

# **En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliterings- process**

Överenskommelse mellan staten och  
Sveriges Kommuner och Landsting 2016

## INNEHÅLL

EN KVALITETSSÄKER OCH EFFEKTIV SJUKSKRIVNINGS- OCH REHABILITERINGSPROCESS	1
1. INLEDNING	3
2. SKÄLEN TILL EN ÖVERENSKOMMELSE	3
3. MÅL	5
4. INSATSER	6
<b>VILLKOR 1. EN JÄMSTÄLLD SJUKSKRIVNINGSPROCESS</b>	<b>6</b>
<b>VILLKOR 2. KOMPETENSATSNING I FÖRSÄKRINGSMEDICIN</b>	<b>7</b>
<b>VILLKOR 3. FUNKTION FÖR KOORDINERING</b>	<b>9</b>
<b>VILLKOR 4. INSATSER FÖR LINDRIG OCH MEDELSVÅR PSYKISK OHÄLSA OCH LÅNGVARIG SMÄRTA</b>	<b>13</b>
<b>VILLKOR 5. UTÖKAT ELEKTRONISKT INFORMATIONSPUTBYTE</b>	<b>15</b>
<b>VILLKOR 6. TEKNISK PLATTFORM FÖR STÖD OCH BEHANDLING</b>	<b>18</b>
<b>VILLKOR 7. UTVECKLINGSMEDEL FÖR STÖD TILL RÄTT SJUKSKRIVNING</b>	<b>19</b>
<b>FORSKNING, UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING</b>	<b>20</b>
<b>MEDICINSK SERVICE</b>	<b>21</b>
5. SAMORDNING OCH STÖD	22
6. DEN EKONOMISKA OMFATTNINGEN	22
7. FINANSIERING	24
8. UPPFÖLJNING OCH UTBETALNING	24
9. REDOVISNING	24
10. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	24

## 1. Inledning

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser sker insatser på nationell, regional och lokal nivå koordinerat. På detta sätt minskar mängden styrsignaler och risken för överlapp i val av insatser, samtidigt som förutsättningarna att utveckla verksamheterna i kommuner, landsting och regioner förbättras. Samtidigt ger arbetsättet utrymme för nytänkande och för att systematiskt prova nya arbetsformer i syfte att utveckla verksamheten på bästa sätt.

Den uppkomna flyktingsituationen i Sverige ställer nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen accentuerar behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att åstadkomma en sådan eftersträvad samverkan.

Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Värdet av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna. Överenskommelserna mellan staten och SKL ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta förutsätter att könsmonster klarläggs och analyseras i förhållande till de jämställdhetspolitiska målen<sup>1</sup> liksom att eventuella brister i jämställdhetshänseende fortlöpande åtgärdas. Statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, sexuell läggning/identitet, funktionsförmåga m.fl. ska beaktas i analysarbetet.

## 2. Skälen till en överenskommelse

Sedan 2006 har staten och SKL ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen, den s.k. sjukskrivningsmiljarden. Syftet med överenskommelserna har varit att ge

---

<sup>1</sup> Dvs. en jämn fördelning av makt och inflytande, ekonomisk jämställdhet, en jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet samt att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (prop. 2005/06:155, skr. 2011/12:3).

landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.

De åtgärder som har vidtagits inom ramen för sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att stärka vårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt.<sup>2</sup> Ledningsnivåerna inom hälso- och sjukvården bedöms i större utsträckning se sjukskrivning som en del av vård och behandling och följer även upp arbetet.

För att stimulera hälso- och sjukvårdens utbud av medicinska rehabiliteringsinsatser har staten och SKL sedan 2008 tecknat en överenskommelse som ger landstingen ersättning för evidensbaserade behandlingsinsatser, den s.k. rehabiliteringsgarantin. De behandlingsmetoder som har inkluderats är multimodal rehabilitering vid icke specifika rygg- och nackbesvär samt kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa.

Under 2015 har regeringen genomfört en översyn av rehabiliteringsgarantin. I översynen har regeringen tagit del av de utvärderingar som gjorts.<sup>3</sup> Regeringen har också tagit del av de granskningar som Riksrevisionens har gjort.<sup>4</sup> I granskningarna har Riksrevisionen bl.a. kritiserat den höga detaljeringsgraden i överenskommelsen. En slutsats från översynen är att rehabiliteringsgarantin har påverkat vårdens förutsättningar på ett sätt som inte är önskvärt och den förväntade effekten på sjukfrånvaron har uteblivit. Överenskommelsen Rehabiliteringsgarantin kommer därför att avvecklas.

Det kan samtidigt konstateras att rehabiliteringsgarantin har ökat tillgången till psykologisk behandling och rehabiliteringsinsatser för patienter med psykisk ohälsa eller långvarig smärta och lett till förbättrad hälsa hos patienter. Därför bedöms att förekomsten av behandlingar av dessa diagnosgrupper fortsatt behöver stimuleras och att detta behöver göras utan detaljstyrning. Sådana stimulansmedel kommer att lämnas inom denna överenskommelse. Likaså ingår medel som syftar till att stimulera en ökad kontakt mellan hälso- och sjukvården och patientens arbetagivare eller Arbetsförmedlingen (om patientens är arbetslös) för att främja återgång i arbete.

