa att vi fått in fullständig information om nuläget utifrån frågeställningarna har vi inte information om. Att sammanställningen är ett underlag för diskussion om utveckling och inte ett underlag för jämförelse innebär att ett visst bortfall av information från enskilda landsting/regioner inte har betydelse för de slutsatser och förslag på utvecklingsinsatser som presenteras i slutet av rapporten.

Sammanställning och analys

Resultaten från kartläggningen har analyserats av projektledaren för det aktuella SKL projektet tillsammans med utredaren som genomfört intervjuerna och gjort sammanställningen. Tillsammans har dessa personer såväl teoretisk som praktisk erfarenhet av arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning och arbetet med överenskommelsen på landstingsnivå. Projektledaren är överläkare och försäkringsmedicinskt sakkunnig, disputerad inom det försäkringsmedicinska området och vetenskapligt råd inom försäkringsmedicin på Socialstyrelsen. Utredaren är

¹⁶ Personer som till SKL är angivna som processledare för arbetet med överenskommelsen.

anställd på SKL och har arbetat på central nivå i ett landsting med överenskommelsen under drygt nio år.

Resultaten har även diskuterats med projektets arbetsgrupp och styrgrupp, samt experter på området ledning och styrning av hälso- och sjukvården generellt och på ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet mer specifikt. De involverade experterna kommer från Karolinska institutet, Stockholms universitet, Sveriges Läkarförbund, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Socialstyrelsen, Stockholms läns landsting samt SKL.

Metodologiska begränsningar

Undersökningen begränsar sig till det de intervjuade beskriver om *hur* landsting och regioner gör på central nivå, och behandlar inte *vad* de gör eller hur enskilda verksamheter styr och leder sitt arbete. Detta eftersom intervjuguiden koncentrerats till frågor om hur landsting/regioner leder och styr det försäkringsmedicinska uppdraget från central nivå.

De intervjuade processledarna hade möjlighet att inhämta synpunkter och kompletterande information från andra funktioner och i ett fåtal fall fanns andra personer med vid intervjun. Inhämtad information är i stor utsträckning dock begränsad till det perspektiv på central ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget som processledare för arbetet med överenskommelsen har. Uppgiftslämnare med en annan funktion och perspektiv hade delvis kunnat ge en annan beskrivning utifrån temaguidens frågeställningar.

Komplettering utifrån andra personers och funktioners perspektiv och utgångspunkter kan lämpligen göras i samband med det fortsatta arbetet med utveckling av ledning och styrning i respektive landsting/region.

Resultat

Nuvarande ledning och styrning

Nedan följer en sammanställning av det underlag som kommit fram genom intervjuer och tillhörande kvalitetssäkring enligt ovan. Materialet återges på aggregerad nivå, och för vissa områden även på landsting-/regionspecifik nivå. Rapporter från enskilda landsting/regioner anges för att exemplifiera eller lyfta fram unika och/eller intressanta lösningar och tillvägagångssätt. Fler landsting och regioner än den eller de som nämns kan arbeta på likartat sätt eller har hittat andra intressanta lösningar som inte lyfts fram som exempel i rapporten.

I rapportens bilaga 1 redovisas en sammanställning av de intervjuades svar hur respektive landsting/region från central nivå leder och styr arbetet med försäkringsmedicin och sjukskrivning. I bilaga 2 finns en sammanställning över goda exempel som kommit fram i samband med intervjuerna.

Ansvar och organisation

I tabell 1 presenteras var ansvaret för arbetet med överenskommelsen och i vissa fall övriga frågor kopplat till försäkringsmedicin/sjukskrivning är organisatoriskt placerat i den centrala administrationen.

Ledning och styrning från centralt håll utgår huvudsakligen från kraven i överenskommelsen med fokus på sjukskrivning och Försäkringskassans behov. Alla landsting/regioner har arbetet med överenskommelsen integrerat i den centrala administrationen och endast ett fåtal driver arbetet organiserat som projekt. Dock uppfattar de intervjuade att arbetet med överenskommelsen i många fall bedrivs som projekt även i landsting/regioner som organisatoriskt och ansvarsmässigt förlagt arbetet i linjeorganisationen.

Den organisatoriska placeringen av och ansvaret för arbetet med överenskommelsen och andra delar kopplade till försäkringsmedicin/sjukskrivning har anpassats till hur den centrala landstingsadministrationen för övrigt är organiserad. Omkring hälften av landstingen/regionerna har förlagt ansvaret i stabsfunktion medan andra halvan har placerat det i linjen. Med något undantag sammanfaller den organisatoriska placeringen med den som gäller för överenskommelsens processledning. I Jönköping och Västra Götaland har man förutom centralt placerade processledare även lokala processledare som arbetar mer operativt nära vården.

Ofta finns en tydlig organisatorisk anknytning till utveckling, kvalitet och/eller patientsäkerhet. Från åtta landsting/regioner beskrivs att försäkringsmedicin/sjukskrivning an knyter till strukturen för kunskapsstyrning och från tio till patientsäkerhetsarbetet. I Norrbotten ingår försäkringsmedicin i olika expertområden, i Västernorrland är området direkt kopplat till patientsäkerhetsarbetet och i Västmanland ingår ordföranden i den försäkringsmedicinska kommittén i patientsäkerhetsteamet.

De enda landsting/regioner som har en koppling till beställarfunktion är Skåne och Stockholm. Större landsting/regioner tycks jobba mer mot uppdragsgivardelen, medan mindre har en närmare koppling till produktionsledet. Endast en region har angivit tydlig tillhörighet till produktionsledning.

Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektören i Örebro har ett särskilt uppdrag kring sjukskrivningsfrågan och bidrar tillsammans med den förvaltningsövergripande chefläkare som är ordförande i Sjukskrivningskommittén till att frågorna har en naturlig ingång i ledningsgruppen och får ökad legitimitet. I Jämtland/Härjedalen styrs arbetet av en långsiktig utvecklingsplan fastställd av regionfullmäktige och kopplad till regionplanen. Det innebär att arbetet är politiskt förankrat med regelbundna avrapporteringar i regionstyrelsen.

Flertalet beskriver svårighet att få engagemang från högsta ledningen och andra chefer. Frågan ligger inte högst i prioritet även om man gör det som behövs för att uppfylla villkoren i överenskommelsen. I flera intervjuer framkommer problem kopplat till brist på läkare och beroendet av hyrläkare, vilket är bland de frågor som ledningarna fokuserar på. Mycket av arbetet bygger på kraven i överenskommelsen och processledarnas möjlighet att driva processerna.

Tabell 1. Organisatoriskt ansvar

Region	Organisatorisk placering inom central administration ¹⁾		Koppling till kunskapsstruktur ¹⁾	Koppling till Patientsäkerhet
	Stab	Linje		
Blekinge		Avd. för kunskapsstöd/ Utvecklingsenheten	Avd. för kunskapsstöd	
Dalarna		Utvecklingsavdelning		
Gotland	Kanslienhet			
Gävleborg		Utvecklingsavdelning		Kontaktperson handhar kvalitet och PS
Halland		HS resp. Kvalitet inom HS (processledare resp. samordnare)	Process i ordinarie kunskapsstruktur	
Jämtland/ Härjedalen	HS-politisk avd.			
Jönköping	Länsövergripande processledare (ekonomi och beslut)			Försäkringsmedicin ses som en del av PS-arbetet
Kalmar	Planeringsenhet			
Kronoberg		Utvecklingsenhet	Pågår integrering i medicinska råd	
Norrbottn	Verksamhetsavdelning	HS-enhet (HSE)	HSE ansvar för KS	HSE ansvar för PS
Skåne		Avd. för HS-styrning	FMK inom struktur för regionens KS	Enhet för patientnära frågor
Stockholm		Avd. närsjukvård resp. Avd. kvalitet och patient-säkerhet (beställar- resp. kunskapsorganisation)	FMK i ord. kunskapsstruktur. Ordförande i Sth. medicinska råd	Medicinskt sakkunnig finns vid Avd. för kvalitet och patientsäkerhet
Sörmland	Kvalitets o verksamhetsutvecklingsstab	Utvecklingsenhet		
Uppsala		HS-avdelning	FMK ingår i ordinarie KST	
Värmland	Under HS-chef, utan organisatorisk koppling			Tillhör kvalitet och PS
Västerbotten	Kvalitet och säkerhet			Tillhör Kvalitet och säkerhet
Västernorrland		Kvalitet och patientsäkerhet		Tillhör kvalitet och PS
Västmanland	Stab för HS-utveckling			Ordförande för FMK i PS-team
Västra Götaland	HS-stab			
Örebro	Regionkansliets HS-stab		FMK ingår i ord. KST Ordförande i Råd för mes. KS.	Ordförande i FMK, leder ett processinriktat PS-arbete
Östergötland		Centrum för hälso- och vårdutveckling		

¹⁾ Förkortningar: FMK = försäkringsmedicinsk kommitté eller motsvarande, HS = hälso- och sjukvård, KS = kunskapsstyrning, KST = kunskapsstruktur, PS = patientsäkerhet

Styrande dokument

I tabell 2 kan utläsas att de intervjuade i sexton landsting/regioner anger att deras ledningssystem för försäkringsmedicin/sjukskrivning finns integrerat i landstingets och regionens övergripande ledningssystem. Från Blekinge och Västerbotten rapporteras att det där pågår diskussion om integrering. Från elva av de femton landsting/regioner som har ett ledningssystem för försäkringsmedicin/sjukskrivning upprättat enligt Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem (SOSFS 2011:9 eller 2005:12) anges det ha integrerats i det övergripande ledningssystemet. Från Kalmar och Jönköping rapporteras att det finns styrkort med kvalitetsindikatorer kopplat till ledningssystemet för försäkringsmedicin/sjukskrivning.

Området försäkringsmedicin/sjukskrivning anges vara integrerat i andra styrande dokument på förvaltnings- eller politisk nivå i en tredjedel av landstingen och regionerna. Skrivningar om sjukskrivning och rehabilitering är vanligt i uppdragsdokument riktade till primärvård (t.ex. regelbok/krav- och kvalitetsbok för primärvård) men mindre vanligt i uppdragsdokument till specialistvård (t.ex. överenskommelser, förvaltningsuppdrag, sjukhusavtal).

Från åtta landsting/regioner rapporteras att försäkringsmedicin/sjukskrivning är integrerat i övergripande vårdprogram eller vårdriktlinjer. Några rapporterar även förekomst av separata riktlinjer/rutiner för handläggning av sjukskrivning.

Underlag för beslut om fördelning av medel från överenskommelsen tas fram i samverkan mellan processledning och olika chefer inom landstinget/regionen alternativt i särskilda grupperingar. Det förekommer att den lokala Försäkringskassan är involverad i framtagandet av underlagen inför beslut. I Östergötland stämmer man av med controllerenhet och avtalsgrupp tidigt i planeringsprocessen.

Beslut fattas enligt gängse beslutsordning.

Tabell 2. Integrering av området försäkringsmedicin/sjukskrivning i övergripande styrande dokument

Region	Lednings-system för försäkringsmedicin/sjukskrivning ¹⁾	Ledningssystem integrerat i regionens övergripande ledningssystem ²⁾	Försäkringsmedicin/sjukskrivning finns i vårdprogram/riktlinjer eller liknande	Uppdragsdokument ³⁾		Integrerat i andra styrande dokument ⁴⁾
				Primärvård	Specialistvård	
Blekinge	2011:9			X		X
Dalarna			X			
Gotland	2005:12	X				
Gävleborg	2011:9	X				X
Halland	2011:9	X		X	X	X
Jämtland/Härjedalen		X		X		X
Jönköping	2011:9	X	X	X		
Kalmar	2011:9	X	X	X		X
Kronoberg		X	X	X		X
Norrbottnen	2011:9	X	X	X		X
Skåne		X	X	X	X	X
Stockholm	2011:9		X	X	X	X
Sörmland	2011:9			X		X
Uppsala		X	X	X	X	X
Värmland		X		X		
Västerbotten	2005:12			X		
Västernorrland	2011:9	X		X		
Västmanland	2011:9	X		X		
Västra Götaland	2005:12	X		X	X	
Örebro	2005:12	X		X		
Östergötland	2011:9	X		X	X	

¹⁾ Upprättat enligt Socialstyrelsens föreskrift om systematiskt kvalitetsarbete 2005:12 eller 2011:9

²⁾ Landstingets/regionens ordinarie övergripande ledningssystem har inte definierats, därför osäkert om det refererar till ett kvalitetsledningssystem.

³⁾ T.ex. regelbok/krav- och kvalitetsbok för primärvård, överenskommelser, förvaltningsuppdrag, sjukhusavtal för specialistvård.

⁴⁾ Avser främst övergripande styrdokument som landstings-/region-/förvaltningsplaner, delårsrapporter budget och bokslut men även generella dokument om nationella överenskommelser eller olika typer av direktiv som rör processen för försäkringsmedicin/sjukskrivning.

Försäkringsmedicinsk sakkunskap

I tabell 3 redovisas uppgifter runt försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare. De intervjuade från sjutton landsting/regioner rapporterar att de har minst en försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare på central nivå. Från två landsting/regioner rapporteras att funktionen är vakant medan två andra har löst vakansen genom att hyra in resursen. Genom andra funktioner/personer rapporteras från tio landsting och regioner att de har tillgång till ytterligare sakkunskap inom det försäkringsmedicinska området.

Från de två landsting som rapporterat att de inte har tillgång till försäkringsmedicinskt sakkunnig anges även att de inte har tillgång till annan försäkringsmedicinsk sakkunskap. Från ett landsting rapporteras att de har två sakkunniga och från ett annat rapporteras att de planerar för ytterligare en sakkunnig. Från fyra landsting/regioner rapporteras att de förutom centralt placerade sakkunniga även har formellt utsedda sakkunniga på lokal nivå. I Sörmland finns lokalt försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare som stöd till rehabiliteringskoordinatorer på vårdcentraler samt inom reumatologi, ortopedi och på medicinkliniken.

Från sju landsting/regioner anges att den centralt sakkunnige läkaren är direkt kopplad till processgruppen för överenskommelsen. För övrigt återfinns sakkunniga som representanter i försäkringsmedicinska kommittéer eller liknande. I dessa kommittéer finns även representation av andra personer med sakkunskap inom området.

