

Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## Samlad redovisning avseende villkor 1 och 2 2017

Inom överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017-2018.<sup>1</sup>

### Bakgrund

Försäkringskassan ska enligt uppdrag i regleringsbrevet för budgetåret 2017 sammanställa landstingens underlag och resultat avseende villkor 1 och 2 i överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017-2018 som slutits mellan SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och staten.

Överenskommelser mellan regeringen och SKL används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov. Sedan 2006 har staten och SKL ingått överenskommelser för att stimulera landstingen att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. Syftet är att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt bidra till en stabil sjukfrånvaro.

### Överenskommelsen 2017-2018

Överenskommelsen 2017-2018 omfattar följande insatsområden ("villkor"):

1. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin
2. Funktion för koordinering
3. Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta
4. Utökad elektroniskt informationsutbyte
5. Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning

Överenskommelsen som slöts i december 2016 gäller under två år, 2017-2018. Villkoren i överenskommelsen är uppdelade i etapper där vissa insatser ska ske under 2017 för att sedan slutföras under, eller vid utgången av, 2018. Enligt

---

<sup>1</sup> En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018.

överenskommelsen är målet att slutföra vissa av de insatser som påbörjats och utvecklats inom tidigare överenskommelser. Det gäller koordinatorfunktionen, där regeringen har för avsikt att göra funktionen till en permanent del av hälso- och sjukvården. Vidare gäller det kompetensutvecklingen i försäkringsmedicin samt det utvecklingsarbete som handlar om utökat elektroniskt informationsutbyte.

Villkoren är beskrivna i löpande text och har ett antal delvillkor som beskriver vad landstingen ska uppnå under 2017 respektive 2018. Försäkringskassan har enligt uppdrag i överenskommelsen brutit ner dessa formuleringar i konkreta redovisningsvillkor (bilaga 1) som landstingen ska redovisa till Försäkringskassan.

Försäkringskassan har enligt uppdrag i överenskommelsen granskat och bedömt de redovisningar som inkommit från landstingen gällande villkor 1 och 2. Granskningen av villkor 1, Kompetenssatsning försäkringsmedicin, har enligt uppdrag i överenskommelsen skett tillsammans med Socialstyrelsen.

### **Kort om resultatet**

Försäkringskassan bedömer utifrån landstingens redovisningar att samtliga landsting uppfyller villkor 1 och 2 år 2017. Utfall av betalda medel inom villkor 1 och 2 framgår i bilaga 2.

Försäkringskassan vill dock framhålla att myndigheten i mötet med hälso- och sjukvården ännu inte sett att landstingens arbete med kompetensområdet försäkringsmedicin fått den effekt i det praktiska arbetet som myndigheten skulle önska.

Försäkringskassan har i arbetet med att granska landstingens redovisningar behövt begära en del kompletteringar från landstingen. Detta eftersom somliga beskrivningar var alltför kortfattade, vaga eller röriga, vilket i vissa fall kan vara ett uttryck för att det finns problem eller brister i landstingens arbete.

### **Textens disposition och vissa begreppsval**

Denna sammanställning består av landstingens underlag och resultat avseende villkor 1 och 2. Villkor 1 består av fyra delvillkor. Dessa lyfts ett i taget tillsammans med en beskrivning av landstingens redovisningar. Därefter följer en text där Försäkringskassan lyfter vissa iakttagelser från hela villkoret. Villkor 2 som har sex delvillkor redovisas på samma sätt.

I denna text kommer begreppet landsting att användas för både landsting och regioner.

Villkor 2 – funktion för koordinering benämns i texten även som rehabiliteringskoordinator eller i vissa fall bara koordinator eller funktionen.

### **Villkor 1 Kompetenssatsning i försäkringsmedicin**

Under villkor 1, försäkringsmedicinsk kompetenssatsning, finns fyra delvillkor. Nedan lyfts de en i taget i kursiverad text såsom de formulerats i överenskommelsen. Avsnittet avslutas med Försäkringskassans iakttagelser.

