

Avdelningen för Vård och omsorg
Cecilia Unge

Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2014-15

Innehåll

Frågor och svar om sjukskrivningsmiljarden 2014-15.....	1
Bakgrunden till sjukskrivningsmiljarden	1
Vad innebär sjukskrivningsmiljarden 2014-2015?	2
Villkor 1 - En jämställd sjukskrivningsprocess	4
Villkor 2 – Kompetenssatsning i försäkringsmedicin	11
Villkor 3 – Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen.....	15
Villkor 4 – Psykisk ohälsa med fokus på lindriga och medelsvåra besvär	18
Villkor 5 – Utökad elektroniskt informationsutbyte	21
Villkor 6 – Teknisk plattform för stöd och service.....	26
Villkor 7 – Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning.....	26
Medicinsk service	27

Bakgrunden till sjukskrivningsmiljarden

För att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen slöts en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2006. Genom överenskommelsen infördes ekonomiska incitament till hälso- och sjukvården - den s.k. sjukskrivningsmiljarden. 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.

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

Mål och syfte

Syftet med miljardsatsningen har varit att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan. Staten har betalat ut upp till en miljard kronor per år till landstingen under 2006-2013.

Områden som varit framgångsrika för att förbättra sjukskrivningsprocessen är bl a 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 har vidtagits hittills inom ramen för sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att stärka vårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt. I en aktuell studie från Karolinska institutet (KI)¹ beskrivs att sjukskrivningsprocessen nu är en mer närvarande och aktuell fråga inom hälso- och sjukvården på samtliga ledningsnivåer. KI 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, bl.a. när det gäller ledningssystem och kvalitetssäkring av sjukskrivningsprocessen, jämställd sjukskrivningsprocess, försäkringsmedicin samt utvecklad intern och extern samverkan med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen.

Sjukfrånvaron har minskat i samtliga landsting med i genomsnitt cirka 31 procent under perioden 2006–2011, men har åter börjat öka från 2012. Det gäller särskilt psykiska diagnoser, där den övervägande majoriteten är kvinnor. Det är fortsatt viktigt att jobba med tidiga insatser hos berörda aktörer i syfte att minska risken för långvarig sjukfrånvaro och att förebygga sjukskrivning, där så är möjligt.

Vad innebär sjukskrivningsmiljarden 2014-2015?

De senaste åren har överenskommelsen varit ett-årig, men nu har vi åter en två-årig överenskommelse för 2014-2015, en miljard per år är avsatt. Förutsättningarna inför 2014-15 är att de flesta områden fortsätter. Upplägget är som tidigare att det finns en rörlig del utifrån förändringar av sjukfrånvaron och en villkorad del som innehåller flera områden där landstingen ska genomföra utvecklingsarbeten för att få ta del av stimulansmedel.

I denna överenskommelse är det en ny ekonomisk modell för den rörliga delen utifrån sjukfrånvarons utveckling. Den bygger på två mål kring att ökningstakten i sjukfrånvaro inte ska öka.

¹ Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning – Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. Alexandersson mfl, Karolinska Institutet. www.ki.se/im

De villkorade delarna handlar bl a om hur hälso- och sjukvården kan bidra till en kvalitetssäker, effektiv och jämställd sjukskrivningsprocess, förbättra samverkan och koordinering, fortsättning inom försäkringsmedicin och IT-utveckling som en del i stödstrukturen. Ett nytt område är hur hälso- och sjukvården kan utveckla arbetet för patienter med *psyisk ohälsa* som är sjukskrivna eller riskerar sjukskrivning. Dessa åtgärder bedöms sammantaget bidra till att hälso- och sjukvården är en aktiv aktör och bidrar till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.

Några andra förändringar är att villkoret förbättra kvaliteten i läkarintygen är borttaget som eget område, men ingår som en del i kvalitetssäkringen inom området Försäkringsmedicin. Några andra mindre delar handlar om utveckling av en teknisk plattform för internetbaserad stöd och behandling, utvecklingsmedel för framtagande av verktyg för stöd till "rätt sjukskrivning" och för att identifiera risker och behov av åtgärder. Vidare finansieras en del som har koppling till företagshälsovården.

Fördjupade utredningar finansierades tidigare via Sjukskrivningsmiljarden, men är för 2014-15 en egen överenskommelse.

I överenskommelsen beskrivs att en avstämning sker mellan parterna senast den 31 mars 2015 i syfte att se över behovet av och formerna för fortsatta insatser för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.

Nedan visas de olika delarna för respektive år och fördelningen av medel mellan rörlig del och de olika villkoren samt hur mycket medel som avsatts.

	2014	2015
Rörlig ersättning	308	230
Villkor 1 Jämställdhet	50	50
Villkor 2 Kompetens i försäkringsmedicin	150	150
Villkor 3 Tidig samverkan	150	175
Villkor 4 Psykisk ohälsa	100	100
Villkor 5 Elektroniskt informationsutbyte	153,5	215
Villkor 6 Teknisk plattform för stöd och behandling	15	-
Villkor 7 Utvecklingsmedel	12	20
Medicinsk service	55	55
Utvärdering	6,5	5
Totalt	1 000	1 000

Villkor 1 - En jämställd sjukskrivningsprocess

Vad ska genomföras/redovisas?

2014

Landstingen ska för detta villkor gällande år 2014:

- Redovisa genomförda åtgärder och analys av resultatet utifrån handlingsplanen från 2013
- Beskriva mål, uppföljningsbara indikatorer och implementeringsstrategier inför 2015 för en jämställd sjukskrivningsprocess.
- Redovisa hur en kvalitetssäkring av en jämställd sjukskrivning ska integreras i landstingens ledningssystem/uppföljningssystem för sjukskrivningsprocessen
- Redovisa en plan för att utveckla riktlinjer och handlingsplaner inom ämnesområdet våld i nära relationer i arbetet med patienters sjukskrivning på landstingsnivå.

Redovisningen ska ha inkommit till Försäkringskassan senast 1 december 2014.

2015

- Redovisa måluppfyllelse och indikatorer utifrån rapporteringen 2014 för en jämställd sjukskrivningsprocess.
- Redovisa hur kvalitetssäkring av jämställd sjukskrivning följs upp i landstingens ledningssystem/uppföljningssystem för sjukskrivningsprocessen.
- Redovisa framtagna riktlinjer och handlingsplaner inom ämnesområdet våld i nära relation i arbetet med patienters sjukskrivning på landstingsnivå.

Redovisningen ska ha inkommit till Försäkringskassan senast 1 oktober 2015.

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.

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, bl. a 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.

Varför ska sjukskrivningsprocessen vara jämställd?