Utifrån intervjuerna framkommer att den övervägande andelen av de sakkunniga läkarna är specialistkompetenta och för övrigt arbetar de som chefläkare, regionöverläkare, distriktsläkare, företagsläkare och överläkare inom psykiatri, ortopedi, handkirurgi, medicin och rehabilitering. Tio anges ha särskild kompetens inom försäkringsmedicin genom utbildning, forskning eller arbete inom Försäkringskassan.

Från flera landsting/regioner rapporteras att det är svårt att rekrytera försäkringsmedicinskt sakkunniga. Området har relativt låg status och de som är intresserade av försäkringsmedicin kan få bättre förutsättningar inom Försäkringskassan. I några intervjuer framkommer även att relationen mellan sjukvården och Försäkringskassan är spänd och att detta negativt påverkar möjligheten att rekrytera läkare till olika uppdrag.

Tabell 3. Försäkringsmedicinsk sakkunskap

Region	Centralt försäkrings- -medicinskt sakkunnig läkare	Den sakkunnige läkarens roll/ansvar ¹⁾	Den sakkunnige läkarens kompetens ¹⁾	Övrig försäkrings- medicinsk sakkunskap
Blekinge	Vakant			
Dalarna	Ja	Representanter i FMK	Läkare	X
Gotland	Ja	Samordnande	Chefläkare	
Gävleborg	Köps t.v.	Utbildning, konsultera Rehabkoordinatorer	Läkare med högre behörighet inom FM	
Halland	Ja	Proc. led. enl. regional processmodell	Specialist inom AM och psykiatri, förtroendeläkare FK	
Jämtland/ Härjedalen	Ja		Regionöverläkare	
Jönköping	Ja	Kopplad till PG		X
Kalmar	Ja två	Kopplade till PG	DL, specialist. i AM resp. överläkare i FHV, magister i försäkringsmedicin	
Kronoberg	Ja	Kopplad till PG	Ortoped-ÖL, särskild kompetens inom FM, erf. som försäkringsläkare samt FMU	X
Norrbottn	Ja Ytterligare resurs fr.o.m. 180101	Deltar i Samverkansforum, bevakar och sprider info Kopplad till hälso- och sjukvårdsenheten	Med. ansvarig läkare, specialist i AM Utbildad i FM	
Skåne	Ja	Kopplad till PG samt FMK	Specialist i AM	X
Stockholm	Ja	Kopplad till FMK	MD PhD, specialist i AM	X
Sörmland	Ja	Uppdragsbeskrivning utvecklas	Specialistläkare med FM kompetens	
Uppsala	Ja	Kopplad till FMK och PG	Specialist i handkirurgi, granskat intyg för FK	X
Värmland	Vakant			
Västerbotten	Ja	Utbildare		X
Västernorrland	Köps t.v./vakant			
Västmanland	Ja	Processägare av sjukskrivningsprocessen	ÖL	X
Västra Götaland	Ja	Kopplad till PG	Specialistläkare	X
Örebro	Ja	Kopplad till FMK	ÖL, medicin och rehabilitering med fördjupad kunskap i FM	
Östergötland	Ja	Kopplad till PG, operativ ut mot verksamheterna	Specialist i psykiatri, smärtlindring samt FHV	X
¹⁾ Förkortningar: AM = allmänmedicin, DL = distriktsläkare, FM = försäkringsmedicin, FMK = försäkringsmedicinsk kommitté, motsvarande, FMU = försäkringsmedicinska utredningar, PG = process-/arbetsgrupp, ÖL = överläkare, FHV=företagshälsovård				

Försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande

De försäkringsmedicinska kommittéerna eller motsvarande organ presenteras i tabell 4. Från sjutton landsting/regioner rapporteras att det finns en aktiv försäkringsmedicinsk kommitté eller motsvarande (FMK). Fyra rapporterar att FMK är vilande och för tre av dessa har den ersatts av en annan gruppering. Åtta av kommittéerna arbetar på formellt uppdrag av landstingsledningen och tre på uppdrag av samverkansgrupper med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Värmlands FMK fungerar också som arbetsgrupp för det försäkringsmedicinska området inklusive överenskommelsen.

I fem landsting/regioner ingår kommittén i ordinarie kunskapsstruktur. Västra Götaland har förutom ett regionalt försäkringsmedicinskt forum också fyra lokala försäkringsmedicinska forum.

Den medicinska professionen är framför allt representerad av kliniskt verksamma läkare. ST-läkare och andra yrkesgrupper än läkare i kommittéerna är ovanligt, men förekommer. Från sex landsting/regioner rapporteras att förvaltningsövergripande chefläkare, rådgivande läkare, sakkunnig läkare eller regionöverläkare ingår i FMK. I sex FMK ingår chefer och i fjorton andra tjänstepersoner däribland processledare från central förvaltning.

Studierektorer ingår i Gävleborgs och Västmanlands kommittéer och i Stockholm ingår läkare som representerar specialitetsråden inom allmänmedicin, ortopedi, psykiatri och rehabiliteringsmedicin, Stockholms läkarförening, privat- och företagsläkarföreningen samt försäkringsmedicinsk koordinator från Försäkringskassan. Kommitténs ordförande ingår i Stockholms medicinska råd och samarbetar med sakkunnigstrukturen i stort samt chefläkargruppen. I Skåne, Uppsala, Örebro och Dalarna finns representanter även från andra medicinska professioner än läkare.

Utifrån beskrivning av kommittéernas sammansättning och uppdrag förefaller flertalet fungera som samverkansgrupper mellan vården och myndigheterna Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Utbildning av läkare och därefter övriga insatser kopplat till överenskommelsen framstår som de huvudsakliga frågorna som hanteras i kommittéerna.

Tabell 4. Försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande

Region	FM kommitté motsv. ¹⁾	Representation av Medicinska professioner ¹⁾	Representation av Landstings-/ region-administration ¹⁾	Formellt uppdrag av landstingsledning	Ingår i ord. KST ¹⁾
Blekinge	Vilande	Läkare PV, psykiatri, ortopedi	PL		
Dalarna	X	Olika yrkesgrupper i PV, psykiatri			
Gotland	X	VC/läkare bl.a. onkologi, medicin, ÖNH, CL psyk/BUP	HSF CL, VO-/RO- chefer, PL		
Gävleborg	X	Läkare FHV, studierektor	HSD, stabschef, HR (PL adjungeras)		
Halland	X				X
Jämtland/ Härjedalen	X	Regionöverläkare			
Jönköping	Vilande, ersatt av FM arbetsgrupp				
Kalmar	X	Representanter från sjukskrivande förvaltningar	PL	X	
Kronoberg	X	FM sakkunnig läkare	FM sakkunnig från FoU, primärvårdsstrateg, PL		
Norrbottn	Vilande, ersatt av SF	Medicinskt ansvarig läkare division Närsjukvård	Chef och strateg Hälso- och sjukvårdsenheten		
Skåne	X	Olika professioner (bl.a. läkare, FT, AT, RK, psykolog)	Medicinsk rådgivare, strateg för FM	X	X
Stockholm	X	Läkare; PV, psyk. Rehab, ortopedi, FHV, FK, privatläkare, läkarföreningen	Medicinskt sakkunnig HSF, PL	X	X
Sörmland	X	Specialistläkare med FM-kompetens resp. smärta ST-läkare	Samordnare, PL	X	
Uppsala	X	Representanter från olika professioner (läkare, FT, AT)	Strateg resp. sakkunnig läkare FM, regionens CL, förvaltningsrepr.		X
Värmland	X	AM, RK, chef smärtcentrum, VC sluten rehab	Enhetschef för RK	X	
Västerbotten	X		Repr. från landstingsledning		
Västernorrland	X	Läkare från psykiatri	PL		
Västmanland	X	Specialist i psyk., smärta, ST-läkare, studierektor/AM	PL	X	
Västra Götaland	X		FM sakkunnig läkare, regionutvecklare (PL)		

Örebro	X	läkare bl.a. rehab, psyk, PV, onkologi, repr. hab/hj.medel	Bitr. HSD, förvaltningsövergripande. CL, PL, vårdutvecklare i hälsoval	X	X
Östergötland	Vilande, ersatt av SF	Medicinsk rådgivare i FM	Biträdande HSD, PL	X	
¹⁾ Förkortningar: AM = allmänmedicin, AT = arbetsterapeut, CL = chefläkare, FM = försäkringsmedicin, FT = fysioterapeut, HSD = hälso- och sjukvårdsdirektör, HSF = hälso- och sjukvårdsförvaltning, KST = kunskapsstruktur, PL = processledare, PV = primärvård, RO = resursområde, RK = rehabiliteringskoordinator, SF = samverkansforum, VC = verksamhetschefer, VO = verksamhetsområde, FHV=Företagshälsovård, FK=Försäkringskassan					

Försäkringsmedicinsk utbildning

Som redovisas i tabell 5 framkom vid intervjuerna att försäkringsmedicinsk utbildning för AT-/ST-läkare helt eller delvis integrerats i ordinarie struktur för kompetensutveckling i sju av landstingen/regionerna. I femton landsting och regioner har försäkringsmedicin integrerats i målgruppernas ordinarie utbildningsprogram. Från flera landsting/regioner rapporterades det svårigheter att hitta både föreläsare och deltagare till utbildningar i försäkringsmedicin.

Från tretton landsting/regioner angavs att den försäkringsmedicinska kommittén eller motsvarande (FMK) har ett direkt eller indirekt ansvar för försäkringsmedicinsk utbildning. I de landsting/regioner där FMK beskrevs som vilande hanteras utbildningsfrågor i stället av en utbildningsgrupp eller motsvarande. Särskilda utbildningsgrupper finns även i flera av de landsting/regioner som har en aktiv FMK. Flera rapporterar att man samverkar i dessa med den lokala Försäkringskassan och med Arbetsförmedlingen. Skåne har en akademiskt förankrad utbildningsgrupp som ansvarar för försäkringsmedicinsk utbildning.

Samverkan med studierektorer omkring utbildning förekommer i så gott som samtliga landsting/regioner. Från någon intervjuad framkom att studierektorerna där vill dra ned på tid för utbildning av AT-/ST-läkare.

Tabell 5. Ansvar försäkringsmedicinsk utbildning för AT-/ST-läkare

Region	Integrerat i ordinarie struktur för kompetensutveckling	Försäkringsmedicinsk kommitté involverad	Ingår i ordinarie utbildningsprogram för AT/ST	Studierektorer är involverade	Särskild utbildningsgrupp
Blekinge	X		X		X
Dalarna	X				
Gotland	X	X	X	X	X
Gävleborg	X	X	X	X	
Halland	X		X	X	X
Jämtland/ Härjedalen	X			X	
Jönköping	X		X	X	X
Kalmar	X	X	X	X	X
Kronoberg	X	X	X	X	
Norrboten	X		X	X	X
Skåne	X	X	X	X	X
Stockholm	X	X	X	X	
Sörmland		X	X	X	
Uppsala		X	X	X	X
Värmland	X	X	X	X	
Västerbotten	X			X	X
Västernorrland		X			
Västmanland	X	X	X	X	X
Västra Götaland		X		X	
Örebro	X	X	X	X	
Östergötland	X		X	X	X

Kvalitetsarbete

I tabell 6 redovisas de intervjuade beskrivning av hur respektive landsting/region arbetar med kvalitet kopplat till sjukskrivningsuppdraget. De flesta beskriver att flera metoder används för kvalitetssäkring. För sex landsting/regioner angavs en uttalad och konkret koppling av kvalitetsarbetet till ledningssystemet (enligt SOSFS 2005:12 eller SOSFS 2011:9). Från Västerbotten beskrivs ett aktivt arbete enligt en modell som syftar till att stödja och stärka kvalitetsarbetet på verksamhetsnivå. I detta arbete ingår även att följa upp rutiner som används lokalt. Generella avvikelser diskuteras vid årliga seminarier med lokalt försäkringsmedicinskt ansvariga läkare, rehabiliteringskoordinatorer och verksamhetschefer.

Från tolv landsting/regioner rapporteras att de sammanställer statistik på central nivå som ett led i kvalitetsarbetet. Flera landsting/regioner som har privata vårdgivare har problem med att få fram statistik från dessa via Statistiktjänsten. Uppsala arbetar aktivt med att få in kvalitetsindikatorer i regionplanen. Från nio landsting/regioner rapporteras att de har integrerat frågor om sjukskrivning i den reguljära uppföljning som utförs av beställar-/avtalsenhet eller motsvarande. Från Halland rapporteras att man under 2017 haft fokus på sjukskrivning i förhållande till antal listade och psykisk ohälsa vid uppföljning av vårdvalsverksamheterna.

Verksamhetsdialoger med verksamhetschef, rehabiliteringskoordinator och läkare för att diskutera t.ex. lokala rutiner, sjukskrivningsmönster, begärda kompletteringar, rehabiliteringskoordinatorns roll och uppdrag o.s.v. genomförs enligt de intervjuade i sex landsting/regioner. Från Jämtland/Härjedalen anges att man prövar en modell med "Sjuktalsdialog" då sjukskrivningsdata, kön, sjukskrivningslängd diskuteras med läkargrupper och verksamhetsegna resultat jämförs med andra hälsocentraler.

Från ett par landsting/regioner rapporteras att de genomför uppföljning tillsammans med Försäkringskassan i form av så kallade dialogmöten. Dialogmöten med verksamheterna tillsammans med Försäkringskassan beskrivs förekomma i fler landsting/regioner, men de intervjuade har inte beskrivit detta som del av uppföljningen. Från Gotland rapporteras diskussioner om principiella avvikelser med primärvårdschef och samverkansansvarig på Försäkringskassan. I flera intervjuer framkommer att avvikelser diskuteras i ett forum för samverkan.

Bemötande- och tillgänglighetsenkäter, uppföljning av patientnämnds- och IVO-ärenden om sjukskrivning är ytterligare exempel på landstingens/regionernas kvalitetsgranskning som framkommer i intervjuerna.