*1.1 Landstingen ska under 2017 vidareutveckla den försäkringsmedicinska kompetensen genom landstingens ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling.*

I enlighet med Försäkringskassans redovisningsvillkor skulle landstingen beskriva hur de sedan redovisningen 2016 under 2017 vidareutvecklar den försäkringsmedicinska kompetensen genom landstingens ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling.

Alla landsting godkändes här, dock behövde nästan en fjärdedel av landstingen komplettera denna beskrivning först. Det berodde på att det ur redovisningarna var svårt att få en bild av hur de försäkringsmedicinska utbildningsfrågorna integrerats i landstingets ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling.

I redovisningarna kunde Försäkringskassan se att vissa landsting tog in stöd av andra landsting, eller gick ihop med andra landsting, för att säkra kompetenstillförseln inom försäkringsmedicin.

Landstingens behov av Försäkringskassan i den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen är olika stort utifrån vad som kan utläsas i redovisningarna. Försäkringskassan deltar hos de allra flesta landsting på AT/ST-utbildningarnas pass om försäkringsmedicin. I vissa landsting deltar Försäkringskassan utöver detta i ytterligare kompetensutvecklingsuppdrag som syftar till att stärka landstinget i det försäkringsmedicinska uppdraget.

*1.2 Landstingen ska under 2017 vidareutveckla utbildning och handledning inom försäkringsmedicin utifrån de nya kompetenskraven och rekommendationerna i målbeskrivningar om läkarnas specialiseringstjänstgöringar (ST) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring.*

Alla landsting uppfyllde detta delvillkor. En utmaning generellt hos flera landsting tycks vara handledningen. Den beskrivs otydligt i många redovisningar. Det kan bero på att det är så självklart med handledning kopplat till ST-tjänstgöring att man därför bara nämner det i förbifarten. Ett annat skäl skulle kunna vara att det faktiskt finns problem med att få till handledning i försäkringsmedicin hos landstingen. Ett landsting skriver att handledning är en bristvara men att man arbetar på det.

*1.3 Respektive landsting ska verka för tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin (försäkringsmedicinsk sakkunnig), som ett stöd till kollegor och medarbetare i det praktiska försäkringsmedicinska arbetet. Vid utgången av 2018 ska sådan kompetens finnas på övergripande landstingsnivå och i relevanta delar av verksamheten.*

Försäkringskassan har för redovisningen av detta villkor begärt att landstingen ska redovisa hur de arbetar för att få tillgång till en läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin på övergripande landstingsnivå och i relevanta delar av verksamheten.

Åtta (av 21) landsting behövde komplettera sina redovisningar för att Försäkringskassan skulle få en bild av hur de arbetar med detta uppdrag.

Tolkningen av villkoret har varit olika mellan landstingen eftersom begreppet ”läkare” inte avslöjar om det handlar om en eller flera läkare. Detta är en fråga som behöver klargöras inför landstingens fortsatta arbete med detta under 2018, samt för Försäkringskassans bedömning av villkorsuppfyllelsen 2018.

Svårigheten som landstingen beskriver med att hitta en sådan/sådana läkare kan också ha bidragit till att det varit svårt att redovisa hur man arbetar för detta. Eftersom delvillkoret är vagt för 2017 så har dock alla landsting kunnat redovisa på ett sätt som gör att de uppfyller det.

*1.4 Landstingen ska säkerställa att kunskap i följande områden ingår i kompetensutvecklingen (bl.a. i fortbildning och handledning) i försäkringsmedicin:*

- *En jämställd sjukskrivningsprocess inklusive kunskap om våld i nära relationer i arbetet med patienters sjukskrivning,*
- *Bedömning av behovet av sjukskrivning som en del av god individbaserad/personcentrerad vård och behandling,*
- *Hur medikalisering av normala livshändelser kan undvikas,*
- *Vikten av förvärvsarbete som ett hälsofrämjande värde för individen där patientens förmåga och möjligheter står i centrum,*
- *Hur dialogen med patienten i dessa frågor kan utvecklas.*

I det här villkoret svarade många landsting uttömmande och beskrivande. Landstingen genomför/planerar att genomföra många insatser för att säkerställa kunskap inom dessa områden.