En jämställd sjukskrivningsprocess säkerställer en hög kvalitet för både kvinnor och män. Landstingen ska bedriva rättsäker, 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.

Ur den enskilde individens perspektiv handlar det om att han eller hon får makt och inflytande över sin situation, t ex blir lyssnad på och får bestämma i sjukskrivningsprocessen. Det handlar också om att kvaliteten är hög och snabb så att vården och behandlingen leder till återgång i arbete, att intyget innehåller de uppgifter som behövs och inte behöver kompletteras och därmed förlänga sjukskrivningen, att frågor om våld ställs så att eventuellt våld upptäcks och kan behandlas och rätt stödåtgärder sätts in, samt att inga fördomar ligger till grund för vad kvinnor respektive män förväntas göra när det gäller hemarbete, som gör att de bedöms olika.

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.

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. Från och med den 1 januari 2012 kommer en ny föreskrift att gälla för ledningssystem (Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd, SOFSF 2011:9).

Vad innebär omotiverade skillnader mellan män och kvinnors sjukskrivning?

Kvinnor har högre sjukskrivningstal än män. Skillnaderna mellan könen har ökat under det senaste året och det är särskilt de psykiska diagnoserna som ökat och den största ökningen är bland kvinnor. Detta pekar på behovet av att fortsätta följa utvecklingen av sjukskrivningsmönster för kvinnor och män och säkerställa att arbetet inom vården inte leder till omotiverade skillnader.

Det är viktigt att analysera 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 kvinnor och män bedöms utifrån genusbias² skapar omotiverade skillnader i sjukskrivningen. Till exempel kan en kvinna sjukskrivas för problem som inte relateras till sjukdom utan mer handlar om vardagliga bekymmer eller skickas till samtal i stället för att få en medicinsk undersökning. Å andra sidan får mannen kanske inte behandling för sin depression och klarar därför inte att återgå till arbetet. 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. En annan ojämställdhet kan vara att personalen anser att det inte finns skillnader mellan kvinnor och män där det faktiskt gör det.

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.

Vilken statistik kan landstingen använda sig av?

I den mån ett landsting saknar könsuppdelad statistik kan det få t.ex. följande statistik på läns- eller kommunnivå könsuppdelad av Försäkringskassan:

- antal sjukskrivningar, sjukersättningar, aktivitetsersättningar, förebyggande sjukpenning
- längd på sjukskrivningarna
- hel-/deltid per diagnos
- ohälsotal
- antal personer som blivit utförsäkrade från sjukskrivning

Vidare kan de landsting som anslutit sig till den elektroniska statistiktjänsten använda sig av den möjligheten – se villkor 5.

Vad innebär det att analysera statistiken ur ett jämställdhetsperspektiv?

Att analysera könsuppdelad statistik innebär att se 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 t.ex. att undersöka om kvinnor och män får lika möjlighet att bli lyssnade på. Har de samma makt och inflytande över sin sjukskrivningsprocess? Får kvinnor och män samma möjligheter och förutsättningar att återgå i arbete. Har de tillgång till resurser inom vård och behandling på lika villkor, liksom rätt till ersättning på lika och likvärdiga villkor. Resurser kan handla om till exempel tid, läkemedel, remisser,

² 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)

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?

Vad menas med "integreras i landstingens ledningssystem eller uppföljningssystem"?

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 i form av t.ex. mål, mått eller indikatorer. Från den 1 januari 2012 började Socialstyrelsens nya föreskrifter om kvalitetsledningssystem (SOSFS 2011:9) att gälla. Där framgår att ledningssystemet ska säkra att verksamheten gör rätt saker på rätt sätt för kvinnor respektive män.

Vad innebär det att ta fram mål och implementeringsstrategier?

Utifrån tidigare resultat av arbetet med en jämställd sjukskrivningsprocess och annat underlag, t ex utifrån analyser av statistik, tar landstingen fram mål och implementeringsstrategier inför 2015. Detta ses som en del i det systematiska kvalitetsledningsarbetet.

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.

Vad innebär framtagande av indikatorer/nyckeltal?

Med nyckeltal, indikatorer avses mått som belyser viktiga aspekter i verksamheterna på ett överskådligt sätt. Man kan kalla det för indikatorer, mått, mätetal, statistik eller något annat i den egna styrprocessen. Som ett sätt att följa och mäta vissa aspekter med en jämställd sjukskrivningsprocess kan till exempel vara följande (i den mån de finns):

- Rehabplaner inom 30 dagar, Andel kvinnor/män i förhållande till antal sjukskrivna
- Andel kompletteringar av intyg (kvinnor/män)
- Andel kvinnor och män vars arbetsgivare vården kontakter inom högst X dagar

- Andel kvinnor och män som har avstämningsmöte där vården deltar
- Antal kvinnor respektive män som är nöjda med sin vård och behandling
- Antal utfärdade remisser till vård och behandling för kvinnor respektive män
- Väntetider till besök och behandling för kvinnor och män
- Hur många kvinnor respektive män som tillfrågas om alkohol och droger eller behandlas för missbruk
- Hur många kvinnor respektive män som tillfrågas om de utsätts eller har utsatts för våld eller behandlas efter misshandel
- Förskrivning av medicin, antal och kostnad uppdelat på kvinnor och män

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

Varför ska landstingen utveckla rutiner och handlingsplaner inom ämnesområdet våld i nära relation?

Anledningen till att frågan bör fokuseras är att våld i nära relation kan finnas som en bakomliggande orsak till många 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 i samverkan med andra aktörer. Ett mål i förlängningen är att berörda kvinnor och män får bättre förutsättningar att förbättra arbetsförmågan när adekvata åtgärder, eventuell vård och behandling samt rehabilitering sätts in.

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

Våld i nära relationer är ett samhällsproblem och ett folkhälsoproblem som mycket allvarligt påverkar levnadsvillkoren och livskvaliten 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 allvarligt 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, men för att kunna upptäcka våldsutsatthet krävs rutiner för att ställa frågor om våldsutsatthet. Kvinnor som utsatts för våld känner ofta ett motstånd mot att berätta om detta, och få gör det spontant om ingen frågar. Men erfarenheter visar att det är få kvinnor som tar illa upp om de får frågan "i onödan". Arbete med att ge stöd till personalen för att de rutinmässigt ska kunna ställa frågor kring våld är därför viktigt.

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.³ Se vidare bl a [SKL:s webbsida om kvinnofrid](#).

