

Avdelningen för Vård och omsorg
Cecilia Alfvén

Frågor och svar om överenskommelsen sjukskrivning och rehabilitering 2016

Innehåll

Frågor och svar om överenskommelsen sjukskrivning och rehabilitering 2016.....	1
Bakgrund till överenskommelsen.....	1
Vad innebär överenskommelsen om sjukskrivning och rehabilitering 2016?	3
Villkor 1 - En jämställd sjukskrivningsprocess	5
Villkor 2 – Kompetenssatsning i försäkringsmedicin	11
Villkor 3 – Funktion för koordinering	15
Villkor 4 – Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta	19
Villkor 5 – Utökad elektroniskt informationsutbyte	30
Villkor 6 – Teknisk plattform för stöd och service	36
Villkor 7 – Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning.....	36
Medicinsk service	37
Forskning, uppföljning och utvärdering	37

Bakgrund till överenskommelsen

Sedan 2006 har SKL och ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen, den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Syftet med överenskommelserna har varit att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.

Sveriges Kommuner och Landsting

Post: 118 82 Stockholm, Besök: Hornsgatan 20

Tfn: växel 08-452 70 00, Fax: 08-452 70 50

info@skl.se

Org nr: 222000-0315

www.skl.se

Upp till närmare en miljard per år har landstingen haft möjlighet att ta del av genom prestationsbaserad ersättning. En mindre andel av pengarna har även gått till nationellt utvecklingsarbete och utvärdering/forskning.

Områden som varit framgångsrika för att förbättra sjukskrivningsprocessen är bland annat åtgärder inom ledning och styrning, införande av elektroniska läkarintyg och utveckling inom försäkringsmedicin, med syftet att åstadkomma en god vård som är effektiv och kvalitetssäker.

De åtgärder som hittills vidtagits inom ramen för sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att stärka vårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt. Sjukskrivningsprocessen är en mer närvarande och aktuell fråga inom hälso- och sjukvården på samtliga ledningsnivåer. Karolinska Institutet bedömer att sjukskrivningsfrågan är på väg att ses som en ordinarie del av patienters vård och behandling, men att det också finns fortsatt utvecklingsbehov för att utvecklingen ska fortsätta i den riktningen.

Rehabiliteringsgarantin läggs ner – nytt villkor i överenskommelsen

Utöver sjukskrivningsmiljarden har överenskommelsen rehabiliteringsgarantin funnits 2008-2015 och har haft som syfte att förebygga sjukskrivningar och att stödja kvinnor och män som är sjukskrivna att återgå i arbete. Staten har ersatt landstingen för behandlingar och rehabiliteringsinsatser inom Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Interpersonell terapi (IPT) vid lättare och medelsvåra ångestsyndrom, depressionstillstånd och stress, samt multimodal rehabilitering (MMR) vid långvarig diffus smärta.

Ett flertal studier har gjorts på insatser inom rehabiliteringsgarantin och studierna visar att insatserna i rehabiliteringsgarantin inte gett bättre effekt på återgång i arbete hos de kvinnor och män som fått del av insatserna, jämfört med de personer som ingått i kontrollgrupp. Dessutom har Riksrevisionen varit kritisk till den detaljstyrning som skett mot vissa behandlingsmetoder och som har lett till andra negativa effekter. Sammantaget har det gjorts att regeringen och SKL är överens om att lägga ned rehabiliteringsgarantin i sin nuvarande form.

De positiva effekterna av rehabiliteringsgarantin har varit att tillgången på KBT-behandling har ökat med 94 procent mellan åren 2009-2014. Tillgången till multimodal rehabilitering har också ökat, med 49 procent. Studier har visat att hälsan har förbättrats hos patienter som fått del av insatserna i rehabiliteringsgarantin. I de två senaste studierna från ISF/IFAU¹ konstaterades även att det finns ett visst stöd för att KBT-behandling kan förebygga sjukskrivningar. Detta behöver dock studeras ytterligare för att resultatet ska vara helt säkert. Mot bakgrund av detta ser SKL och regeringen intresse att fortsätta stimulera området och även kring direktkontakter med arbetsgivare. Se vidare i villkor fyra.

¹ Inspektionen för socialförsäkringen, resp. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering

Sedan 2010 har sjukfrånvaron ökat och Försäkringskassans prognoser visar en fortsatt uppgång under de kommande åren. Det är framförallt kvinnors sjukfrånvaro som ökar och psykisk ohälsa är idag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män.

Regeringen beslutade hösten 2015 om ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.²

Vad innebär överenskommelsen om sjukskrivning och rehabilitering 2016?

Den senaste överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden 2014-15 var tvåårig. För 2016 ingås en ettårig överenskommelse där sjukskrivningsmiljarden slås ihop med de avsatta medlen från tidigare rehabiliteringsgarantin till en ny överenskommelse med det gemensamma namnet "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016".

Totalt avsätts 1,5 miljarder kronor i den nya överenskommelsen varav 500 miljoner utgörs av stimulansmedel för behandlingar och rehabiliteringsinsatser inom villkor 4.

En annan förändring är att den rörliga delen, som handlar om sjukfrånvarons utveckling, inte länge finns med.

Andra områden som ingår i den nya överenskommelsen innebär en fortsättning och vidareutveckling inom följande områden:

Villkor 1 Jämställda sjukskrivningar

Villkor 2 Kompetenssatsning i försäkringsmedicin

Villkor 3 Funktion för koordinering

Villkor 4 Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta

Villkor 5 Utökat elektroniskt informationsutbyte

Villkor 6 Teknisk plattform för stöd och behandling

Villkor 7 Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning.

Insatserna bedöms sammantaget höja kvaliteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen både inom hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Det bedöms vara till gagn för den enskilde patienten.

Därutöver reserveras medel för forskning, uppföljning och utvärdering. Dessutom finansieras bidrag till företagshälsovården för köp av medicinsk service inom ramen för denna överenskommelse.

² Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro, Regeringskansliet, 2015-09-24.

Nedan visas de olika delarna i överenskommelsen 2016 och fördelningen av medel.

	2016
Villkor 1 Jämställd sjukskrivning	30
Villkor 2 Kompetens i försäkringsmedicin	150
Villkor 3 Funktion för koordinering	360
Villkor 4 Psykisk ohälsa och smärta	500
Extra stimulans	50
Villkor 5 Elektroniskt informationsutbyte	271
Villkor 6 Teknisk plattform för stöd och behandling	20
Villkor 7 Utvecklingsmedel stöd för rätt sjukskrivning	5
Medicinsk service	55
Forskning, uppföljning och utvärdering	59
Totalt	1 500

Villkor 1 - En jämställd sjukskrivningsprocess

1. Hur ser nyheterna ut i årets överenskommelse?

Området "jämställda sjukskrivningar" har uppmärksammats i flera år. I årets överenskommelse har jämställdhetsaspekten integrerats tydligare i de olika områdena, med syftet att jämställdhetsperspektivet blir en integrerad del i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering. Perspektivet lyfts till exempel fram inom kompetenssatsningen i försäkringsmedicin, i koordineringsfunktionen samt inom ramen för elektronisk informationsöverföring, bland annat genom att den framtagna statistiktjänsten möjliggör könsuppdelad statistik inom hälso- och sjukvården som en grund för analyser och verksamhetsutveckling.

Ett område som fortsatt behöver uppmärksammas inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är våld i nära relationer. Landstingen har under 2015 tagit fram handlingsplaner och riktlinjer inom detta område och detta arbete behöver fortsätta utvecklas och implementeras under 2016.

2. Vad ska genomföras/redovisas?

- Med hjälp av den nationella statistiktjänsten och andra relevanta underlag ska landstingen analysera sjukskrivningsmönster som en del i kvalitetsarbetet.
- Landstingen redovisar resultatet av analyser och hur resultatet kommer att beaktas i den fortsatta verksamhetsutvecklingen för att åstadkomma en jämställd sjukskrivningsprocess.
- Landstingen implementerar de handlingsplaner och riktlinjer som har utarbetats avseende området våld i nära relation i arbetet med patienters sjukskrivning.

Åtterrapporering sker till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016.

3. Vad menas med jämställdhet?

Jämställdhet betyder jämlikhet mellan kvinnor och män, flickor och pojkar. Kvinnor och män ska ha samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

[SKLs sida om jämställdhet.](#)

4. Vad är jämställd vård, sjukskrivning och behandling?

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Sjukskrivning är en del av vård och behandling och bör därmed ske utifrån jämlika förutsättningar, bland annat mellan kvinnor och män. Jämställd vård handlar om både tillgång till och kvaliteten på vård, sjukskrivning och behandling, samt korrekta bedömningar utifrån kunskap om kvinnors och mäns olika förutsättningar. Jämställd vård, sjukskrivning och behandling utgår från att kvinnor och män är delvis lika, delvis olika. De är i många avseenden väldigt lika och har ofta nytta av samma behandlingar. Olika vårdbehov

bör leda till olika vårdinsatser. Men könsskillnader i vård och behandling kan vara omotiverade och härstamma från fördomar och attityder, omedvetna och medvetna, som leder till att kvinnors och mäns olika behov inte blir tillgodosedda i samma utsträckning. Sjukskrivningen ska vara anpassad efter kvinnors och mäns individuella behov och vara en del av vård och behandling.

5. Varför ska sjukskrivningsprocessen vara jämställd?

En jämställd sjukskrivningsprocess säkerställer en hög kvalitet för både kvinnor och män. Landstingen ska bedriva en patientsäker och effektiv vård där sjukskrivning är en del av vård och behandling för både kvinnor och män. Resurserna ska utnyttjas på bästa sätt, bemötandet ske likvärdigt och vård och behandling vara tillgänglig för både kvinnor och män. Det handlar också om effektivitet och att insatserna leder till återgång i arbete. Det kan också handla om att intygen innehåller de uppgifter som behövs och inte behöver kompletteras och därmed förlänga sjukskrivningen.

Ev fråga om Jämlik vård/sjukskrivningsprocess

Ur den enskilde individens perspektiv handlar det om att han eller hon får makt och inflytande över sin situation, till exempel blir lyssnad på och vara delaktig i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Den nya patientlagen³ trädde i kraft den 1 januari 2015. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Sedan den 1 juli 2010 gäller diskrimineringslagen även för patienter inom hälso- och sjukvården och inte bara för arbetstagare. Enligt lagen ska ingen diskrimineras på grund av kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

6. Vad innebär det att jämställdhetsperspektivet integreras?

En jämställd sjukskrivningsprocess är också ett led i arbetet med *god vård* och i det systematiska kvalitetsarbetet. Ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen behövs för att landstingen ska kunna följa upp och säkerställa att kvinnor och män får en patientsäker och individbaserad vård och behandling av hög kvalitet, där sjukskrivning är en aktiv del av vård och behandling. (SOF SF 2011:9).