Precis som tidigare år beskrivs många olika metoder och arbetssätt som ska fungera som kompetensutveckling och stöd i det dagliga arbetet med bl.a. jämställdhetsfrågor, våld i nära relation, medikalisering (att med patienten lyfta de negativa effekter som en sjukskrivning kan föra med sig) samt att underlätta samtalet om återgång i arbete. Triagering är ett exempel på arbetssätt som lyfts i vissa redovisningar som ett sätt att undvika medikalisering, eventuellt undvika sjukskrivning eller snabbt återgå i arbete.

AT/ST-läkare är i allmänhet välförsedda med utbildningar inom dessa frågor enligt vad som kan utläsas i landstingens redovisningar. Många av de utbildningar som beskrivs har läkare som målgrupp. Övriga roller som är involverade i sjukskrivningsfrågor uppmanas dock också att delta på dessa utbildningar. Fördelarna och nackdelarna med detta kommer vi att diskutera närmare under villkor 2 (2.4 och 2.5). I redovisningarna är det oklart hur landstingen följer upp att övriga roller deltar på dessa utbildningar, dock finns det exempel på landsting som har tydliga strukturer för uppföljning.

Ibland är det i redovisningarna svårt att utläsa hur frågorna ovan ingår i handledning. Sammantaget är handledningsdelen inte redovisad i samma omfattning som utbildningsinsatserna. Den handledning som redovisas är ofta den handledning som är knuten till läkare i samband med ST-utbildning. Övrig personal som är involverade i sjukskrivningsfrågor (i överenskommelsen nämns t.ex. fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer samt rehabiliteringskoordinatorer) förefaller utifrån redovisningarna inte ha

handledning inplanerat som en fast del i sin fortbildning på samma sätt som ST-läkarna.

### **Försäkringskassans iakttagelser villkor 1**

Generellt behövde landstingen komplettera relativt många delar vad gäller villkor 1, kompetenssatsning försäkringsmedicin. Efter kompletteringarna bedömdes dock alla landsting uppfylla villkor 1.

I redovisningarna syns att Försäkringskassan som aktör är relativt involverad i landstingens försäkringsmedicinska arbete. Detta kan bero på att Försäkringskassan tidigare varit en viktig aktör inom detta område som landstingen nu gått in i. Dessa tidigare strukturer kan vara hindrande då försäkringsmedicin som kompetensområde ska införlivas hos vården som ett kompetensområde bland andra.

Försäkringskassan vill dock framhålla att myndigheten i mötet med hälso- och sjukvården ännu inte sett att landstingens arbete med kompetensområdet försäkringsmedicin fått den effekt i det praktiska arbetet som myndigheten skulle önska.

Inom området försäkringsmedicin kan Försäkringskassan utläsa att en hel del arbete gällande att ta fram och genomföra utbildningar och annat stöd i det dagliga arbetet pågår i landstingen. I redovisningarna syns att landstingen även tagit del av andra landstings goda exempel och framtagna metoder.

Ett landsting beskriver att de avvaktar nationella stödsystem för att minska underhållet av egenutvecklade stödsystem. Även andra landsting ser positivt på det nationella arbetet kring försäkringsmedicin eftersom flera läkare tjänstgör i flera landsting och man ser därför en vinst i att ha en större samsyn.

### **Villkor 2: Funktion för koordinering**

Villkor 2 omfattar funktionen för rehabilitering och har sex delvillkor. Nedan lyfts de en i taget i kursiverad text såsom de formulerats i överenskommelsen. Avsnittet avslutas med Försäkringskassans iakttagelser.