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, t ex att landstingen ska ta fram rutiner för att säkerställa att frågan om våld i nära relation finns med i arbetet med sjukskrivningsprocessen/ rehabiliteringsprocessen. Dvs. att utveckla rutiner i behandling och bemötande, att man ställer frågor om våld och har rutiner för hur personalen ska agera, t.ex att man är noga med att inte ta med partner i undersökningsrummet.

Kommunikation/information: att det finns info om vart man kan vända sig om man varit utsatt för våld, ex Kvinnofridslinjen, uppsatt i väntsalar, t ex vårdcentraler, MVC, BVC, tankläkare etc.

Genushanden är ett konkret metodstöd som togs fram av Skåne och har spridits i landstingen. I t ex Västerbotten har man utgått från detta och tagit fram Genuskort - samtalskort t ex, inför mötet med patientet.

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 t ex. 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 2013.⁴

³ 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.

⁴ 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.

Nationella uppdrag och kunskapscentrum om våldsutsatthet

Ett 40-tal regeringsuppdrag har under nuvarande mandatperiod 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 som kommer att slutredovisa sitt uppdrag 30 juni 2014. Ett paradigmskifte pågår då 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 positionsappret redovisas SKL:s syn på hur arbetet för kvinnofrid och mot våld i nära relationer behöver utvecklas under kommande år.

Socialstyrelsen har tagit fram förslag till 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. Föreskrifterna och de allmänna råden beräknas träda i kraft under våren 2014.

[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/>

När det gäller mäns våld mot kvinnor, våld i nära relation har Nationellt Centrum för Kvinnofrid <http://nck.uu.se/> 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. Telefonnummer är 020-505050, www.kvinnofridslinjen.se

Var finns information om jämställdhet, sjukskrivning, långsiktig planering och styrning?

Material utgivet av SKL finns på www.skl.se/publikationer.

Jämställda sjukskrivningar – arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. SKL, 2010.

Bättre sjukskrivningar – handbok om ledningssystem för sjukskrivningsprocessen. SKL, 2010.

SKL:s kunskapsöversikt. (O)jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. SKL, 2007.

Våldsförebyggande arbete med män, en kunskapsöversikt. SKL, 2011.

Göra jämlikt är att göra skillnad? Vägledning för jämlik styrning och ledning. SKL, 2011.

Mer info finns på www.skl.se/sjukskrivningar. Genushanden- Skurups verktyg för att säkerställa att kvinnor och män får likvärdig undersökning. www.skl.se/sjukskrivningar

På Jämställ.nu finns allt om jämställdhetsintegrering, till exempel metoder och verktyg, forskningsdatabas och exempel på vad andra har gjort. Sajten drivs av SKL i samarbete med Vinnova, Tema likabehandling och Göteborgs universitet. www.jamstall.nu

Fokusrapport Kvinnors ohälsa – är sjukskrivning medicinen? Sjukvårdens roll och möjligheter att förbättra sjukskrivningsprocessen. Stockholms läns landsting, 2008.

Region Skåne har tagit fram ett handledningsmaterial och en film. *Tänk tvärtom*. Kontaktperson Ulf.Hallgarde@skane.se.

Västerbottens läns landsting har tagit fram samtalskort som är avsedda att användas för diskussioner vid t.ex. arbetsplatsträffar. Kontaktperson maria.carlsson@vll.se.

Västra Götalandsregionen driver Kunskapscentrum för jämställd vård som har tre filmer om att fråga om våld

<http://jamstallvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-Jamstalld-var/Startsida-Kunskapscentrum-for-Jamstalld-var/>

Stockholms läns landsting har information om våldsutsatta kvinnor på <http://viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Psykisk-ohalsa/Valdsutsatta-kvinnor/>

Villkor 2 – Kompetenssatsning i försäkringsmedicin

Vad ska genomföras/redovisas?

Landstingen ska:

- Redovisa hur ämnesområdet försäkringsmedicin (utbildning och handledning) har förts in inom allmäntjänstgöringsutbildningar utifrån aktuella lärandemål.
- Redovisa en plan för utbildning och handledning inom försäkringsmedicin för specialisttjänstgöringsutbildning inför 2015 för berörda specialiteter.
- Redovisa påbörjat arbete, alternativt vidareutveckling av en struktur för att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning och kompetensstöd i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper.
- Redovisa vidtagna åtgärder för att stödja läkarna i bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i syfte att förbättra kvalitet i läkarintygen.

Redovisningen ska ha inkommit till Försäkringskassan senast 1 december 2014 respektive 1 oktober 2015.

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

Läkares arbete med sjukskrivning utgör en central del i sjukskrivningsprocessen och är en vanlig arbetsuppgift för många läkare, men också för andra personalkategorier som är inblandade, såsom arbetsterapeuter, sjukgymnaster och psykologer. Det är en fråga som har stor betydelse för den enskilde.

Allt sedan Sjukskrivningsmiljarden startade 2006 har landstingen genomfört olika kompetenssatsningar inom det försäkringsmedicinska området och även insatser för att förbättra kvaliteten i läkarintygen. 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 sjukförsäkringen som innebär att förnyad kunskap behövs bland berörda inom hälso- och sjukvården.

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.

Läkare har ansvar för att bedöma kvinnor och mäns sjukdom/diagnos och hur denna påverkar funktionsförmåga och i vilken utsträckning det innebär en aktivitetsbegränsning. Läkaren har ett medicinskt ansvar för patientens behandling, rehabilitering och sjukskrivning, men har möjlighet att ta stöd av andra professioner såsom arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykolog, kurator, och koordinatorfunktionen⁵ för sjukskrivning och rehabilitering.

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.

⁵ Se villkor 3 Tidig samverkan

Vad är försäkringsmedicin?

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

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, t.ex. 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.

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

Vad menas med 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 mm) 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 t.ex. genomföra uppföljningar av sjukfrånvarons utveckling och sjukskrivningsmönster (utifrån bl.a. den nationella statistiktjänsten om detta är möjligt).

Kunskap om jämställdhet och våld i nära relationer bör ingå i kompetensområdet försäkringsmedicin, se även villkor 1.

Vad innebär det att inför försäkringsmedicin i AT-utbildningar och planera för ST-utbildningar?

En del i handlingsplanen för 2012 och 2013 var att göra en beskrivning och ta fram planer för utbildning och handledning inom området försäkringsmedicin för läkarutbildningens allmäntjänstgöring (AT) och specialistutbildning (ST). För 2013 beskrivs status angående utbildning och handledning inom området försäkringsmedicin för läkarnas allmän- och specialisttjänstgörings utbildning och hur aktuella lärandemål beaktats.

Vad innebär rekommendationer för lärandemål inom försäkringsmedicin för AT och ST-utbildningarna?

