

Samlad redovisning avseende villkor 1 och 2

**inom överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv
sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017 – 2018**

Försäkringskassan

Datum: 2019-02-11

**Samlad redovisning avseende villkor 1 och 2 inom överenskommelsen En
kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017 –
2018.**

1.0

Dnr 002687-2018

Innehåll

Samlad redovisning avseende villkor 1 och 2 2018.....	4
Bakgrund, uppdrag och resultat	4
Överenskommelsens utformning 2017– 2018	4
Försäkringskassans uppdrag i överenskommelsen	4
Tillvägagångssätt och resultat	4
Textens disposition och vissa begreppsval	5
Villkor 1 Kompetenssatsning i försäkringsmedicin.....	5
1.1 Struktur för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling	5
1.2 ST-tjänstgöringar – utbildning och handledning inom försäkringsmedicin ..	7
1.3 Tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin (försäkringsmedicinskt sakkunnig)	8
1.4 Säkerställande av kunskap i försäkringsmedicin	9
Villkor 2: Funktion för koordinering	10
2.1 Funktionen har följande uppdrag:	11
2.2 Funktionen ska finnas inom hela primärvården	11
2.3 Införande av funktionen inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården	11
2.4 och 2.5 Kompetensutveckling och kontinuerligt stöd.....	12
2.6 Utveckla kontakterna mellan funktionen och arbetsgivare.....	13
Våld i nära relation.....	15
Försäkringskassans kommentarer utifrån landstingens redovisningar.....	17
Risker som Försäkringskassan kan se	17
Bilagor.....	20

Sammanfattning

Försäkringskassan ska enligt uppdrag i regleringsbrevet för budgetåret 2018 sammanställa landstingens underlag och resultat avseende villkor 1 och 2 i överenskommelsen *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018*. Försäkringskassan ska även, i de fall det framgår av landstingens underlag, särskilt redovisa vilka åtgärder som har vidtagits för att uppmärksamma våld i nära relationer som faktor bakom ohälsa och sjukfrånvaro.

Överenskommelsen har slutits mellan SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och staten. Villkor 1 i överenskommelsen handlar om landstingens arbete med kompetenssatsning i försäkringsmedicin och villkor 2 gäller funktion för koordinering. Försäkringskassan bedömer utifrån landstingens redovisningar 2018 att samtliga landsting uppfyller båda villkoren i överenskommelsen. I uppdraget ingår dock inte att undersöka landstingens faktiska arbete. Det går därför inte att uttala sig om hur landstingen faktiskt arbetar med dessa frågor.

Landstingen har tagit sig an villkoren i överenskommelsen på olika sätt och det finns stora variationer mellan hur landstingen organiserar arbetet kring den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen. Landstingens övergång till ett nationellt system för kunskapsstyrning kan bidra till att minska dessa variationer och öka stabiliteten inom kunskapsområdet försäkringsmedicin.

Det varierar också mellan landstingen hur de olika funktionerna arbetar som understödjer arbetet med försäkringsmedicin och individens återgång i arbete. Funktionen försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare, är ett exempel där variationerna är stora. Funktionen befinner sig på olika ställen i de olika landstingens organisationer och deras konkreta arbetsuppgifter skiljer sig åt mellan landstingen och i vissa fall även inom landstingen. Hos rehabiliteringskoordinatorerna syns variationerna tydligast i primärvårdens möjligheter att erbjuda stöd av en rehabiliteringskoordinator. Det finns en risk att dessa variationer kan försvåra generella samverkanslösningar mellan Försäkringskassan och landstingen, både på övergripande nivå och i de individuella ärendena. Emellertid kan variationerna ge fördelar i form av möjligheter att lokalt anpassa samverkansarbetet.

Det syns en osäkerhet i redovisningarna gällande i vilken omfattning funktionerna kommer att finnas kvar i landstingen när finansieringen via överenskommelsen försvinner.

En viktig aspekt är också behovet av tydlighet mellan de olika aktörernas roller. När landstingen själva i stor utsträckning hanterar den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen är det viktigt att gränsdragningen mellan landstingens och Försäkringskassans ansvar blir tydlig. Det är viktigt att Försäkringskassan själv är den aktör som sköter informationsgivning angående Försäkringskassans arbete och uppdrag.