#### *2.1 Funktionen har följande uppdrag:*

- *Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna.*
- *Intern samverkan på vårdenheter och med övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. I detta ingår att kartlägga individens rehabiliteringsbehov och följa upp statistik om sjukskrivningsmönster.*
- *Kontakt med arbetsgivare, om patienten ger sitt samtycke, för att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av anpassningar av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering i syfte att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Är patienten arbetslös kan motsvarande kontakt tas med Arbetsförmedlingen. Andra viktiga samarbetspartners för funktionen är Försäkringskassan och kommunen.*

För att kontrollera hur landstingen uppfyller detta villkor begärde Försäkringskassan uppdragsbeskrivningen gällande rehabiliteringskoordinatorerna/ funktion för koordinering. Försäkringskassan

kan konstatera att alla landstings uppdragsbeskrivningar innehåller de delar som villkoret föreskriver.

*2.2 Senast vid utgången av 2018 ska landstingen säkerställa att funktionen för koordinering – med uppdraget så som det beskrivs nedan – finns i hela primärvården där sjukskrivning förekommer.*

Här begärde Försäkringskassan att landstingen skulle redovisa sin plan för hur funktionen har införts/kommer att införas i hela primärvården. Många landsting har kommit så långt att de har rehabiliteringskoordinatorer i hela primärvården redan idag. Några landsting skriver även att i de i sina vårdavtal med privata mottagningar har rehabiliteringskoordinatorer som krav. Andra landsting nämner inte detta.

*2.3 Under 2017 ska landstingen analysera behovet av att funktionen med detta uppdrag finns inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården där sjukskrivning är vanligt förekommande.*

Försäkringskassans redovisningskrav handlade här om att landstingen skulle redovisa denna analys. Detta behövde kompletteras i viss omfattning (tre av 21) och då berodde det på att analysen först saknades. Analyserna var av olika kvalitet men vissa landsting hade gjort djupgående analyser. Analyser av det här slaget bör kunna vara en bra grund både för landstingets egen planering och för dess möjligheter att följa upp och utvärdera rehabiliteringskoordinatorernas arbete.

Många landsting har utifrån sina analyser sett att ortopedin och psykiatrin har många sjukskrivningar. Även vissa sjukskrivningsintensiva sjukhuskliniker såsom onkologen har identifierats som verksamheter där behov av rehabiliteringskoordinatorer skulle kunna finnas.

*2.4 Landstingen ska säkerställa att funktionen för koordinering ges den kompetensutveckling som krävs för uppdraget. I detta ingår kunskap om försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering (se vidare villkor 1).*

*2.5 Landstingen ska också säkerställa att det ges kontinuerligt stöd för funktionens arbete och utveckling.*

Del 2.4 och 2.5 handlar om kompetensutveckling inom angivna områden samt hur det *kontinuerliga stödet* ser ut till funktionen i dess arbete och utveckling. Dessa delvillkor redovisas i samma text.

Ett antal landsting har tagit fram utbildningar för rehabiliteringskoordinatorerna, men nationellt finns det idag ingen gemensam utbildning.<sup>2</sup> SKL har tagit fram stöd i form av en bok samt planerar för en web-

---

<sup>2</sup> Sveriges Kommuner och Landstings stöd till landstingen inom ramen för överenskommelsen "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017" daterad 2017-11-27.

utbildning som ska vara en introduktion för nya rehabiliteringskoordinatorer.<sup>3</sup> SKL har under 2017 genomfört ett arbete för att ta fram mål och kompetensprofil för funktionen inom hälso- och sjukvården.<sup>4</sup>

I redovisningarna beskrivs utbildningar som vänder sig till gruppen rehabiliteringskoordinatorer. Försäkringskassan kan också utläsa att funktionens kompetensutveckling många gånger sker genom att de får gå på samma utbildning som läkare. Ett landsting beskriver att deras rehabiliteringskoordinatorer deltar på läkarnas försäkringsmedicinska utbildningar och att detta har ett dubbelt syfte: öka kunskapen hos läkare om rehabiliteringskoordinatorernas funktion samt kompetensutveckling för rehabiliteringskoordinatorerna själva. Rollerna blir på så sätt medvetna om varandra.