För att underlätta för landstingen att få in 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.

Dessa kommer att se över under kommande år. Gällande ST kommer en ny föreskrift att börja gälla från 1 januari 2015. I nuvarande förslag finns krav för kunskap i försäkringsmedicin (generell kompetens) för alla blivande specialister förutom de som inte har patientkontakt). Specifika lärandemål är inte fastställda utan det är en pågående process under 2014. Av den anledningen kan landstingen börja planera utifrån den nya föreskriften/nya lärandemål för ST först under 2014.

Läkarnas ST – föreskrifter och allmänna råd.

Vad menas med vidta åtgärder för att förbättra kvaliteten i läkarintygen?

Att förbättra kvaliteten i läkarintygen har varit ett eget villkor/område sedan 2010, detta är nu ändrat. Istället finns perspektivet med inom området försäkringsmedicin för att få in frågan i ett helhetsperspektiv som en del i kvalitetssäkring av. Ingen granskningsstudie kommer att genomföras som tidigare år, utan fokus är fortsatt utvecklingsarbete.

Tidigare studier har visat att det främst är brister inom beskrivning/bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Vidare saknas ofta motivering från ev. avsteg från det försäkringsmedicinska beslutstödet.

Varför ska kvaliteten i läkarintygen förbättras?

Inom ramen för rehabiliteringskedjans tidsgränser ska nödvändiga åtgärder vidtas för att stödja den försäkrades återgång i arbete. För detta krävs en god samverkan mellan berörda aktörer, bl.a. mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Rehabiliteringskedjan ställer höga krav på kvalificerade medicinska beslutsunderlag i sjukpenningärenden, samtidigt som tidsgränserna också ökar betydelsen för Försäkringskassan att snabbt och i rätt tid få tillgång till sådana beslutsunderlag. Under 2008 gjorde både Försäkringskassan och Riksrevisionen två av varandra oberoende granskningar av läkarintygen i sjukpenningärenden. I dessa granskningar konstaterades att endast 26 procent av intygen höll en sådan kvalitet att rättssäkra beslut om sjukpenning var möjliga att fatta på basis av informationen i intygen. I den senaste kvalitetsgranskningen inom ramen av Sjukskrivningsmiljarden från 2012 av läkarintygen var ca 55 procent av tillräcklig hög kvalitet. Så en markant förbättring har ändå skett men samtidigt finns behov av fortsatt utvecklingsarbete.

Varför finns det fortfarande ganska stora brister i läkarintygen?

Orsakerna till bristerna i läkarintygen är säkert många. Läkarna har ibland svårt att bedöma hur sjukdomen påverkar funktionstillståndet och begränsar aktivitetsförmågan och/eller har svårt att uttrycka det på ett sätt som Försäkringskassan har behov av. En del läkare anser att det tar lång tid att fylla i läkarintyget och har svårt att få tiden att räcka till i mötet med patienten. Försäkringskassan har inte returnerat underlag som brister i kvalitet i så stor utsträckning som skulle behövas, vilket kan ha bidragit till att läkarna har uppfattat att

underlaget har varit fullt tillräckligt. En annan förklaring är att en del läkare anser att läkarintyget inte är utformat så att läkarna förstår vad Försäkringskassan efterfrågar.

Var finns information om försäkringsmedicin och kvaliteten i läkarintygen?

De senaste versionerna av vägledning för lärandemål inom AT- och ST-utbildningarna läggs ut på www.skl.se/sjukskrivningar.

Den senaste granskningen av läkarintygen från 2012, Försäkringskassan.

Ett stödmaterial för läkare bl a är broschyren "Vad ska ett läkarintyg innehålla?", Försäkringskassan. Detta är en broschyr riktad till läkare som ger en bra beskrivning av vad ett intyg förväntas innehålla. Det finns bl a beskrivning av den sk. DFA-kedjan, *diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning*. www.forsakringskassan.se.

[Socialstyrelsen](#) om det försäkringsmedicinska beslutstödet. Den är uppbyggd på 2 delar, både övergripande principer för sjukskrivning och diagnosspecifika rekommendationer.

Alexandersson mfl; Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Rapport 2013, Karolinska Institutet. www.ki.se/im.

Villkor 3 – Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen

Varför fokuseras detta område?

Detta var ett nytt villkor för 2013. Även om landstingen har utvecklat samverkan med framförallt Försäkringskassan under senare år finns med att utveckla. Det har också skett mycket förändringar sedan Rehabkedjan infördes med ökade krav på snabbare och effektivare sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Regeringen och SKL bedömer att det är viktigt att fortsätta stimulera tidig samverkan och utvecklandet av en organisatorisk struktur som understödjer samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Funktionen för koordinering bör utvecklas vidare för att få en bred förankring i hälso- och sjukvården och för att bidra till ett ökat stöd för kvinnor och män och möjliggöra tidig bedömning och samordning.

Området är uppdelat i två delar, dels utvecklande av den organisatoriska strukturen dels utveckling av rehabiliteringskoordinatörer.

Vad är hälso- och sjukvårdens roll?

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*, bl a genom att processer och rutiner ska säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med myndigheter.

En utvecklad samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är betydelsefull och bidrar till att få ett helhetsperspektiv på patientens behov av stöd. Hälso- och sjukvården är tillsammans med arbetsgivaren de aktörer som tidigt, ibland redan före en sjukskrivning blir

aktuell, får kännedom om patientens situation. Hälso- och sjukvården kan 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.

Samverkan mellan myndigheter behöver ha initiativ och stöd från respektive ledningar, bl a då det ofta finns skillnader mellan organisationernas uppdrag och mål. Det är även viktigt med samverkan/samarbete med arbetsgivare och med dess företagshälsovård för att lyckas med tidig samverkan och återgång i arbete.

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

För att möjliggöra en god samverkan kring patienten har de flesta landsting tillsatt en funktion för koordinering. Denna funktion kan samordna sjukskrivningsfrågor internt inom vården samt utgöra en länk mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer i sjukskrivningsprocessen i syfte att förbättra samordningen av individens insatser.

Hur respektive landsting idag arbetar med funktionen för koordinering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har utvärderats av Västerbottens läns landsting.⁶ Studien visar att funktionens uppdrag och arbetssätt varierar mellan landstingen. Av studien 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 samarbetet med externa parter intensifieras. Patientens sjukvårdsprocess har visat sig bli effektivare och mer kvalitetssäkrad och förkortas. Detta innebär i regel att även sjukskrivningstiderna kan förkortas.

Vilka krav på redovisning ställer överenskommelsen?