Samlad redovisning avseende villkor 1 och 2 2018

inom överenskommelsen *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017–2018*.¹

Bakgrund, uppdrag och resultat

Försäkringskassan ska enligt uppdrag i regleringsbrevet för budgetåret 2018 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. Försäkringskassan ska även, i de fall det framgår av landstingens underlag, särskilt redovisa vilka åtgärder som har vidtagits för att uppmärksamma våld i nära relationer som faktor bakom ohälsa och sjukfrånvaro.

Staten och SKL har sedan 2006 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 som slöts i december 2016 gäller under två år, 2017–2018.

Överenskommelsens utformning 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. Utökat elektroniskt informationsutbyte
5. Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning

Villkor 1 och 2, som denna redovisning handlar om, är uppdelade i delområden. Flera av delområdena har landstingen arbetat med under 2017 för att sedan slutföra under, eller vid utgången av 2018.

Enligt överenskommelsen ska landstingen återrapporera i början av oktober 2018 till Försäkringskassan hur de uppfyller eller planerar att uppfylla det som anges i respektive villkor.

Försäkringskassans uppdrag i överenskommelsen

Försäkringskassan ska enligt uppdrag i överenskommelsen granska och bedöma de redovisningar som inkommit från landstingen gällande villkor 1 och 2. Granskningen av villkor 1, *Kompetenssatsning försäkringsmedicin*, ska göras tillsammans med Socialstyrelsen.

Tillvägagångssätt och resultat

Försäkringskassan har tagit fram en redovisningsmall som landstingen använt vid återrapporering (bilaga 1). Försäkringskassan, och i tillämpliga delar

¹ En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018.

Socialstyrelsen, granskar landstingens redovisningar, d.v.s. hur landstingen beskriver att de uppfyller villkoren. Försäkringskassan och Socialstyrelsen har alltså inte undersökt landstingens faktiska arbete. Det går därför inte att uttala sig om hur landstingen faktiskt arbetar med dessa frågor.

Villkoren i överenskommelsen är formulerade så att de ska vara relevanta och möjliga att nå för landstingen trots deras olika förutsättningar. Eftersom många delar i villkoren ska slutföras *vid utgången av 2018* så har Försäkringskassan och Socialstyrelsen i vissa fall bedömt de planer som landstingen lämnat om hur de ska uppnå villkoret senast vid utgången av 2018.

Försäkringskassan bedömer utifrån landstingens redovisningar att samtliga landsting uppfyller villkor 1 och 2 år 2018. Utfall av betalda medel inom villkor 1 och 2 framgår i bilaga 2.

Textens disposition och vissa begreppsval

Denna sammanställning består av landstingens underlag och resultat avseende villkor 1 och 2. Villkor 1 består av fyra delområden. Delområdena lyfts ett i taget tillsammans med en beskrivning av landstingens redovisningar. Villkor 2 har sex delområden och de redovisas på samma sätt. Numreringen på rubrikerna följer dessa delområden och stämmer överens med numreringen i redovisningsmallen (bilaga 1). Sist i redovisningen finns landstingens beskrivningar av sitt arbete med våld i nära relationer. Därefter följer en text där Försäkringskassan lyfter vissa iakttagelser från båda villkoren.

I denna text kommer begreppet landsting att användas för både landsting och regioner. Detta eftersom landsting genomgående används som enda begrepp i överenskommelsen.

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 delområden. Nedan lyfts de ett i taget i kursiverad text såsom de formulerats i överenskommelsen. 2018 års villkor markeras med fet stil.

1.1 Struktur för försäkringsmedicinsk kompetensutveckling

Landstingen ska under 2017 vidareutveckla den försäkringsmedicinska kompetensen genom landstingens ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling. Senast vid utgången av 2018 ska det finnas en struktur för ett kontinuerligt kompetensstöd i form av fortbildning och handledning för läkare och andra professioner som är involverade i försäkringsmedicin, såsom fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer samt rehabiliteringskoordinatorer. Strukturen ska även innefatta verksamhetsstöd samt utveckling och implementering av nya utbildningar och insatser.

Ordinarie system och ledningsstrukturer

Samtliga landsting anger i sina redovisningar att de hanterar kompetensutvecklingen för försäkringsmedicin inom ordinarie system och ledningsstrukturer.

Många landsting beskriver att arbetet med det kontinuerliga kompetensstödet inom försäkringsmedicin leds av landstingets Försäkringsmedicinska kommitté eller motsvarande. I kommittén ingår i vissa fall försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare (se vidare avsnitt 1.3). Ofta sker arbetet i kommittén i samverkan med landstingets studierektorer.