Rollernas olika ansvarsområden medför dock olika kompetensutvecklingsbehov och i redovisningarna kan Försäkringskassan se att landstingen arbetar för att hitta rätt gällande kompetensutveckling för just denna grupp. Många landsting nämner den nationella konferensen för rehabiliteringskoordinatorer som värdefull kompetensutveckling. Den anordnas av SKL och ägde rum senast under två dagar i september 2017.

I redovisningarna framkommer att Försäkringskassan ofta är involverade i de försäkringsmedicinska kompetensutvecklingsinsatserna. Det är värdefullt eftersom socialförsäkringskunskaper gällande försäkringsjuridik är viktigt för funktionen.

Vissa landsting beskriver att deras strategi är att synkronisera sig med de nationella stödsystemen för rehabiliteringskoordinatorer. Detta för att få kvalitetssäkring och en enhetlighet inom landstinget. Vidare minskar då behovet av underhåll av egenutvecklade stödsystem då de drar nytta av de system som utvecklas nationellt.

*2.6 Ett särskilt viktigt område är att kontakterna mellan funktionen och arbetsgivare utvecklas. Landstingen ska under 2017 analysera vilka åtgärder som behövs för att utveckla sådana kontakter.*

Här saknades analyserna i vissa fall och Försäkringskassan begärde kompletteringar från fyra landsting. Framför allt pekar analyserna på två problemområden: tid och kompetens.

#### **Tid**

Tid är en faktor som anges som förklaring till varför kontakt inte tas med arbetsgivare i högre utsträckning. Här konstaterar vissa landsting att många av deras rehabiliteringskoordinatorer har delade tjänster. Försäkringskassan kan även se i redovisningar från andra landsting att många

---

<sup>3</sup> I Sveriges Kommuner och Landstings stöd till landstingen inom ramen för överenskommelsen "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017" daterad 2017-11-27.

<sup>4</sup> Ibid.

rehabiliteringskoordinatorer arbetar deltid som detta och deltid i annan profession såsom exempelvis fysioterapeuter.

Uppdragsbeskrivningen för en rehabiliteringskoordinator beskriver ett uppdrag som omfattar:

- *Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna.*
- *Intern samverkan på vårdenheter och med övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. I detta ingår att kartlägga individens rehabiliteringsbehov och följa upp statistik om sjukskrivningsmönster.*
- *Kontakt med arbetsgivare, om patienten ger sitt samtycke, för att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av anpassningar av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering i syfte att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Är patienten arbetslös kan motsvarande kontakt tas med Arbetsförmedlingen. Andra viktiga samarbetspartners för funktionen är Försäkringskassan och kommunen.*

Uppdraget är omfattande och kan vara svårt att klara på deltid. Ett landsting skriver dessutom i sin redovisning att delade tjänster i sig är en riskfaktor för psykisk ohälsa. Dessa båda delar kan i sig innebära svårigheter när man vill följa upp effekt av rehabiliteringskoordinatorernas arbete.

Tid behövs dessutom för att rehabiliteringskoordinatorerna ska kunna kompetensutveckla sig.

### **Kompetens**

Landstingen har även identifierat brist på kompetens som en hindrande aspekt vid kontakter med arbetsgivare. I vissa analyser konstaterar man att det är en ny roll som inte riktigt vet *hur* de ska prata med arbetsgivarna och *vad* de får prata med arbetsgivarna om. Några landsting vill också att rollen ska förtydligas gentemot Försäkringskassans uppdrag.

Här beskriver många landsting att de tar fram stöd till rehabiliteringskoordinatorerna i form av metodstöd eller modeller för att utveckla dialogen med arbetsgivarna. Det är ur redovisningarna svårt att utröna i vilken utsträckning man delar med sig av detta mellan landstingen.