Villkoret är uppdelat i två delar: utvecklande av en organisatorisk struktur och utveckling av koordinatorsfunktionen.

Organisatorisk struktur

2014:

- Ta fram uppföljningsbara mål för samverkan Redovisa den organisatoriska strukturen för effektiv samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på lokal och regional nivå.
- Den organisatoriska strukturen ska understödja tidig samverkan och samordning; samverkan internt inom hälso- och sjukvården såväl som externt med aktörer som arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen för dem som

⁶ Rekoord-projektet – nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

berörs av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Den organisatoriska strukturen ska omfatta rutiner för löpande uppföljning av sjukfrånvarons utveckling och sjukskrivningsmönster regionalt och lokalt.

Redovisningen ska ha inkommit till Försäkringskassan senast 1 december 2014.

2015:

- Redovisa det genomförda arbetet enligt 2014 års plan utifrån måluppfyllelse samt riktlinjer och rutiner för strukturerad samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på regional och lokal nivå.

Redovisningen ska ha inkommit till Försäkringskassan senast 1 oktober 2015.

Koordinatorsfunktionen

2014:

Landstingen ska utveckla en funktion för koordinering för effektiv samverkan kring kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Koordinatorsfunktionen ska ha ansvar för att vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson eller samarbetspartner till andra aktörer, kontaktperson eller coach till sjukskrivna. Målsättningen är att koordinatorsfunktionen ska ha en bred förankring inom hälso- och sjukvården för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Funktionen ska ha både en intern och extern roll i samverkan, t.ex. verka för tidig kontakt inom vården, möjliggöra tidig extern samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun.

Redovisningen ska ha inkommit till Försäkringskassan senast 1 december 2014.

2015:

Landstingen ska ha en funktion för koordinering på plats, i enlighet med detta villkor för Beskriva funktionen för koordinering i enlighet med de förutsättningar som beskrivs under villkoret i överenskommelsen; att koordinatorsfunktionen har ansvar för att vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson/samarbetspartner till andra aktörer, kontaktperson/coach till sjukskrivna.

- Funktionen ska ha både en intern och extern roll i samverkan, t.ex. verka för tidig kontakt inom vården, möjliggöra tidig extern samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun.
- Koordinatorsfunktionen ska ha en bred förankring där sjukskrivning är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

- De landsting som dessutom kan redovisa koordinatorsfunktion med uppdrag som i ännu högre grad fungerar inom samordning och stöd, t.ex. coaching av patienter, analys av statistik, kartlägga rehabiliteringsbehov, samarbetspartners till andra aktörer och utveckling av rehabiliteringsteam kan få ta del av ytterligare 25 miljoner kronor.

Redovisningen ska ha inkommit till Försäkringskassan senast **1 oktober 2015**.

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 skicka "en signal" 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 t ex Försäkringskassan kommer in i en ev. 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 bl a samordningsuppdrag och avstämningsmöte.

Villkoret har delvis kopplingar till ett pågående uppdrag och utvecklingsarbete vid Försäkringskassan kallat Utvecklat samspel med hälso- och sjukvården, där även Arbetsförmedlingen finns med och fyra landsting tillsammans med representanter från SKL. Vidare finns kopplingar till utvecklingsarbetet inom Försäkringskassan kallat Enklare sjukförsäkringsprocess.

Villkor 4 – Psykisk ohälsa med fokus på lindriga och medelsvåra besvär

Varför kommer ett nytt område om psykisk ohälsa in i sjukskrivningsmiljarden?

Anledningen är att sjukskrivningarna ökar och mest för kvinnor som har en psykisk diagnos. Det är då angeläget att undersöka om vården har möjlighet att bidra till att förebygga sjukskrivningar och stödja kvinnor och män att återgå i arbete.

Vad är det tänkt att landstingens ska göra?

Först behöver en analys ske för att se hur sjukskrivningarna ser ut i det egna landstinget för de psykiska diagnoserna och jämfört med riket. Sedan kan landstingen ha andra underlag som bidrar till att göra analysen vilket kan handla om hur arbetet sker i landstinget med berörda grupper. Utifrån analysen utformar landstinget vilka insatser som de önskar genomföra.

Varför ska landstingen vidta åtgärder för att utveckla bedömningar vid diagnosättning, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning?

För att få bättre kunskap om kvinnorna och männen 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. Sjukskrivningar i psykiska diagnoser tenderar att bli långa samtidigt som sannolikheten för återgång i arbete vid långa sjukskrivningstider minskar. Därför är det viktigt i sammahanget att utredningarna inte innebär en ökad medikalisering av normala livsprocesser utan det ska vara en sjukdom/hälsotillstånd som sätter ned arbetsförmågan (se även villkoret Jämställda sjukskrivningar). Vidare att komma fram till vilka behandling och rehabiliteringsinsatser som patienten är i behov av.

Varför ska landstingen titta på lättare medelsvåra diagnoser i första hand?

Det beror på att det är dessa diagnoser som står för den ökande andelen av sjukskrivningar vilket ofta sker i primärvården. Men då landstingen kan behöva utveckla insatser inom specialiser de vården bör även en analys göras inom detta område.

Varför ska landstingen vidta åtgärder som förbättra intygsskrivandet så att sjukskrivningar som överstiger rekommenderad tid i det försäkringsmedicinska beslutsstödet är väl motiverade?

Enligt de undersökningar som har genomförts på läkarintygen så är det fortfarande ett område som behöver utvecklas. Det förekommer även att läkare använder diagnosen F43 utan underdiagnos vilket det står i beslutsstödet att det inte ska ske.

Varför är det ett fokus på vårdens samarbete med arbetsplatsen?

För att bidra till återgång i arbete är det värdefullt att en kontakt sker med arbetsplatsen om patienten ger sitt medgivande. För att underlätta att det sker anpassningar, arbetslivsinriktad rehabilitering eller andra åtgärder hos en ev. 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.

Att landstingen ska utarbetar en handlingsplan riktade till primär- och specialistvården för dessa åtgärder. Vad innebär det 2014?

Landtingen ska redogöra för analysen som har gjorts utifrån sjukskrivningsmönster vid psykisk ohälsa, och annan aktuell information, för kvinnor och män i arbetsför ålder.

Redogöra för en handlingsplan med mål och åtgärder för såväl primärvård och specialistvård. Åtgärderna ska beskriva syfte, förväntat resultat, (vilket problem den svarar mot) startdatum och planerat avslut. Områden som ska ingå i handlingsplanen är följande.