Denna typ av kommitté organiseras på olika sätt i landstingen, med olika deltagare och olika syfte. En tendens inom landstingen tycks vara att kommittéerna under senare år utvecklats från att ha haft deltagare även från Försäkringskassan och ibland Arbetsförmedlingen och hanterat samverkansfrågor, till att renodla den till att hantera landstingets uppdrag inom försäkringsmedicin många gånger utan deltagande av övriga aktörer. Kommittéerna har då ofta också bytt namn från *Sjukskrivningskommitté* till *Försäkringsmedicinsk kommitté*. Ett landsting skriver exempelvis i sin redovisning att de under 2018 flyttat inriktningen för den försäkringsmedicinska kommittén från att ha varit en samverkansarena till att fokusera på försäkringsmedicinska frågor och försäkringsmedicinsk kompetensutveckling inom organisationen. Det finns dock exempel på landsting som går i den andra riktningen och planerar att utvidga kommittén till att omfatta även t.ex. Arbetsförmedlingen.

Förändring mot nationellt system för kunskapsstyrning

Under 2018 har landsting och regioner, med stöd av SKL, etablerat ett gemensamt system för kunskapsstyrning.² Målet med denna modell är att nationellt samarbeta för att utveckla, sprida och använda bästa kunskap inom fastställda kunskapsområden (programområden). Ett kunskapsområde inom försäkringsmedicin har startats upp som ingår i programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.³ För att genomföra detta system för kunskapsstyrning ska landstingen anpassa sin regionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen samt långsiktigt säkra en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen.⁴

I återrapporteringen beskriver några landsting att deras organisering kring försäkringsmedicin är under förändring eftersom de påbörjar anpassning av sin organisation till den nationella kunskapsstyrningsmodellen.

Fortbildning och handledning av läkare och andra professioner

Alla landsting beskriver att de har fortbildning och handledning för både läkare och andra professioner som är involverade i försäkringsmedicin. Vad det gäller utbildningar så sker detta på olika sätt. Somliga landsting anpassar sina utbildningar

² <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html> (2018-12-18).

³ <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html> (2018-12-18).

⁴ <https://skl.se/download/18.21b4e0115bf09bdc023a910/1494587567317/09-2017-WEBB-Rekommendation%20sammanh%C3%A5llen%20struktur%20f%C3%B6r%20kunskapsstyrning.pdf> (2018-12-19).

efter de olika professionerna. Andra erbjuder utbildningar där både exempelvis läkare och rehabiliteringskoordinator deltar och ser fördelar med att deltagarna på så sätt får kännedom om varandras uppdrag. Just rehabiliteringskoordinatorer och läkare erbjuds ofta gemensamma utbildningar. I vissa landsting är de försäkringsmedicinska utbildningarna för ST-/AT-läkare också öppna för andra professioner samt övriga läkare som är involverade i försäkringsmedicin.

Handledningen som redovisas är till stor del den som ingår i ST-/AT-utbildningar. I vissa fall nämns handledning som ett stöd till rehabiliteringskoordinatorerna (se vidare under avsnitt 2.4 och 2.5). Vad det gäller paramedicinsk personal är det inte tydligt i redovisningarna om man erbjuder handledning som kompetensutvecklande insats. Dock kan man utläsa att försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare kan erbjuda stöd i det försäkringsmedicinska praktiska arbetet, och att detta också kan innefatta den paramedicinska personalen.

Några landsting nämner möjlighet till auskultation på myndigheter såsom Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Verksamhetsstöd samt utveckling och implementering av nya utbildningar och insatser

Samtliga landsting uppfyller detta villkor. Flera landsting beskriver att verksamhetsstöd samt utveckling och implementering av nya utbildningar och insatser sköts av den Försäkringsmedicinska kommittén eller motsvarande. Några få landsting planerar för att den försäkringsmedicinskt sakkunnige läkaren (se avsnitt 1.3) ska ta över denna del.

Tidigare år har Försäkringskassan sett i redovisningarna att vissa landsting tog in stöd av andra landsting, eller gick ihop med andra landsting, för att säkra kompetenstillförseln inom försäkringsmedicin. Detta sker fortfarande, vissa landsting samarbetar mer än andra.