---

<sup>2</sup> Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, Karolinska Institutet, 2013.

<sup>3</sup> Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro, ISF 2014:12. En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport, Karolinska Institutet 2014.

<sup>4</sup> Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej, RIR 2014:20, Riksrevisionen och Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner, RIR 2015:19, Riksrevisionen.

Behov av fortsatta insatser

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 anser att den stigande sjukfrånvaron är mycket oroande. Att bryta utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron är en av regeringens mest prioriterade frågor. Regeringen har beslutat om ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.<sup>5</sup> Programmet innehåller åtgärder inom sju områden som behöver utvecklas för att öka hälsan, bryta den negativa utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron.

I åtgärdsprogrammet tydliggörs att hälso- och sjukvården är en nyckelaktör för att främja hälsa och förebygga ohälsa och som därmed kan bidra i att minska sjukfrånvaron. Ett av de sju prioriterade områdena är att primärvårdens verksamhet i högre grad behöver anpassas för personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. Syftet med regeringens arbete på detta område är att främja primärvårdens förutsättningar att erbjuda adekvat vård och behandling i rätt tid så att människor så snart som möjligt kan återfå hälsa och återgå i arbete.

De insatser som ingår i denna överenskommelse är viktiga delar för att uppnå detta syfte. Även de insatser som vidtas inom överenskommelserna *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa* respektive *Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m.* är viktiga för att främja primärvårdens förutsättningar att erbjuda adekvat vård och behandling.

### 3. Mål

Hälso- och sjukvårdens engagemang i sjukskrivningsprocessen har ökat genom överenskommelserna mellan staten och SKL. Regeringen och SKL bedömer att det är angeläget att fortsatt stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bl.a. om hur hälso- och sjukvården kan bidra till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess samt utveckla samverkan/samarbetet med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen i syfte att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främja kvinnors och mäns återgång i arbete.

Mot denna bakgrund är regeringen och SKL överens om att genom denna överenskommelse avsätta 1 500 000 000 kronor för insatser som

---

<sup>5</sup> Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro, Regeringskansliet, 2015-09-24.

bidrar till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

#### 4. Insatser

Denna överenskommelse består av insatser som ska vidtas inom prioriterade områden för att medel ska betalas ut. Följande insatsområden ("villkor") ingår i denna överenskommelse:

1. En jämställd sjukskrivningsprocess
2. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin
3. Funktion för koordinering
4. Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta
5. Utökat elektroniskt informationsutbyte
6. Teknisk plattform för stöd och behandling
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.

##### **Villkor 1. En jämställd sjukskrivningsprocess**

Syfte

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 och jämställda förutsättningar.

Sjukskrivningarna har ökat de senaste åren och skillnaderna mellan kvinnor och män har ökat. Kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män. De psykiska diagnoserna har ökat mest och är idag de vanligaste diagnoserna för både kvinnor och män. Detta pekar på behovet av att fortsätta följa utvecklingen av sjukskrivningsmönster för kvinnor och män och att säkerställa en god kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för både kvinnor och män.

Jämställdhetsperspektivet har integrerats tydligare i de olika områdena i denna överenskommelse. Perspektivet lyfts t.ex. fram inom kompetenssatsningen i försäkringsmedicin och koordineringsfunktionen samt inom ramen för elektronisk informationsöverföring, bl.a. genom den framtagna statistiktjänsten som möjliggör könsuppdelad statistik inom hälso- och sjukvården.

SKL och regeringen bedömer att det även behövs särskilda stimulansmedel för landstingens arbete att utveckla jämställdhetsperspektivet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet är att jämställdhetsperspektivet blir en integrerad del i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering. 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.

#### Villkor

Med hjälp av den nationella statistiktjänsten och andra relevanta underlag ska landstingen analysera sjukskrivningsmönster som en del i kvalitetsarbetet.

Landstingen implementerar de handlingsplaner och riktlinjer som har utarbetats avseende området våld i nära relation i arbetet med patienters sjukskrivning.

#### Redovisnings- och utbetalningskrav

Landstingen redovisar resultatet av de analyser som har genomförts utifrån könsuppdelad statistik och annat relevant underlag samt hur resultatet kommer att beaktas i den fortsatta verksamhetsutvecklingen för att åstadkomma en jämställd sjukskrivningsprocess. Landstingen återrapporterar arbetet med att implementera riktlinjer och handlingsplaner som har utarbetats under 2015 avseende våld i nära relation i arbetet med patienters sjukskrivning. Återrapportering sker till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016.

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag av regeringen att följa upp villkoren och besluta om utbetalning av ersättning om villkoret är uppfyllt. Försäkringskassan kommer att utbetala landstingens andel av 30 miljoner kronor, i förhållande till befolkningens mängd den 1 november 2015, om villkoret är uppfyllt. Utbetalning av medel sker senast den 27 januari 2017.

## **Villkor 2. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin**

#### Syfte

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 kvali-

tetssäker sjukskrivningsprocess i hälso- och sjukvården. Enligt de övergripande principerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska sjukskrivning ses som en integrerad del av vård och behandling.<sup>6</sup>

Läkaren har ett medicinskt ansvar för patientens behandling, rehabilitering och sjukskrivning, vilket ska ske utifrån jämlika förutsättningar, bl.a. 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 koordinators 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 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 bl.a. 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.