- Åtgärder/förbättringsarbete för att utveckla bedömningar och särskilt uppmärksamma risk för medikalisering av vardagslivets problem vid digonssättning; vid sjukskrivningssituation: åtgärder/förbättringsarbete kring funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.
- Hur intygsskrivandet kan utvecklas för psykiska diagnoser vid avsteg från rekommendationer i det försäkringsmedicinska beslutstodet.
- Redogöra för andra eventuella utvecklingsområden som kan handla om förstärkning av tidigare verksamhet eller att prova eller utveckla ny verksamhet, och/eller förebyggande arbete för att främja återgång i arbete.

Vad ska landstingen genomföra för utvecklingsarbete?

I första hand är det angeläget att utveckla bedömningar och arbetet med intygen.

Landstingen kan vilja önska förstärka eller utveckla andra områden internt i landstinget eller med externa parter. Det är upp till landstingen att avgöra vad man vill utveckla.

Kan samarbete ske med andra parter än hälso- och sjukvården?

Ja det är möjligt och det är mycket positivt om ett arbete utvecklas med arbetsgivare och andra parter. Förebyggande arbete för att främja återgång i arbete är ett exempel.

Vad ska landstingen ha gjort till 2015?

Landstingen ska ha genomfört de planerade insatserna enligt handlingsplanen.

Måste alla insatserna vara klara tills rapporteringen 2015?

Nej, det är inte nödvändigt en del insatser kan ta flera år innan de är genomförda. Men några av insatserna bör vara genomförda tills rapporteringen ska vara klar. Ett förslag att dela upp genomförande av åtgärder på kort sikt och mer långsiktigt. Inriktningsmål med delmål osv.

Vilka underlag kommer Försäkringskassan att bidra med så att landstingen kan göra sina analyser?

Diskussioner pågår och vi återkommer när det blir klart.

Villkor 5 – Utökat elektroniskt informationsutbyte

Vad säger överenskommelsen?

SKL ska, tillsammans med Försäkringskassan och i tillämpliga delar Socialstyrelsen, fortsätta det arbetet som påbörjades under 2013 genom att 2014-2015 driftsätta utvecklade lösningar och genomföra fördjupade analyser, med målet att etablera effektiva processer och bygga en flexibel teknisk infrastruktur som skapar förutsättningar för en gemensam verksamhetsutveckling inom följande områden:

1. Integration av det försäkringsmedicinska beslutstödet i journalsystemen inklusive åtkomst till Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i hälso- och sjukvården (HoSp).
 - Struktur och teknisk specifikation samt utveckling av referensapplikation för integration av det försäkringsmedicinska beslutsstödet,
 - Teknisk specifikation och utveckling av referensapplikation för åtkomst av information från HoSp-registret
 - Möjliggöra åtkomst av läkarlegitimation för privatvården
1. E-Hälsotjänster, självbetjäning och harmonierad lagstiftning för samtyckeshantering och utökad intressentinvolvering i syfte att skapa en effektivare kommunikation och samverkan mellan olika aktörer
 - Vidareutveckla intygstjänsterna inklusive infrastruktur utifrån resultaten från samarbetet kring utökat elektroniskt informationsutbyte (delvillkor 5:5) tillsammans med Försäkringskassan
 - Utredda och föreslå effektivare samtyckeshantering
2. Vidareutveckling av statistiktjänsten för att möjliggöra uppföljning av hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsmönster på lokal, regional och nationell nivå. Statistiktjänsten ska kunna visa uppgifter på till exempel diagnosgrupper, sjukskrivningstider, sjukskrivning på hel- respektive deltid samt var möjligt att fördela på ålder och kön.
 - Statistiktjänsten ska vara färdigutvecklad den 1 december 2014.
 - 2015 utvecklas tjänsten utifrån resultatet från delvillkor 5:5.
3. Vidareutveckling av elektroniskt medicinska underlag och därtill tillhörande elektronisk ärendekommunikation för olika intressenter
 - Vidareutveckla tjänsterna inklusive infrastruktur utifrån resultaten från samarbetet kring utökat elektroniskt informationsutbyte (delvillkor 5:5 nedan).
4. Utökat elektroniskt informationsutbyte genom realisering av strukturerad överföring av medicinsk information och därtill tillhörande kommunikation
 - Vidare utredning och kravställning i nära samarbete med Försäkringskassan.

Landstingens utvecklingsarbete

2014:

Landstingen vidtar åtgärder så att alla läkarintyg som skapas och skrivs under elektroniskt sänds till Intygstjänsten, samt att det finns en funktion som notifierar Intygstjänsten när makulering av läkarintyg gjorts i journalen. Med alla läkarintyg, menas de elektroniska läkarintyg (FK7263) som skickas från vårdgivare, oavsett huvudman, i ett landsting till Försäkringskassan. Privata vårdgivare som bedriver verksamhet utan landstingsavtal ska inte beaktas.

2015:

- Landstingen ska senast den 1 oktober 2015 ha tagit fram en formaliserad införandeplan för att göra det försäkringsmedicinska beslutsstödet tekniskt integrerbart med journalsystem eller annat system för intygsskrivande enligt delområde 1. Planen ska visa hur landstingen senast den 1 december 2016 har tillgång till det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sina journalsystem.
- Landstingen ska använda statistiktjänsten enligt delområde 3 i arbetet med att uppfylla villkoren 1-4 i denna överenskommelse.
- Landstingen ska senast den 31 oktober 2015 ha tagit fram en formaliserad införande plan avseende intygshantering enligt delområde 5. Närmare specificering av vad planen ska innehålla beslutas i samverkan mellan Försäkringskassan och SKL senast den 13 juni 2014.
- Ytterligare villkor för landstingen beslutas i samverkan mellan Försäkringskassan och SKL senast i oktober 2014.

Redovisnings- och utbetalningskrav

De landsting som under 2014 driftsatt lösning enligt ovan och skickar läkarintyg till Intygstjänsten enligt de nya tjänstekontrakten får, utifrån befolkningsmängd och genomförandegrad, dela på 50 miljoner kronor.

Landstingen ska senast 1 oktober 2015 ha skickat in den formaliserade införandeplanen angående det försäkringsmedicinska beslutsstödet enligt villkoret för delområde 5:1 samt den formaliserad införande plan avseende intygshantering enligt delområde 5:5 till Försäkringskassan. Landstingen ska i sina redovisningar till Försäkringskassan för villkoren 1-4 i denna överenskommelse använda sig av den nationella statistiktjänsten enligt del område 5:3. Ytterligare villkor för landstingen som beslutats av Försäkringskassan och SKL redovisas till Försäkringskassan senast den 1 oktober 2015.

Varför ska det ske ett utökat elektroniskt informationsutbyte?