För att landstinget i framtiden ska kunna säkerställa en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess för kvinnor och män är det nödvändigt att processen är integrerad i landstingets lednings- och uppföljningssystem. Där framgår att ledningssystemet ska säkra att verksamheten gör rätt saker på rätt sätt för kvinnor respektive män.

³ [Nya Patientlagen](#)

7. Vad innebär en jämställd sjukskrivningsprocess?

En jämställd sjukskrivningsprocess betyder att landstingen, enheterna och klinikerna har sett över sin sjukskrivningsprocess och identifierat områden där det finns risk för ojämställdhet, åtgärdat dem och skaffat sig rutiner för att kontinuerligt följa upp arbetet och resultaten för kvinnor och män. Det betyder också att ojämställdhet åtgärdas vartefter det upptäcks och att det har skapats hållbara rutiner med en ledning som följer upp att sjukskrivningsprocessen bidrar till jämställdhetsmålen.

8. Vad innebär det att analysera statistiken ur ett jämställdhetsperspektiv?

Kvinnor har högre sjukskrivningstal än män. Skillnaderna mellan könen har ökat under det senaste året och det är särskilt de psykiska diagnoserna som ökar, både bland kvinnor och män. Det är en viktig grund att fortsätta följa utvecklingen av sjukskrivningsmönster för kvinnor och män, analysera statistiken och verksamheten för att undersöka vad skillnaderna består av. Bidrar sjukskrivningsprocessen till skillnaderna i ohälsotal mellan kvinnor och män, hur görs bedömningar och behandlingar utifrån könsperspektiv?

Att analysera könsuppdelad statistik innebär att se över hur situationen ser ut för kvinnor respektive män och vilka konsekvenser olikheter får för kvinnor och män i förhållande till uppsatta jämställdhetsmål.

Konkret innebär det till exempel att undersöka om kvinnor och män får lika möjlighet att bli delaktiga i sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Får kvinnor och män samma möjligheter och förutsättningar till behandlingar, insatser – återgång i arbete? Har de tillgång till resurser inom vård och behandling på lika villkor? Resurser kan handla om till exempel tid, läkemedel, remisser, undersökningar, behandlingar och bedömningar.

Är sjukskrivningsprocessen fri från föreställningar om kvinnors och mäns uppgifter och roller kopplat till det obetalda hem- och omsorgsarbetet? Att upptäcka och behandla mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer ska vara en del i sjukskrivningsprocessen. Får kvinnor och män ett respektfullt bemötande utan diskriminering?

9. Vilken statistik kan landstingen använda sig av?

De landsting som anslutit sig till den elektroniska statistiktjänsten kan använda sig av uppgifter från denna som en grund (se mer i villkor 5).

Vidare finns mycket annan statistik som hälso- och sjukvården kan använda sig av.

Försäkringskassan har också könsuppdelad statistik på läns- eller kommunnivå, exempelvis:

- antal sjukskrivningar, sjukersättningar, aktivitetsersättningar, förebyggande sjukpenning
- längd på sjukskrivningarna
- hel-/deltid per diagnos
- ohälsotal

- antal personer som blivit utförsäkrade från sjukskrivning

10. Vad innebär omotiverade skillnader mellan män och kvinnors sjukskrivning?

Att kvinnor och män bedöms utifrån genusbias⁴ som kan skapa omotiverade skillnader i sjukskrivningen. Till exempel kan en kvinna sjukskrivas för problem som inte relateras till sjukdom som sätter ned arbetsförmågan, utan mer kan handla om vardagliga bekymmer. Å andra sidan kanske en man inte får rätt behandling för sin depression och klarar därför inte att återgå till arbetet.

Inom området Kompetenssatsning i försäkringsmedicin (villkor 2) nämns följande:

Kunskap om jämställdhet och våld i nära relationer ska ingå i kompetensutvecklingen i försäkringsmedicin som en del i kvalitetsarbetet med sjukskrivningsfrågan. Likaså ska det ingå, som en del i fortbildningen och handledningen, att bedöma behovet av sjukskrivning som en del av vård och behandling samt att undvika medikalisering av normala livshändelser. Dessutom ska ingå hur dialogen med patienten i dessa frågor kan utvecklas.

För att landstingen ska kunna undersöka detta är det viktigt att statistiken är könsuppdelad och att verksamheterna analyserar vad skillnaderna beror på och åtgärdar problemen.

11. Vad innebär ”fortsatta verksamhetsutvecklingen”?

Utifrån tidigare resultat av arbetet med en jämställd sjukskrivningsprocess och annat underlag, till exempel utifrån analyser av statistik utformar landstinget vilka insatser som de önskar genomföra.

Vikten av att få in frågorna i de ordinarie ledningsstrukturerna och i uppföljningssystemen betonas här, som ett sätt att få kontinuitet och säkra att aspekten kring jämställda sjukskrivningar ingår som en del i helheten kring kvalitetssäker sjukskrivningsprocess.

Exempel på kortsiktiga åtgärder är utbildning av personal i bemötande och genus, kartläggning av olika delar i sjukskrivningsprocessen, test av metoder som förbättrar situationen för kvinnor och män, framtagande av styrdokument, processbeskrivningar och checklistor och test av åtgärder som bidrar till en jämn resursfördelning.

Exempel på långsiktiga åtgärder/ implementeringsstrategier är införandet av nya arbetssätt och arbetsmetoder, uppdatering av befintliga rutiner, såsom rutiner för att upptäcka och behandla mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer, införande av genusperspektivet i försäkringsmedicinsk utbildning, integration av jämställdhet i styr- och ledningssystemet för sjukskrivningsprocess och överföring av kunskaper och erfarenheter så att de får genomslag i andra delar av hälso- och sjukvården.

⁴ Genusbias = föreställningar om män och kvinnor och manligt och kvinnligt påverkar hur patienter blir bemötta och vilken vård som ges. (*Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Högskoleverket 2009)

Läs mer i arbetsboken Jämställda sjukskrivningar – arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess, SKL, 2010, www.skl.se/publikationer och arbetsmaterial kring jämställda sjukskrivningar.

12. Vad menas med att landstingen ska implementera handlingsplaner och riktlinjer inom ämnesområdet våld i nära relation?

Under 2014-15 har landstingen inom ramen för sjukskrivningsmiljarden tagit fram handlingsplaner och riktlinjer inom detta område. Dessa bör nu fortsatt vidareutvecklas/vidmakthållas och implementeras brett inom hälso- och sjukvården. Anledningen till att frågan fokuserats är att våld i nära relation kan finnas som en bakomliggande orsak till en del långa sjukskrivningar (främst gällande kvinnor). Bland våldsutsatta personer är sjukfrånvaro och konsumtion av vård relativt vanligt. Att upptäcka och behandla mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer bör därför vara en del i sjukskrivningsprocessen.

Det finns stöd för att frågor om våldsutsatthet rutinmässigt bör ställas till patienter för att upptäcka dessa kvinnor och män som varit våldsutsatta så att rätt stöd från vården kan sättas in och vid behov och i samverkan med andra aktörer. Ett mål i förlängningen är att berörda kvinnor och män får bättre förutsättningar till ökad arbetsförmåga när adekvata åtgärder, eventuell vård och behandling samt rehabilitering sätts in. Läs mer [SKLs sida om kvinnofrid](#).

13. Hur ser landstingens roll ut i frågan om våld i nära relation?

Våld i nära relationer är ett samhällsproblem och ett folkhälsoproblem som kan påverka levnadsvillkoren och livskvaliteten hos dem som drabbas. Främst är det kvinnor och barn som utsätts av detta våld från en närstående man. Studier visar att många våldsutsatta kvinnor påträffas i vården. Det kan handla om att de söker vård för direkta fysiska skador efter att ha blivit utsatta för fysiskt eller sexuellt våld. Men det kan också vara så att de söker vård för "ospecificerade" psykosomatiska symptom såsom huvudvärk, magbesvär, hjärtklappning, illamående eller yrsel. Att vara utsatt för våld – psykiskt, fysiskt eller sexuellt – eller hot om våld, påverkar hälsotillståndet på många sätt. Det är viktigt att personer som utsätts fångas upp så tidigt som möjligt. Hälso- och sjukvården och tandvården har en unik möjlighet att upptäcka kvinnor och barn som utsätts för våld. För att kunna upptäcka våldsutsatthet krävs rutiner för att ställa frågor om våldsutsatthet. Arbete med att ge stöd till personalen för att de rutinmässigt ska kunna ställa frågor kring våld är därför viktigt. Vidare att ta fram rutiner och stödmaterial om vad man ska göra och vart man kan vända sig då våldsutsatthet upptäcks.

14. Vad menas med begreppen våld i nära relationer/mäns våld mot kvinnor?

Det är viktigt att motarbeta allt slags våld som förekommer i nära relationer, Våld i familjen, såsom fysiskt våld mot barn, ingår också i termen *våld i nära relationer*. Hedersrelaterat våld och förtryck drabbar inte bara kvinnor och flickor utan även pojkar och män. Men om man talar könsneutralt om våldet osynliggörs det vanligaste våldet i nära relationer, nämligen att

en man utövar våld mot en närstående kvinna. Det är därför viktigt att prata både om *mäns våld mot kvinnor* och *våld i nära relationer*.

Med begreppet *kvinnofrid* avses en strävan för frid för kvinnor, en strävan för att kvinnor ska befrias från hot, våld och kränkningar.⁵ (Se vidare, bland annat SKL:s webbsida om kvinnofrid.)

15. Vilka exempel finns på åtgärder inom våld i nära relation/mäns våld mot kvinnor, med koppling till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen?

Exempel på åtgärder kan vara: utbildning av personal kring vikten av att få med aspekten våld i nära relation i sjukskrivningsprocessen, till exempel att landstingen ska ta fram rutiner för att säkerställa att frågan om våld i nära relation finns med i arbetet med sjukskrivningsprocessen/ rehabiliteringsprocessen. Att utveckla rutiner i behandling och bemötande, att man ställer frågor om våld och har rutiner för hur personalen ska agera. Kommunikation/information: att det finns information om vart man kan vända sig om man varit utsatt för våld, exempelvis om Kvinnofridslinjen uppsatt i väntsalor på vårdcentraler, MVC, BVC, tandläkare etc.

Ett tips är att se över vilket annat arbete som pågår inom området i landstinget/i samverkan med andra aktörer. Fler landsting är med i nätverk kring Kvinnofrid till exempel, det är viktigt att arbetet med koppling till sjukskrivningsfrågan hänger ihop med annat arbete som pågår inom området våld i nära relationer. I detta sammanhang är det viktigt att notera att Socialstyrelsen gav ut en vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande *anmälningsskyldighet och ansvar*, september 2013.⁶

16. Nationella uppdrag och kunskapscentrum om våldsutsatthet

Många regeringsuppdrag har under förra mandatperioden en koppling till det fjärde jämställdhetspolitiska målet som anger att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Många uppdrag har getts till Socialstyrelsen, länsstyrelserna och till den nationella samordnaren mot relationsvåld. Samhället tar allt mer ansvar för målgrupperna våldsutsatta och våldsutövare, denna förändring har sedan länge efterfrågats från både statlig och frivillig sektor.