1.2 ST-tjänstgöringar – utbildning och handledning inom försäkringsmedicin

*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. **Senast vid utgången av 2018 ska utbildning och handledning inom försäkringsmedicin finnas för minst hälften av relevanta specialisttjänstgöringar.***

Alla landsting uppfyller villkoret så som det är formulerat. 13 av 21 landsting anger att de infört försäkringsmedicin i alla de ST-utbildningar som Socialstyrelsen anger i föreskrifter och allmänna råd.⁵

En utmaning generellt hos flera landsting tycks vara handledningen. Den beskrivs ottydligt i flera av redovisningarna. Detta kan bero på att det är så självklart att handledning är kopplat till ST-tjänstgöring när man beskriver utbildning och kompetensutveckling att man därför bara nämner det i förbifarten. Det skulle också kunna bero på att det faktiskt finns problem med att få till handledning i

⁵ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFS 2015:8) om läkarnas specialisttjänstgöring.

försäkringsmedicin. Ett landsting skriver att handledning inom försäkringsmedicin för ST-läkare behöver utvecklas mer. Försäkringsmedicinskt sakkunnig nämns i vissa redovisningar som handledarstöd till ST-läkare (se vidare nedan under 1.3).

1.3 Tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin (försäkringsmedicinskt sakkunnig)

*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.***

Alla landsting redovisar på ett sätt som gör att de uppfyller denna del av villkoret. Sex (av 21) landsting behövde komplettera sina redovisningar för att Försäkringskassan skulle få en bild av hur försäkringsmedicinsk sakkunnig arbetar med detta uppdrag. Anledningen till detta kan vara att detta delområde är nytt i och med överenskommelsen 2017–2018. Villkoret är vagt formulerat vilket gör att landstingen kan tolka villkoret på olika sätt. Det har lett till att landstingen tagit fram olika lösningar och att försäkringsmedicinsk sakkunnig hos landstingen arbetar på olika sätt.

Övergripande nivå

Här redovisas allt från särskilt tillsatta tjänster eller del av tjänst, till nätverk av särskilt utbildade läkare.

Den övergripande funktionen är, eller ska i många fall vara, ordförande för den försäkringsmedicinska kommittén. I dessa fall är hen också ansvarig för utbildningar för AT-/ST-läkare, rehabiliteringskoordinatorerna samt övriga professioner involverade i sjukskrivningsarbetet. I andra fall är personen en chefsläkare som är integrerad i ledning och stab. Personen kan även verka som ett stöd till processledningen eller som ledningsstöd på övergripande landstingsnivå.

Flera landsting redovisar att försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare på övergripande nivå ska ansvara för genomförandet av försäkringsmedicinska utbildningar, delta i dialogmöten på vårdenheterna eller när andra försäkringsmedicinska frågeställningar är aktuella. Arbetet kan också innebära att vid problem stödja med riktade insatser på enheter. Det kan vara utbildningsbehov, avvikelseärenden mellan vårdenheten och Försäkringskassan såsom hög kompletteringsfrekvens eller olämpligt beteende från landstingets sida. Försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare ska i vissa fall också bevaka nyheter om försäkringsmedicin och analysera sjukskrivningsstatistik. Hos vissa landsting ska hen vara tillgänglig för stöd via e-post, telefon och/eller besök på vårdenheterna.

Verksamhetsnivå

På denna nivå finns också en stor diversifiering av hur den försäkringsmedicinska sakkunnige läkaren arbetar och hur man valt att organisera arbetet. Även inom ett och samma landsting kan funktionen arbeta olika och ha olika uppdrag.

Vissa landsting skriver att den försäkringsmedicinskt sakkunniga läkaren ska vara länken mellan den övergripande nivån och verksamheten. Ett landsting beskriver att

försäkringsmedicinsk sakkunnig läkare på verksamhetsnivå ska bygga nätverk av läkare engagerade inom försäkringsmedicin.

Andra beskriver att försäkringsmedicinskt sakkunnig ska fungera som ett stöd till rehabiliteringskoordinatorerna och verksamhetschefen. I vissa landsting ska personen vara ute på besök på läkarmöten (APT) eller på dialogmöten på sjukskrivningsintensiva enheter. I de fallen ska kompetensen vara ett stöd, inspirera, leda diskussioner kring försäkringsmedicin, diskutera sjukskrivningsmönster samt skapa samsyn i arbetsgruppen. Många landsting anger att den försäkringsmedicinskt sakkunniga läkaren ska vara tillgänglig för handledning i sjukskrivningsärenden och för second opinions.