Tabell 6. Uppföljning av sjukskrivningsprocessen

Landsting/ Region	Lednings-systemet är centralt ¹	Följer upp lokala rutiner	Integrerat i reguljär kvalitets-uppföljning	Verksamhetsdialoger	Central statistik
Blekinge		X	X	X	
Dalarna					X
Gotland	X				
Gävleborg		X			
Halland			X		X
Jämtland/ Härjedalen				X	
Jönköping	X		X		X
Kalmar	X	X		X	X
Kronoberg				X	X
Norrbottn			X		
Skåne			X		
Stockholm			X		X
Sörmland	X	X			
Uppsala					X
Värmland					X
Västerbotten	X	X			X
Västernorrland	X	X		X	X
Västmanland		X			X
Västra Götaland			X		
Örebro			X		X
Östergötland			X	X	
¹⁾ Kvalitetsarbete med en konkret och tydligt angiven koppling till det centrala ledningssystemet för försäkringsmedicin/sjukskrivningsprocessen (upprättat enligt SOSFS 2005:12 eller SOSFS 2011:9)					

Samverkan

Den organiserade samverkan med den lokala Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen redovisas i tabell 7. Från sexton landsting/regioner rapporteras att det finns någon form av centralt forum för samverkan där Försäkringskassan ingår. I tolv av dessa ingår även Arbetsförmedlingen och i åtta är samverkan på strategisk nivå. Ofta har samverkan sanktionerats i en överenskommelse. Kronoberg beskriver denna vision, mål, resurs- och ansvarsfördelning för parternas samverkan.

Försäkringskassan representeras i fjorton av de aktiva Försäkringsmedicinska kommittéerna (FMK) och Arbetsförmedlingen i nio. I Skåne, Värmland och Västerbotten adjungeras båda parter. I många intervjuer framkommer att Försäkringskassan dragit ned på sina resurser och insatser vad gäller samverkan på alla nivåer. Problem i samverkan med Försäkringskassan anges dessutom vara olika mål för samarbetet och att Försäkringskassan gärna vill styra sjukvårdens insatser. Det påtalas även att besök i vården från Försäkringskassans sida bör göras i samverkan med landstinget/regionen.

Även från landsting/regioner som inte har ett centralt organiserat forum för samverkan rapporteras att samverkan förekommer med Försäkringskassan och ibland även Arbetsförmedlingen, men i mindre organiserad karaktär. Bland annat förekommer samverkan mellan processledare och samverkansansvariga samt mellan försäkringsmedicinskt sakkunniga och försäkringsmedicinska koordinatörer inom Försäkringskassan.

Tabell 7. Samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Region	Ingår i försäkringsmedicinsk kommitté, motsvarande		Ingår i samverkansgrupp, motsvarande	
	FK	AF	FK	AF
Blekinge	X (FMK är vilande)	X (men är vilande)		
Dalarna	X		X	
Gotland	X			
Gävleborg	X	X	X	X
Halland			X	X
Jämtland/ Härjedalen	X	X		
Jönköping			X	X
Kalmar	X	X	X	X
Kronoberg	X	X	X	X
Norrboten	X	X	X	X
Skåne	Adjungeras	Adjungeras		
Stockholm	X		X	
Sörmland	X		X	X
Uppsala	X	X	X	X
Värmland	Adjungeras	Adjungeras	X	X
Västerbotten	Adjungeras	Adjungeras	X	X
Västernorrland	X	X		
Västmanland	X	X	X	X
Västra Götaland	X		X	
Örebro	X	X	X	
Östergötland			X	X

Styrkor och svagheter

Nedan följer en sammanställning med kommentarer utifrån de intervjuades uppfattning om styrkor och svagheter i nuvarande struktur runt ledning och styrning på central nivå av arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning. Även om de intervjuade mestadels är insatta i ledning och styrning kopplat till arbetet med överenskommelsen finns en hel del lärdomar och synpunkter att ta med sig i det fortsatta arbetet med utveckling av ledning och styrning av hela uppdraget.

Integrering i ordinarie organisations- och ledningsstruktur

Att det centrala arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning är integrerat i ordinarie organisation lyfts upp som en viktig förutsättning för arbetet. Området är inte längre en sidoverksamhet, utan har integrerats i ordinarie organisations- och ledningsstruktur. Inte minst möjliggör detta interna dialoger, förbättrar kvaliteten och medför att beslut fattas inom ramen för ordinarie ledning och styrning.

Betydelsen av koppling till politiskt fastställda dokument lyfts upp i några intervjuer. Det ger frågan utrymme på den politiska dagordningen och i högsta tjänstemannaledningen. Även om såväl politisk ledning som tjänstemannaledning anges organisatoriskt och ansvarsmässigt vara involverade, upplevs området som inte prioriterat. Följande citat belyser detta: *"Hela det här arbetet med försäkringsmedicin är att arbeta med något väldigt viktigt i skuggan av något viktigare."*

En annan framgångsfaktor är tydlighet runt processledningsfunktionens uppdrag och ansvar. Avgörande är vilket stöd processledningen får från chefer. Att uppdraget vanligen lagts på en eller ett fåtal personer skapar en sårbarhet som gör stödet från politisk ledning och chefer särskilt viktigt. Även de som rapporterar ett gott stöd och tillit från det yttersta chefsledet som region- eller hälso- och sjukvårdsdirektör beskriver att det är svårt att engagera den övriga ledningen och få utrymme i strategiska grupperingar. Det påverkar vilket genomslag arbetet får i hela hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Många av de intervjuade processledarna förefaller ganska ensamma om att driva de processer som hör till uppdraget. Processledningen har blivit lite av en "fixare". Ett ökat intresse och engagemang från central såväl som lokal nivå och fler som är med och driver frågorna anges vara nödvändigt för att det försäkringsmedicinska området ska bli en integrerad del av hälso- och sjukvården.

Områdets status

Det försäkringsmedicinska området bedöms ha lågt status i hälso- och sjukvården på alla nivåer. Det upplevs som svårt att få gehör för att se området som en del av vård och behandling och gör arbetet svårhanterat för dem som arbetar med frågorna på central nivå. De behöver ständigt påminna verksamheterna och ge stöttning för att frågorna inte ska komma i skymundan. Uppgiften är inte en självklar del av vårduppdraget, utan en besvärlig och frustrerande administrativ uppgift som man inte har tid eller resurser avsatt för.

Att försäkringsmedicin har låg status visar sig genom att det är svårt att få läkare till försäkringsmedicinska uppdrag som sakkunniga läkare, representanter i kommittéer eller föreläsare på utbildning. Någon har också nämnt detta som en orsak till dåligt intresse för försäkringsmedicinsk utbildning och att det finns studierektorer som vill begränsa utbildningarna.

En möjlig förklaring till den låga statusen är att området sammanblandas med Försäkringskassans uppdrag och att det uppfattas som att Försäkringskassan är uppdragsgivare till vårdens arbete med sjukskrivningar. Sjukskrivningsarbetet ses som en uppgift man gör åt Försäkringskassan och inte som en tjänst riktad till patienten. Det finns en aversion mot myndigheten efter de senaste årens turbulens kring krav om kompletteringar, ökad andel avslag på sjukpenning och negativa erfarenheter av kontakter med handläggare. Det har uppstått en tillitsbrist mellan myndigheten Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, som negativt kan påverka möjligheten att rekrytera sakkunniga.

En anledning till svårigheterna att tillsätta uppdragen kan även vara den rådande läkarbristen. Vissa landsting/regioner har svårt att överhuvudtaget hitta sökande till utlysta läkartjänster. Befintliga läkare har många uppdrag att hantera och eftersom de har möjlighet att välja mellan extrauppgifter utanför ordinarie tjänst, så riskerar ett lägre prioriterat område som försäkringsmedicin att väljas bort.

Koppling till ordinarie kunskapsstruktur

I de landsting/regioner som har integrerat området försäkringsmedicin i sin organisation för kunskapsstyrning menar de intervjuade att det ger en tydlighet och stöd för arbetet. Det innebär bland annat en högre status till området som gör det lättare att rekrytera personer till försäkringsmedicinska uppdrag. Genom att den försäkringsmedicinska kommittén eller motsvarande ingår i ordinarie kunskapsorganisation åstadkommer man en tydlig professionell koppling och möjlighet till uppdatering runt medicinska frågeställningar. Detta kan även stimulera till engagemang i forsknings- och utvecklingsarbete.

Generellt gäller att försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande kan erbjuda en koppling till de medicinska professionerna och innebära en spridning av frågeställningarna lokalt. En anpassning av sammansättningen och samverkansformerna med vården för övrigt utifrån regionala förhållanden och övrig struktur är en framgångsfaktor.

En koppling till kunskapsorganisationen lyfts fram som positivt även genom att denna inte riskerar försvinna när det inte blir någon mer överenskommelse. De flesta landsting/regioner saknar dock en koppling till kunskapsorganisationen och har få representanter för vårdprofessionen i sina kommittéer.

Intern samverkan

Samarbete och samordning mellan central och lokal administration samt vårdgivarrepresentanter beskrivs som en styrka. Viktigt är hur frågeställningar och problemområden kanaliseras mellan nivåerna. Som exempel kan nämnas en uppföljnings-

modell som framför allt ska fungera för det lokala kvalitetsarbetet, och som samtidigt förser den centrala nivån med värdefull information. Ett annat exempel är nätverk mellan olika aktörer från hälso- och sjukvården som tillsammans utvecklar arbetet.

Tydlighet om ansvar och befogenheter och vart vårdgivarna ska vända sig vid problem har framhållits som positivt. Även tydlighet om vad som ska uppnås i vården och vilken roll sjukvården har i arbetet med sjukskrivningar är viktigt i mötet med vården. Att sänka sjuktal uppges inte skapa engagemang i vården, medan ökad kvalitet för patienterna och att försäkringsmedicin/sjukskrivning drivs som en integrerad del av god vård och behandling får större gehör.

Extern samverkan

En god relation och ett gott samarbete med Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen samt en strukturerad styrning av samverkansprocesserna har beskrivits som en tillgång. Flera har bland annat lyft upp gemensamma dialogmöten med vårdgivare som positivt.

Försäkringskassan har på senare tid prioriterat ned samverkan, vilket rapporteras som ett problem. Att Försäkringskassan vill ha inflytande runt genomförandet enligt överenskommelsen och sjukvårdens arbete med sjukskrivningar uppfattas även som problematiskt och ifrågasätts. Relationerna mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården på olika nivåer beskrivs av många som spända, vilket bland annat antas minska intresset för erbjudna utbildningar samt påverka möjligheten att rekrytera medicinskt sakkunniga.

Kvalitet och patientsäkerhet

Organisatoriskt har området i många landsting/regioner placerats i enheter som arbetar med kvalitet och patientsäkerhet. En organisatorisk koppling till patientsäkerhet uppfattas som värdefull, eftersom det förtydligar hanteringen av försäkringsmedicin/sjukskrivning som en patientsäkerhetsfråga och underlättar arbetet med ledning och styrning.

Några av de intervjuade antyder att det finns en förbättringspotential när det gäller kvalitetsarbetet, men påpekar samtidigt att det inte är ett lätt område. En anledning är att det saknas instrument för att mäta på ett sätt som ger utgångsvärden och möjlighet till jämförelser. Arbetet pågår dock med att ta fram kvalitetsindikatorer i vissa landsting/regioner som stöd i utveckling av ledning och styrning av sjukskrivningsuppdraget. Den nuvarande Statistiktjänsten är inte heltäckande eftersom flertalet landsting/regioner inte har möjlighet att följa privata aktörers ordination av sjukskrivning och det saknas i många landsting/regioner analysstöd.

Nationellt stöd

I intervjuerna ställdes en fråga om behovet av nationellt stöd för fortsatt arbete. Nedan följer en redovisning av svaren på den frågan.

Incitamentsmodell

Enligt de intervjuade finns i många landsting/regioner en förhoppning om att medel för det försäkringsmedicinska uppdraget kommer att tillskjutas på något sätt, då den nuvarande överenskommelsen runt sjukskrivning och rehabilitering avslutas. Däremot skiljer sig uppfattningarna åt i fråga om form för eventuellt fortsatt statsbidrag. Vissa motsätter sig en incitamentsmodell likt den nuvarande och i stället förespråkar att medlen går in i det generella statsbidraget. Å andra sidan finns det de som menar att medlen behöver vara destinerade för att inte användas till annat mer prioriterat eller att pengarna används för att täcka underskott.

Några av de intervjuade påpekar att det är svårt att få ledningen att tro på att det denna gång faktiskt kommer ett avslut på överenskommelsen. Det gör det svårt att få en dialog omkring planering för framtiden utan statsbidrag. Därför efterfrågas en tydlighet från regering och SKL om stödet ska upphöra och i så fall vilket ansvar landsting/regioner ändå har. Man önskar även en avvecklingsperiod för incitamentsmodellen.

De intervjuade framför oro om att aktiviteter som idag finansieras via statsbidraget kommer att nedprioriteras och försvinna om statsbidraget upphör. Det gäller såväl vårdnära aktiviteter som central administration och stödfunktion.

Särskilt starkt efterfrågas stöd så att den nya funktionen för rehabiliteringskoordinering permanentas. Det innefattar även behov av finansiell stöd, även om landstingen/regionerna i olika omfattning har funktionen som ordinarie resurs.

Nationell samordning

De intervjuade anger att det är viktigt med juridisk vägledning, riktlinjer och information från SKL för att samordna landsting/regioner. De bedömer att SKL behövs som en samlande part gentemot andra nationella aktörer. Bland annat framförs en synpunkt om att Försäkringskassan i ännu större utsträckning kan bli den drivande parten utan ett samordnande SKL uppdrag. Skillnaderna i landet riskerar då att bli ännu större.

Det uttrycks ett fortsatt behov av ett nationellt nätverk, motsvarande processledarnätverket, för att utbyta kunskap och erfarenheter. På önskelistan finns även ett forum som är mer inriktat på frågor runt ledning och styrning.

Struktur för kunskapsstyrning

Det finns önskemål om nationell styrning av försäkringsmedicin som eget kunskapsområde där evidensbaserad kunskap och forskning samordnas och omsätts i handfasta riktlinjer. En bra struktur för kunskapsstyrning på nationell nivå ger landsting/regioner en möjlighet att förstärka den regionala kunskapsstyrningen. Det skulle även kunna synliggöra det fortfarande ganska nya området försäkringsmedicin och underlätta landstingens/regionernas ledning och styrning.

Många menar att om försäkringsmedicin drevs som en del av kunskapsstyrningen, skulle det bidra till att höja områdets status. Det skulle även innebära en tydligare koppling till forskning och utveckling, vilket i sig är statushöjande.