SKL:s styrelse antog hösten 2013 positionspapperet För kvinnofrid – mot våld i nära relationer. I positionspapperet redovisas SKL:s syn på hur arbetet för kvinnofrid och mot våld i nära relationer behöver utvecklas under kommande år.

⁵ Då våld i nära relationer är en vanligt förekommande orsak bakom ohälsa är det viktigt att ha kunskap om särskilt sårbara grupper såsom: äldre, funktionsnedsatta, invandrade, HBTQ – personer och personer utsatta för hedersrelaterat våld. Läs även Sos handbok VÅLD.

⁶ Barn som far illa eller riskerar att fara illa. Vägledningen bygger på befintliga lagar, föreskrifter och allmänna råd. I vägledningen beskrivs förändringen i 14 kap. 1§ SoL som infördes den 1 januari 2013. Förändringen innebär en skärpning. Anmälningsskyldiga som i sin verksamhet ”får kännedom om eller misstänker att barn far illa” ska göra en anmälan till socialnämnden.

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer som ska omfatta målgrupperna våldsutsatta kvinnor och män, barn som bevittnat våld och barn som utsatts för våld samt våldsutövare. Författningen riktar sig till såväl socialtjänstens som hälso- och sjukvårdens arbete, inklusive tandvårdens arbete med målgrupperna.

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.](#)

[SKLs webbsida om Kvinnofrid.](#)

[Socialstyrelsens sidor om våld i nära relationer.](#)

<http://www.valdinararelationer.se/sv/Vald-i-nara-relationer1/>

<http://kvinnofridslinjen.se/index.php?page=om-vald-mot-kvinnor>

<http://nck.uu.se/Kunskapscentrum/Kunskapsbanken/>

Nationellt Centrum för Kvinnofrid <http://nck.uu.se/> har mängder av material, bland annat boken *Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen* (NCK-rapport 2010:4), filmer om att fråga om våld bland annat inom primär- och specialistvården. NCK driver även Kvinnofridslinjen, en hjälptelefon öppen dygnet runt, dit kvinnor, anhöriga och vårdpersonal kan ringa för att få stöd och hjälp. Telefonnumret är 020-50 50 50, www.kvinnofridslinjen.se

Villkor 2 – Kompetenssatsning i försäkringsmedicin

17. Vad ska genomföras/redovisas?

- Redovisa hur man har upprätthållit och vidareutvecklat den försäkringsmedicinska kompetensförsörjningen i landstingens ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling. Det ska finnas en struktur för långsiktig kompetensförsörjning och kompetensstöd i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper.
- Beskriva strukturen för en långsiktig kompetensförsörjning och kompetensstöd i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper.
- Beskriva hur man påbörjat anpassningen gällande utbildning och handledning inom försäkringsmedicin till de nya kompetenskraven och rekommendationerna i målbeskrivningar om läkarnas specialiseringstjänstgöring samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.
- Redovisa på vilket sätt kunskap om jämställdhet och våld i nära relationer ingår i kompetensutvecklingen i försäkringsmedicin som en del i kvalitetsarbetet med sjukskrivningsfrågan.
- Som en del i fortbildningen och handledningen, ska det ingå (som sjukskrivningspraxis): att bedöma behovet av sjukskrivning som en del av vård och behandling och att undvika medikalisering av normala livshändelser.

- Dessutom ska ingå hur dialogen med patienten i dessa frågor kan utvecklas.

Landstingen åiterrapporterar till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016.

18. Varför ska landstingen arbeta med försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården?

Det försäkringsmedicinska området är en av grunderna för att säkerställa god kvalitet i arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för att det finns system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling och kvalitetsuppföljning av sjukskrivningsprocessen. Vidare har sjukvårdshuvudmännen ansvar för att säkra kompetensen för att klara uppdraget med en långsiktig och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess i hälso- och sjukvården. Enligt de övergripande principerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska sjukskrivning ses som en integrerad del av vård och behandling.⁷

För att säkerställa samsyn och kontinuerlig kvalitetsförbättring inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det viktigt att landstingen håller samman och ansvarar för det försäkringsmedicinska området när det gäller kompetensutveckling och kompetensstöd samt information om förändringar i regelverk och annan utveckling för läkare, koordinators och andra yrkeskategorier.

Allt sedan sjukskrivningsmiljarden infördes 2006 har landstingen genomfört olika kompetenssatsningar inom det försäkringsmedicinska området och även insatser för att förbättra kvaliteten i läkarintygen. Under 2014 – 2015 har landstingen bland annat infört och utvecklat det försäkringsmedicinska området (utbildning och handledning) inom allmän- tjänstgöringsutbildningar och berörda specialisttjänstgöringsutbildningar utifrån aktuella lärandemål. Landstingen har arbetat med att integrera den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen i landstingens ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling, samt vidareutvecklat uppbyggnaden av en struktur för att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning och kompetensstöd i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper.

I en rapport från Karolinska Institutet om läkares arbete med sjukskrivningar (2013) och granskningsstudier av kvaliteten i läkarintygen lyfts fortsatt behov att utveckla det försäkringsmedicinska området. Många läkare har svårigheter med bland annat att bedöma individens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Många landsting har idag välfungerande teamarbete och det är därför viktigt att alla berörda personalkategorier har den kunskap inom försäkringsmedicin som behövs för att kvalitetssäkra sjukskrivningsprocessen. Det har också skett förändringar inom ämnesområdet och i

7

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

sjukförsäkringen som innebär att förnyad kunskap behövs bland berörda inom hälso- och sjukvården.

19. Vilket ansvar har hälso- och sjukvården?

Från hälso- och sjukvårdens sida ansvarar sjukvårdshuvudmännen för att det finns system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling och kvalitetsuppföljning av sjukskrivningsprocessen. Inom det försäkringsmedicinska området har landstingen ett ansvar att säkra kompetensen för olika personalkategorier för att de ska klara uppdraget med en långsiktig och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess. Verksamhetschefen har ansvar för kompetensutvecklingen inom sin verksamhet, och vårdgivaren har ett huvudansvar för kompetensförsörjningen för hela landstinget eller motsvarande, enligt föreskrifter om ledningssystem och det systematiska kvalitetsarbetet.

Läkaren har ett medicinskt ansvar för patientens behandling, rehabilitering och sjukskrivning, vilket ska ske utifrån jämlika förutsättningar, bland annat mellan kvinnor och män. Läkaren ansvarar för att bedöma kvinnors och mäns sjukdom respektive diagnos och hur denna påverkar funktionsförmågan samt i vilken utsträckning det innebär en aktivitetsbegränsning. Läkaren har även möjlighet att ta stöd av andra professioner såsom arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykolog, kurator och koordinatörer⁸ för sjukskrivning och rehabilitering. I uppdraget ingår också att förse andra aktörer som arbetsgivare och myndigheter med medicinska underlag i form av utlåtanden och intyg.

För att säkerställa en långsiktig försäkringsmedicinsk kompetensförsörjning inom landstingen är det viktigt att landstingen verkar för att den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen ingår i landstingens ordinarie system för utbildning och kompetensutveckling.

20. Vad är försäkringsmedicin?

Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum har definierat försäkringsmedicin som: "Ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkas och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner".

21. Vad menas med försäkringsmedicinsk utbildning/handledning?

Försäkringsmedicinsk utbildning/kompetensutveckling förekommer i olika sammanhang. I läkarnas grundutbildning ingår viss undervisning i försäkringsmedicin. Ytterligare vidare- och efterutbildning anordnas, till exempel av landstingen i samverkan med Försäkringskassan. Det finns också vidareutbildning på universitetsnivå. Landstingen tillhandahåller fortbildning på olika sätt för personalen som arbetar inom sjukskrivningsprocessen. Det finns även flera exempel på webbutbildningar.

⁸ Se villkor 3.

Det är sjukvårdshuvudmännen som ska säkerställa att läkare i allmäntjänstgöring och specialisttjänstgöring får adekvat försäkringsmedicinsk kompetens.

22. Vad menas med vidmakthålla och vidareutveckla en organisatorisk struktur?

För att säkerställa samsyn och kontinuerlig kvalitetsförbättring inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det viktigt att landstingen håller samman och ansvarar för det försäkringsmedicinska området. Inom organisationen bör det finnas kontinuerligt kompetensstöd (fortbildning, handledning med mera) för läkare och andra kompetenser som är involverade i försäkringsmedicin, säkerställa att ny kunskap inom området och kring förändringar av regelverk sprids, liksom att det finns kompetens för berörda personalgrupper att till exempel genomföra uppföljningar av sjukfrånvarons utveckling och sjukskrivningsmönster, bland annat utifrån den nationella statistiktjänsten om detta är möjligt (se villkor 5).

Kunskap om jämställdhet och våld i nära relationer ska ingå i kompetensutvecklingen i försäkringsmedicin som en del i kvalitetsarbetet med sjukskrivningsfrågan (se även villkor 1).

23. Vad innebär det att påbörja anpassningen av rekommendationer gällande försäkringsmedicin i ST-utbildningarna?

För att underlätta för landstingen att få in kunskapsområdet försäkringsmedicin i AT- och ST-utbildningarna har rekommendationer för lärandemål för försäkringsmedicin inom läkarutbildningens allmäntjänstgöring och en vägledning med lärandemål för läkarutbildningens specialisttjänstgöring tagits fram i samverkan mellan landsting, universitet och Försäkringskassan.

Utifrån överenskommelser 2016 ska landstingen påbörja anpassning av utbildning och handledning inom försäkringsmedicin till de nya kompetenskraven och rekommendationerna i målbeskrivningar om läkarnas specialiseringstjänstgöring⁹ samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd¹⁰. I de nya kompetenskraven för läkarnas specialiseringstjänstgöring som gäller från våren 2015 ingår kompetensmål för försäkringsmedicin. Det innebär att ansvariga huvudmän att tillhandahålla/se till att det tillhandhålls, såväl klinisk tjänstgöring med handledning, som en eller flera kurser i försäkringsmedicin för att målen skall nås. I den nya kursdefinitionen innebär kurs "en strukturerad utbildningsaktivitet som utgår från fastställda kompetensmål".

24. Vad menas med att vidareutveckla bedömningarna?

Inom ramen för denna överenskommelse ingår det, som en del i fortbildningen och handledningen, att bedöma behovet av sjukskrivning som en del av vård och behandling,

⁹ Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2015.

¹⁰ SOSFS 2015:8

samt att undvika att medikalisering av normala livshändelser. Dessutom ska ingå hur dialogen med patienten i dessa frågor kan utvecklas.