Till följd av överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden 2010-2011 inleddes ett utvecklingsarbete kring elektronisk överföring av läkarintyg (FK7263) mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Under 2011 möjliggjordes för landstingen att börja skicka elektroniska läkarintyg till Försäkringskassan och nu används lösningen över hela landet i nästan alla landsting. Under 2012 genomfördes utredningar med syfte att öka patientens inflytande i sjukskrivningsprocessen, hur man kan öka kvaliteten i läkarintygen genom olika systemstöd för hälso- och sjukvården, samt hur man ska kunna få in de sista ca 20 % av de utfärdade intygen elektroniskt.

Tillsammans har Försäkringskassan och hälso- och sjukvården arbetat med att effektivisera hanteringen och ökat kvaliteten på läkarintygen, samtidigt som behovet av att skicka tillbaka underlag för komplettering minskar. Genom att likformigheten i innehållet i den medicinska informationen ökar så stärks rättssäkerheten i Försäkringskassans handläggning, genererar bättre service för de försäkrade och innebär lägre kostnader för stat och landsting. Vidare så skapas ytterligare möjligheter för patienterna och andra aktörer att bli mer delaktiga sjukskrivningsprocessen.

Vad genomfördes i landstingen 2013?

2013 har hälso- och sjukvården arbetat tillsammans med Försäkringskassan med att realisera delar av de förslag som togs fram under 2012, i detta ingår invånartjänsten **Mina intyg** som möjliggör för invånaren att själv administrera sina intyg via **Mina vårdkontakter** eller bifoga intyg till ansökan om sjukpenning via **Försäkringskassans Mina sidor**. Denna tjänst har i sin tur skapat möjlighet för vården att via den nya **statistiktjänsten** kunna se och ta fram statistik kring sjukskrivningsmönster.

Några landsting blev klara med sin driftstart redan under slutet på 2013 för att möjliggöra att de elektroniska intygen går till intygstjänsten.

Vad genomförs i det nationella arbetet 2013 förstudier och utredningar?

Under 2013 har det bedrivits utrednings- och analysarbete hos såväl Försäkringskassan som SKL med behoven hos respektive organisation i fokus. Funktionella, tekniska, juridiska och administrativa konsekvenser har belysts och utifrån dessa har ett antal förbättringsområden identifierats och förslag till kommande arbete har tagits fram.

För att skapa praktiska lösningar krävs nu en gemensam insats mellan vården och Försäkringskassan för att definiera och specificera processer, samt hur information ska utbytas, samt för att ta fram användarvänliga och kvalitetssäkrade IT-lösningar

Vad är det som konkret kommer att realiseras under perioden?

Under de två kommande åren vidareutvecklas de driftsatta lösningarna. Dessutom kommer ett fortsatt utrednings- och analysarbete genomföras. Fokus under perioden kommer att ligga på att kommunicera med parterna i sjukskrivningsprocessen, effektivisera skrivandet av intyg genom t ex att frånga blanketter till förmån för utbyte av medicinska informationsmängder integration av beslutsstöd, involvera privata vårdgivare, arbetsgivare och andra aktörer.

Bl a planeras att tillsammans med Försäkringskassan ta fram en prototyp för att kommunicera med arbetsgivare.

Är villkoret knutet till att landstingen ska uppfylla vissa åtaganden?

2014 ska landstingen vidta åtgärder så att alla läkarintyg som skapas och underskrivs elektroniskt sänds till Intygstjänsten, samt att det finns en funktion som notifierar Intygstjänsten när makulering av läkarintyg gjorts i journalen. Med alla läkarintyg, menas de elektroniska läkarintyg (FK 7263) som skickas från vårdgivare, oavsett huvudman, i ett landsting till Försäkringskassan. Privata vårdgivare som bedriver verksamhet utan landstingsavtal ska inte beaktas i denna redovisning. De landsting som under 2014 driftsatt lösning enligt ovan och skickar läkarintyg till Intygstjänsten enligt de nya tjänstekontrakten får, utifrån befolkningsmängd och genomförandegrad, dela på 50 miljoner kronor.

Vad betyder genomförandegrad?

Detta är inte fastställt än, vi återkommer om det så fort det blir klart i början på nästa år.

Vad innebär intygstjänsten?

Intygstjänsten är en tjänst dit alla intyg skickas oavsett om de ska skickas direkt eller om invånaren ska skicka dem vidare eller ha dem för annat bruk. Intygstjänsten är definierad att vara en kopia av journalsystemet. Enkelt beskrivet skapas en tjänst dit läkarna via journalsystemen sparar utfärdade läkarintyg. Nya rutinen blir att intyget inte går direkt till Försäkringskassan som idag, även om den möjligheten finns kvar. Istället kommer invånarna att kunna se intyget och välja att skicka det vidare till Försäkringskassan via tjänsten, om och när det behövs. Invånaren kommer åt intygstjänsten via Mina vårdkontakter eller Mina sidor på Försäkringskassans webbplats.

Varför ska läkarintygen skickas till intygstjänsten?

Huvudsyftet är att öka involveringen av invånaren mer i sjukskrivningen och ge dem tillgång till sina läkarintyg för att kunna administrera dem på det sätt som de har behov av.

Vården slipper hålla reda på vem som är mottagare till intyget; alla intyg skickas istället till intygstjänsten sedan är det upp till invånaren att skicka intyget till den eller de mottagarna som berörs (t ex Försäkringskassan). Normalt sett behöver vården heller inte skriva ut kopior på förkomna intyg.

Genom tjänsten möjliggörs även Statistiktjänsten för ordinerad sjukskrivning.

Måste alla intyg gå den vägen?

Alla elektroniska läkarintyg ska gå till intygstjänsten även de som inte skickas utan bara skrivs ut på papper eller bara sparas (efter signeringen) i journalsystemet (arbetsdokument, dvs icke undertecknade intyg ska inte skickas). Intygstjänsten ger då invånaren möjlighet att i efterhand skicka intyget till andra. Intygstjänsten ligger dessutom som grund för statistiktjänsten som måste ha tillgång till alla utfärdade intyg eftersom statistiken inte blir korrekt annars.

Vad kommer det att finnas för möjligheter för patienter som är för sjuka eller inte har tillgång till internet etc?

De gamla vägarna kommer att finnas kvar om invånaren ber om en pappersutskrift eller att läkaren skickar intyget direkt till Försäkringskassan ska denne naturligtvis få det. Däremot finns inga planer på att läkaren ska behöva skicka intyg till andra intressenter som arbetsgivare eller försäkringsbolag. Detta skall göras i tjänsten eller så får invånaren själv ombesörja detta på papper som idag.