Kvalitet och patientsäkerhet

Inom området kvalitet och patientsäkerhet efterfrågas nationellt utvecklade kvalitetsregister, kvalitetsindikatorer och mått som fungerar lokalt, regionalt och nationellt. Det skulle möjliggöra jämförelser och stimulera verksamheternas arbete med försäkringsmedicin/sjukskrivning. Underlag för nationella jämförelse är också något man menar att Försäkringskassan kunde bidra med.

Ett nationellt erkännande att försäkringsmedicin är kopplat till patientsäkerhet precis som läkemedel och andra etablerade patientsäkerhetsaspekter framförs som önskvärt.

Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling

Det stöd som är mest efterfrågat bland landstingen/regionerna är nationellt stöd för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling. Bland annat handlar det om att gå från "vad" i målbeskrivningarna, till "hur" så att utbildningarna blir mer lika i landet. Ett digitaliserat baspaket för utbildning, utvecklat med utgångspunkt från lärandemålen är önskat. Behov finns även av att kunskapstest för olika professioner på olika nivåer och att patientfall som kan användas för undervisning tillgängliggörs.

Eftersom de försäkringsmedicinska grundkunskaperna skiftar beroende på utbildningsort behöver försäkringsmedicin i läkares grundutbildning standardiseras. Att försäkringsmedicin får en starkare ställning redan i läkares grundutbildning kan även göra ämnesområdet försäkringsmedicin mer attraktivt.

Nationellt stöd gentemot studierektor med flera för att få större utrymme vad gäller försäkringsmedicinska inslag i AT-/ST-läkarutbildningarna behövs för att kunna öka den försäkringsmedicinska kompetensen i läkarkåren. Kunskapen bedöms dock generellt vara bättre bland yngre läkare, varför stöd behövs för att göra försäkringsmedicinsk utbildning obligatorisk för äldre läkare. Någon föreslår till och med krav på certifiering för att få sjukskriva

Regelverk och försäkringsmedicinskt sakkunnig

För att höja statusen lyfts även andra förslag fram t.ex. att det behövs formella regelverk, tydliga riktlinjer vad gäller ledning och styrning, organisering, utbildningsprogram och krav. Mer konkreta tips för att höja områdets anseende är en förordning om att försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare ska finnas, motsvarande den som finns för chefläkare. Dessutom att funktionen som försäkringsmedicinskt sakkunnig behöver göras mer känd.

Sammanfattande reflektioner

I detta avsnitt presenteras i punktform övergripande reflektioner utifrån det sammanställda intervjuunderlaget. Reflektionerna är sorterade under samma rubriker som finns i resultatavsnittet.

Även om underlaget inte innehåller en fullständig bild av förhållandena i respektive landsting/region, så innehåller det tillräcklig information för ett antal generella slutsatser. Däremot kan det som presenteras i rapporten inte användas för uppföljning av landstingens/regionernas arbete med försäkringsmedicin/sjukskrivning.

Ansvar och organisation

- Hälsa- och sjukvårdens roll och uppdrag inom det försäkringsmedicinska området är inte tillräckligt tydligt definierat. I intervjuerna framkommer att det är otydligt för ansvariga politiker och tjänstepersoner på central nivå. Andra undersökningar har visat att uppdraget även är otydligt för vårdgivarna.
- De intervjuade processledarna beskriver att det försäkringsmedicinska uppdraget/området har låg status i förhållande till andra delar av sjukvårdsuppdraget t.ex. läkemedelsområdet.
- Den centrala administrationens arbete med försäkringsmedicinska frågeställningar fokuserar på kraven i överenskommelsen om sjukskrivning och rehabilitering. Syftet med överenskommelsen är att påverka landstingens arbete. Villkoren för att få del av statsbidraget kommer att styra vad som prioriteras.
- De intervjuade processledarna beskriver att de känner sig ensamma om att driva frågorna och att de upplever svårigheter att få såväl politisk som administrativ ledning engagerade i arbetet. Även om ledningen fattar beslut utifrån handlingsplaner runt överenskommelsen är den för övrigt i liten utsträckning engagerad.
- Utifrån beskrivningarna så förefaller arbetet med överenskommelsen i många landsting/regioner bedrivs som projekt närmast vid sidan av övrig verksamhet. Arbetet har ett eget spår även om ansvar och processledning finns placerat i linjeorganisationen.
- I intervjuerna framkommer uppfattningar om att det vore positivt med en närmare koppling av det försäkringsmedicinska uppdraget till organisationen för kunskapsstyrning. I en dryg tredjedel av landsting/regionerna beskrivs att arbete med överenskommelsen och/eller andra delar av det försäkringsmedicinska uppdraget har en sådan koppling.
- En organisatorisk koppling till patientsäkerhetsarbete framstår som positivt. I drygt hälften av landsting/regionerna finns en sådan koppling till andra uppdrag inom patientsäkerhetsområdet. Det innebär inte nödvändigtvis att arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning ses som en patientsäkerhetsfråga.

Styrande dokument

- Ledningssystem för försäkringsmedicin/sjukskrivning och texter om området i övergripande styrdokument förekommer i varierande omfattning. Det är dock utifrån den här studien svårt att bedöma i vilken utsträckning det försäkringsmedicinska området får genomslag i den konkreta styrningen av hälso- och sjukvårdens insatser.
- Flertalet aktiviteter som initieras från centralt håll finansieras via överenskommelsen. Handlingsplaner, uppdragstexter och verksamhetsplaner kopplade till överenskommelsen blir därigenom de viktigaste styrande dokumenten.
- Texter om sjukskrivningsarbetet och åtgärder kopplade till överenskommelsen t.ex. rehabiliteringskoordinatorer regleras i viss utsträckning i avtal och uppdrag med vårdverksamheterna. Det är mer vanligt i relationen till primärvården än med övriga verksamheter.

Försäkringsmedicinsk sakkunskap

- Försäkringsmedicinskt sakkunniga finns i stor utsträckning, men kompetens, uppdrag och placering i organisationen varierar mellan landstingen/regionerna.
- Roll och ansvar för funktionen som försäkringsmedicinskt sakkunnig är otydligt definierat. Det innebär även en otydlighet vad gäller kompetenskrav.
- Särskilt i intervjuer med de mindre landstingen/regionerna beskrivs svårigheter med rekrytering av medicinskt sakkunniga och utbildare. Dessa svårigheter kopplas ihop med Försäkringsmedicinens relativt låga status och en negativ syn på Försäkringskassan inom sjukvården.

Försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande

- Uppdraget, struktur och sammansättning av ledamöter i de försäkringsmedicinska kommittéerna eller motsvarande organ varierar stort mellan landstingen/regionerna. Det saknas en gemensam uppfattning om vad en sådan kommitté ska bidra med.
- Det finns försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande organ i flertalet landsting/regioner. Många förefaller dock enligt intervjuerna i mindre utsträckning fungera som rådgivande organ för hälso- och sjukvården, utan snarare vara en form av regional samverkansgrupp med externa aktörer.
- Vem som är uppdragsgivare varierar också. Uppdragen anges för knappt hälften av de befintliga kommittéerna vara i form av ett formellt uppdrag av landstingsledningen. Några andra har uppdrag från samverkansgrupper med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.
- Endast ett fåtal landsting/regioner har försäkringsmedicinska kommittéer eller motsvarande som ingår i ordinarie organisation för kunskapsstyrning.

- En koppling till kunskapsorganisationen kan öka engagemang och intresse från den medicinska professionen samt öka områdets status och legitimitet.
- Huvuduppgiften anges i stor utsträckning vara utbildningsinsatser. Inom området ledning och styrning finns andra lämpliga uppgifter som t.ex. kvalitet och patientsäkerhet. Frågan är om aktiviteter runt utbildning tar alla tillgängliga resurser i anspråk.

Försäkringsmedicinsk utbildning

- Utbildning ges till olika yrkesgrupper, med fokus på läkare och rehabiliteringskoordinatorer i alla landsting/regioner. Frågan är i vilken utsträckning vårdpersonalen ges samma förutsättningar för kompetensutveckling i olika delar av landet.
- Utbildning av läkare på AT/ST nivå ingår i stor utsträckning i ordinarie utbildningsstruktur. Frågan är i vilken utsträckning progression från grundutbildning och vidare till specialistkompetens utifrån fastställda målbeskrivningar säkerställs.
- Involvering av andra aktörer utanför hälso- och sjukvården varierar. Medan den lokala Försäkringskassan i stor utsträckning deltar i planering och genomförande av utbildningsinsatser, så är Arbetsförmedlingen i mindre grad involverad i utbildningen av läkare. I vilken utsträckning även andra som Socialtjänst, arbetsgivare och företagshälsovård är inblandade går inte att utläsa ur intervjuavren.

Kvalitetsarbete

- Insatser för att förbättra vårdens kvalitet i arbetet med sjukskrivningar förefaller närmast vara rudimentärt. Det kan bland annat bero på att det saknas en definition om vad god kvalitet i sjukvårdens arbete är och att det därigenom saknas relevanta kvalitetsindikatorer.
- Fokus för uppföljning av vården har hittills utgått från överenskommelsens krav och innehållet i sjukintygen utifrån den information Försäkringskassan behöver för att fatta beslut. I vilken utsträckning den inriktningen av uppföljning höjer kvalitet och engagemang utifrån vårdens uppdrag är oklart.
- Nuvarande statistiktjänst ger inte heltäckande information då det för flertalet landsting saknas uppgifter om privata vårdgivare och ger således inte tillräckligt stöd för uppföljning på systemnivå.

Samverkan

- Samverkan med externa aktörer är tydligt kopplad till överenskommelsen, med tyngdpunkt på samverkan med den lokala Försäkringskassan.
- Samverkan med Försäkringskassan anges som viktig och fungerar på regional nivå oftast bra. Samtidigt rapporteras problem orsakade av beslut som fattas av Försäkringskassans centrala nivå. Bland annat anges att

Försäkringskassan har prioriterat ner samverkan på alla nivåer och att långsiktighet i utvecklingen av samverkan saknas.

- Runt arbetet med sjukskrivning av enskilda patienter rapporteras att det finns en tillitsbrist med Försäkringskassan, vilket bedöms påverka engagemang och möjlighet att utveckla kvaliteten i sjukskrivningsarbetet. Upplevelsen att det försäkringsmedicinska området har en låg status i hälso- och sjukvården kan vara ett symptom på bakomliggande problem som berör bland annat makt- och lojalitetskonflikter, misstänksamhet och bristande tillit mellan aktörer.
- I flera landsting/regioner är representanter från Försäkringskassan aktivt involverade i framtagande av beslutsunderlag om insatser i vården utifrån överenskommelsen. Det innebär att myndigheten erbjuder möjlighet att direkt påverka centrala beslut.
- Utifrån intervjuerna framkommer det att representanter från vårdverksamheterna och vårdprofessionella grupper i mindre utsträckning än myndigheten Försäkringskassan deltar vid planering av åtgärder inom hälso- och sjukvården utifrån kraven i överenskommelsen. Detta fast det är i mötet mellan vården och patienterna som resultaten av insatserna avgörs.

Nationellt stöd

- De intervjuade framför att de upplever ett behov av nationellt stöd och samordning från SKL även efter överenskommelsen.
- Det stöd som de efterfrågar mest är stöd för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.
- Koppling till den nationella strukturen för kunskapsstyrning lyfts upp som önskvärd och betydelsefull för den fortsatta utvecklingen.

Förslag på utvecklingsaktiviteter

Nedan redovisas ett antal förslag på utvecklingsaktiviteter som kan stödja det fortsatta arbetet med att etablera en hållbar struktur för central ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget på såväl nationell som regional/lokal nivå. En långsiktighet i utvecklingen med tydlig integrering i ordinarie strukturer, som inte baseras på enskilda personers engagemang och kortsiktiga lösningar för att tillgodose kraven i överenskommelsen, är en viktig väg framåt. Överenskommelsen med staten har banat väg för den fortsatta utvecklingen samtidigt som det skapas nya förutsättningar och möjligheter när tiden med överenskommelse går mot sitt slut.

Det som framkommit i intervjuerna med processledare för överenskommelsen med staten runt sjukskrivning och rehabilitering har sammanställts och analyserats. Utifrån goda exempel i landstingen/regionerna och de reflektioner som presenterats i föregående avsnitt har ett antal förslag på utvecklingsinsatser tagits fram. Förslagen kan ses som ett smörgåsbord med alternativ att jobba vidare med utifrån den kontext inom vilken arbetet bedrivs inom det egna landstinget/regionen. Förslagen kan även ligga till grund för diskussion om vad som lämpligen görs av var och en separat eller tillsammans med andra landsting/regioner.

Undersökningen har fokuserat på ledning och styrning runt sjukskrivning och rehabilitering, vilket beror på att fokus inom hälso- och sjukvården har varit arbete utifrån kraven i överenskommelse med staten. Dessutom var det processledare för arbetet med överenskommelsen som intervjuats, vilket innebär att underlaget begränsas till den ledning och styrning dessa har kunskap om.

Ansvar och struktur för ledning och styrning

1. För att definiera sjukvårdshuvudmannens ansvar som underlag för en hållbar ledning och styrning behövs ett klagörande av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag. Såväl politisk som administrativ ledning på nationell och regional nivå behöver ökad kunskap och förståelse för vad hälso- och sjukvårdens uppdrag och ansvar är kopplat till aktuella försäkringssystem.
2. Arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning behöver integreras i ordinarie styrande dokument som regionplaner, budgetar och verksamhetsplaner. Separata handlingsplaner utan tydlig koppling till dessa medför att arbetet bedrivs i ett parallellt spår. Områden som finns i ordinarie styrande dokument prioriteras och följs upp i större utsträckning av ledningen.
3. Arbetet med ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget behöver vidgas från att endast beröra sjukskrivningsprocessen med utgångspunkt från överenskommelsen och Försäkringskassans behov av utlåtanden.

Hela det försäkringsmedicinska uppdraget kopplat till patienternas behov av medicinska bedömningar och utlåtanden behöver inkluderas.