För att utveckla rehabiliteringskoordinatorernas kontaktvägar in till arbetsgivare så beskriver flera landsting att de använder sitt eget landsting eller kommun i deras egenskap av arbetsgivare. En fördel med detta är att man kan se sin roll utifrån arbetsgivarens behov och kan "öva" på att prata med arbetsgivare. Att landsting och kommuner dessutom har många sjukskrivna gör att man fångar många genom ett sådant arbetssätt. En risk är att det blir en ojämlikhet, de som arbetar hos landsting och kommuner kan eventuellt komma att erbjudas mer hjälp och stöd än andra. En annan risk är att rehabiliteringskoordinatorerna blir som en intern resurs hos landstingen/kommunen som stöd till HR-avdelningen.

Under denna redovisningsdel har också några landsting beskrivit hur de i sitt arbete kommit så långt med sina rehabiliteringskoordinatorer att de ser behov av att öka kunskapen om funktionen och om vårdens uppdrag hos befolkningen



och arbetsgivarna. Detta för att skapa förståelse för det uppdrag som rehabiliteringskoordinatorerna har. Vissa landsting samarbetar med exempelvis lokala arbetsgivarnätverk.

## **Försäkringskassans iakttagelser villkor 2**

Generellt kan Försäkringskassan se i redovisningarna att rehabiliteringskoordinatorn fortfarande kommer in relativt sent i sjukskrivningen. Det kan bero på flera saker: Att sjukskrivande läkare inte är medveten om eller glömmer bort rehabiliteringskoordinatorns roll på enheten. Många rehabiliteringskoordinatorer har dessutom delade tjänster vilket i sig gör att utrymmet att utföra koordinatoruppdraget blir mindre.

Tidsaspekten som lyfts i många redovisningar som skäl till att arbetsgivarkontakter uteblir visar att rehabiliteringskoordinator med delat uppdrag innebär en svaghet på flera sätt. Både att hinna kompetensutvecklas inom sin koordinatorroll och inom sin andra profession, samt att hinna utföra de arbetsuppgifter som förväntas av en rehabiliteringskoordinator samtidigt som man ska utföra de uppdrag som finns inom sin andra profession.

I redovisningarna kan Försäkringskassan utläsa att vården till viss del har börjat se arbetsgivarkontakter som ett verktyg bland andra för att skapa förutsättningar för arbetsåtergång. Vissa landsting konstaterar att nu när sjuktalen minskar så har man flyttat fokus från dem som är sjukskrivna till dem som riskerar sjukskrivning och utvecklar arbetssätt för att fånga upp dessa personer.

Några landsting vill att rollen ska förtydligas gentemot Försäkringskassans uppdrag.

Utifrån vad som redovisas kan Försäkringskassan se en risk i att rehabiliteringskoordinatorer blir den gruppen som har bäst försäkringsmedicinsk kompetens på vårdenheten. Det kan leda till att rehabiliteringskoordinatorn blir relativt ensam i att driva de delar som nämns i villkor 1, försäkringsmedicin:

- *En jämställd sjukskrivningsprocess inklusive kunskap om våld i nära relationer i arbetet med patienters sjukskrivning,*
- *Bedömning av behovet av sjukskrivning som en del av god individbaserad/personcentrerad vård och behandling,*
- *Hur medikalisering av normala livshändelser kan undvikas,*
- *Vikten av förvärvsarbete som ett hälsofrämjande värde för individen där patientens förmåga och möjligheter står i centrum,*
- *Hur dialogen med patienten i dessa frågor kan utvecklas.*

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Ann-Marie Begler i närvaro av avdelningschef Lars-Åke Brattlund och verksamhetsutvecklare Katarina Edéus, den senare som föredragande.

Ann-Marie Begler

Katarina Edéus

**Bilagor**

Bilaga 1 – Redovisningsmall 2017 daterad 28 mars 2017.

Bilaga 2 – Utbetalda medel till landstingen 2018 gällande villkor 1 och 2 enligt överenskommelsen<sup>5</sup> 2017.

---

<sup>5</sup> En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018

## Redovisningsmall 2017



*Så fyller du i mallen*

Skriv svaren i de grå rutorna. Använd F11-tangenten för att stega mellan rutorna. Fälten expanderar när du skriver i dem.