Vad innebär den nationella statistiktjänsten? Vilken statistik kommer vara möjlig att ta ut?

Statistiktjänsten samlar in data om vårdens "ordinerad" sjukskrivning via läkarintygen som finns i intygstjänsten. Sedan kommer man att per vårdenhet, vårdgivare, landsting, eller nationellt kunna ta ut olika rapporter. Tjänsten kommer att kunna leverera statistik om kön, ålder, diagnoser, omfattning (25-100% sjukskrivning) längd på sjukskrivning, organisationsdata, geografiskt data. Man kommer att kunna ta ut statistik om jämställd sjukskrivning t ex jämförbara diagnoser ställs mot varandra och mot kön. Vi utreder möjligheten att ta ut information om läkarens/enhetens specialitet (ortopedi, medicin, kirurgi etc.)

Hur kommer patienterna åt intygstjänsten?

I dagsläget nås Mina intyg via 1177 Vårdguiden/Mina vårdkontakter. Innan intygstjänsten aktiveras och görs 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 och ge sitt samtycke till att tjänsten aktiveras.

Hur informeras invånaren i landstingen om de nya möjligheterna och rutinerna?

Det finns informationsmaterial att tillgå som har tagits fram gemensamt på nationell nivå. Det är varje landsting som ansvarar för informationsspridningen, eftersom införandet sker vid olika tidpunkter. Informationsmaterial kan beställas via Inera, som landstingen kan använda för att informera invånarna via olika kanaler om att tjänsten finns och vad den kan göra för dem. [Se Ineras webbplats](#) om vårdens intyg.

Vad innebär det att det försäkringsmedicinska beslutstödet ska integreras i journalsystemen?

Idag finns det försäkringsmedicinska beslutstödet som en hemsida på Socialstyrelsens webbplats. För att beslutstödet ska ge verklig effekt behövs det göras om så att det går att integrera in i journalsystemen så att läkaren får tillgång till stödmaterialet direkt i det dagliga arbetet med att skriva intyg. T ex skulle man kunna utveckla funktioner om att läkaren får en varningssignal om man sjukskriver utöver den rekommenderade tiden. Det skulle t ex göra att läkaren direkt får signal om att denne skall fylla i fältet i läkarintyget som beskriver varför denne vill sjukskriva utöver den rekommenderade tiden.

Vad händer efter 2015?

Senast under 2015 ska landstingen ha tagit fram en genomförandeplan kring de delar inom det utökade informationsutbytet som avser integration av beslutsstödet och införandet av systemstöd för att kunna utbyta medicinska informationsmängder. Vi återkommer om mer information om förutsättningarna för 2015 när projektet kommit lite längre under 2014.

Mer information

Ansvaret för detta utvecklingsprojekt ligger under Center för e-hälsa i samverkan, CeHis, www.cehis.se. Där kan du läsa mer om projektet och andra liknande uppdrag. En viktig utgångspunkt i detta projekt är att det är synkroniserat med andra pågående och planerade uppdrag på nationell nivå.

Det är Inera som genomför mycket av det praktiska utvecklingsarbetet. [Ineras webbplats om vårdens intyg](#). Om ni önskar mer information, ta gärna kontakt med [Peter Alvinsson](#) som är styrgruppsordförande för uppdraget på CeHis och Inera på övergripande, samordnande nivå. [Peter Lindgren, Inera](#), är projektledare för Intygstjänster 2015. [Cecilia Unge](#) vid SKL kan också 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

Vad menas med detta område?

Till följd av rehabiliteringsgarantins överenskommelse 2013 har ett arbete påbörjats för att utveckla en teknisk plattform för stöd och behandling. Målsättningen är att öka invånarnas tillgång till kvalitetssäkrad internetbaserad stöd och behandling vilket kan omfatta evidensbaserade metoder som behandlingar vid ångest och depression.

Under 2014 genomförs pilotverksamhet i några landsting med program som finns för att testa olika funktionaliteter som ljud, bild, text och film. Efter piloten genomförs justeringar och under 2014 ansluter sig minst två landsting till den tekniska plattformen. Under 2015 ges möjlighet till övriga landsting och kommuner att ansluta sig. För detta ändamål avsätts 15 miljoner kronor 2014.

Se även överenskommelsen Rehabiliteringsgarantin.

Villkor 7 – Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning

Vad innebär detta utvecklingsarbete?

Syftet är att inom hela sjukskrivningsprocessen utveckla ett stöd för att med större säkerhet tidigt kunna identifiera de individer som är i behov av särskilda insatser och att systematiskt utvärdera effekten av olika insatser. Regeringen och SKL anser att detta utvecklingsarbete bör stödjas för att stimulera utvecklingen av en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.

Det har nyligen startats igång ett sådant utvecklingsarbete mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen, SKL och hälso- och sjukvårdens representanter för att utveckla ett stöd till rätt sjukskrivning och andra åtgärder så att man med större träffsäkerhet och tidigare än idag ska kunna identifiera individer med ökad risk för långtidssjukskrivning. Ambitionen är också att löpande kunna utvärdera vilka olika konkreta åtgärder och insatser som har störst sannolikhet att kunna reducera denna risk.

Initiativet har beröringar med framförallt områdena Kompetenssatsning i försäkringsmedicin, Tidig samverkan i sjukskrivnings-processen samt med Utökat elektroniskt informationsutbyte. Utvecklandet av ett kunskapsbaserat stöd inom sjukskrivningsprocessen ligger dessutom i linje med det fortsatta förändringsarbete som Försäkringskassan initierade under namnet En enklare sjukförsäkringsprocess som nu successivt genomförs i nära samverkan med SKL och hälso- och sjukvården.

Nuläge och tidsplan

Ett arbete med att utveckla ett gemensamt verktyg för hälso- och sjukvården och Försäkringskassan förutsätter ett omfattande och systematiskt genomförande i flera steg. Inledningsvis kommer en projektorganisation formas tillsammans med de organisationer och verksamheter som bör ingå i utvecklingsarbetet. En detaljerad projektplan kommer att utarbetas i ett samarbete mellan Försäkringskassan, SKL och Socialstyrelsen och beräknas vara klar till den sista februari 2014.

SKL återkommer med löpande information om utvecklingsarbetet.

Medicinsk service

Vad innebär detta område?

Detta område finansieras genom Sjukskrivningsmiljarden.

Inom ramen för regeringens Företagshälsovårdssatsning under åren 2010-2013 har medel avsatts för s.k. 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.

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 företagshälsövårdsföretag köper dessa tjänster av offentliga eller privata vårdgivare.