4. De olika delarna i uppdrag, ansvar och roller runt ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget inom den centrala administrationen behöver klargöras och fördelas i ordinarie ledningsstruktur utifrån landstingets och regionens förutsättningar.
5. Det försäkringsmedicinska uppdraget med utgångspunkt från verksamhetens sjukvårdsuppdrag behöver vara tydligt beskrivet i de dokument som styr alla vårdverksamheter som möter patienter i behov av försäkringsmedicinska bedömningar och utlåtanden, t.ex. vårduppdrag, avtal och vårdprogram. Lokala policys/riktlinjer baserade på nationella och regionala rekommendationer och riktlinjer kan ge stöd i vårdens praktiska arbete.
6. Det försäkringsmedicinska området bör ingå i den nationella och regionala strukturen för kunskapsstyrning och utvecklas parallellt med utvecklingen av denna. Genom en tydligare koppling till det försäkringsmedicinska kunskapsområdet, dess innehåll och professionella grupperingar kan såväl intresse för området som dess status i vården förbättras. Det tydliggör även att området försäkringsmedicin ska ses och utvecklas som andra kunskapsområden med syfte att integrera det i vård och behandling.
7. Vårdverksamheter och företrädare för de medicinska professionerna bör i större utsträckning involveras i planering och styrning, så att försäkringsmedicinska aspekter t.ex. sjukskrivning kan utvecklas till att bli en integrerad del av vård och behandling och en självklar uppgift för vården.

Försäkringsmedicinsk sakkunskap och rådgivande organ

1. Uppdraget som försäkringsmedicinskt sakkunnig behöver tydliggöras och värderas likvärdigt med övriga uppdrag som medicinskt sakkunnig. Även kompetenskrav utifrån uppdraget behöver definieras.
2. En nära och långsiktig koppling till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet kan göra uppdraget mer attraktivt. Även organisatorisk placering nära organisationen för kunskapsstyrning och/eller chefläkarfunktionen kan ge förutsättningar för legitimitet och attraktivitet.
3. Ge de försäkringsmedicinska kommittéerna ett formellt uppdrag som rådgivande organ till landsting/region- och verksamhetsledning inom hälso- och sjukvården. Anslut dem gärna till organisationen för kunskapsstyrning och

skapa nationellt stöd och samordning via den Nationella strukturen för kunskapsstyrning, NSK.

4. Engagera kliniskt verksamma läkare och representanter för andra vårdprofessioner i kommittéernas arbete. Den försäkringsmedicinskt sakkunnige läkaren alternativt en chefläkare kan vara lämpliga som ordföranden för att ge kommittéerna legitimitet inom hälso- och sjukvårdsorganisationen.
5. Förtydliga de externa aktörernas t.ex. representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingens, uppdrag, roller och deltagande i kommittéernas arbete. Gör även kommittéernas uppdrag tydligt för dessa.

Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling

1. Låt försäkringsmedicinskt sakkunniga och försäkringsmedicinska kommittéer granska och vara rådgivande runt planerade utbildningsinsatser, så att vårdens verksamheter erbjuds utbildningar med god kvalitet. Använd Vägledningarna¹⁷ med kompetensmål som stöd i utveckling, planering och prioritering av utbildningsinsatser.
2. Utveckla nationellt stöd och samordning för kvalitetssäkring och likriktning av innehållet i försäkringsmedicinsk kompetensutveckling för läkare och övrig berörd personal som exempelvis rehabiliteringskoordinatorer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer.
3. Se till att studierektorer och handledare blir insatta i de försäkringsmedicinska kompetenskraven vad gäller AT och ST läkare och tar ett större ansvar för att de tillgodoses. Säkerställ progression i läkares kompetensutveckling genom att även involvera ansvariga för grundutbildningen och tydliggör vårdverksamheternas uppdrag runt handledning under studenternas praktiktjänstgöring i vården.

Kvalitet och patientsäkerhet

1. Förtydliga vad som är kvalitet i hälso- och sjukvårdens arbete med försäkringsmedicinska frågeställningar och utveckla kvalitetsindikatorer som mäter vårdens resultat på system- och verksamhetsnivå. Använd gärna parametrarna i God Vård som utgångspunkt.
2. Utnyttja och sammanställ underlag från befintliga system för uppföljning och utvärdering med utgångspunkt från kvalitet utifrån patientperspektiv, t.ex. avvikelshantering, uppföljning av vården och patientnämndsärenden.

¹⁷ Vägledning för ledning och styrning av Försäkringsmedicinsk kompetensutveckling

3. Se arbetet med försäkringsmedicinska bedömningar och utfärdande av försäkringsmedicinska utlåtanden och intyg som en patientsäkerhetsfråga. För patienter som har behov av att lämna intyg till myndigheter eller försäkringsbolag är hög kvalitet i sjukvårdens arbete av stor betydelse om de ska få en rättssäker bedömning i enlighet med kraven i den aktuella försäkringen.
4. Arbeta långsiktigt och ta lärdom från utvecklingen av hälso- och sjukvårdens arbete med läkemedel och patientsäkerhet.
5. Se över möjligheten att i uppdragsdokument ställa krav på att privata vårdgivare ansluter sig till Statistiktjänsten, för bättre möjligheter till uppföljning från central nivå.

Samverkan med externa aktörer

1. Utveckla en regional och nationell struktur för strategisk respektive operativ samverkan med externa aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten. Säkerställ långsiktighet och tydlighet i åtagandet vad gäller uppdrag, former och ansvarsfördelning för respektive organisation i de olika organen för samverkan.
2. Undvik att bygga samverkan på enskilda personers informella kontakter. Säkerställ en formell bas med tydligt syfte för samverkan på olika nivåer.
3. Arbeta med tillitshöjande åtgärder mellan hälso- och sjukvård och Försäkringskassan. Detta kräver ömsesidighet och gemensamma insatser med tydliggörande av respektive organisations roller och ansvar utifrån gällande regelsystem och deras syfte.
4. Se över styrningen av vårdverksamheterna så att samverkan underlättas med utgångspunkt från patienternas behov kopplat till kvalitet och patientsäkerhet. Det gäller såväl uppdrag och ersättningsmodeller som vårdprogram.

Bilaga 1

Landsting-/regionspecifika sammanställningar

Landstinget Blekinge

Organisering och samverkan:

Ansvar för försäkringsmedicin/sjukskrivning finns i landstingsdirektörens stab, avdelning för kunskapsstöd. Arbetet drivs självständigt och vid behov i dialog med den förvaltningschef och verksamhetschef som den aktuella frågan rör. Större beslut, som handlingsplan och vissa insatser, förankras i landstingets ledningsgrupp för formellt beslut av landstingsdirektören. Ibland lägesrapporteras till politiken som inte tar några beslut inom området försäkringsmedicin. Den försäkringsmedicinska kommittén är för närvarande vilande. AT-/ST-utbildningarna har integrerats i ordinarie kurskatalog och utbildningsavdelning skriver ut intygen. Samverkar regelbundet med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan, men inte formaliserat.

Styrande dokument:

Övergripande ledningssystem för sjukskrivningsprocessen finns upprättat enligt SOSFS 2011:9. Sjukskrivningsprocessen lägesrapporteras, i enlighet med andra statsbidrag, i tertialrapporter och bokslut; kopplat till de mål som finns för sjukskrivningsarbetet och som anges i ledningssystemet. Skrivningar finns i Regelbok för hälsoval som bl.a. behandlar krav på rehabkoordinator och lokala rutiner.

Budget för arbetet:

Processledaren har en egen budget för de aktiviteter som beslutats. I huvudsak används denna till övergripande aktiviteter som intygsutvecklingen, införande av statistiktjänst, konferenser och utbildningar för Reko samt övriga professioner. En viss del av rehabkoordinatorernas tid finansieras beroende på antal listade, men generellt tveksam till att särskilt ersätta sådant som redan ligger i vårdens uppdrag.

Landstinget Dalarna

Organisering och samverkan:

Sjukskrivningsfrågorna finns på utvecklingsavdelningen, med hälso- och sjukvårdsdirektör som nästa ledningsnivå. En styrgrupp bestående av hälso- och sjukvårdsdirektör och divisionschefer (ekonomi, primärvård, psykiatri) fattar beslut om inriktning och pengar. Där beslutas årligen handlingsplan för arbetet, med utgångspunkt från villkoren i överenskommelsen, och tillhörande budget. Forum för sjukskrivningar är sammansatt av representanter från olika yrkesgrupper i primärvård, psykiatri samt två försäkringsmedicinska rådgivare från Försäkringskassan. Läkarna i forumet är regionalt sakkunniga läkare. En samverkansgrupp mellan Försäkringskassan och vården har nyligen etablerats. Utbildningsavdelningen ansvarar för

försäkringsmedicinsk utbildning till AT-/ST-läkare och färdigutbildade ordinarie läkare, projektet bidrar med kompetens.

Styrande dokument:

Den av styrgrupp beslutade handlingsplanen. Den övergripande riktlinjen – Sjukskriva patienter – gäller även lokalt.

Budget för arbetet:

Delar av överenskommelsen används för arbetet med försäkringsmedicin och sjukskrivning. Verksamheterna ersätts för rehabiliteringskoordinator (primärvård, psykiatri, ortoped), behandlingsinsatser (bl.a. MMR och KBT). Regionövergripande medel används bl.a. till att ersätta de kliniker som har regionalt sakkunniga läkare i Forum för sjukskrivningar.

Region Gotland

Organisering och samverkan:

Projekt-/processledare finns på kanslienheten under förvaltningsledning, Hälso- sjukvårdsförvaltningen och har ett nära samarbete med primärvårdens ledningsgrupp. Förslag för arbetet lämnas efter bearbetning tillsammans med primärvårdens verksamhetschef till projektets styrgrupp (sjukvårdens ledningsgrupp) som är sista instans inför beslut som formellt tas av sjukvårdschefen. Beslut av större ekonomisk betydelse går vidare till politiken. Den försäkringsmedicinska kommittén, som leds av en av förvaltningens chefsläkare, fungerar som stöd och bollplank och består av resurs- och verksamhetschefer från sjukvården, läkarchefer och representanter från Försäkringskassan. Studierektorerna har det övergripande ansvaret för AT-/ST-utbildningar, processledningen har ekonomin och ansvar för övrig utbildning inom överenskommelsen.

Styrande dokument:

Ledningssystem är utformat enligt SOSFS 2005:12 och uppdateras kontinuerligt – bl.a. i samband med nya överenskommelser. Ledningssystem för sjukskrivningsprocessen är integrerat i regionens övergripande ledningssystem i programvaran Docpoint.

Budget för arbetet:

Hela statsbidraget går till processen, fördelad utifrån villkoren. Verksamheterna ersätts för rehabkoordinator (primärvård) samt samtalsbehandling och i övrigt används medlen bl.a. till olika projekt inom de psykosociala teamen på vårdcentralerna, utbildning och processledning.

Region Gävleborg

Organisering och samverkan:

Processledning finns vid utvecklingsavdelningen, Lednings och verksamhetsstöd under regiondirektör och kontaktperson är stabschefen inom hälso- och sjukvård som bl.a. handhar kvalitet och patientsäkerhet. Handlingsplan som styr arbetet läggs in i ledningssystemet, med flera granskare på vägen innan stabschef eller Hälso- och sjukvårdsdirektör beslutar. Det finns en Försäkringsmedicinsk kommitté (FMK) med representanter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och olika områden inom Regionen med mandat att fatta beslut. Hälso- och sjukvårdsdirektören är ordförande. Fyrpartssamverkan via nätverket TRISAM. Försäkringsmedicinsk utbildning för läkare (inkl. AT och ST) samt rehabkoordinatorer ligger i ordinarie utbud under HR-direktörens ansvar, men FMK bestämmer omfattning och innehåll.

Styrande dokument:

Allt – handlingsplaner, direktiv och regional riktlinje upprättad enligt SOSFS 2011:9 – finns integrerat i det övergripande ledningssystemet (ILS). Lokala rutiner läggs också in i ledningssystemet och är uppdaterade eftersom systemet påminner om revidering.

Budget för arbetet:

Rehabkoordinator (hälsocentraler, psykiatri, ortopedi, reumatologi) ersätts utifrån kontrakt som undertecknas av hälso- och sjukvårdsdirektör. Behandlingsstöd och arbetsgivarkontakt ersätts prestationsrelaterat via Rehabgarantin, avstämningsmöten ersätts som specialsatsning med 1 500 kronor från regionen. Delar av medlen går också till regionövergripande satsningar som t.ex. plattform för stöd och behandling.

Region Halland

Organisering och samverkan:

Försäkringsmedicin/sjukskrivning drivs regionövergripande och inom förvaltningarna som en regional process, enligt en regional processmodell. Processer som går över en eller flera förvaltningar är regionala processer som definieras utifrån den nationella kunskapsstyrningen. Avdelning kvalitet, Regionkontoret – som har ansvaret för vårdens kunskap och innehåll – samordnar processerna. Processledning för de regionala processerna är Ledningsgruppen Hälso- och sjukvård. Processägare är Hälso- och sjukvårdsdirektören som också utser processledare med ett tydligt uppdrag för den aktuella processen. Processledaren är regionalt sakkunnig i försäkringsmedicin och processteamet består av utsedda representanter från förvaltningarna.

Implementering sker genom ett ordnat införande via Prioriterings- och evidensråd, där ny kunskap, nya metoder och arbetssätt konsekvensbeskrivs och berörda

förvaltningar lämnar synpunkter. Utifrån detta lämnar rådet rekommendationer inför beslut av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören, alternativt av politiken om beslutet gäller resurser utanför Prioritering och evidensrådets ramar. Beslut kommuniceras tillsammans med en implementeringsstrategi. Politiken informeras kontinuerligt om processen för försäkringsmedicin/sjukskrivning och har intresse för frågan. Samverkansgrupp med Försäkringskassan för gemensamma utvecklingsdelar och planering enligt årlig överenskommelse. Regionkontorets FoU-avdelning ansvarar med stöd av den regionala sjukskrivningsprocessen för AT- och ST-utbildningarna, övriga utbildningar arrangeras i Samordningsförbundets regi.

Styrande dokument:

Regionövergripande processer ingår i övergripande ledningssystem och styrande för arbetet är ”Processarbete inom Region Halland” samt ”Regional processmodell”. Det finns ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. I regelbok för vårdval primärvård finns bl.a. krav om rehabsamordnare. Innehåll i utvecklingsarbetet sanktioneras genom överenskommelser med respektive vårdenhet.

Budget för arbetet:

Processledningen har en budget för att driva processerna. Verksamheter inom primärvård och psykiatri ersätts för rehabsamordnare via årlig överenskommelse, förutsatt att verksamheten gjort en analys och svarat på frågor. Även behandlingsinsatser (bl.a. KBT och MMR) ersätts.