Mall för redovisning av villkor 1–2, 2017, enligt överenskommelsen ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” 2017-2018. För mer beskrivning av syfte och mål, se överenskommelsen. På SKLs hemsida finns ett dokument med frågor och svar om överenskommelsen 2017-2018<sup>1</sup>. För mer information om redovisningskraven, se särskilt dokument om beslutade redovisningsvillkor<sup>2</sup> daterat 28 mars 2017.

### Hur ska redovisningen ske?

Redovisningsvillkoret ska besvaras i redovisningsmallen. Det som redovisas i denna mall är det som ligger till grund för bedömningen ifall landstinget uppfyller villkoret eller inte.

Om ni vill bifoga dokument för att exemplifiera er text så går det bra (ange i så fall var i dokumentet informationen kan hittas), dock ska allt som är relevant för att visa på att landstinget uppfyller villkoret finnas i skriven text i mallen.

**Angående fråga 2.1** ska dessutom uppdragsbeskrivning/ direktiv för koordineringsfunktionen bifogas.

Enligt överenskommelsen ska eventuell statistik som ingår i redovisningarna redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsförmåga m.fl. ska beaktas i analysarbetet.

**Ange vilket landsting eller region redovisningen avser**

<sup>1</sup> <https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/overenskommelse20172018.5228.html>

<sup>2</sup> Redovisningskrav ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” 2017-2018, Beslutad 2017-03-28, Dnr 013664-2017.

**Villkor 1 – Kompetenssatsning försäkringsmedicin**

Villkoret finns beskrivet i överenskommelsen<sup>3</sup> och redovisningskraven kan läsas i särskilt dokument om beslutade redovisningsvillkor<sup>4</sup>.

**1.1 Beskriv på vilket sätt landstinget sedan redovisningen 2016, under 2017 vidareutvecklar den försäkringsmedicinska kompetensen genom landstingets ordinarie system och ledningsstrukturer.**

Med landstingens ordinarie system och ledningsstruktur för kompetensutveckling avses den struktur för ett kontinuerligt kompetensstöd i form av fortbildning och handledning för läkare och andra professioner som är involverade i sjukskrivningsprocessen.

**1.2 Redogör för status i ert arbete med att vidareutveckla utbildning och handledning inom försäkringsmedicin utifrån de nya kompetenskraven och rekommendationerna i målbeskrivningar om läkarnas specialiseringstjänstgöringar (ST)<sup>5</sup> samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2015:8).**

Beskriv även planen för hur målet såsom det beskrivs i överenskommelsen ska uppnås 2018 (d.v.s. att senast vid utgången 2018 ska utbildning och handledning inom försäkringsmedicin finnas för minst hälften av relevanta specialisttjänstgöringar).

**1.3 Redovisa hur landstinget arbetar för att få tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin (försäkringsmedicinskt sakkunnig), som ett stöd till kollegor och medarbetare i det praktiska försäkringsmedicinska arbetet så att det vid utgången av 2018 finns en sådan kompetens på övergripande landstingsnivå och i relevanta delar av verksamheten.**

**1.4 I överenskommelsen anges specifikt fem områden som ska ingå i den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen:**

- 1 En jämställd sjukskrivningsprocess inklusive kunskap om våld i nära relationer i arbetet med patienters sjukskrivning,
- 2 Bedömning av behovet av sjukskrivning som en del av god individbaserad/personcentrerad vård och behandling,
- 3 Hur medikalisering av normala livshändelser kan undvikas
- 4 Vikten av förvärvsarbete som ett hälsofrämjande värde för individen där patientens förmåga och möjligheter står i centrum,
- 5 Hur dialogen med patienten i dessa frågor kan utvecklas

**Beskriv nedan hur dessa områden ingår i fortbildning och handledning.**

<sup>3</sup> En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018.

<sup>4</sup> Redovisningskrav "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" 2017-2018, Beslutad 2017-03-28, Dnr 013664-2017.