SKL och regeringen bedömer att det är betydelsefullt att fortsatt understödja den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen i hälso- och sjukvården.

#### Villkor

Landstingen ska vidmakthålla och vidareutveckla den försäkringsmedicinska kompetensförsörjningen i landstingens ordinarie system och led-

---

<sup>6</sup>[www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandepinciperforsjukskrivning](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandepinciperforsjukskrivning)



ningsstrukturer för kompetensutveckling. Det ska finnas en struktur för långsiktig kompetensförsörjning och kompetensstöd i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper. Strukturen ska utgöra ett kontinuerligt kompetensstöd i form av fortbildning och handledning för läkare och andra professioner som är involverade i försäkringsmedicin, såsom sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer samt koordinators inom sjukskrivning och rehabilitering.

Landstingen ska anpassa utbildning och handledning inom försäkringsmedicin till de nya kompetenskraven och rekommendationerna i målbeskrivningar om läkarnas specialiseringstjänstgöring<sup>7</sup> samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd<sup>8</sup>.

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.

#### Redovisnings- och utbetalningskrav

Landstingen återrapporterar till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016 det som anges i detta villkor. Försäkringskassan ska i samråd med Socialstyrelsen granska landstingens återrapporteringar. Ersättningen utbetalas i enlighet med de krav och redovisningsrutiner som fastställs av Försäkringskassan efter samråd med SKL.

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag av regeringen att följa upp villkoret och besluta om utbetalning av ersättning om villkoret är uppfyllt. Försäkringskassan kommer att utbetala landstingens andel av 150 miljoner kronor, i förhållande till befolkningsmängd den 1 november 2015, om villkoret är uppfyllt. Utbetalning av medel sker senast den 27 januari 2017.

### Villkor 3. Funktion för koordinering

#### Syfte

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

<sup>7</sup> Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2015.

<sup>8</sup> SOSFS 2015:8.

vården och externt med andra aktuella aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun.

För att möjliggöra en god samverkan kring patienten har landstingen, med stöd av överenskommelsen, 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/individ, intern samordning/stöd inom hälso- och sjukvården samt extern samverkan gentemot andra aktörer. Funktionen är relativt etablerad inom primärvården, men finns även inom delar av specialistvården. Succesivt har även arbetssättet inriktats på arbete med förebyggande insatser för att motverka behov av sjukskrivning.

I landstingens redovisningar från 2015 konstateras att alla landsting har en koordineringsfunktion på plats, men att omfattningen och funktionens uppdrag och arbetssätt varierar mellan landstingen. Samtliga landsting bedöms av Försäkringskassan ha uppnått en nivå för koordineringsfunktionen som uppfyller villkoret i överenskommelsen för 2015.<sup>9</sup> Femton landsting bedöms dessutom ha uppnått en högre nivå för koordinering.<sup>10</sup>

Betydelsen av funktionen har lyfts fram i flera aktuella studier.<sup>11</sup> 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 samt extern samverkan med andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen. Koordinatören bedöms vara en nyckelfunktion för att få långsiktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och kunna bidra till en effektiv sjukskrivningsprocess.

Regeringen och SKL bedömer att det är viktigt att vidmakthålla och vidareutveckla en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården. En sådan funktion ska bidra till ett ändamålsenligt stöd för kvinnor och

---

<sup>9</sup> Dvs motsvarande minst nivå 5-6, ReKoord-projektet (Nationell utvärdering av koordineringsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013).

<sup>10</sup> Dvs motsvarande nivå 7-8, ReKoord-projektet (Nationell utvärdering av koordineringsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013).

<sup>11</sup> ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordineringsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.

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

män, möjliggöra tidig bedömning samt utveckla samordning och samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där arbetsgivare är en särskilt viktig aktör.

Det är viktigt att säkerställa att koordineringsfunktionen har kompetens inom jämställda sjukskrivningar som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering, i syfte att göra rätt bedömningar om sjukskrivning, hitta rätt åtgärder samt undvika omotiverade skillnader mellan kvinnor och män.

#### Villkor

Koordineringsfunktionen ska omfatta befolkningen som berörs av sjukförsäkringen för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Koordineringsfunktionen har kompetens inom jämställda sjukskrivningar som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering.

Det totala beloppet som betalas ut för villkoret är maximalt 360 miljoner kronor fördelat enligt vad som anges nedan.

#### *Grundnivå för koordineringsfunktionen*

Landsting som, i enlighet med villkoret för 2015 i överenskommelsen för 2014 – 2015 har en funktion för koordinering på plats, får ta del av 30 miljoner kronor. 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, t.ex. verka för tidig kontakt inom vården samt möjliggöra tidig samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun, dvs. motsvarande nivå 5-6 ReKoord-projektet.<sup>12</sup>

I de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande är det önskvärt att direktkontakter tas med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det ska finnas uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå. Landstingen ska redogöra för hur de har säkerställt att koordineringsfunktionen har jämställdhetskompetens.