Region Jämtland/Härjedalen

Organisering och samverkan:

Arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning ingår som en del i ledningsstaben, Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen. Arbetet styrs av en Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal, fastställd av regionfullmäktige och kopplad till den övergripande regionplanen. Det innebär också att arbetet är politiskt förankrat med regelbundna avrapporteringar i regionstyrelse. Arbetet är även väl ledningsförankrat genom styrgruppen som leds av regiondirektören och där ingår även hälso- och sjukvårdsdirektör, personaldirektör samt primärvårdschef. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan adjungeras. Styrgruppen följer arbetet med avseende på bl.a. mål och resurser samt fungerar som bärare av information ut till respektive funktionsområde. Ett försäkringsmedicinskt råd, som ska fungera beredande inför styrgrupp med bl.a. chef inom Arbetsförmedlingen, samordningsansvarig för Försäkringskassan och regionöverläkaren, är under uppbyggnad. Mötena formaliseras genom att de protokollförs. Försäkringsmedicinsk ST-utbildning (dit också AT och utlandsutbildade är välkomna) drivs av studierektorerna men finansieras av sjukskrivningsmiljarden.

Styrande dokument:

Långsiktig utvecklingsplan för minskade sjukskrivningar och ökat frisktal styr arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning. Politiska dokument anger bl.a. krav om att

primärvården ska ha rehabkoordinator och arbeta multimodalt. Formella beslut finns också i olika former av protokoll, t.ex. primärvårdens ledningsgruppsprotokoll. Försäkringsmedicin/sjukskrivning behandlas också i bokslut.

Budget för arbetet:

Med syfte att vända den negativa utvecklingen med sjukpenningtal långt över riksgenomsnittet, kan processteamet disponera hela potten från överenskommelsen. Verksamhetsriktad ersättning utgår för rehabkoordinator (primärvård, psykiatri och ortopedi), gruppbehandlingar (bl.a. KBT och MMR) samt arbetsgivarkontakt. Det finns även medel för regionövergripande insatser.

Region Jönköpings län

Organisering och samverkan:

Ansvar för sjukskrivning/försäkringsmedicin ligger i verksamhetsområdet psykiatri och rehabilitering men processledare (totalt fem varav tre operativa) finns också i andra verksamhetsområden samt på regionledningskontorets kansli. Försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare finns kopplad till processgruppen. Vid ny överenskommelse upprättar processledningsgruppen förslag till handlingsplan, budget och styrkort. Förslagen förankras hos hälso- och sjukvårdsdirektören som tar det vidare till politiska nämnder för beslut. Det försäkringsmedicinska forumet har tills vidare ersatts av en försäkringsmedicinsk arbetsgrupp med bl. a. processledare, försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Gruppen ansvarar bl.a. för och planerar de försäkringsmedicinska utbildningarna. Utvecklingsenheten Qulturum administrerar utbildning för rehabkoordinator och AT-/ST-läkare.

Styrande dokument:

Balanced Scorecard (BSC) används som styrmodell och fokuserar på sådant som är strategiskt viktigt. Ett särskilt styrkort för sjukskrivningsprocessen knyter an till övergripande mål och vidare till strategiska mål för regionen. Skrivningar om försäkringsmedicin/sjukskrivning finns i Regelbok för primärvård och länkar till ledningssystem för systematiskt kvalitetetsarbete enligt SOSFS 2011:9 som finns på webben. Det finns också ett kliniskt kunskapsstöd – Fakta – där sjukskrivning är en rubrik.

Budget för arbetet:

Det finns en budget kopplad till handlingsplanen. Prestationsbaserad ersättning utgår till verksamheterna för bl.a. trepartsmöte, tidiga insatser, samlade teambedömningar och rehabiliteringsplan. Verksamheter som inte uppfyller krav i Regelbok för primärvård, t.ex. rehabiliteringskoordinator, får avdrag från den fasta ersättningen. Verksamheter på psykiatri-, medicin-, ortoped-, rehabiliterings- och onkologiklinik som har rehabkoordinator ska lämna in en handlingsplan gällande bl.a. samverkan, statistik och andel begärda kompletteringar för att ersättning ska utgå. Medel används också till länsövergripande kompetenssatsningar som KBT i primärvård, ReDo och årliga koordinatorskonferenser.

Landstinget i Kalmar län

Organisering och samverkan:

Ansvar för försäkringsmedicin/sjukskrivning finns på planeringsenheten, landstingsdirektörens stab. Två försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare är kopplade till arbetet. Förslag om vad som ska göras inom ramen för statsbidraget, förankras hos förvaltningschefer och i styrgrupp där planeringsenhetens chef och chefer för Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ingår. Landstingsstyrelsen beslutar om den övergripande planen för det systematiska kvalitetsarbetet i sjukskrivningsprocessen. Politiken och landstingsdirektören är engagerade och intresserade. Den försäkringsmedicinska kommittén har representanter från sjukskrivande förvaltningar, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Gruppen är operativ genom arbete med riktlinjer och att planera och genomföra försäkringsmedicinska utbildningar. Styrgruppens handlingsplan stadgar samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Studierektorer levererar deltagare till AT-utbildning, erbjudande om ST-utbildning går via ordinarie utbud och till utlandsutbildade läkare via chefsnätverk och intranät.

Styrande dokument:

Det finns ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen enligt SOSFS 2011:9 som inkluderar styrkort med kvalitetsmål och mått som uppdateras. Ledningssystemet ingår i landstingets övergripande kvalitetsledningssystem. Det pågår centralt ett processorienterat arbete kring kvalitetsledning som förväntas ytterligare tydliggöra riktlinjen för sjukskrivningsprocessen. Kunskapsstöd om försäkringsmedicin/sjukskrivning finns digitalt och skrivningar finns även i regelbok för hälsoval. Landstingsplanen innehåller skrivningar om försäkringsmedicin/sjukskrivning och resultat återrapporteras via bl.a. delårsbokslut och årsredovisning till landstingsstyrelsen.

Budget för arbetet:

Utbildningar, processteamets löner och ersättning till verksamheter som har rehab koordinator (primärvård, kirurgi, medicin, ortopedi, kvinnoklinik, onkologi, ÖNH, rehab, specialisttandvård och psykiatri) finansieras genom statsbidraget som i sin helhet hanteras av processteamet. Medel för försäkringsmedicinska kommittén finns i ordinarie budget.

Region Kronoberg

Organisering och samverkan:

Arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning är placerat vid Hälso- och sjukvårdsavdelningens Utvecklingsenhet. Försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare finns kopplad till arbetet. Ekonomiska beslut diskuteras med Utvecklingsenhetens verksamhetschef alternativt med regiondirektören. Planering av arbetet förankras i styrgruppen för samverkan i försäkringsmedicin med representanter från chefsnivå på Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och i regionen. Styrgruppen ger uppdrag till ett Försäkringsmedicinskt forum med representation från motsvarande aktörer där också strateg från primärvården samt sakkunnig i försäkringsmedicin ingår. För samverkan finns en samverkansöverenskommelse som beskriver vision, mål, resurs- och ansvarsfördelning för olika parter. Ansvaret för utbildning vilar i huvudsak på den operativa försäkringsmedicinska gruppen på Utvecklingsenheten.

Styrande dokument:

Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan inkluderar sjukskrivningsprocessen med styrtal för sjukpenning könsuppdelat och innebär en politiskt förankrad styrning, integrerad i övergripande ledningssystem. Verksamhetsplanen anger att det ska finnas en handlingsplan för sjukskrivningsprocessen och är något alla centrum ska förhålla sig till. Försäkringsmedicin/sjukskrivning har integrerats i vissa vårdprogram. Det finns även formaliserade centrala rutiner för bl.a. kartläggningssamtal, tidig samverkan och hur rehabteamen ska arbeta. Skrivningar om försäkringsmedicin och sjukskrivning finns också i uppdragsbeskrivning för vårdval primärvård samt tillhörande villkorstexter som styr den ekonomiska fördelningen.

Budget för arbetet:

Budget hämtas från statsbidraget och hanteras av Utvecklingsenhetens verksamhetschef. Det mesta fördelas ut till verksamheterna för att stimulera arbetsgivarkontakter, behandlingsinsatser (bl.a. KBT och MMR) och rehabkoordinator i primärvård. Rehabteam finns redan och stimuleras därför inte. Stimulansmedlen fördelas mestadels enligt antal listade.

Region Norrbotten

Organisering och samverkan:

Det övergripande ansvaret för försäkringsmedicin/sjukskrivning har hälso- och sjukvårdsenheten, landstingsdirektörens stab. Verksamhetsutvecklare och kontaktperson driver arbetet i nära samverkan och gör en grov planering utifrån villkoren med förslag om medelsfördelning. Förslaget lämnas till verksamhetsdirektör, regiondirektörens stab som tillsammans med redovisningschef tar fram underlag för formellt beslut av regiondirektören. Den försäkringsmedicinska kommittén är vilande

och ersätts tills vidare av samverkansforum med bl.a. försäkringsmedicinsk sakkunnig läkare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen; sanktionerad i överenskommelse. Ansvar för fortbildning och handledning av AT/ST läkare är överfört till landstingets utbildningsenhet, FoU-avdelningen.

Styrande dokument:

Det finns ett regionalt ledningssystem för sjukskrivningsprocessen enligt SOSFS 2011:9 som ingår i regionens övergripande ledningssystem. Dokumentet ”nationella överenskommelser” samlar alla överenskommelser och där finns villkoren för sjukskrivningsöverenskommelsen beskrivna med angivelse om den ekonomiska utdelningen för aktiviteterna på divisions- och regiongemensam nivå (förutsatt att villkoren uppfylls). Skrivningar finns även i regelbok för primärvård.

Budget för arbetet:

Delar av det totala statsbidraget fördelas direkt till verksamheterna för rehabkoordinator (primärvård, närpsykiatri), behandlingsinsatser (MMR, KBT/IPT) samt tidig kontakt med arbetsgivare.

Region Skåne

Organisering och samverkan:

Arbetet med området försäkringsmedicin/sjukskrivning finns på avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, enheten för patientnära frågor. Försäkringsmedicinsk sakkunnig läkare finns kopplad till arbetet. Handlingsplan och tillhörande budget för kommande år stäms av i aktuella kontexter inför beslut av hälso- och sjukvårdsdirektör och dennes ledningsgrupp. Politiken fattar beslut om uppdragen för hälso- och sjukvården. Ett Försäkringsmedicinskt råd finns inrättat inom ordinarie kunskapsorganisation med representanter från olika professioner, bundna till treårs-avtal, utsedda av regionens förvaltningschefer. Rådet tar ställning till nya riktlinjer och hur de praktiskt kan tillämpas, föreslår kvalitetsindikatorer och bidrar till den kliniska integreringen av frågorna. Representanter från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen adjungeras. Enheten för kompetensförsörjning ansvarar för försäkringsmedicinska utbildningar för AT/ST/PTP. En akademiskt stark utbildningsgrupp där bl.a. professorer, regionöverläkare och försäkringsmedicinsk rådgivare från Försäkringskassan ingår; planerar och genomför de försäkringsmedicinska inslagen.

Styrande dokument:

Uppdrag till hälso- och sjukvården leds ut till vårdverksamheterna via övergripande Hälso- och sjukvårdsuppdrag, Ackrediteringsvillkor till primärvård och Förvaltningsuppdrag. Genom uppdragen byggs strukturer för rehabiliteringskoordinatorer och försäkringsmedicinskt ansvariga läkare upp i hela hälso- och sjukvården. Ledningssystemet för försäkringsmedicin/sjukskrivning ingår i regionens övergripande ledningssystem och försäkringsmedicin/sjukskrivning har integrerats i vissa vårdprogram.

Budget för arbetet:

Stilleståndersättning utgår till verksamheter som skickar försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare och rehabkoordinatorer till utbildning.

Stockholms läns landsting

Organisering och samverkan:

Ansvar för överenskommelsen finns på Närsjukvårdsavdelningen, hos en arbetsgrupp med processledare under enhetschef för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, avdelningschef och hälso- och sjukvårdsdirektör. Förslag om vad som ska göras inom ramen för överenskommelsen och i linjen förankras med informell ”ministryrgrupp”, bestående av chefer från beställarenheterna, inför beslut enligt ordinarie beslutsprocess. Beslut som kräver politisk förankring föregås av information till beredningarna. Kontaktperson, försäkringsmedicinskt sakkunnig och ordförande i försäkringsmedicinska kommittén (FÖRKOM) finns på Avdelningen för kvalitet och patientsäkerhet. FÖRKOM ingår i kunskapsorganisationen och representeras i övrigt av Försäkringskassan och läkare från olika vårdområden knutna till uppdraget genom avtal. En formell samverkansgrupp finns mellan Försäkringskassan och landstinget. Ansvar för basutbildning för AT/ST och övrig försäkringsmedicinsk utbildning ligger på processledning och FÖRKOM. Utbildningarna annonseras i ordinarie kanaler. Funktion för operativt sakkunnig i försäkringsmedicin är för tillfället vakant.

Styrande dokument:

Det finns ett ledningssystem upprättat enligt SOSFS 2011:9. Försäkringsmedicinska kommitténs rekommendationer är politiskt förankrade. Text om krav på sjukskrivning och rehabilitering behandlas i förfrågningsunderlag till vårdval i primärvård och sjukhusavtalen, samt i övriga relevanta avtalsmallar. Skrivningar finns även i budgetdokument, verksamhetsplan för hälso- och sjukvårdsförvaltningen och vårdprogram. Det digitala beslutstödet VISS, med samlad medicinsk och administrativ information, innehåller rekommendationer vid sjukskrivning.

Budget för arbetet:

Arbetet med försäkringsmedicin ligger delvis i ordinarie landstingsbudget. Ersättning utgår till verksamheterna för rehabkoordinator (PV, psykiatri och ortopedi), behandlingsinsatser (bl.a. KBT och MMR) och tidig samverkan med arbetsgivare av de statliga stimulansmedlen.

Landstinget Sörmland

Organisering och samverkan:

Enheten för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ligger på utvecklingsenheten i staben för kvalitets- och verksamhetsutveckling, under landstingsdirektören. Enheten för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen styrs utifrån uppdrags-

direktiv undertecknat av landstingsdirektören. Utifrån dessa förutsättningar och den statliga överenskommelsen görs en grov handlingsplan. Det finns en försäkringsmedicinsk kommitté med försäkringsmedicinsk rådgivare och andra representanter från Försäkringskassan samt specialistläkare med försäkringsmedicinsk kompetens och andra representanter från landstinget. Kommittén agerar utifrån uppdrag från landstingets ledning och har ett helhetsansvar för utbildning. Fyrpartssamverkan via nätverket TRIS.