<sup>5</sup> Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivning 2015, Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

(Om ni vill bifoga dokument för att exemplifiera er text så går det bra (ange i så fall var i dokumentet informationen kan hittas), dock ska allt som är relevant för att visa på att landstinget uppfyller villkoret finnas i skriven text i mallen.)

## Villkor 2 – Funktion för koordinering

Villkoret finns beskrivet i överenskommelsen<sup>6</sup> och redovisningskraven kan läsas i särskilt dokument om beslutade redovisningsvillkor<sup>7</sup>.

### 2.1 Lämna in en uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå. Uppdragsbeskrivningen/direktivet ska omfatta områdena nedan:

- Individuellt stöd till de patienter som är eller riskerar att bli sjukskrivna.
- Intern samverkan på vårdenheter och med övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. I detta ingår att kartlägga individens - rehabiliteringsbehov och följa upp statistik om sjukskrivningsmönster.
- Extern samverkan med arbetsgivare, om patienten ger sitt samtycke, för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering i syfte att underlätta återgång i arbete eller att vara kvar i arbete. Är patienten arbetslös tas motsvarande kontakt med Arbetsförmedlingen. Andra viktiga samarbetspartners är Försäkringskassan och kommunen.

### 2.2 Redogör för planen hur koordineringsfunktionen, med uppdraget *såsom det beskrivs i överenskommelsen 2017-2018*, har införts eller kommer att införas i primärvården.

<sup>6</sup> En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess – överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017-2018.

<sup>7</sup> Redovisningskrav "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" 2017-2018, Beslutad 2017-03-28, Dnr 013664-2017.

<b>2.3 Redogör för landstingets analys av behovet av koordineringsfunktion inom andra verksamheter där sjukskrivning är vanligt förekommande (förutom primärvården) och där man har och/eller kommer påbörja införandet under 2018.</b>
<b>2.4 Redogör för hur landstinget säkerställer att funktionen för koordinering ges den kompetensutveckling som krävs för uppdraget (i detta ingår kunskap om försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relation som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering).</b>
<b>2.5 Redogör för hur landstinget säkerställer att funktionen får kontinuerligt stöd för sitt arbete och sin utveckling.</b>
<b>2.6 Redogör för landstingets analys av vilka åtgärder som behövs för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare.</b>
Ort, Datum
Underskrift av ansvarig chef
Namnförtydligande och titel

	<b>Villkor 1</b>	<b>Villkor 2</b>	<b>Summa</b>
	<b>Kompetens- satsning i försäkrings- medicin</b>	<b>Funktion för koordinering</b>	
01 Stockholms län	34 071 932	95 401 410	129 473 342
03 Uppsala län	5 419 399	15 174 317	20 593 715
04 Södermanlands län	4 320 272	12 096 761	16 417 032
05 Östergötlands län	6 786 558	19 002 363	25 788 922
06 Jönköpings län	5 297 173	14 832 085	20 129 258
07 Kronobergs län	2 918 034	8 170 494	11 088 528
08 Kalmar län	3 620 507	10 137 420	13 757 927
09 Gotlands län	870 327	2 436 915	3 307 241
10 Blekinge län	2 376 025	6 652 869	9 028 893
12 Skåne län	19 859 215	55 605 803	75 465 018
13 Hallands län	4 805 126	13 454 352	18 259 478
14 Västra Götalands län	25 107 089	70 299 849	95 406 938
17 Värmlands län	4 187 331	11 724 528	15 911 860
18 Örebro län	4 426 516	12 394 243	16 820 759
19 Västmanlands län	4 016 950	11 247 460	15 264 410
20 Dalarnas län	4 266 954	11 947 472	16 214 426
21 Gävleborgs län	4 273 154	11 964 832	16 237 986
22 Västernorrlands län	3 687 925	10 326 191	14 014 116
23 Jämtlands län	1 930 387	5 405 084	7 335 472
24 Västerbottens län	3 993 248	11 181 095	15 174 344
25 Norrbottens län	3 765 878	10 544 457	14 310 335
<b>Summa:</b>	<b>150 000 000</b>	<b>420 000 000</b>	<b>570 000 000</b>