---

<sup>12</sup> Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

### *Utökad nivå för koordineringsfunktionen*

Landsting som, i enlighet med villkoret för 2015 i överenskommelsen för 2014-2015, har en funktion för koordinering på plats som fungerar i ännu högre grad inom samordning och stöd, får ta del av 315 miljoner kronor. En sådan koordineringsfunktion har, utöver den första nivån (grundnivån), ett uppdrag som i ännu högre grad innebär samordning och stöd, t.ex. coaching av patienter, analys av statistik, kartläggning av rehabiliteringsbehov, samarbete med andra aktörer och utveckling av rehabiliteringsteam, dvs. motsvarande nivå 7-8, ReKoord-projektet.<sup>13</sup>

I de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande tas direktkontakter med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det ska finnas uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå. Landstingen ska redogöra för hur de har säkerställt att koordineringsfunktionen har jämställdhetskompetens.

### *Särskild stimulans*

Som en särskild stimulans får de landsting, som i enlighet med villkoret för 2015 har en koordineringsfunktion motsvarande grundnivån och som under 2016 inför en koordineringsfunktion motsvarande den utökade nivån (enligt villkor ovan), ta del av 15 miljoner kronor.

### *Redovisnings- och utbetalningskrav*

Landstingen återrapporterar till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016 det som anges i villkoret. Ersättningen utbetalas i enlighet med de krav och redovisningsrutiner som fastställs av Försäkringskassan efter samråd med SKL.

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag av regeringen att följa upp villkoret och besluta om utbetalning av ersättning om villkoret är uppfyllt. Försäkringskassan kommer att utbetala landstingens andel, i förhållande till befolkningsmängd den 1 november 2015, av 30, 315 och 15 miljoner kronor om respektive delvillkor uppfyllts. Utbetalning av medlen sker senast den 27 januari 2017.

---

<sup>13</sup> Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

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

##### Syfte

Inom ramen för överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin har landstingen sedan 2008 kunnat få ersättning för vissa medicinska rehabiliteringsinsatser. Syftet har varit att åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. Riskrevisionen har i två rapporter riktat kritik mot rehabiliteringsgarantin, bland annat avseende den höga detaljeringsgraden i överenskommelsen. Riksrevisionen har också framfört att det saknas fokus på att aktivt främja återgång i arbete i de behandlingar som finansieras med medel från rehabiliteringsgarantin. Karolinska Institutets uppföljning av förekomsten av kontakter med arbetsgivaren inom rehabiliteringsgarantin ger en liknande bild.<sup>14</sup>

Regeringen och SKL bedömer att tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienter med smärtproblematik eller lindrig och medelsvår psykisk ohälsa behöver fortsatt stimuleras. För att i ökad utsträckning främja patientens återgång i arbete behöver kontakterna med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen stimuleras särskilt. Samtidigt bedöms det nödvändigt att minska detaljeringsgraden i styrningen. Vårdens möjligheter till anpassning efter patientens behov bör stå i centrum och tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinstanser bör därför omfatta fler behandlingsmetoder än idag. Dessa ska vara evidensbaserade.

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin har det tidigare reserverats medel för att utveckla ett kvalitetsregister för smärtrehabilitering i primärvården. Regeringen och SKL bedömer att det bör reserveras medel även för 2016. Därefter upphör den statliga ersättningen.

##### Villkor

Landstingen får 500 miljoner kronor för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser, i enlighet med nationella riktlinjer och bästa tillgängliga kunskap, 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 t.ex. i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 eller SBU:s rapport Rehabilitering vid långvarig smärta. Landstingen säkerställer en hög kvalitet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna.

<sup>14</sup> Björk Brämberg E., Jensen I.B., Hagberg J., Bonnevier H., Kwak L. Kartläggning av förutsättningar för arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015.

Landstingen får dela på ytterligare 50 miljoner kronor, 3 000 kronor per patient, för behandlingar där kontakt, efter samtycke med patienten, har tagits med arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen (om patienten är arbetslös). Avsikten med kontakten är i första hand att uppmärksamma arbetsgivaren om att det kan finnas behov av att anpassa arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller rehabiliteringsinsatser och därigenom främja patientens återgång i arbete. Syftet med ersättningen är att stimulera ökade kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. De faktiska kostnaderna för sådana kontakter kan således vara både högre och lägre.

#### Redovisnings- och utbetalningskrav

Försäkringskassan betalar vid ett tillfälle landstingens andel, i förhållande till befolkningsmängd den 1 november 2015, av 500 miljoner kronor senast den 1 februari 2016.

Landstingen redovisar underlag om antalet genomförda behandlingar, könsuppdelat, till Försäkringskassan tre gånger enligt instruktion och blanketter från Försäkringskassan. Redovisningen ska inkomma till Försäkringskassan:

Kvartal 1: redovisning senast den 29 april 2016.

Kvartal 2: redovisning senast den 29 augusti 2016.

Kvartal 3-4: redovisning senast den 31 mars 2017.

Av redovisningen ska det framgå vilka behandlingar som genomförts, inom vilken tid, vem som genomfört dessa samt om kontakt har tagits med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen.

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att granska underlagen, fatta beslut och utbetala ersättning till landstingen i de fall där kontakt har tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen. Utbetalning av landstingens andel av 50 miljoner kronor ska ske vid ett tillfälle 2017 när samtliga redovisningar har inkommit. Utbetalning ska ske senast den 28 april 2017.