För att få bättre kunskap om kvinnor och män har rätt diagnos och hur den påverkar funktionsnedsättningarna som i sin tur ger uttryck i aktivitetsbegränsningar, är det värdefullt att se över om en utveckling inom området behöver ske. Tidigare studier på läkarintygens kvalitet har visat att det främst är brister inom beskrivning/bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Vidare saknas ofta motivering från eventuella avsteg från det försäkringsmedicinska beslutstödet. Sjukskrivningar i till exempel psykiska diagnoser tenderar att bli långa samtidigt som sannolikheten för återgång i arbete vid långa sjukskrivningstider minskar. Därför är det viktigt i sammanhanget att utredningarna inte innebär en ökad medikalisering av normala livsprocesser utan det ska vara en sjukdom/hälsotillstånd som sätter ned arbetsförmågan (se även villkor 1 en jämställd sjukskrivningsprocess). Vidare att komma fram till vilka behandling och rehabiliteringsinsatser som patienten är i behov av.

Detta handlar även om sjukskrivningspraxis och förhållningssätt. Här hänvisar vi till det försäkringsmedicinska beslutstödet (både de övergripande principerna¹¹ och de diagnosspecifika) samt den tidigare handboken vid SKL om att leda och styra arbetet med sjukskrivningar¹². Även Karolinska Institutet har tagit upp dessa aspekter i de senaste rapporterna om ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning.¹³ I en kartläggning av landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan¹⁴ lyftes betydelsen av kvalitetssäkring av försäkringsmedicinska kompetensutvecklingsinsatser fram för att stärka läkarens roll och kompetens i sjukskrivningskonsultationen.

Villkor 3 – Funktion för koordinering

25. Vad menas med funktion för koordinering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen?

För att möjliggöra en god samverkan kring patienten har landstingen infört en funktion för koordinering (rehabiliteringskoordinatorer eller liknande). Denna funktion verkar för att stödja kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att underlätta för patienten att återgå i arbete eller vara kvar i arbete. Funktionen arbetar med stöd till patienten-individen, intern samordning och stöd inom hälso- och sjukvården samt extern

¹¹ www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandepriinciperforsjukskrivning

¹² <http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/ledningochstyrning.1032.html>

¹³ <http://skl.se/download/18.37b886bd151806866501bd4b/1449842251200/KI-rapport-om-ledning-och-styrning-sjukskrivningsfragor-2013.pdf>

¹⁴ Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan, Kartläggning och analys, 2015, Socialstyrelsen och Försäkringskassan.

samverkan gentemot andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Samtliga landsting har utvecklat en koordinatorsfunktion, delvis inom ramen för sjukskrivningsmiljarden, men uppdrag och arbetssätt varierar mellan landstingen. Funktionen är relativt etablerad inom primärvården men finns även inom delar av specialistvården. Successivt har även arbetssättet inriktats på arbete med förebyggande insatser för att motverka behov av sjukskrivning.

I överenskommelsen 2016 får landstingen möjlighet att vidmakthålla och vidareutveckla en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården. En sådan funktion ska bidra till ett ändamålsenligt stöd för kvinnor och män, möjliggöra tidig bedömning samt utveckla samordning och samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där arbetsgivare är en särskilt viktig aktör.

26. Vilka är effekterna av funktionen för koordinering?

Betydelsen av funktionen har lyfts fram i flera aktuella studier.¹⁵ Det framkommer att funktionen för koordinering har positiva effekter på patientens rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering samt för samverkan med externa parter. Koordineringsfunktionen bedöms fungera som bäst när mer omfattande uppgifter ingår inom följande tre områden:

- individuellt stöd/coachning
- intern samordning/stöd inom hälso- och sjukvården
- extern samverkan med andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen

Koordinatorn bedöms vara en nyckelfunktion för att få långsiktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och kunna bidra till en effektiv sjukskrivningsprocess.

Av studierna framkommer att funktionen för koordinering har positiva effekter på patientens rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering samt för samverkan med externa parter. Vidare ges exempel på framgångsfaktorer och utvecklingsområden. Genom funktionen kan ämnesområdet försäkringsmedicin bli mera känt och implementerat inom hälso- och sjukvården och att

¹⁵ ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.

samarbetet med externa parter intensifieras. Patientens sjukvårdsprocess har visat sig bli effektivare och mer kvalitetssäkrad och förkortas.

27. Vad innebär grundnivå för koordineringsfunktionen?

I landstingens redovisningar utifrån 2015 års överenskommelse konstateras att alla landsting har en koordineringsfunktion på plats, men att omfattningen och funktionens uppdrag och arbetssätt varierar mellan landstingen. Samtliga landsting bedömdes av Försäkringskassan ha uppnått en nivå för koordineringsfunktionen som uppfyller villkoret i överenskommelsen för 2015. Femton landsting bedöms dessutom ha uppnått en högre nivå för koordinering.

Landsting som, i enlighet med villkoret för 2015 i överenskommelsen, har en funktion för koordinering på plats uppfyller även kravet för "grundnivån" i 2016 års överenskommelse, som beskrivs som följande: Koordineringsfunktionen ska ha ansvar för att vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson eller samarbetspartner till andra aktörer samt kontaktperson eller coach till sjukskrivna. Funktionen ska ha både en intern och extern roll i samverkan, till exempel verka för tidig kontakt inom vården samt möjliggöra tidig samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun. Denna beskrivning motsvarar ungefär nivå 5-6 utifrån stegmodellen i ReKoord-projektet.¹⁶

28. Vad innebär utökad nivå för koordineringsfunktionen?

Landsting som, i enlighet med villkoret för 2015 i överenskommelsen, har en funktion för koordinering på plats som fungerar i ännu högre grad inom samordning och stöd, uppfyller kravet på utökad nivå i överenskommelsen 2016. En sådan koordineringsfunktion har, utöver grundnivån, ett uppdrag som i ännu högre grad innebär samordning och stöd, till exempel coaching av patienter, analys av statistik, kartläggning av rehabiliteringsbehov, samarbete med andra aktörer och utveckling av rehabiliteringsteam. Detta motsvarar ungefär nivå 7-8 i den så kallade stegmodellen i ReKoord-projektet^{17 18} och kan bland annat innehålla dessa delar:

- stöd till individen: kontaktperson/coachning (sjukskrivna eller de med risk för sjukskrivning)
- koordinerade funktion inom hälso- och sjukvården
- rådgivare/kunskapsförmedlare inom försäkringsmedicin

¹⁶ ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.

¹⁷ Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

¹⁸ Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen – en litteraturstudie", SKL, 2015.

- utforskare/bedömare (till exempel identifiering av patienter med risk för längre sjukskrivning)
- kartläggning av rehabiliteringsbehov
- samordning (och eventuell utveckling av arbetssätt inom hälso- och sjukvården, till exempel utveckling av rehabiliteringsteam)
- analys av sjukskrivningsstatistik
- att vara en samarbetspartner till externa aktörer: arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun.

29. Varför är det ett fokus på vårdens samarbete med arbetsplatsen?

För att bidra till återgång i arbete kan det vara värdefullt att direktkontakt sker med arbetsplatsen om patienten ger sitt medgivande. För att underlätta att det sker anpassningar, arbetslivsinriktad rehabilitering eller andra åtgärder hos en eventuell arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen är det bra om det kommer tillstånd på ett effektivt sätt. Arbetsgivare kan känna en stor osäkerhet inför vilka insatser som är lämplig att vidta utifrån de besvär patienten/arbetstagaren har. En kontakt från behandlande läkare kan tydliggöra för arbetsgivaren vilka förutsättningar arbetstagaren har (se även villkor 4 psykisk ohälsa och smärta)

30. Vad är hälso- och sjukvårdens roll?

Hälso- och sjukvården är tillsammans med arbetsgivaren de aktörer som tidigt, ibland redan före det att en sjukskrivning blir aktuell, får kännedom om patientens situation. Hälso- och sjukvården kan därmed skapa möjligheter att vid behov tidigt samverka kring kvinnor och män i sjukskrivningsprocessen genom att hitta former för samverkan internt inom vården och externt med andra aktuella aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun.

Arbetet med sjukskrivning ska ledas, styras och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder och omfattas av Föreskriften för Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskriften ställer även krav på samverkan, bland annat genom att processer och rutiner ska säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med myndigheter.

31. Samordning/samverkan – landstinget är en av flera aktörer

Det är viktigt att alla berörda aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen tar ett ansvar för sin del i samverkan och känner till uppdrag och roller. Försäkringskassan har samordningsansvaret för rehabilitering och har som uppgift att kontakta andra parter. Men andra berörda aktörer har möjlighet att påbörja samverkan och kan även avisera om att samordning behövs i ett visst ärende. Det är dock inget som hindrar att egna kontakter tas med aktuella aktörer vid behov, om samtycke finns hos patienten. Eftersom till exempel Försäkringskassan kommer in i en eventuell sjukskrivningsprocess relativt sent, finns ibland behov av tidig samverkan tidigare. Ett utvecklingsarbete är att hitta dessa former

och strukturer och att det finns tid och möjlighet för samverkan. Avstämningsmöten eller motsvarande med flera instanser, med syftet att finna gemensam syn och samordning kring insatser för en individ, är en viktig form som även kan utvecklas.

Under avstämningsmötet upprättas bör en plan för återgång i arbete tas fram. Planen ska ange ett konkret mål för insatserna. Det ska alltid framgå vilken arbetsförmåga patienten förväntas uppnå och till vad han eller hon förväntas återgå.

[Försäkringskassans webbsida om rehabilitering i samverkan med hälso- och sjukvården.](#)

Här beskrivs bland annat samordningsuppdrag och avstämningsmöte.

Villkor 4 – Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta

32. Varför läggs rehabiliteringsgarantin ned?

Rehabiliteringsgarantin har funnits sedan 2008 och har haft som syfte att förebygga sjukskrivningar och att stödja kvinnor och män som är sjukskrivna att återgå i arbete. Staten har ersatt behandlingar med Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Interpersonell terapi (IPT) vid lättare och medelsvåra ångestsyndrom, depressionstillstånd och stress, samt multimodal rehabilitering (MMR) vid långvarig diffus smärta. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) samt Karolinska Institutet (KI) har gjort flera utvärderingar av rehabiliteringsgarantin. Studierna visar att insatserna i rehabiliteringsgarantin inte gett bättre effekt på återgång i arbete hos de kvinnor och män som fått del av insatserna, jämfört med de personer som ingått i en kontrollgrupp. Dessutom har Riksrevisionen varit kritisk till den detaljstyrning som skett mot vissa behandlingsmetoder och som har lett till andra negativa effekter. Sammantaget har det gjorts att regeringen och SKL är överens om att lägga ned Rehabiliteringsgarantin.