Styrande dokument:

Landstinget har ett kvalitetsledningssystem utifrån SOSFS 2011:9. Landstingsdirektörens uppdragsdirektiv till enheten för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är ett styrande dokument. I regelbok för hälsoval finns bl.a. krav om rehabkoordinator och TRIS-team.

Budget för arbetet:

Genom uppdragdirektivet har enheten budgetansvar för delar av de medel som kommer in via överenskommelsen. Verksamheterna ersätts för rehabkoordinator (primärvård, smärtklinik, reumatolog, ortoped, onkolog, medicin och psykiatri), försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare (primärvård, ortopedi, medicin och reumatolog) och behandlingsinsatser (bl.a. KBT och MMR). Försäkringsmedicinsk utbildning och även ReDo-utbildning för arbetsterapeuter går på enhetens budget.

Region Uppsala

Organisering och samverkan:

Uppdraget för försäkringsmedicin/sjukskrivning finns på Regionkontorets hälso- och sjukvårdsavdelning. En styrgrupp för alla statsbidrag, med Regiondirektören som ordförande, hanterar verksamhetsplaner och kostnadsbudget enligt årshjulet på övergripande nivå. Utifrån det gör team försäkringsmedicin en detaljplanering. Underhandsbeslut tas i den egna linjeorganisationen eller blir i vissa fall politiska beslut. Regionens försäkringsmedicinskt sakkunnige läkare är ordförande i den försäkringsmedicinska kommittén som i övrigt består av ledamöter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och olika professioner från regionens hälso- och sjukvårdsförvaltningar. Kommittén har ansvar för fortbildningsfrågor för de tre organisationernas olika utbildningsbehov. Strategiskt forum består av hälso- och sjukvårdsdirektör och chef för Arbetsförmedling resp. Försäkringskassan. Gruppen har formulerat en gemensam viljeriktning för samverkan. Uppdrag och syfte finns även för den försäkringsmedicinska kommittén.

Styrande dokument:

Försäkringsmedicin hanteras enligt den ordinarie ledningsstruktur som gäller alla sakområden, vilket innebär texter i regionplan, budget och delårsrapporter. Information om försäkringsmedicin/sjukskrivning är integrerat i programrådets vårdöversikt för implementering av nationella riktlinjer. Skrivningar finns även i förfrågningsunderlag primärvård och vårdöverenskommelser med sjukhusen.

”Principer för sjukskrivning” utgör regionens lokala rekommenderade förhållnings-sätt i sjukskrivningsarbetet. Denna och andra policys, rutiner och riktlinjer finns samlade i Doc plus som är en digital kvalitetshandbok.

Budget för arbetet:

Beslut om budgeten som helhet fattas i styrgrupp för statsbidrag. Mindre beslut fattas på teamnivå utifrån den egna budgeten. Verksamheterna ersätts i dagsläget för tjänstgöringsutrymme till rehabiliteringskoordinator på vårdcentraler och behandlingsinsatser (bl.a. KBT, MMR).

Landstinget i Värmland

Organisering och samverkan:

Ansvaret för försäkringsmedicin/sjukskrivning är knutet till hälso- och sjukvårdschefen, via den försäkringsmedicinska kommittén (FMK) som är ett reguljärt, operativt organ. Gruppen är en landstingsintern expertgrupp med läkare och chefer från olika vårdområden. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen adjungeras. Ordförande och försäkringsmedicinskt sakkunnig (för t.f. vakant) avrapporterar till hälso- och sjukvårdschefens ledningsgrupp (HCL) som ibland vidare rapporterar till landstingsstyrelsen. Förutom att bereda och konkretisera ärenden; ansvarar FMK för försäkringsmedicinska utbildningsinsatser. Annonsering av utbildningarna sker via Studierektorskansliet och kompetenscentrum. Strategisk samverkansgrupp för planering mellan landsting, Försäkringskassa och Arbetsförmedling hanterar långsiktiga och principiella frågor och är sanktionerad enligt beslut av landstingsdirektören.

Styrande dokument:

Sjukskrivningsprocessen omfattas av landstingets ordinarie ledningssystem ”Vårt arbetssätt” enligt vilket samtliga verksamheter ska arbeta enligt PDSA-hjulet. Skrivningar om försäkringsmedicin/sjukskrivning finns i hälsovalets Krav- och kvalitetsbok.

Budget för arbetet:

FMK har en årlig budget tilldelad via den funktion som ansvarar för fördelning av alla statsbidrag. Läkares närvaro vid avstämningsmöten ersätts, liksom avslutade behandlingar (bl. a. KBT och MMR). Rehabkoordinatorer organiseras under en central egen enhet, och servar de verksamheter (primärvård och delar av specialis-tvården) de arbetar mot.

Västerbottens läns landsting

Organisering och samverkan:

Sjukskrivningsprocessen/försäkringsmedicin är organiserad som en del i landstingsdirektörens ledningsstab, kvalitet och säkerhet. Ett försäkringsmedicinskt råd (FMR) bestående av representanter med anknytning till landstingsledning fungerar som ett förberedande organ inför beslut i ELG. ELG är en del i landstingsledningens yttersta tjänstemannaorganisation med mandat att på delegation besluta, eller vid behov bereda ärenden för politiska beslut. Försäkringskassan adjungeras regelbundet till FMR för samverkan med landstingsledning. Utöver detta finns ett system för samverkan mellan tjänstemän på ledningsstaben och Försäkringskassans samverkansansvariga samt fyrpartssamverkan via nätverket NAFS. Försäkringsmedicinska utbildningar för AT-/ST ligger under FOU-enheten och för utlandsutbildade läkare under HR, medan utförare i båda fallen organiseras av Ledningsstaben/försäkringsmedicin som också ansvarar för rehabkoordinatorernas utbildning. Ett försäkringsmedicinskt kunskapsnätverk är under utveckling, syftande till att säkerställa kompetens på det försäkringsmedicinska området.

Styrande dokument:

Det försäkringsmedicinska arbetet leds och styrs via ett ledningssystem byggt på Socialstyrelsens ”god vård – ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”. Utvecklingsarbete pågår för att integrera ledningssystem för sjukskrivningsprocessen i landstingets generella ledningssystem (LITA). I Regelbok för hälsoval finns krav om bl.a. rehabkoordinator, försäkringsmedicinskt ansvarig läkare samt lokala rutiner.

Budget för arbetet:

Hela statsbidraget (exkl. 10 % overhead) är vikta till arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivningsprocessen. Verksamheterna ersätts för rehabkoordinator (primärvård, stressrehab, ortopedi, hand och plastikkirurgi, neurolog samt psykiatri) och statsbidraget täcker även ersättning för utbildning av koordinatörer och lokalt försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare (FM-läkare). Det finns, främst i primärvård, men verksamheterna ersätts inte längre för uppdraget som implementerats i hälsoval.

Landstinget Västernorrland

Organisering och samverkan:

Enheten för försäkringsmedicin finns under enheten för kvalitet och patientsäkerhet vid avdelningen för hälso- och sjukvård, landstingets ledningsstab. Förslag förankras i högsta chefsledning - Hälso- och sjukvård i samverkan (HSS) – som hanterar allehanda hälso- och sjukvårdsfrågor. HSS fattar vissa beslut, men regionledningsgruppen tar de flesta ekonomiska beslut och beslut om enhetens årliga budget fattas

av finansutskottet. Den försäkringsmedicinska kommittén har representanter från vården, Försäkringskassa samt Arbetsförmedlingen. Gruppen diskuterar olika insatser och kvalitetssäkrar utbildningar. Det finns beslut om försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare centralt, resursen köps till dess tjänsten tillsatts. Kontinuerlig samverkan med Försäkringskassan sker, men på informell basis. Ansvaret för försäkringsmedicinska utbildningar vilar på enheten för försäkringsmedicin, med stöd av den försäkringsmedicinska kommittén.

Styrande dokument:

Ett regionalt ledningssystem för sjukskrivningsprocessen finns upprättat enligt SOSFS 2011:9 och kopplat till landstingets övergripande ledningssystem. I regelboken för primärvård finns bl.a. krav om rehabkoordinator och att det ska finnas resurser för rehabilitering.

Budget för arbetet:

Enheten för försäkringsmedicin har en budgetram som i stora drag anger hur medlen ska fördelas över överenskommelsens villkor. Verksamheterna ersätts för rehabkoordinator (vårdcentraler, psykiatri, ortopedi och rehab), samverkan med arbetsgivare samt behandlingsinsatser i primärvård (bl.a. KBT och MMR).

Region Västmanland

Organisering och samverkan:

Arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning är förlagt till staben för Hälso- och sjukvårdsutveckling med Hälso- och sjukvårdsdirektören som närmaste chef. Utifrån överenskommelsen upprättas handlingsplan. Tillhörande årsbudget följs upp på budgetmöten med ekonomer. Sjukskrivningskommittén leder arbetet med försäkringsmedicin och fungerar som en brygga till landstingsledningen. Ordförande är specialist i psykiatri och arbetar även i patientsäkerhetsteamet. I övrigt ingår specialistläkare, ST-läkare, studierektor, handläggare från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunerna. ”Samklang” är ett strategiskt forum med bl.a. chefer från Försäkringskassan och Arbetsförmedling samt regionens medicinska rådgivare (processägare av sjukskrivningsprocessen) som diskuterar vad parterna ska samarbeta kring. De försäkringsmedicinska utbildningarna annonseras i Kompetensplatsen och drivs i Sjukskrivningskommitténs regi.

Styrande dokument:

I krav- och kvalitetsboken för primärvården finns bl.a. krav om rehabkoordinator och rehabteam. Det finns ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen enligt SOSFS 2011:9 som har integrerats i landstingets ledningssystem för god och patientsäker vård.

Budget för arbetet:

Årlig budget kopplad till handlingsplanen finns för arbetet. Verksamheterna ersätts för rehabiliteringskoordinatorer och behandlingsinsatser (bl.a. KBT och MMR).

Västra Götalandsregionen

Organisering och samverkan:

Det försäkringsmedicinska teamet är placerat i hälso- och sjukvårdsstaben. Inom både primär- och länsjukvårdens olika förvaltningar finns 18 lokala processledare som fungerar som det centrala teamets förlängda arm. Arbetet utgår från krav i överenskommelsen. Årliga tilläggsuppdrag (anvisningsförfarande fr.o.m. 2018) till samtliga förvaltningar är centrala för arbetet och reglerar bland annat det lokala processtödet, funktion för koordinering och deltagande i lokala Försäkringsmedicinska forum (FMF). Beslut om tilläggsuppdragen fattas av politiken, dit arbetet också återrapporteras. Det finns ett Regionalt FMF, där bl.a. försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare (ordförande), Försäkringskassan och Göteborgs universitet finns representerade. Regionalt FMF ansvarar för de försäkringsmedicinska utbildningarna. Fyra lokala FMF, bemannade av bl.a. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, läkare och lokala processledare, ger stöd och anordnar utbildning lokalt. Samverkan på strategisk nivå med bl.a. Försäkringskassans chef för verksamhetsområde väst och hälso- och sjukvårdsdirektören, sanktionerad i en överenskommelse.

Styrande dokument:

Utöver de tilläggsuppdrag som redan nämnts, finns också ett ledningssystem enligt SOSFS 2005:12 som är integrerat i regionens övergripande ledningssystem. Krav- och kvalitetsboken för primärvård anger bl.a. krav om försäkringsmedicinskt ansvarig läkare och innehåller även andra skrivelser omkring det försäkringsmedicinska uppdraget.

Budget för arbetet:

Ersättning för det lokala processtödet, funktion för koordinering, försäkringsmedicinskt ansvariga läkare, MMR-team o.s.v. ingår i den ersättning som följer med tilläggsuppdragen på förvaltningsnivå och finansieras helt via statsbidraget från överenskommelsen om sjukskrivning.

Region Örebro län

Organisering och samverkan:

Arbetet med sjukskrivning/försäkringsmedicin drivs på deltid av utredare vid Regionkansliets stab, i nära samverkan med vårdutvecklare för hälsoval. Sjukskrivningskommittén (SSK) är en del av ordinarie kunskapsstruktur. Förvaltningsövergripande chefläkare är ordförande i SSK och där ingår också bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör – med ett särskilt ansvar för sjukskrivningsfrågorna – vilket bidrar till att frågorna har en direkt ingång i hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp. Därutöver ingår i SSK försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare från regionen och representant för område medicin och rehab, läkare från områdena psykiatri, närsjukvård respektive opererande och onkologi, representant för område habilitering och hjälpmedel, vårdutvecklare Hälsoval, processledare för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt representanter från Arbetsförmedlingen och

Försäkringskassan. SSK ansvarar för att initiera informations- och utbildningsinsatser riktade till läkare och övrig personal som är involverad i sjukskrivningsprocessen, samt diskuterar hur arbetet ska fördelas mellan olika aktörer. Insatserna verkställs av en operativ grupp med motsvarande partssammansättning. För strategiska frågor och riktningen av samarbetet i SSK finns en styrgrupp med en reducerad skara av deltagarna i SSK, bl.a. ordförande för SSK, bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör och Försäkringskassans områdeschef. En samverkansöverenskommelse mellan Försäkringskassan och regionen tydliggör ansvar och genomförande av aktiviteter kopplade till överenskommelsen. Försäkringsmedicin för AT och ST-läkare har integrerats i målgruppernas ordinarie utbildningsprogram. För ett sammanhållet ansvar för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom hälso- och sjukvården i regionen, kommer en samordnande regionintern styrgrupp att bildas i under hösten 2017.

Styrande dokument:

Regional riktlinje finns upprättad enligt SOSFS 2005:12, inkl. mall för mål och rutiner för sjukskrivning av patienter på mottagnings-/verksamhetsnivå. Ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen är integrerat i regionens övergripande ledningssystem. Skrivelser om området försäkringsmedicin/sjukskrivning finns i Krav och kvalitetsboken för hälsoval och i tillhörande uppföljningsdokument. Det finns även en regional rutin för handläggning av sjukskrivna patienter.