Ytterligare arbetsuppgifter som nämns är att hen ska vara föreläsare på temadagar och utbildningar, stödja i att kvalitetssäkra diagnostik för patienter med psykisk ohälsa, säkerställa handledarkompetens för AT-/ST-läkare samt kvalitetssäkra och utveckla rutiner för enhetens arbetssätt i sjukskrivningsprocessen. Några landsting betonar vikten av att läkaren själv arbetar kliniskt och kan fungera i ett professionellt kunskapsutbyte med kollegor i det dagliga arbetet. Detta kan ske i vardagen, på APT eller genom stående tider för handledning och kunskapsutbyte. De ska även fånga upp frågeställningar, impulser om kompetensbehov eller behov av besök ute i verksamheterna.

Ett landsting beskriver att i beställningen för Hälsoval (vårdval) ska varje vårdenhet ha minst en läkare som har fördjupad kunskap i försäkringsmedicin som har uppdraget att vara försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare.

I återrapporteringarna inom detta delområde syns vissa svårigheter för landstingen att rekrytera läkare som vill arbeta som försäkringsmedicinsk sakkunnig. Detta på grund av att de har få sökande och brist på läkare samt stor omsättning på läkare. För att råda bot på detta försöker man bl.a. sondera hos lämplig primärvårdsläkare (men även andra specialiteter) samt arbetar med att väcka intresse hos ST-läkare.

Vissa landsting skriver att dessa läkare finansieras genom den statliga överenskommelsen, men att målet är att denna funktion ska finnas kvar i framtiden.

1.4 Säkerställande av kunskap i försäkringsmedicin

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.*

Alla landsting erbjuder kompetensutveckling inom dessa områden till läkare och annan personal som är involverade i sjukskrivningsprocessen. (Det som handlar om

åtgärder som vidtas för att uppmärksamma våld i nära relation redovisas separat under rubriken *Våld i nära relation.*)

Metoder

Metoder man använder sig av är bland annat webbutbildningar, diskussioner kring patientfall, rollspel, filmer och föreläsningar. Ett landsting beskriver hur man genom patientfall kan följa olika förlopp som olika ställningstaganden till sjukskrivning och vilka konsekvenser de får för patienten både medicinskt, socialt och ekonomiskt. Vissa landsting beskriver att man använder regionala kunskapscentra som stöd i utbildningar och att dessa bidrar med aktuell forskningsdata. Även dialogmötena som sker på vårdenheter används som forum för denna kompetensutveckling.

Arbetsätt

Många olika arbetsätt beskrivs som ska stödja det dagliga arbetet med bl.a. jämställdhetsfrågor, våld i nära relation, risken för medikalisering, att prata med patienten om negativa effekter med sjukskrivning samt att underlätta samtalet om återgång i arbete. Triagering⁶ är ett annat exempel på arbetsätt som lyfts i vissa redovisningar som ett sätt att undvika medikalisering och sjukskrivning eller fortare återgå i arbete. Man arbetar även med att utveckla samsyn i teamet för att på så sätt utveckla dialogen med patienten. Den s.k. Bipacksedeln⁷ lyfts som ytterligare ett exempel på metodik. Ett landsting nämner att de sedan många år tar fram en plan för återgång i arbete för alla sjukfall över 28 dagar, detta för patientens skull. Handböcker och riktlinjer har också tagits fram.

Läkarnas och rehabiliteringskoordinatorernas kompetensutveckling inom dessa delar är tydligast beskrivna. De har ofta dessa delar i AT-/ST-utbildningen samt i de utbildningar som tagits fram till rehabiliteringskoordinatorerna. Flera landsting skriver att även annan personal har tillgång till dessa utbildningar.

Handledning

Sammantaget är handledningen 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 eller som är knuten till rehabiliteringskoordinatorerollen. Övrig personal som är involverad i sjukskrivningsfrågor (i överenskommelsen nämns t.ex. fysioterapeuter, arbetsterapeuter samt psykologer) förefaller utifrån redovisningarna inte ha handledning i försäkringsmedicin inplanerat som en fast del i sin fortbildning på samma sätt som ST-läkarna och i vissa fall rehabiliteringskoordinatorerna.

Villkor 2: Funktion för koordinering

Villkor 2 omfattar funktionen för rehabilitering och har sex delområden. Nedan lyfts de ett i taget i kursiverad text såsom de formulerats i överenskommelsen. Den delen av villkoret som specifikt handlar om 2018 har fet stil.

⁶ Triage är en process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från anamnes, symtom och ibland vitalparametrar. <https://sv.wikipedia.org/wiki/Triage> (2019-01-25).