33. Finns det inga positiva effekter av rehabiliteringsgarantin?

De positiva effekterna har varit att tillgången på KBT-behandling har ökat med 94 procent mellan åren 2009-2014. I första hand beror ökningen på att tillgången till grundläggande kompetens i KBT har ökat.

Tillgången till multimodal rehabilitering har också ökat, med 49 procent. Där är den främsta anledningen att multimodal rehabilitering idag är tillgänglig i primärvården.

Studier har visat att hälsan förbättrats hos patienter som fått del av insatserna i rehabiliteringsgarantin. I de två senaste studierna från IFS/IFAU konstaterades även att det finns ett visst stöd för att KBT-behandling kan förebygga sjukskrivningar. Detta behöver dock studeras ytterligare för att resultatet ska vara helt säkert.

34. Varför leder insatserna i rehabiliteringsgarantin inte till återgång i arbete?

Resonemanget om att insatserna inte leder till återgång i arbete bygger på antaganden av de studier som är gjorda och på erfarenheter från landstingen.

SBU-rapporten "Rehabilitering vid långvarig smärta" (rapport 198, 2010) kommer fram till att multimodal rehabilitering förbättrar förutsättningarna för att patienten ska kunna återgå till arbete, jämfört med inga eller mindre omfattande insatser som kompletteras med insatser på arbetsplatsen. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller vilken typ av multimodal rehabilitering som är bäst i det avseendet. Multimodal rehabilitering som genomförts inom garantin har generellt inte haft samma höga grad av tydliga insatser på arbetsplatsen som har skett i de studier i SBU-rapporten och ger därför inte lika bra resultat.

När det gäller psykologisk behandling som KBT och IPT är det vetenskapliga stödet begränsat om vad som leder till återgång i arbete. För närvarande pågår flera studier som kan ge svar på dessa frågor framöver. Det saknas även kunskap om utifall de KBT-behandlingar som sker i hälso- och sjukvården sker på ett evidensbaserat sätt.

35. Varför ges medel på området insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta?

Regeringen och SKL anser att det är viktigt att fortsatt stimulera dessa insatser. Dels för att de förbättrar hälsan och dels för att tillgången på insatserna har ökat i landstingen/regionerna. Om staten skulle minska den ekonomiska ramen gör den ökade tillgången det svårt för landstingen/regionerna att med kort framförhållning skapa förutsättningar för att behålla insatserna.

Sjukdomar inom lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta står för drygt 60 procent av alla korta och långa sjukskrivningar (över 14 dagar). För att stimulera att insatserna från hälso- och sjukvården kompletteras med anpassningar/insatser på arbetsplatsen är regeringen och SKL överens om att prova en stimulansersättning. Ersättningen ges till landstingen för att skapa möjligheter för att kontakter tas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare för att se om det kan bidra till att fler sjukskrivna återgår i arbete.

36. Vilka villkor gäller för att landstingen ska få ersättning för insatserna?

Landstingen får 500 miljoner kronor för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser. De ska vara i enlighet med nationella riktlinjer och bästa tillgängliga kunskap och av somatisk och psykologisk karaktär som ges för icke specificerad långvarig smärta i rygg, axlar och nacke samt lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress till personer i åldrarna 16-67 år. Insatserna ska vara definierade i till exempel Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010, eller i SBU:s rapport Rehabilitering vid

långvarig smärta. Landstingen ska säkerställa en hög kvalitet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna.

37. Vilka insatser avses med definierade i Socialstyrelsens riktlinjer 2010 för vård vid depression och ångestsyndrom?

Socialstyrelsen har ett pågående arbete med att uppdatera riktlinjerna för vård vid ångest och depression. Det innebär att riktlinjerna och dess rekommendationer kan komma att förändras. I oktober 2016 kommer en remissrevision av riktlinjerna, det är ännu inte bestämt när de slutgiltiga reviderade rekommendationerna ska vara klara. I texten nedan ges en kort sammanfattning om vad riktlinjerna innehåller. För att få en mer fördjupad kunskap hänvisar vi till Socialstyrelsens riktlinjer och landstingens utarbetade vårdprogram.

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerfordepressionochangest>

Grunderna för att ge behandlingar är enligt Socialstyrelsen:

Effektivt omhändertagande

- Viktigt att förstalinjens vård har en organisation med stor tillgänglighet, så att personer som söker vård snabbt kan få en första bedömning.
- En vårdorganisation med adekvat sammansättning av kompetenser och vårdåtgärder är en överlägsen rutinmässig handläggning inom primärvården.
- En vårdorganisation med nära kontakt mellan första linjen och psykiatri och med möjlighet till sammansatta vårdåtgärder kan ge en ökad följsamhet och förbättrad långtidsprognos vid behandling.
- Stegvis vård har viss effekt i form av ökad följsamhet till behandling och ökat tillfrisknande.

Diagnostik

- Genomföra diagnostik genom patientcentrerad konsultation, som kan kompletteras med strukturerad informationsinsamling inom primärvården.
- Genomföra en välstrukturerad diagnostikprocess inom den psykiatriska vården.
- Genomföra en strukturerad självmordsriskbedömning.

Uppföljning och utvärdering av behandlingar

- Regelbundet utvärdera pågående behandlingar genom återbesök.
- Utvärdera genomförd behandling genom återbesök.
- Erbjud stöd och uppföljning vid långtidsbehandling.

Behandlingar

Vid depressiva symtom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Snar förnyad kontakt

- Råd om egenvård i form av fysisk aktivitet

Vid lindrig egentlig depression bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med internetbaserad KBT eller individuell KBT
- Interpersonell psykoterapi

Hälso- och sjukvården kan även erbjuda

- Psykologisk behandling med psykodynamisk korttidspsykoterapi

Vid medelsvår egentlig depression under graviditet bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi
- Psykologisk behandling med psykodynamisk korttidspsykoterapi
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva

Vid symptom på ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Snar förnyad kontakt

Vid lindrigt ångestsyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Råd om egenvård i form av fysisk aktivitet
- Råd om egenvård i form av självhjälpslitteratur eller textbaserad behandling med behandlarstöd

Vid generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom och social fobi bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva
- Vid undantagsfall psykodynamisk korttidsbehandling

Vid paniksyndrom med eller utan agorafobi bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Tillämpad avslappning
- Avspänning som tillägg till sedvanlig behandling

Vid medelsvårt tvångssyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva

Vid akut stressreaktion och risk för posttraumatiskt stressyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT

Vid posttraumatiskt stressyndrom bör hälso- och sjukvården erbjuda:

- Psykologisk behandling med KBT
- Psykologisk behandling med EMDR
- Läkemedelsbehandling med antidepressiva

38. Vad avses med definierade i SBU:s rapport ”Rehabilitering vid långvarig smärta” (Rapport 198, 2010)?

SBU:s rapport ”Rehabilitering vid långvarig smärta” (Rapport 198, 2010), är en partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapporten från 2006 (nr 177/1+2) och gäller patienter med långvariga smärtor (>3 månader) med antingen generaliserade smärtor (inklusive fibromyalgi) eller smärtor lokaliserade till nacke, skuldror och/eller ländrygg. Enligt rapporten från 2010 fanns med åtminstone måttligt starkt vetenskapligt underlag evidens för:

- Beteendemedicinskt behandlingsprogram (tillhandahållet av sjukgymnast)
- Multimodal rehabilitering

I SBU rapporten från 2006 (nr 177/1+2) rapporterades (vilket inte motsades vid genomgången 2010) att det fanns evidens även för:

- Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning.

Det är lämpligt att valet av behandlingsinsatser sker i enlighet med den algoritm som har framtagits i rapporten ”Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta” (se rapportens bilaga 5).

39. Varför ska hälso- och sjukvården ta en kontakt med arbetsgivarna/arbetsförmedlingen, betyder det att Försäkringskassan fråntas sitt samordningsansvar?

Hälso- och sjukvården och arbetsgivarna/Arbetsförmedlingen är de som först får kunskap om patientens behov av en sjukskrivning och därför har störst möjlighet, utöver individen själv, att kunna påverka att en person återgår i arbete. För att så snabbt som möjligt ta reda på vilka insatser som kan göras för att stödja en person att återgå i arbete är regeringen, SKL och Försäkringskassan överens om att det inte finns något hinder med att hälso- och sjukvården tar kontakt med arbetsgivarna/Arbetsförmedlingen. Det är dock angeläget att fortsätta den befintliga samverkan som finns mellan landstingen och dess finansierade verksamheter som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Försäkringskassan har fortfarande kvar samordningsansvaret.

40. Vad menas kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen?

Syftet med kontakten med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen är att klargöra vad som behöver göras av hälso- och sjukvården, individen och arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen för att

underlätta patientens återgång i arbete. Kontakten ska bidra till att arbetsgivare/Arbetsförmedlingen får kännedom om vilka anpassningar som, utifrån medicinska bedömningar av hälso- och sjukvården, behövs för att underlätta återgång i arbete. Hur kontakt och samarbete ska se ut får varje landsting själv avgöra tillsammans med sina utförare då förutsättningarna ser olika ut för såväl hälso- och sjukvården som arbetsgivare.

Värt att notera är att arbetsgivaren i vissa fall är kopplad till en specifik företagshälsovård. I syfte att undvika parallella rehabiliteringsplaner är det viktigt att inventera vilka aktörer som finns vid en patients rehabilitering och reda ut ansvarsområden.

41. Krävs patientens samtycke inför en kontakt med arbetsgivare?

Det krävs alltid ett samtycke av patienten innan en kontakt tas med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen eller annan part, det ska även föreligga ett behov av att involvera arbetsgivare/Arbetsförmedlingen.

Patienten ska alltid tillfrågas om information kan lämnas ut i de fall arbetsgivaren kontakter hälso- och sjukvården och efterfrågar information om de medicinska förutsättningarna för anpassning och åtgärder. Det är viktigt och naturligt att arbetsgivaren är delaktig i planeringen av åtgärder som syftar tillbaka i arbete hos arbetsgivaren.

42. Vilken ersättning utgår för kontakt med arbetsgivare?

Totalt är 50 miljoner kronor avsatta i överenskommelsen för att stimulera att kontakter tas mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare/Arbetsförmedlingen. Ersättningen fördelas på landstingen utifrån andel personer mellan 16-65 år och utgår för patienter som får behandlingar vid lättare eller medelsvår psykisk ohälsa och/eller långvarig smärta, vilket bland annat kan ske enligt Socialstyrelsens riktlinjer för ångest och depression eller SBU-rapporten "Rehabilitering vid långvarig smärta". Då ersättningen är en stimulans kan den faktiska kostnaden vara både lägre och högre än vad ersättningen innebär. Landstingen rapporterar till Försäkringskassan vid tre tillfällen vilka behandlingar som har genomförts och om kontakt har tagits med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen. En ersättning på 3 000 kronor utgår till landstingen under förutsättning att en kontakt etableras och att åtgärder vidtas.