Budget för arbetet:

SSK och dess operativa grupp har inte någon budget för sitt arbete. De särskilda medlen från överenskommelsen går in i landstingsbudgeten och används som resursförstärkning till verksamheterna för att permanenta insatser som inte redan ingår i uppdragen. Beslut om resursförstärkning fattas av Regionstyrelsen. När det gäller rehabkoordinatorer i primärvård, är det Hälsoval som hanterar och fördelar de extra medel som tillförts.

Region Östergötland

Organisering och samverkan:

Försäkringsmedicin/sjukskrivning finns på Centrum för hälso- och vårdutveckling. En medicinsk rådgivare i försäkringsmedicin finns knuten till processgruppen och är även ett operativt stöd ut till verksamheterna. Arbetet med nya överenskommelser stäms av med biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, controllerenhet och avtalsgrupp. Avtalsgruppen tar över ansvaret för sådant som ska formaliseras ut till verksamheterna via överenskommelser i specialistvård respektive regelbok för primärvård. Beslut om uppdragen tas slutgiltigt av politiken som också i övrigt efterfrågar återkoppling. Sjukskrivningskommittén är vid tillfället vilande, ersatt av strategisk styrgrupp för samverkan med bl.a. chefer från Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samt biträdande Hälso- och sjukvårdsdirektör. En avsiktsförklaring reglerar utformning av och innehåll i samverkan. Erbjudande om AT-/ST-

utbildningar i försäkringsmedicin går via målgruppernas kansli, men det övergripande ansvaret för utbildningarna har Centrum för hälso- och vårdutveckling.

Styrande dokument:

I regelbok för primärvård och överenskommelser med specialistsjukvården formaliseras verksamheternas uppdrag. Det regionala ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen är upprättad enligt SOSFS 2011:9 och integrerat i övergripande ledningssystem.

Budget för arbetet:

Processgruppen har en separat budget för bl.a. utbildning, medan ekonomin i övrigt hanteras via reguljär uppdragsersättning.

Bilaga 2

Goda exempel

Organisering

Värmland	Den försäkringsmedicinska kommittén är navet i arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning. Gruppen är ett internt, reguljärt, operativt organ och samtidig expertgrupp med läkare och chefer från olika vårdområden. Uppgifter bereds, fördelas och konkretiseras i samband med reguljära möten var 14:e dag.
Värmland	Rehabkoordinatorer organiseras i en egen central enhet, vilket gynnar stöd, erfarenhetsutbyte och utveckling av uppdraget. Enhetschefen ingår i den försäkringsmedicinska kommittén.
Jönköping	Operativa processledare placerade i olika vårdområden ger en bredd åt arbetet. Att två processledare också fungerar som rehabkoordinatorer lokalt, innebär att frågeställningar i den kliniska vardagen fångas upp och blir betydande för det centrala arbetet.
Örebro	Arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning är fördelat på ordinarie befattningshavare (utredare och vårdvalsutvecklare). Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör har ett särskilt uppdrag kring sjukskrivningsfrågan och bidrar tillsammans med förvaltningsövergripande chefläkare (ordförande i Sjukskrivningskommittén) till att frågorna får ökad legitimitet och har en naturlig ingång i ledningsgruppen. Organiseringen kan också gynna långsiktighet och integrering i övrig verksamhet.
Östergötland	En avtalsgrupp involveras redan vid årlig planering av arbetet och övertar ansvaret för sådant som ska formaliseras ut till verksamheterna via överenskommelser i specialistvård respektive regelbok för primärvård.
Västra Götaland	Operativa processledare på lokal nivå (förvaltning) introducerar rehabkoordinatorn i uppdraget och bistår med fortbildning, nätverksträffar och kontinuerlig information. Tillsammans med lokala försäkringsmedicinskt ansvariga läkare och lokala försäkringsmedicinska forum bildas en plattform för det lokala försäkringsmedicinska arbetet som kopplas samman med den centrala nivån.

Verktyg/metoder som underlättar arbetet

Gotland	Regionens ledningssystem, inklusive ledningssystemet för sjukskrivningsprocessen, tillgängliggörs via programvaran Docpoint. Programvaran gör det möjligt att upprätta en övergripande rutin som verksamheterna kan utgå ifrån när de utvecklar lokala rutiner. Systemet påminner också om uppdateringar. Utveckling pågår för att göra programvaran åtkomlig via app på mobil eller surfplatta.
Norrbottn	En av hälsocentralerna har utvecklat en Autoanamnes där patienterna själva skattar sitt sjukdomstillstånd och sin nedsatta arbetsförmåga. Anamnesen utgör underlag i dialogen med läkaren och underlättar möjlighet till en korrekt bedömning. Frågeformuläret är spritt till regionens hälsocentraler och intresserade runt om i riket.
Västmanland	Regionen har en funktionsbrevlåda som delas mellan Försäkringskassan och regionen dit båda parter kan ställa försäkringsmedicinska frågor. Funktionsbrevlådan ger också underlag till kvalitetsarbete på central nivå.

Säkra kompetensförsörjning

Jönköping	Erbjuder försäkringsmedicinsk utbildning på avancerad nivå (22,5 hp) till läkare, vilket kan vara ett sätt att trygga kompetensförsörjningen.
Uppsala	Rekryterar erfarna läkare som leder diskussionerna vid praktiska övningar i ST-utbildning, vilket innebär ett lärande för båda parter. Ett sätt att bygga på det som finns och utveckla stödstrukturer.
Västmanland	För att trygga kompetensförsörjning, och skapa engagemang för frågorna finns ST-läkare med som representanter i den försäkringsmedicinska kommittén.
Västerbotten	Ett försäkringsmedicinskt Kunskapsnätverk håller på att utvecklas i syfte att säkerställa kompetens på det försäkringsmedicinska området.

Integrera arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning som en del av vård och behandling

Västernorrland	Organisatorisk koppling till enheten för kvalitet och patientsäkerhet gör det lättare att lyfta försäkringsmedicin och
----------------	--

sjukskrivning som en patientsäkerhetsfråga och en del av vård och behandling inom alla vårdområden (primär-/specialistvård).

- Kalmar Handledningstillfällen (fem per läkare) av Åsa Kadowaki om förhållningssätt för arbetsåtergång, snarare än att skriva bättre intyg. Det har bidragit till stöd och en drägligare arbetsmiljö för läkarna som också fått verktyg för att se på sjukskrivning som ett problem, snarare än en lösning. Kristina Alexandersson kommer att utvärdera insatsen.
- Jämtland/Härjedalen I regionen pågår ett arbete för att göra "sjuktalsdialog" till en del av patientsäkerhetsronden. Vid sjuktalsdialog jämförs verksamhetsegna sjukskrivningsdata (diagnos, kön, sjukskrivningslängd o.s.v.) med andra hälsocentralers som underlag för diskussion med läkargrupperna.
- Uppsala Har, via regionens Programråd för att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer i vårdöversikter, för varje sjukdomsgrupp fört in en sjukskrivningsruta som även länkar till styrande dokument. Detta är ett sätt för att få motsvarande legitimitet för området som för t.ex. läkemedel. (Motsvarande arbete har gjorts i Jönköping under benämningen "Fakta" och i Stockholm "VISS".)
- Stockholm Arbetar in och utvecklar övergripande texter om krav på försäkringsmedicin/sjukskrivning i förfrågningsunderlag. Utvecklade skrivelser om sjukskrivning finns i vårdval för rehabilitering vid långvarig smärta och vid utmattningssyndrom, dvs. ett rehabiliteringsalternativ inkluderande sjukskrivning och fokus på återgång i arbete för de mest sjukskrivningsintensiva grupperna.

Integrera arbetet med försäkringsmedicin/sjukskrivning i struktur för kunskapsstyrning

- Halland Försäkringsmedicin/sjukskrivning har integrerats som en regional process inom konceptet för kunskapsstyrning. Process-teamet består av ansvariga för olika förvaltningar med en samordnande processledare centralt. Genom att olika delar dockas in i processkartan för sjukskrivning tydliggörs krav och rekommendationer genom hela processen. Det kvalitetssäkras även processerna för uppgradering, mätetal och att föra ut information i aktuella forum.
- Kronoberg Pågår arbetet med att föra in försäkringsmedicin/sjukskrivning som en egen process i under de medicinska kommittéerna. Att

området integreras i kunskapsstyrning kan medföra en högre status till området och vidare underlätta rekrytering av personer till försäkringsmedicinska uppdrag (lokalt sakkunniga bl.a.).

- Skåne Försäkringsmedicinskt råd inrättat inom ordinarie kunskapsorganisation med representanter bundna till treårs-avtal och utsedda av förvaltningschefer. En struktur som erbjuder långsiktighet, höjer områdets status och integrerar området i den kliniska verksamheten.
- Stockholm Den försäkringsmedicinska kommittén (FÖRKOM) ingår i kunskapsorganisationen och verkar utifrån ett formellt uppdrag. FÖRKOM:s ordförande är representant i Stockholms medicinska råd och professionen involveras också genom kommitténs representanter från specialitetsråd, Sth läkarförening, privat- och företagsläkarförening. Via chefläkarna från sjukvården har FÖRKOM ytterligare en kontaktpunkt.

Kvalitetsarbete

- Sörmland Lanserar begreppet ”Treenigheten” som avser rehabkoordinatorer, försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare och verksamhetschefer. Genom ett verksamhetsnära samarbete kommer input till arbetet och uppslag till uppdateringar av rutiner och riktlinjer.
- Jönköping Årliga rehabkoordinatorskonferenser dit verksamhetschefer bjuds in vart annat år understryker verksamhetschefernas ansvar för att rehabkoordinators uppdrag ska fungera optimalt.
- Västerbotten Uppföljning som utgår från Ledningssystemet och består av ett huvuddokument som beskriver uppdrag och ansvarsområden, ett arbetsdokument kopplat till varje enhets aktiviteter för att uppnå målen och ett årligt uppföljningsdokument. Dokumenten guidar verksamheterna i förhållande till mål, mått, utvärdering och åtgärder. Uppföljningen ska framför allt fungera för det lokala kvalitetsarbetet, men ger också återkoppling till den central nivån om de lokala rutinerna och problemområden som behöver lyftas vid utbildningar och nätverksträffar.

Alternativa former för extern samverkan

- Blekinge Verksamhetsdialoger tillsammans med Försäkringskassan då bl. a. verksamhetens arbete med sjukskrivning och rehabilitering, enhetens sjukskrivningsmönster, rehabkoordinators roll och uppdrag, kompletteringar, sjukpenningtalet, nationella mål o.s.v.

diskuteras. Verksamheterna uppskattar möjligheten till genomlysning och dialog. Träffarna kombinerar uppföljning och kompetensutveckling och blir ett sätt att stödja rehabkoordinatören.

Dalarna	Lokala nätverk med professioner och chefer från vården, där Försäkringskassan är drivande har bildats. Nätverken diskuterar bland annat aidentifierade intyg och olika försäkringsmedicinska principer. I bästa fall blir nätverken självgenererande och kan upprätthålla och utveckla det arbete som gjorts.
Gävleborg	Trisam är en struktur och arbetsmetod för att arbeta med rehabilitering i samverkan mellan vården, socialtjänsten, Försäkringskassan, och Arbetsförmedlingen. Team skapas på respektive vårdenhet med utsedda representanter från respektive organisation under ledning av rehabiliteringskoordinatören. Syftet är att stödja patienten - rätt insatser, rätt ersättning, från rätt instans, vid rätt tidpunkt. Trisam ska också bidra till kompetensöverföring mellan berörda aktörer och ökad förståelse för varandras uppdrag. Modellen har sitt ursprung i Sörmland, som arbetat enligt denna struktur sedan 2011 under benämningen TRIS. (Motsvarande kallas i Västerbotten NAFS).
Norrboten	Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och regionens företagshälsovård bjuds in till regelbundna nätverksträffar (5-6 ggr/år) för rehabkoordinatorerna, för dialog och för att underlätta kommunikationen.
Övrigt	
Jämtland/Härjedalen	Primärvården planerar ett försäkringsmedicinskt kompetenscentrum som kan bidra med support vid komplexa sjukskrivningsärenden.

Bilaga 3

Uppgiftslämnare

Landstinget Blekinge	Helene Bjerstedt
Landstinget Dalarna	Ulla Fridh, Inger Backlund
Region Gotland	Caroline Allard
Region Gävleborg	Annchristin Johansson
Region Halland	Katarina Larborn
Region Jämtland/Härjedalen	Karin Jonsson, Camilla Simonsson
Region Jönköpings län	Ann-Britt Ekvall, Eva-Marie Sundqvist
Landstinget i Kalmar län	Anne-Lie Gustafsson, Anne-Marie Brudin, Göran Blomkvist
Region Kronoberg	Stefan Carlsson
Region Norrbotten	Ulla Isaksson, Ewa Nyberg Vuopio
Region Skåne	Anja Nyberg
Stockholms läns landsting	Anne-Marie Norén
Landstinget Sörmland	Karin Lövgren
Region Uppsala	Birgitta Pleijel
Landstinget i Värmland	Anders Andrén
Västerbottens läns landsting	Tommy Henfridsson
Landstinget Västernorrland	Anita Danielsson
Region Västmanland	Birgitta Borg, Lena Berglund
Västra Götalandsregionen	Mats Swanberg
Region Örebro län	Yvonne Nilsson-Hirsch
Region Östergötland	Elisabeth Hassel

Det försäkringsmedicinska uppdraget

Central ledning och styrning i landsting och regioner

Att det saknas ledning och styrning av sjukskrivningsarbetet har sedan början av 2000-talet varit ett känt problem som delvis använts som förklaring till bristande handläggning av sjukskrivningsärenden inom hälso- och sjukvården. Riktade insatser för att åtgärda problemen har under ett flertal år skett via de statliga överenskommelserna om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Som en del av dåvarande överenskommelse genomförde Sveriges Kommuner och Landsting hösten 2017 en analys av landstingens centrala ledning och styrning av det försäkringsmedicinska området. Analysen skulle ligga till grund för att föreslå utvecklingsinsatser.

I denna rapport presenteras resultat, slutsatser och utvecklingsförslag baserade på intervjuer med landstingens processledare för överenskommelserna. Rapporten har tagits fram för att fungera som ett internt diskussionsunderlag i landstingens arbete med ledning och styrning för god kvalitet i hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag.

Upplysninger om innehållet
Anna Östbom anna.ostbom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
Text: Britt Arrelöv och Gunilla Rördalen