⁷ En patientinformation som beskriver syfte och bieffekter med sjukskrivning och vad patienten själv kan göra för att sjukskrivningen ska ge återhämtning. Ger läkaren ett stöd i samtalet med patienten. <https://www.vardgivarguiden.se/patientadministration/sjukskrivningforsakringsmedicin/sjukskrivning--riktlinjer-och-beslutsstod/> (2019-01-25).

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.*

Här begärde Försäkringskassan uppdragsbeskrivningar gällande rehabiliteringskoordinatorerna/ funktion för koordinering. Försäkringskassan kan konstatera att alla landstings uppdragsbeskrivningar innehåller de delar som villkoret föreskriver.

2.2 Funktionen ska finnas inom hela primärvården

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.

Alla landsting återrapporterade att de infört funktionen inom hela primärvården där sjukskrivning förekommer. Här rapporterade de stora landstingen⁸ att vissa vårdval inte erbjöd funktionen. Det visade sig dock vara normala bemanningsglapp under rekrytering som avsågs. Landstingen säkrar på olika sätt att funktionen finns inom hela primärvården. Vissa landsting har exempelvis rehabiliteringskoordinatorer som arbetar för flera vårdenheter.

2.3 Införande av funktionen inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården

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. Under 2018 ska landstingen ha påbörjat införandet av funktionen i berörda verksamheter.

Alla landsting återrapporterar att införandet påbörjats under 2018. Analyserna från 2017 var av olika kvalitet där några landsting hade gjort djupgående analyser än övriga. Vanligast var att man såg behov av funktionen inom ortopedin och psykiatrin där många sjukskrivningar förekommer. Även vissa sjukskrivningsintensiva sjukhuskliniker såsom onkologen har identifierats som verksamheter där behov av rehabiliteringskoordinatorer skulle kunna finnas. Smärtteam, stressrehabilitering, kirurgi, neurolog och kvinnosjukvård är ytterligare exempel på verksamheter där landstingen ser behov av rehabiliteringskoordinator.

Ett landsting skriver att behovet av rehabiliteringskoordinatorer skiljer sig mycket åt mellan olika medicinska specialiteter. Man har dessutom analyserat antal patienter i arbetsför ålder, antal vårdkontakter och antal sjukskrivningsärenden.

⁸ Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen Region Skåne.

I landstingen pågår diskussioner om införande av funktion för koordinering inom dessa nya verksamheter. Ibland har man valt att implementera metoderna i ordinarie verksamhet varför rehabiliteringskoordinatorer inte bedöms behövas. I andra verksamheter beskrivs att de uppgifter som ingår i rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag redan omhändertas av annan personal på enheten (ex. kontaktsköterska eller behandlingsansvarig). Ett landsting skriver: ”Inom cancervården utvärderas om rehabiliteringskoordinatorernas tillhörighet - på onkologin eller hellre på habiliterings-/rehabiliteringsenheten.” Ett annat landsting skriver att samarbete etablerats med närsjukvården för samarbete mellan cancerklinikens kontaktsköterskor och närsjukvårdens rehabiliteringskoordinatorer.

Ett stort landsting konstaterar också att man märkt att arbetet för rehabiliteringskoordinatorerna ser annorlunda ut på sjukhuskliniker jämfört med vårdcentraler bland annat pga. olika patientgrupper samt olika sätt att organisera sig, där sjukhus har fler kvalitetssäkrande funktioner.

Några landsting skriver att man påbörjar införandet, men att man avvaktar med att slutföra dessa innan lagen om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården⁹ är beslutad.

2.4 och 2.5 Kompetensutveckling och kontinuerligt stöd

Delområde 2.4 och 2.5 redovisas i samma text eftersom de går i varandra.

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).

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

Alla landsting uppfyller villkoret att säkerställa både kompetensutveckling samt att ge rehabiliteringskoordinatorerna kontinuerligt stöd i arbetet. I återslagrapporteringarna syns en stor variation av hur landstingen arbetar.

Alla landsting nämner SKL:s webbutbildning för nyanställda rehabiliteringskoordinatorer. Vissa landsting erbjuder sina rehabiliteringskoordinatorer högskoleutbildningen om 7,5 högskolepoäng på Karolinska Institutet. Andra har individuellt anpassade utbildningar beroende på vilken kompetens rehabiliteringskoordinatorerna har i botten (många rehabiliteringskoordinatorer är även fysioterapeuter eller arbetsterapeuter). Andra skriver att rehabiliteringskoordinatorerna går på samma utbildning som AT-/ST-läkarna. Det finns landsting där de försäkringsmedicinskt sakkunniga läkarna samarbetar och kompetensutvecklas tillsammans med rehabiliteringskoordinatorerna.