43. Vem ska ta kontakten med arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen och när ska det ske?

Det är upp till landstingen/utföraren att bestämma vem som är mest lämpad att ta kontakten. Det kan vara funktionen för koordinering som har uppdraget i de organisationer/verksamheter som det fungerar. I enskilda fall kan det vara lämpligt att patienten själv tar kontakt med arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen som i sin tur tar kontakt med hälso- och sjukvården.

Tidpunkt för kontakt med arbetsgivare/Arbetsförmedling beror på den medicinska bedömningen och behovet av åtgärder för förebygga sjukskrivning eller att förkorta

sjukskrivningen för att underlätta återgången i arbete. Inför kontakt med arbetsgivaren ska patientens samtycke inhämtas. Patienten har som arbetstagare en skyldighet att medverka i sin egen rehabilitering, likväl som arbetsgivaren har en skyldighet att vidta rehabiliteringsåtgärder. I många fall är det lämpligt att medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering pågår parallellt, varför det är klokt att kontakta arbetsgivaren tidigt i sjukfallet.

44. Vad händer om ett landsting genomför fler kontakter än det finns avsatta medel?

Medel som inte har förbrukats vid kvartal fyra på grund av att det finns landsting som genomfört färre kontakter än den ekonomiska ramen medger, ska fördelas till de landsting som har tagit fler kontakter än vad de får ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Det är dock inte möjligt att få högre ersättning än vad som motsvarar antalet genomförda kontakter.

45. Varför tas alla detaljer och bilagor bort i överenskommelsen för insatser för psykisk ohälsa och smärta?

SKL och landstingen/regionerna anser att det bör vara huvudmännen själva som avgör hur hälso- och sjukvården ska bedrivas och önskar mindre detaljstyrning från staten. Riksrevisionen kritiserade den detaljstyrning som fanns i tidigare överenskommelser, vilket bidrog till att hälso- och sjukvården påverkades på ett negativt sätt. Därför är regeringen och SKL överens om att minska detaljstyrningen i 2016-års överenskommelse. Frågor och svar från SKL utarbetas då landstingen själva önskar få hjälp med att förtydliga olika frågeställningar.

46. Hur ska landstingen redovisa patienter som fått behandling/rehabilitering och kontakt med arbetsgivare?

Landstingen ska redovisa alla patienter som har avslutat behandling/rehabilitering. Landstingen redovisar även om en etablerad kontakt har tagits med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen där behandlingar ska påbörjas, pågår eller har avslutats. Redovisning sker på en särskild blankett med medföljande instruktioner. Icke aidentifierade underlag måste dock sparas inom landstinget för eventuell revision.

Behandlingar som Socialstyrelsen anger i sina riktlinjer är:

Psykisk ohälsa enligt Socialstyrelsens riktlinjer

- Kognitiv beteendeterapi (KBT)
- Internetbaserad KBT (IKBT)
- Interpersonell terapi (IPT)

Vid lindrig egentlig depression:

- Psykodynamisk behandling (PDT)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Behandlingar som SBU anger i rapporten "Rehabilitering vid långvarig smärta" är:

- Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning.
- Beteendemedicinskt behandlingsprogram (tillhandahållet av sjukgymnast)
- Multimodal rehabilitering 1 (enklare multimodal rehabilitering som vanligtvis genomförs på primärvårdsnivå)
- Multimodal rehabilitering 2 (multimodal rehabilitering för mer komplexa problembilder; genomförs i regel på specialistnivå)

Följande tabell tydliggör vilka behandlingar som rekommenderas av Socialstyrelsen vid olika sjukdomstillstånd.

Behandlingar	KBT	IKBT	IPT	PDT	EMD
Diagnoser	lindrig egentlig depression	lindrig egentlig depression	lindrig egentlig depression	lindrig egentlig depression	
Diagnoser	medelsvår egentlig depression under graviditet	medelsvår egentlig depression under graviditet		medelsvår egentlig depression under graviditet	
Diagnoser	generaliserat ångestsyndrom paniksyndrom och social fobi			Undantagsfall generaliserat ångestsyndrom paniksyndrom och social fobi	
Diagnoser	medelsvårt tvångssyndrom				
Diagnoser	akut stressreaktion och risk för posttraumatiskt stressyndrom				
Diagnoser	posttraumatiskt stressyndrom				posttraumatiskt stressyndrom

Följande diagnoser (se tabell) kan vara aktuella för att behandlas med:

- a) multimodal rehabilitering,
- b) aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning, eller
- c) beteendemedicinskt behandlingsprogram:

<i>Diagnosnr.</i>	<i>Klartext</i>
F45.4	Kroniskt somatofornt smärtsyndrom
M53.0	Cervikokraniellt syndrom (Nackhuvudvärk)
M53.1	Cervicobrachiellt syndrom (Nack/skuldervärk)
M54.2	Cervikalgi (Nacksmärta)
M54.4	Lumbago med ischias (Ländryggssmärta med ischias)
M54.5	Lumbago (Ländryggssmärta)
M54.6	Thoracalgi (Smärtor i bröstryggen)
M54.9	Ryggvärk
M75.1	Rotator cuff-syndrom i skulderled
M75.9	Sjukdomstillstånd i skulderled, ospecificerad
M77.9	Smärta i muskelfästen/senor/bindväv kring axelled
M 79.1	Myalgi (muskelsmärta nacke, axlar, rygg)
M 79.7	Fibromyalgi
R52.2A	Nociceptiv smärta
R52.2C	Smärta utan känd orsak
R52.9	Generaliserad smärta (uppfyller ej kriterierna för fibromyalgi)
S13.4	Sen-effekter av Whiplash-skada (nack-skulder värk)
T91.8	Sena besvär efter WAD

Redovisningar för kvartal 1 sker 29 april 2016

Redovisningar för kvartal 2 sker 29 augusti 2016

Redovisningar för kvartal 3-4 sker 31 mars 2017

47. Ska patienterna endast erbjudas insatser enligt Socialstyrelsens riktlinjer och SBU-rapporten?

Självklart kan även andra behandlingar eller rehabiliteringsåtgärder erbjudas till patienterna. Det är viktigt att i anslutning till den medicinska bedömningen och utredningen fastställa vilken eller vilka åtgärder som ska erbjudas patienten. Om landstingen anger andra behandlingsmetoder som är evidensbaserade är även dessa möjliga att rapportera. De ska dock beskrivas vilka de är och vilket vetenskapligt underlag som ligger som grund för behandlingsmetoden och ska vid behov kunna redovisas till Försäkringskassan.

48. Om detaljstyrningen är borta, varför ska då landstingen redovisa vilka insatser som har gjorts?

Det är av stort intresse för både regeringen och SKL att följa upp och utvärdera om kombinationen med insatser vid psykisk ohälsa och/eller långvarig smärta och kompletteringar eller justeringar på arbetsplatsen kan bidra till återgång i arbete. Därför

behövs kunskapen om vilka behandlingar som genomförs och om kontakt tas med arbetsgivare för att underlätta uppföljning och utvärdering.

49. Hur får en patient del av insatserna för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta?

Det är landstingen som ska tillhandahålla behandlingar och rehabilitering. Insatserna kan genomföras i primärvård eller i annan del av hälso- och sjukvården. Insatserna kan genomföras i landstingets regi eller av privata utförare som landstingen har avtal med enligt LoU eller Lov.

50. Vad händer om landstinget inte kan erbjuda insatser vid lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta?

Landstingen ska göra en bedömning av var rehabiliteringen eller behandlingen bäst genomförs. Är behovet större än vad man klarar av att genomföra i egen regi är ett alternativ att erbjuda behandlingarna hos annan vårdgivare, då de omfattas av vårdgarantin. Det innebär att om hemlandstinget inte kan erbjuda behandling inom 90 dagar (om inte landstinget har en kortare tidsram) erbjuds patienten hjälp till vård inom garantitiden hos annan vårdgivare, i exempelvis ett annat landsting.

51. Vilken kompetens behöver behandlaren ha?

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer så ska den som utför psykologisk behandling ha minst grundläggande utbildning i psykoterapi för den teori och metod som arbetet avser. Om behandlaren saknar psykoterapeutlegitimation är adekvat handledning en förutsättning för arbetet. Vid behandling av komplexa tillstånd är legitimerad psykoterapeut att föredra. Detta ska inte tolkas som att det inte är möjligt att psykologer kan användas vid bedömning och behandlingar.

När det gäller multimodal rehabilitering hänvisar vi till rapporten "Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta – kompetenser och uppgifter" utgiven av SKL 2013. Det som skrivs i rapporten är något att sträva mot att uppnå på sikt och är inga formella krav.

För genomförande av "Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning" förutsätts att denna leds av legitimerad sjukgymnast med kompetens motsvarande MMR1 enligt rapporten "Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta – kompetenser och uppgifter" (sidan 19).

För genomförande av "Beteendemedicinskt behandlingsprogram" förutsätts att behandlaren är legitimerad sjukgymnast med dokumenterad beteendemedicinsk utbildning, det vill säga kompetens motsvarande MMR2, enligt rapporten "Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta – kompetenser och uppgifter" (sidan 20).

Vid andra evidensbaserade metoder som landstingen anger får de underlagen ligga som grund för de kompetenskrav som behövs för att genomföra behandlingarna.

52. Vem ska handleda personer med grundläggande kompetens?

Det är chefen i verksamheten som ska säkerställa att det finns handledare och att handledaren har lämplig kunskap och erfarenhet.

53. Vilka patienter omfattas av insatser vid psykisk ohälsa och smärta?

Insatserna och ersättning till landstinget ges för personer i åldern 16-67 år som får del av insatserna enligt Socialstyrelsens riktlinjer vid ångest och depression, eller för långvarig smärta enligt SBU-rapport Rehabilitering vid långvarig smärta.

54. Vilka tidsgränser gäller för att patienten ska få del av insatserna?

Åtgärderna inom överenskommelsen omfattas av vårdgarantin som finns i hälso- och sjukvårdslagen. Den innebär att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag, läkarbesök i primärvården (om så bedöms) inom 7 dagar, besök i den specialiserade vården inom 90 dagar och behandling efter beslut inom 90 dagar.

55. Hur påverkar patientlagen som trädde i kraft 1 januari 2015 insatserna?

Hälso- och sjukvårdslagen ersattes av patientlagen den 1 januari 2015. De insatser som omfattas av överenskommelsen berörs av patientlagen som all annan rehabilitering och vård. Nedan följer en kort sammanfattning.

För mer information se <http://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientlagen>

Den nya lagen innebär bland annat:

- Informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.
- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.
- Patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning utvidgas.
- Patienten ska ges möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.

I övrigt innehåller den nya patientlagen motsvarigheter till nuvarande bestämmelser om exempelvis vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering samt val av behandlingsalternativ och hjälpmedel. Även bestämmelser om barns inflytande över sin vård införs i lagen. Delar av lagen omfattar både kommuner, landsting och regioners ansvarsområden medan andra delar endast gäller för landsting och regioner.