Högsta ersättningen per landsting motsvarar länets befolkningsandel av den totala befolkningen den 1 november 2015 i förhållande till det totala beloppet för ändamålet, 500 miljoner för 2016 och 50 miljoner kronor för 2017. Medel som ej förbrukats vid kvartal fyra p.g.a. 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.

SKL lämnar en slutrapport för arbetet med att utveckla kvalitetsregistret till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2017. Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att betala SKL högst 2 miljoner kronor som ersättning för arbetet med kvalitetsregistret senast den 27 januari 2017.

## Villkor 5. Utökat elektroniskt informationsutbyte

### Syfte

Till följd av överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden 2010–2011 inleddes ett utvecklingsarbete om elektronisk överföring av läkarintyg mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Inom ramen för de fortsatta överenskommelserna om sjukskrivningsmiljarden 2013 och 2014–2015 har arbetet vidareutvecklats, med målet att etablera effektiva processer och bygga en flexibel teknisk infrastruktur som skapar förutsättningar för en effektiv kommunikation mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Regeringen och SKL bedömer att ett utvecklingsarbete kring elektronisk informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan effektiviserar hanteringen och ökar kvaliteten på läkarintygen. Det fortsatta arbetet innebär ett förbättrat stöd för inblandade parter, såsom patienten eller den försäkrade, läkaren och annan vårdpersonal samt handläggare vid Försäkringskassan. Detta stärker också kvaliteten, effektiviteten och likformigheten i Försäkringskassans handläggning, genererar bättre service och delaktighet för patienten/den försäkrade och innebär lägre kostnader för stat och landsting.

Regeringen och SKL bedömer att ett fortsatt utvecklingsarbete är mycket betydelsefullt för att effektivisera hanteringen och kvaliteten i sjukskrivningsprocessen för inblandade aktörer. Parterna ser det som nödvändigt med fortsatt satsning ytterligare några år för att nå de förväntade effekterna och nyttorna utifrån de gemensamma målsättningarna.

Villkoret i denna överenskommelse är en del av den fortsatta 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 driftsatts i slutet av 2016.

### Villkor

#### *Nationellt utvecklingsarbete*

SKL ska, tillsammans med Försäkringskassan och i tillämpliga delar Socialstyrelsen, fortsätta det arbete som påbörjades under 2014–2015 genom att under 2016 genomföra fördjupade analyser samt utveckla och kvalitetsförbättra framtagna tjänster. Målet är att etablera effektiva processer och bygga en flexibel teknisk infrastruktur som skapar förutsättningar för en gemensam verksamhetsutveckling inom följande områden och genom följande åtgärder:

1. Integration av det försäkringsmedicinska beslutstödet i journalsystemen inklusive åtkomst till Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i hälso- och sjukvården (HoSp).
  - Utredda och vidareutveckla innehåll och informatik när det gäller det försäkringsmedicinska beslutsstödet.
  - Utredda och påbörja utveckling av dödsorsaksbevis och dödsorsaksintyg.
  - Testa, följa upp och integrera HoSp-tjänsterna så att de svarar mot användarnas behov.
2. E-Hälsotjänster, självbetjäning och utökad intressentinvolvering i syfte att skapa en effektivare kommunikation och samverkan mellan olika aktörer
  - Genomföra förstudie och påbörja utveckling av ett kodverksstödsystem för det nationella fackspråket.
  - Ena och ensa hur informationen i olika intyg och medicinska utlåtanden uttrycks med hjälp av det nationella fackspråket.
  - Fortsätta att utveckla individens möjlighet till självbetjäning samt delning av sina intyg till flera aktörer.
  - Genomföra fördjupad förstudie 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.
3. Vidareutveckling av statistiktjänsten för att möjliggöra uppföljning av hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsmönster, bl.a. skillnader mellan kvinnor och män, på verksamhetsnivå samt på lokal, regional och nationell nivå.
  - Möjliggöra statistik utifrån tillkommande intygstyper (t.ex. utifrån arbetet inom område 5 och 6 i detta villkor) samt uppföljning av ärendekommunikation.
  - Införa ett stöd för hälso- och sjukvårdens verksamhet att följa upp pågående behandlingar och sjukskrivningar.
4. Vidareutveckling av elektroniska intyg och därtill hörande elektronisk ärendekommunikation för olika intressenter.
  - Skapa generell integrationslösning mellan journalsystem och referensapplikation för utfärdande av elektroniska intyg samt elektronisk ärendekommunikation.
  - Möjliggöra lagring av elektronisk ärendekommunikation i Intygstjänsten.
  - Utveckla och införa flera intygstyper samt säkerställa att referensapplikationen lagrar och kommunicerar både kod och kodverk vid intygsutfärdande.
  - Utredda och planera utveckling av ny funktionalitet för anslutning till de nya federationerna för e-legitimation (påverkar även område 2 och 3 i detta villkor).
  - Utredda och använda standardformat för representation av regeluttryck för det försäkringsmedicinska beslutsstödet.