Ett landsting beskriver att de utvecklat en funktion för introduktion och coachning av rehabiliteringskoordinatorer och team. Fyra erfarna rehabiliteringskoordinatorer har

⁹ Ds 2018:5.

anställts på 40 procent vardera för att fungera som samordnare och ansvara för introduktionen av nya rehabiliteringskoordinatorer.

Processledarnas betydelse

Ur redovisningarna framkommer att processledarna är viktiga för rehabiliteringskoordinatorernas kompetensutveckling och kontinuerliga stöd. Kompetensutvecklingen sker i många fall huvudsakligen på nätverksträffar som ofta anordnas av processledarna. Utöver detta erbjuder processledarna olika former av stöd såsom information på intranät, anordnande av digitala träffar eller att vara tillgängliga via telefon och e-post. De fångar även upp behov av stöd och organiserar handledningstillfällen hos erfarna rehabiliteringskoordinatorer för nya. Vissa processledare erbjuder även stöd till rehabiliteringskoordinatorernas chefer.

Processledarnas chefer

Vissa landsting har tagit fram ett dokument som chefen och rehabiliteringskoordinator ska gå igenom tillsammans vid en nyanställning. SKL har också tagit fram en bok som riktar sig till rehabiliteringskoordinatorernas chefer och beställare som ett stöd för att förstå funktionens uppdrag och premisser. Vissa landsting har därutöver en utbildning riktad till funktionens chefer för att säkra att de har kunskap om vad som krävs för att funktionen ska kunna utföra sitt uppdrag på ett bra sätt. Vissa landsting har sett behov av att chefer också blir medbjudna på rehabiliteringskoordinatorernas fortbildning. Man hoppas på så sätt att ökade kunskaper hos chefer om uppdraget kan bidra till att rehabiliteringskoordinatorerna får rätt stöd samt att den tid som behövs för uppdraget kan avsättas.

Vissa landsting skriver att de arbetar med utbildningsplaner för att säkerställa rehabiliteringskoordinatorernas kompetensutveckling. ”Koordinatorškörkort” nämns också.

2.6 Utveckla kontakterna mellan funktionen och arbetsgivare

*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. **Under 2018 ska landstingen vidta dessa åtgärder.***

Analyserna från 2017 var av olika kvalitet där vissa landsting hade gjort mer djupgående analyser än andra. Framför allt pekade analyserna 2017 på två problemområden: tid och kompetens.

Alla landsting återrapporterar att de påbörjat införandet av de åtgärder som de kom fram till 2017. Många landsting påpekar att statistiken för rehabiliteringskoordinatorernas kontakter med arbetsgivare av olika skäl inte motsvarar de faktiska kontakterna. Ett landsting lyfter att de aktivt arbetar med att patienten håller i sin egen sjukskrivningsprocess, och att detta innebär att hen uppmuntras att själv ta kontakt med sin arbetsgivare för att prata återgång i arbete. Några landsting skriver att de prioriterar tidiga kontakter med arbetsgivare eller

Arbetsförmedlingen och att man därför valt att ge stimulanspengar till enheterna där kontakter tas även i de fall där de inte kan få del av pengar från villkor 3.¹⁰

I redovisningen 2018 skriver många landsting att analysuppdraget har resulterat i att man tittar på sjukskrivningsstatistik. Några landsting beskriver att många sjukskrivna främst är kvinnor med psykiska diagnoser som arbetar inom kontaktyrken inom hälso- och sjukvården. Ett landsting beskriver att man har sett sin egen del i sjukfrånvaron i samhället vilket i sin tur belastar den egna vårdverksamheten. Man beskriver också att hälso- och sjukvården behöver arbeta för en attitydförändring – att vården också kan bidra till återgång i arbete.

Tid

Vad det gäller tid så skriver ett landsting att man under året har anpassat tjänstgöringsgraden till storleken på området samt antalet sjukskrivna. Man har också minskat antalet hälsocentraler per rehabiliteringskoordinator för att möjliggöra bästa möjliga kvalitet i arbetet.

Ett landsting har arbetat med ett projekt där man kommit fram till att man får bäst resultat om man renodlar sitt uppdrag och kan arbeta hela sin arbetstid som rehabiliteringskoordinator (och alltså inte har ett delat uppdrag).