56. Var kan man läsa mer om insatserna vid psykisk ohälsa och långvarig smärta?

På www.skl.se/sjukskrivningar, under rubriken psykisk ohälsa och långvarig smärta eller rubriken rapporter och publikationer.

På www.sbu.se finns rapporterna:

1. "Metoder för behandling av långvarig smärta - en systematisk litteraturöversikt"(SBU rapport 177/1+2, 2006)
2. "Rehabilitering vid långvarig smärta, en systematisk litteraturöversikt – partiell uppdatering och fördjupning av SBU- rapport nr 177/1+2" (SBU rapport 198, 2010)
3. "Behandling av depressionssjukdomar- en systematisk litteraturöversikt"
4. "Behandling av ångestsyndrom - en systematisk litteraturöversikt".

De nationella riktlinjerna för behandling av depression och ångestsjukdom finns att läsa i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd:

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

Villkor 5 – Utökad elektroniskt informationsutbyte

57. Vad genomförs i det nationella arbetet 2016?

Under 2016 kommer det nationella arbetet fokusera på att skapa förutsättningar för att alla landsting ska kunna ansluta sig till den tekniska lösning som utvecklats i nära samarbete mellan SKL/Inera och Försäkringskassan. Många landsting kommer att göra en integration mellan sina befintliga journalsystem och den nationella tjänst (Webcert) som utvecklats för att utfärda elektroniska intyg och hantera tillhörande ärendekommunikation. Projektet Intygstjänster kommer att stödja landstingen med integrationsarbetet och löpande utveckla nya intygstyper för att möjliggöra en elektronisk hantering. Utrednings- och analysarbetet kommer att fortsätta i nära samarbete med representanter från landstingen, bland annat för att underlätta intygutfärdandet.

58. Vad är det som konkret kommer att utvecklas respektive realiseras under perioden?

Den tekniska lösning som projektet arbetat med under flera år produktionssätts under 2016 och den tekniska lösningen för ärendekommunikation vidareutvecklas och anpassas så att kommunikationen sker via "Intygstjänsten", som är en intelligent databas. Det blir därmed möjligt att utveckla funktionalitet för att ta fram statistik för ärendekommunikationen, vilket är ett önskemål från både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan då det möjliggör ett effektivare kvalitetsarbete. Arbetet med utökad intressentinvolvering kommer att fortsätta för att ansluta fler intygsmottagare. Kravanalys och förankringsarbetet kommer att fortsätta för att vidareutveckla förslag för hur invånaren och aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan samverka genom att utbyta information. Fokus kommer att ligga på individen, arbetsgivare och hälso- och sjukvården.

59. Är villkoret knutet till att landstingen ska uppfylla vissa åtaganden?

I villkor 5 finns två områden som är förenade med incitamentspengar. Det första området handlar om att landstingen ska integrera det försäkringsmedicinska beslutsstödet, FMB, i intygsutfärdande system. De landsting som den 1 december 2016 har integrerat FMB i sin elektroniska intygshantering får, i förhållande till befolkningsmängd den 1 november 2015, dela på 25 miljoner kronor.

Det andra området handlar om det nya sättet att utbyta medicinsk information mellan vård- och omsorgssektorn och Försäkringskassan. Den vidareutvecklade tekniska lösningen ska möjliggöra snabbare uppdateringar av framförallt frågeformuleringar och hjälptexter samt fler intygstyper med tillhörande ärendekommunikation. För att landstingen ska få ta del av incitamentspengar inom område 5 så ska de senast den 16 december 2016 lämna en statusrapport till Försäkringskassan som beskriver att milstolpe 1–2 i införandeplanerna¹⁹ från december 2015 har genomförts. De landsting som har uppfyllt detta får, i förhållande till befolkningsmängd den 1 november 2015, dela på 75 miljoner.

60. Vad innebär införandeplanerna från december 2015?

Alla landsting har fått underlag för att ta fram införandeplaner som beskriver hur de kommer att uppfylla de delar som beskriver landstingens utvecklingsarbete i överenskommelsen för 2014-2015.

Det första området handlar om hur landstingen kommer att integrera det försäkringsmedicinska beslutsstödet, FMB, i sina intygsutfärdande system. Socialstyrelsen har under 2015 tagit fram en teknisk och informatisk tjänst som genom anrop via nationella tjänsteplattformen och anslutning till aktuella tjänstekontrakt möjliggör inhämtande av beslutsstödsinformation.

I en annan del ska landstingen beskriva hur de möjliggör snabbare uppdateringar av intygsinformation genom anslutning till den tekniska lösningen för utökat elektroniskt informationsutbyte. Syftet är att kunna realisera strukturerad överföring av medicinsk information och tillhörande ärendekommunikation.

61. Strukturerad överföring av medicinsk information – vad innebär det?

Utökat elektroniskt informationsutbyte genom strukturerad överföring av medicinsk information är ett arbete som sker i nära samverkan med Försäkringskassan. Syftet är att

¹⁹ Milstolpe 1: Godkänd projektplan/projektspecifikation. Milstolpe 2: Avtal om utveckling av tekniska lösningar som krävs för att skapa, översända och hantera strukturerad medicinsk information mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och därtill hörande elektronisk ärendekommunikation för de tre förmånerna, samt att planer för systemleveranser är framtagna och godkända.

förbättra och utöka hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans elektroniska utbyte av patientinformation, som medicinsk information, begäran om komplettering av ett intyg från Försäkringskassan och frågor och svar av administrativ karaktär om ett intyg. Arbetet är en del av det som tidigare har benämnts "Situationsanpassade intyg".

Idag är det möjligt att skapa ett läkarintyg (Försäkringskassans blankett FK 7263) elektroniskt och även att föra en dialog om intyget mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Läkarintyget som används vid ansökan om sjukpenning hos Försäkringskassan ska, i och med det utökade elektroniska informationsutbytet, ersättas av två nya läkarintyg för sjukpenning, ett enkelt intyg som är kortare och ett längre intyg enligt ett differentierat intygande på Försäkringskassan.

Utöver det ska ytterligare tre av Försäkringskassans förmåner digitaliseras (sjukersättning, aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga och aktivitetsersättning vid förlängd skolgång). Den tekniska plattformen och de att fem nya intygen kommer att kommuniceras tekniskt på ett sätt som är tänkt att underlätta införande av fler nya intyg i framtiden.

Befintlig lösning för kommunikation av frågor och svar om ett intyg ska förbättras och tillgängliggöras även för sjukersättning, aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga och aktivitetsersättning vid förlängd skolgång. Försäkringskassans förändringar av fråge- och hjälptexter i intygen ska också snabbare slå igenom i hälso- och sjukvården.

62. Vad är Intygstjänsten?

Intygstjänsten är en intelligent databas för läkarintyg som driftsattes 2012 tillsammans med invånartjänsten Mina intyg, som idag kan användas av samtliga invånare i Sverige som har e-legitimation. Mina intyg nås via den nationella landstingsgemensamma e-tjänsten 1177 Vårdguiden, www.1177.se.

Med Mina intyg och kopplingen till Intygstjänsten är det nu möjligt för invånaren att skicka sina läkarintyg elektroniskt till Försäkringskassan och till andra anslutna intygsmottagare. Intygstjänsten gör det även möjligt för landstingen att koppla ihop sina journalsystem så att läkaren kan skapa intyg i ett system och senare hämta upp det i ett annat (inom samma vårdgivare). Webcerts funktion för att svara på frågor från Försäkringskassan fungerar på detta sätt då frågan visas tillsammans med det aktuella intyget, trots att intyget är skapat i ett annat journalsystem.

63. Varför ska läkarintygen skickas till Intygstjänsten?

Huvudsyftet är att öka invånarens involvering i sin egen sjukskrivning genom att enkelt få tillgång till sina läkarintyg och möjlighet att kunna administrera dessa på det sätt som invånaren har behov av. Hälso- och sjukvården behöver inte hålla reda på intygets mottagare; alla intyg skickas istället till Intygstjänsten. Sedan kan invånaren skicka intyget till den eller de mottagarna som berörs (exempelvis Försäkringskassan). Normalt sett behöver hälso- och sjukvården heller inte skriva ut kopior på förkomna intyg.

Intygstjänsten har gjort det möjligt att skapa Statistiktjänsten för ordinerad sjukskrivning.

64. Måste alla intyg gå via Intygstjänsten?

En kopia av alla elektroniska läkarintyg lagras i Intygstjänsten, även de som endast skrivs ut på papper eller enbart sparas (efter signeringen) i journalsystemet Invånaren har då möjlighet att i efterhand ta del av sina intyg skicka intyg till olika mottagare.

Då intygen i Intygstjänsten ligger till grund för Statistiktjänsten måste alla utfärdade intyg samlas där då statistiken annars inte blir korrekt.

65. Vilka möjligheter finns för patienter som är för sjuka eller inte har tillgång till internet att hantera sina intyg?

De äldre kommunikationsvägarna kommer att finnas kvar. Om invånaren ber om en pappersutskrift eller att läkaren skickar intyget direkt till Försäkringskassan så går det bra. Däremot finns inga planer på att läkaren ska behöva skicka intyg till andra intressenter som arbetsgivare eller försäkringsbolag. Detta görs via tjänsten Mina intyg, eller så får invånaren själv ombesörja detta på papper som idag.

66. Hur når patienterna Intygstjänsten?

I dagsläget nås Mina intyg via 1177 Vårdguidens e-tjänster (tidigare kallat Mina vårdkontakter). Innan Mina intyg aktiveras och blir möjlig att använda ska invånaren läsa igenom en text som informerar om vad det innebär att aktivera tjänsten och lämna ut medicinsk information till tredje part samt ge sitt samtycke till att tjänsten aktiveras.

67. Vad innebär den nationella statistiktjänsten? Vilken statistik kommer vara möjlig att se?

Statistiktjänsten samlar in data om hälso- och sjukvårdens ”ordinerade” sjukskrivning (dvs. den sjukskrivning som läkarna rekommenderar) via de läkarintyg som finns i Intygstjänsten. Den första version som driftsattes september 2014 presenterade statistik för uppföljning på lokal nivå för enskilda vårdenheter (verksamhetsnivå). Version två av Statistiktjänsten är anpassad för uppföljning på vårdgivarnivå där stöd lagts till för att kunna filtrera statistiken utifrån behov. I den tredje versionen har möjligheten för vårdgivare med rätt behörighet att laborera med rapporterna i Statistiktjänsten vidareutvecklats. Denna version ger också möjlighet till uppföljning på landstingsnivå. Landstingen har ett stort behov av att kunna följa upp, inte bara de enheter som ingår i den egna vårdgivaren, utan även de privata enheter som ingår i landstinget via avtal.