5. Utökat elektroniskt informationsutbyte genom realisering av strukturerad överföring av medicinsk information och därtill hörande kommunikation.
  - Arbetet syftar till att skapa helt nya elektroniska lösningar för fler intyg inom Försäkringskassans förmåner. Den föreslagna lösningen omfattar i ett första steg digitalisering av tre förmåner: Sjukersättning 2016, Sjukpenning och Aktivitetsersättning 2017. I samband med digitaliseringen av sjukersättning 2016 konstruerar Försäkringskassan en plattform som är användbar för Försäkringskassans samtliga förmåner.
6. Gemensamt elektroniskt administrations- och ekonomistöd för försäkringsmedicinska utredningar (FMU) med tillhörande intyg.
  - Utveckla IT-stöd för beställning, betalning och uppföljning av leveranser av försäkringsmedicinska utredningar (särskilt läkarutlåtande [SLU], teambaserade medicinska underlag [TMU] och aktivitetsförmågeutredningar [AFU]) till Försäkringskassan med tillhörande intyg.

För ovanstående områden reserveras 171 miljoner kronor för SKL:s, Försäkringskassans respektive Socialstyrelsens arbete. Arbetet ska i relevanta delar genomföras i nära samarbete med företrädare för professionens organisationer.

### *Landstingens utvecklingsarbete*

#### *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*

Enligt tidigare överenskommelse för 2014–2015 ska landstingen senast den 22 december 2015 redovisa en införandeplan för att integrera det försäkringsmedicinska beslutsstödet i journalsystemen eller andra system för intygsskrivande. Kommande år ska det försäkringsmedicinska beslutsstödet integreras i dessa system utifrån de redovisade införandeplanerna. För att uppfylla villkoret ska landstingen senast den 1 december 2016 ha integrerat det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sin elektroniska intygshantering (t.ex. i sina journalsystem).

#### *Strukturerad överföring av medicinsk information*

Landstingen ska redovisa att man kommer att införa en elektronisk lösning för överföring av medicinsk information avseende förmånerna sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning senast i oktober 2018. Redovisningen ska utgå från de införandeplaner som landstingen redovisat i december 2015 och som innehåller milstolpar, vilka beskriver hur landstingen avser att införa lösningen i sin helhet senast oktober 2018. Som en delredovisning ska landstingen redovisa en statusrapport till Försäkringskassan senast den 16 december 2016 i vilken det ska framgå att milstolpe 1-2<sup>15</sup> i införandeplanerna har genomförts.

---

<sup>15</sup> Milstolpe 1: Godkänd projektplan/projektspecifikation. Milstolpe 2: Avtal om utveckling av tekniska lösningar som krävs för att skapa, översända och hantera

Utifrån en genomgång av landstingens införandeplaner från december 2015 kan innehållet i milstolparna revideras under kvartal 1 2016, om behov finns efter ett gemensamt beslut av SKL och Försäkringskassan. Övriga milstolpar ska uppnås senast oktober 2018.

#### Redovisningskrav

##### *Nationellt utvecklingsarbete*

Inom samtliga områden ska tekniska, juridiska och administrativa konsekvenser utredas parallellt med att utvecklingsinsatser genomförs. Redovisning i form av delrapporter från SKL och Socialstyrelsen sker senast den 15 juni 2016 till Försäkringskassan. En slutrapport från SKL och Socialstyrelsen ska lämnas senast den 15 december 2016.

##### *Landstingens utvecklingsarbete*

De landsting som har integrerat det försäkringsmedicinska beslutstödet i sin elektroniska intygshantering enligt ovan får, i förhållande till befolkningens mängd den 1 november 2015, dela på 25 miljoner kronor.

Landstingen ska senast den 16 december 2016 lämna en statusrapport till Försäkringskassan som beskriver att milstolpe 1–2 i införandeplanerna från december 2015 har genomförts. De landsting som har uppfyllt detta får, i förhållande till befolkningens mängd den 1 november 2015, dela på 75 miljoner kronor.

#### Utbetalningskrav

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att följa upp villkoren och besluta om utbetalning av ersättning om villkoren är uppfyllda. För 2016 reserveras 100 miljoner kronor som ersättning till landstingen enligt ovan samt 96 miljoner kronor till SKL, 61 miljoner kronor till Försäkringskassan och 14 miljoner kronor till Socialstyrelsen för myndigheternas måluppfyllelse av villkoret. Utbetalning av medlen sker senast den 27 januari 2017.

### **Villkor 6. Teknisk plattform för stöd och behandling**

#### Syfte

Regeringen har under perioden 2013–2015 avsatt särskilda medel för utveckling av en infrastruktur i form av en teknisk plattform för internetbaserat stöd och behandling. Under 2015 har landstingen börjat ansluta sig till plattformen och erbjuder bland annat internetbaserad KBT-behandling vid ångestsyndrom och depression.

---

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.

Regeringen och SKL bedömer att en utveckling av plattformen bör stimuleras. Inriktningen bör vara att flera aktörer kring den enskilda patienten ska kunna omfattas av den internetbaserade kommunikationen. Det är särskilt angeläget att på sikt möjliggöra en kommunikation med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Vidare bör det finnas en möjlighet att bedriva forskning via plattformen.

#### Villkor

SKL får använda högst 20 miljoner kronor för att utveckla plattformen för internetbaserat stöd och behandling så att den blir tillgänglig för flera aktörer och för forskning.

#### Redovisnings- och utbetalningskrav

SKL ska inkomma med en redogörelse av utvecklingsinsatserna till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016. Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att granska redogörelsen och besluta om utbetalning av medel till SKL. Utbetalning av högst 20 miljoner kronor sker senast den 27 januari 2017.

### **Villkor 7. Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning**

#### Syfte

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 ökad risk för längre sjukskrivning, samt de som har behov av 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. Samtidigt konstateras att ett bedömningsstöd som ska användas av såväl hälso- och sjukvården och flera aktörer, såsom myndigheter och arbetsgivare behöver en juridiskt fungerande lösning för IT-arkitektur och förvaltningsansvar.

Regeringen och SKL bedömer att ansvarsfördelningen mellan, och uppdrag till, berörda aktörer behöver klarläggas innan utvecklingen av ett bedömningsstöd påbörjas.

## Villkor

SKL får använda högst 5 miljoner kronor för att tillsammans med Försäkringskassan och i tillämpliga delar 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.

## Redovisnings- och utbetalningskrav

SKL och Försäkringskassan ska redovisa resultatet av arbetet enligt villkoret till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 3 oktober 2016. Högst 5 miljoner kronor utbetalas av Försäkringskassan efter beslut av regeringen senast den 27 januari 2017.

## Forskning, uppföljning och utvärdering

Psykiska och muskuloskeletala besvär har länge varit den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning i Sverige och en stor del av västvärlden. Under åren 2009 – 2011 avsatte regeringen särskilda medel för verksamhetsnära forskning i programmet Rehabilitering i samverkan (Rehsam) i syfte att öka kunskaperna om vilka metoder för vård och rehabilitering som även främjar återgång i arbete. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) fick 2014 i uppdrag att utvärdera Rehsam-satsningen, att genomföra en internationell kunskapssammanställning inom detta forskningsområde och att utveckla en modell för målgruppsanpassad kommunikation av forskningsresultat. Arbetet med att utvärdera Rehsam-satsningen pågår.

Forte redovisade våren 2015 den internationella kunskapssammanställningen, med fokus på verkkningsbara metoder för återgång i arbete.<sup>16</sup> Forte anger att det är en viktig fråga hur återgång i arbete efter långtidssjukskrivning kan främjas. Slutsatserna från översikten var att multimodala interventioner som även omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva för återgång i arbete än andra enskilda insatser eller sedvanlig behandling vad gäller ryggbesvär och blandade besvär. Flera av översiktsartiklarna pekade också på att insatserna bör sättas in tidigt. Frågor om vilka specifika insatser som är mest effektiva, exakt när de bör sättas in och när de förväntas ge bäst resultat fick inget klart svar i de granskade översiktsanalyserna.

Omfattande forskning finns kring rehabiliteringsmodeller och olika initiativ har tagits för att främja samverkan mellan hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig om vilka åtgärder som bör vidtas av olika

<sup>16</sup> Rehabilitering och samordning – ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet Rehsam (S2014/5621/SF)

aktörer, och hur dessa bäst kan samverka för att främja återgång i arbete. Huvudskälet är att få studier har på ett bra sätt kunna mäta återgång i arbete – förbättrat hälsotillstånd och funktionsförmåga har varit dominerande utfallsmått.

Regeringen och SKL bedömer att den verksamhetsnära forskningen behöver fortsatt stimuleras för att få bättre kunskaper om hur hälso- och sjukvården i ökad utsträckning kan bidra till återgång i arbete i första hand i samarbete med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen. Regeringen avser att under 2016 ge Forte i uppdrag att i samverkan med SKL och Försäkringskassan förbereda och genomföra en utlysning av forskningsmedel i syfte att öka kunskaperna om vilka faktorer och åtgärder av hälso- och sjukvård och arbetsliv som bidrar till att möta utmaningarna med det stigande antalet sjukskrivningar till följd av psykiska problem och smärtproblematik. Vidare avser regeringen att ge Försäkringskassan i uppdrag att i samverkan med Forte fastställa utfallsmått för återgång i arbete. I uppdraget ska ingå att ta fram anvisningar för hur de kommande forskningsprojekteten ska genomföra ekonomiska beräkningar av de åtgärder man avser att beforska i förhållande till effekter på hälsa, funktionsförmåga och återgång i arbete. Inriktningen är att landstingen tillsammans med högskolor och universitet, efter ansökan i enlighet med utlysningen ovan, bedriver forskningen under åren 2017 – 2019.

För forskning reserveras 40 miljoner kronor 2017. Landstingen kan var för sig eller tillsammans ansöka om projektmedel med forskare från högskolor och universitet. Forte kommer att få i uppdrag att betala ut medlen till godkända projekt och kan bevilja viss ersättning för landstingens kostnader i samband med forskningsansökan.

För 2017 reserveras 12 miljoner kronor för uppföljning och utvärdering av landstingens arbete med sjukskrivningsprocessen, kunskapsstöd till landstingen i enlighet med regeringens åtgärdsprogram samt för att täcka kostnader som är hänförliga till forskningssatsningen. Hur dessa medel ska användas beslutas av regeringen.

### **Medicinsk service**

I förordning (2014:68) om bidrag till företagshälsovården för köp av medicinsk service finns bestämmelser om bidrag till anordnare av företagshälsovård för dennes kostnader för köp av medicinsk service från offentliga eller privata vårdgivare. Med medicinsk service avses undersökning och analys inom laboratoriemedicin, radiologi samt klinisk fysiologi som utgör ett led i bedömningen av en anställds arbetsförmåga.