Under 2016 kommer Statistiktjänsten att vidareutvecklas för att kunna visa statistik över de nya intygstyper som utvecklas och för att kunna ta fram statistik för den ärendekommunikation som finns kopplad till de nya intygen. Fortsatt krav- och analysarbete kommer att ske i nära samarbete med användare av Statistiktjänsten. Tjänsten tas fram för

verksamheten i landstingen och det är viktigt att det är deras synpunkter, behov och förslag om vidareutveckling som styr hur Statistiktjänsten utvecklas framöver.

Statistiktjänsten har sedan hösten 2014 gett möjlighet för landsting och regioner att följa utvecklingen av sjukskrivningsmönster för sina vårdverksamheter. I slutet av 2015 gjordes den nationella statistiktjänsten publik på internet så att även allmänheten kan få en bild över sjukskrivningsmönster i landet. Alla invånare kan nu följa bland annat hur många kvinnor respektive män som är sjukskrivna och hur andelen är fördelad per landsting/region. Det finns även fakta om fördelning av sjukskrivningar bland åldrar, hur länge de är sjukskrivna och för vad. Fortfarande saknas statistik från några landsting, men dessa kommer att anslutas under 2016. Syftet med Statistiktjänsten är att ge möjlighet att följa utvecklingen av sjukskrivningsmönster. Statistiktjänsten ger en bild av förändring över tid och kan användas för att studera trender och ge stöd till verksamhetsutveckling och kvalitetsuppföljning i hälso- och sjukvården. I den publika informationen har all information avidentifierats. För att ytterligare minska risken för att patienters identitet röjs används också så kallade tröskelvärden, så att inga grupper färre än fem visas i statistiken. Den publika delen av Statistiktjänsten finns här: <https://statistik.intygstjanster.se>

68. Vad innebär en fördjupad förstudie för samverkan med arbetsgivare, med flera?

För att åstadkomma utökad intressentinvolvering och skapa effektivare kommunikation i sjukskrivningsprocessen mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare har projektet under 2015, tillsammans med bland annat Försäkringskassan och SKL, utrett och förberett utveckling av en elektronisk intygstjänst för arbetsgivare. En fördjupad förstudie kommer att genomföras i syfte att ta fram förslag till hur individen och aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, i första hand hälso- och sjukvården och arbetsgivare, kan samverka genom att utbyta information med hjälp av digitala informationstjänster.

69. Vad innebär stödet för hälso- och sjukvården att följa upp pågående sjukskrivningar?

I arbetet med att ta fram Statistiktjänsten har det framkommit att landstingen har behov av att stödja framförallt rehabiliteringskoordinatorer och läkare i deras rehabiliteringsuppdrag. En del i hälso- och sjukvårdens uppdrag är att ansvara för den medicinska rehabiliteringen och bland annat bedöma rehabiliteringsbehovet hos patienter som är sjukskrivna. För att kunna göra det behöver berörd hälso- och sjukvårdspersonal få kännedom om vilka patienter som är aktuella för rehabilitering och insatser. Idag saknas på många håll praktiska systemstöd för att ta reda på vilka patienter på en vårdenhets som är sjukskrivna och som vilka som har behov av rehabilitering och stödinsatser. Genom framtagandet av Intygstjänsten finns nu förutsättningar för att ta fram ett nationellt stöd för att utveckla ett sådant system.

70. Vad innebär FMU-verktyget?

Projektet Intygstjänster påbörjade under 2014 ett arbete med att utreda och utveckla ett administrativt IT-stöd där hälso- och sjukvårdens samordnare elektroniskt kan hantera beställningar av fördjupade medicinska utredningar från Försäkringskassan. Projektet ska också utveckla elektroniska intyg för de fördjupade utredningarna: särskilt läkarutlåtande (SLU), teambaserad medicinsk utredning (TMU) och aktivitetsförmågeutredning (AFU), enligt den gemensamma infrastruktur som utarbetats inom område 5 ”strukturerad överföring av medicinsk information”. Syftet är att effektivisera processen för administration av beställningar, ekonomi och fakturering av dessa utredningar. Det kommer också bli möjligt att ta fram statistik över hur många utredningar som Försäkringskassan beställer av landstingen.

71. Vad händer efter 2016?

Målbilden är att arbetet kommer att fortsätta under 2017 och 2018. Utvecklingsarbete är mycket betydelsefullt för att effektivisera hanteringen och kvaliteten i sjukskrivningsprocessen för inblandade aktörer. Villkoret i denna överenskommelse är en del av den fortsatta gemensamma satsningen. Regeringen och SKL bedömer att utvecklingsarbetet behöver bedrivas såväl 2017 som 2018 för att slutföra det nödvändiga utvecklingsarbetet. Arbetet med att införa de nya elektroniska intygen i landstingen och i Försäkringskassans interna system kan påbörjas först efter att den tekniska lösningen för strukturerad överföring av medicinsk information driftsatts i slutet av 2016. Parterna ser det som nödvändigt med fortsatt satsning ytterligare några år för att nå de förväntade effekterna och nyttorna utifrån de gemensamma målsättningarna.

Mer information

Ansvaret för detta utvecklingsprojekt ligger hos SKL och det är Inera AB som genomför mycket av det praktiska utvecklingsarbetet. Mer om projektet och tjänsterna hos Inera:

[Projektet Intygstjänster 2016](#)

[Tjänsten Läkarintyg](#)

[Invånartjänsten Mina intyg](#)

[Nationella Statistiktjänsten](#)

Om ni önskar mer information, kontakta gärna:

[Peter Alvinsson](#), styrgruppsordförande på övergripande, samordnande nivå, Inera AB

[Stefan Engberg](#), projektledare Intygstjänster 2016, Inera AB

[Lena Furubacke](#), biträdande projektledare Intygstjänster 2016, Inera AB

[Cecilia Alfvén](#), SKL kan svara på övergripande frågor och vid behov knyta an någon av de andra i projektet.

[Försäkringskassans webbsida](#)

Villkor 6 – Teknisk plattform för stöd och service

72. Internetstödd KBT-behandling, vad händer inom området?

Under 2015 etablerades tjänsten Stöd och behandling i 1177 Vårdguiden. Landstingen har under 2015 anmält sig till 1177 Vårdguidens införandeprogram och ansluter sig för närvarande till plattformen Stöd och behandling och lägger in olika behandlingsprogram och -stöd. Medlen som är avsatta i överenskommelsen är till för att utveckla plattformen ytterligare, bland annat så att flera parter ska kunna använda Stöd och behandling samtidigt och att det ska vara möjligt att lagra forskningsdata i anslutning till plattformen.

Villkor 7 – Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning

73. Vad innebär detta utvecklingsarbete?

SKL och Försäkringskassan har under 2014 och 2015, med stöd av medel från denna överenskommelse för 2014 – 2015, genomfört en första etapp i projektet Stöd till rätt sjukskrivning (SRS). Syftet har varit att utveckla ett IT-baserat bedömningsstöd så att man med större träffsäkerhet och tidigare än idag ska kunna identifiera individer med risk för längre sjukskrivning, samt de som har behov av (samordnade) insatser. Ambitionen har också varit att löpande kunna utvärdera vilka olika konkreta åtgärder som är effektiva och främjar återgång i arbete.

Projektet har under 2014 – 2015 genomfört en förstudie som har utrett förutsättningarna för att skapa ett sådant samlat bedömningsstöd för olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Enligt förstudien är det möjligt att utveckla ett bedömningsstöd i enlighet med projektidén och det finns förslag på fortsatt arbete i linje med detta.

[Mer information om förstudien och underlagsrapporter](#)

Tanken är att bedömningsstödet ska kunna användas av såväl hälso- och sjukvården och flera aktörer, såsom myndigheter och arbetsgivare. SKL och regeringen är överens att ansvarsfördelningen mellan, och uppdrag till, berörda aktörer behöver klarläggas innan utvecklingen av ett bedömningsstöd påbörjas.

Under 2016 ska SKL tillsammans med Försäkringskassan och bland annat Socialstyrelsen vidta de insatser som bedöms nödvändiga för att utarbeta ett förslag om hur ansvaret för

utveckling, drift och förvaltning av bedömningsstödet kan utformas. De juridiska konsekvenserna av förslaget ska redovisas, liksom kostnads-, nytto- och verksamhetsanalyser

Medicinsk service

74. Vad innebär detta område?

Området medicinsk service finansieras genom överenskommelsen. Inom ramen för regeringens Företagshälsovårdssatsning under åren 2010-2013 har medel avsatts för så kallad medicinsk service enligt förordning (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet.

Denna förordning kommer att upphöra att gälla den 1 januari 2014 (SFS 2013:865) och ersätts av ett nytt arbetsplatsnära stöd som ska införas under nästa år. Det stödet kommer att vara riktat till Företagshälsovård eller andra aktörer med likvärdig kompetens.

Avsikten är att offentliga eller privata vårdgivare ska utföra medicinsk service på beställning av företagshälsovården. Företagshälsovården ersätter landstingen eller annan leverantör för kostnader för medicinsk service.

75. Vad är medicinsk service?

Med medicinsk service menas undersökningar och analyser inom laboratoriemedicin, radiologi samt klinisk fysiologi som ingår som ett led i bedömningen av en anställds arbetsförmåga. De flesta företagshälsovårdsföretag köper dessa tjänster av offentliga eller privata vårdgivare.

Forskning, uppföljning och utvärdering

76. Vad innebär det att pengar är avsatta för kvalitetsregister?

I dag finns kvalitetsregistret Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS) för smärta dit den specialiserade vården, som oftast bedriver MMR2, rapporterar sina insatser. Detta bidrar till att verksamheterna kan utveckla sitt arbete då de kan jämföra sina resultat med sig själva och andra. Ett kvalitetsregister (NRS-primärvård) för MMR1, som oftast bedrivs i primärvården, har utvecklats genom REHSAM forskning. För att bidra till att användningen av kvalitetsregistren ökar inom fler enheter och landsting avsätts särskilda medel för att sprida information om hur dessa kan underlätta i arbetet.

77. Vad innebär det att pengar är avsatta för forskning?

Programmet REHSAM startades under 2009 och sedan dess har forskningsmedel utlysts 2010 och 2011. Forskningsprogrammen pågår än och finansieras genom pengar från

rehabiliteringsgarantin. Syftet är att öka kunskapsläget om vilka behandlingar/rehabiliteringsinsatser som leder till återgång i arbete. En del forskningsresultat är klara, flera kommer att vara klara under 2015/2016. Staten tillsätter medel för att göra en ny utlysning av forskningsmedel som blir möjliga att söka under 2016. Förberedelser och forskning av landsting i samarbete med universitet och högskolor kommer att ske under perioden 2017-2019. Ett samarbete för att förbereda utlysning och ett utvecklingsarbete kommer att ske mellan Forte, Försäkringskassan och SKL.