Syftet med bidraget är att förebygga sjukskrivning respektive att vid sjukskrivning öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Detta ska uppnås genom att bidrag lämnas för företagshälsovårdens kostnader för

köp av sådan medicinsk service som ingår som ett led i bedömningen av en arbetstagares arbetsförmåga.

Bidrag för ersättning för kostnader för medicinsk service ingår i denna överenskommelse och 55 miljoner kronor reserveras 2017 för detta ändamål. Försäkringskassan beslutar, enligt förordning (2014:68) om bidrag till företagshälsovården för köp av medicinsk service, om utbetalning av bidrag till anordnare av företagshälsovård.

## **5. Samordning och stöd**

För genomförandet av insatserna i nuvarande överenskommelser om sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin är SKL ett nationellt stöd för landstingens arbete.

Regeringen och SKL bedömer att ett fortsatt nationellt stöd från SKL är en förutsättning för att de insatser som ingår i denna överenskommelse ska kunna få avsett genomslag i landstingens arbete med att utveckla en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivning- och rehabiliteringsprocess.

I åtgärdsprogrammet för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro aviserar regeringen att det kommer att tas initiativ till att utveckla ett kunskapsstöd för primärvården avseende vård och behandling av de sjukdomar som i hög grad leder till sjukskrivning. Återgång i arbete kommer att ingå i detta arbete. Regeringen och SKL bedömer att SKL behöver delta i detta arbete.

För SKL:s arbete med samordning och stöd av ovanstående insatser reserveras 5 miljoner kronor.

SKL ska lämna en rapport till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016. Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att utbetala högst 5 miljoner kronor till SKL som ersättning för arbetet med samordning och stöd senast den 27 januari 2017.

## **6. Den ekonomiska omfattningen**

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting är överens om att staten genom denna överenskommelse utbetalar högst 1 500 000 000 kronor, varav 500 000 000 kronor 2016 och 1 000 000 000 kronor 2017.

Överenskommelsen består av ett antal villkor som ska uppfyllas för att medlen ska utbetalas. Medlen utbetalas efter det att respektive landsting genomfört insatser enligt överenskommelsen och fördelas mellan landstingen med utgångspunkt i antalet invånare i respektive län den 1 november 2015.

Medlen för det nationella utvecklingsarbetet utbetalas efter det att SKL, Försäkringskassan och Socialstyrelsen har vidtagit insatser enligt överenskommelsen.

Utöver villkoren reserveras medel dels för utveckling av teknisk plattform för stöd och behandling, dels för forskning, uppföljning och utvärdering. Desutom reserveras medel för bidrag till företagshälsvården för köp av medicinsk service samt för SKL:s arbete med samordning och stöd.

**Tabell 1** Fördelning av medlen inom ramen för överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjuk- och rehabiliteringsprocess 2016.

	Mnkr	Utbet.	Sida
<b>Medel till landstingen</b>			
Villkor 1 Jämställd sjukskrivningsprocess	30	170127	6
Villkor 2 Kompetenssatsning i försäkringsmedicin	150	170127	7
Villkor 3 Funktion för koordinering	360	170127	9
Villkor 4 Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta	500	160201	13
	50	170428	13
Villkor 5 Utökat elektroniskt informationsutbyte	100	170127	15
<b>Totalt till landstingen</b>	1 190		
<b>Medel till SKL (inkl. särskilda insatser)</b>			
Villkor 5 Utökat elektroniskt informationsutbyte	96		15
Kvalitetsregister	2		13
Teknisk plattform för stöd och behandling	20		18
Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning	5		19
Samordning och stöd	5		22
<b>Totalt till SKL</b>	128	170127	
<b>Medel till Försäkringskassan</b>			
Villkor 5 Utökat elektroniskt informationsutbyte	61	170127	15
<b>Medel till Socialstyrelsen</b>			
Villkor 5 Utökat elektroniskt informationsutbyte	14	170127	15
<b>Forskning, uppföljning och utvärdering</b>	52	2017	20
<b>Medicinsk service</b>	55	2017	21
<b>Totalt för överenskommelsen</b>	1 500		

## 7. Finansiering

Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen anslagspost 1 Rehabiliteringsgarantin med 500 000 000 kronor 2016 och anslagspost 10 Bidrag till hälso- och sjukvården med 1 000 000 000 kronor 2017.

## 8. Uppföljning och utbetalning

Försäkringskassan kommer att svara för uppföljning, bedömning, beräkning och utbetalning av medlen i denna överenskommelse. Redovisnings- och utbetalningskrav anges i avsnittet för respektive område i denna överenskommelse. Försäkringskassan utbetalar medlen senast det datum som anges i tabell 1.

## 9. Redovisning

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att sammanställa landstingens underlag och resultat och lämna en samlad redovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet).

## 10. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting samt att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

För staten genom  
Socialdepartementet

Stockholm  
den 15 december 2015

Therese Svanström Andersson  
Statssekreterare

För Sveriges Kommuner och  
Landsting

Stockholm  
den 15 december 2015

Håkan Sörman  
Verkställande direktör