Några landsting har arbetat med primärvårdsledning och specialistsjukvårdens ledningar om de befintliga övergripande målen för sjukskrivningsarbetet för att understryka arbetsgivarnas roll, ansvar och arbetsplatsens betydelse för återgång och vikten av tidig kontakt som många gånger etableras av rehabiliteringskoordinatorer. Detta för att betona vikten av att rehabiliteringskoordinatorerna har tillräckligt med tid att utföra uppdraget.

Vissa landsting har också anordnat konferenser med verksamhetschefer i primärvården för öka förståelsen för uppdraget och hur deras stöd och styrning kan påverka hur rehabiliteringskoordinatorerna lyckas med sitt uppdrag. Här hänvisar vissa landsting till SKL:s bok om rehabiliteringskoordinatorers uppdrag riktad till chef och beställare.

Ett landsting skriver att rehabiliteringskoordinatorernas tid måste utökas för att hinna med uppdraget och att man avvaktar utfallet av statsbidraget för 2019.

Kompetens

Landstingen redovisar att man tagit fram metodstöd, lathundar, utbildningar (ex. i motiverande samtal), temadagar och nätverksträffar för att öka kunskapen kring arbetsgivarens regelverk och skapa ökad trygghet i uppdraget. Man har även tagit fram en samtyckesblankett att använda när arbetsgivaren ska kontaktas. Vissa rehabiliteringskoordinatorer får handledning och coaching av erfarna rehabiliteringskoordinatorer eller processledare. På dialogmöten på vårdenheterna (se under avsnitt 1.3 och 1.4) har man diskuterat utifrån *arbete som friskfaktor* samt

¹⁰ Se villkor 3 inom överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018.

arbetsgivarkontakter. Vissa landsting utbildar också sina rehabiliteringskoordinatorer i ADA+-metoden¹¹.

Flera landsting knyter kontakter med det lokala näringslivet för att presentera och informera om funktionen så att arbetet mellan rehabiliteringskoordinator och arbetsgivaren kan löpa lättare.

Det pågår en antal olika projekt hos landstingen som de nämner i sina redovisningar, vissa efter utlysning av SKL, såsom innovationsprojektet STRA-A eller projektet ”Förbättrad samverkan för minskad sjukskrivning” som leds av SKL.

Våld i nära relation

Försäkringskassan ska i de fall det framgår av landstingens underlag, särskilt redovisa vilka åtgärder som har vidtagits för att uppmärksamma våld i nära relationer som faktor bakom ohälsa och sjukfrånvaro. Försäkringskassan har inte frågat landstingen specifikt om detta utöver det som efterfrågas i redovisningsmallen avseende fråga 1.4.

Sjukskrivningsstatistik som grund för strukturellt arbete

Framförallt pekar många landsting på att användningen av sjukskrivningsstatistik tydliggör skillnader i sjukskrivningsmönster. Ett landsting beskriver hur rapportmallar med könsuppdelad statistik uppdateras månadsvis och är tillgängliga för offentliga- och privata vårdgivare. Utifrån statistiken (nationell, regional och lokal) arbetar man sedan strukturellt, regionalt och lokalt med dessa frågor. Man nämner i detta arbete även tandvården.

Ett landsting betonar att jämställdhetsperspektivet ska finnas med i ordinarie utvecklings- och förbättringsarbete, i beslutsprocessen, vid resursfördelning och uppföljning.

Expertstöd

Många landsting beskriver hur de tar in expertstöd av olika former. Exempelvis kan nämnas: landstingets Utvecklings- och folkhälsoenhet eller Kunskapscentrum för våld i nära relationer, eller kompetens från Nationellt centrum för kvinnofrid. Dessa stödjer i kompetensutveckling, vid framtagande av utbildningar eller bidrar med forskningsdata. Några landsting skriver att detta stöd fortlöpande finns med i den försäkringsmedicinska kommittén.

Ett landsting beskriver att de har ett expertråd för våld i nära relationer som leds av Folkhälsoenheten. Rådet består av experter inom våldsområdet från olika delar i landstinget. Dessa experter arbetar strategiskt med vårdprogram, utbildning, dokumentation m.m.

Ett landsting har med stöd av utvecklingsmedel från Socialstyrelsen tillsatt en projektledare som tillsammans med rehabiliteringskoordinatorerna ska samordna

¹¹ Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång; Planering uppföljning och stöd.
<https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/koordinering-vid-sjukskrivning-och-rehabilitering/relaterad-information/> (2019-01-25).

arbetet kring våld i nära relationer. De ska se till att verksamheterna har tillgång till aktuell kunskap om regelverk och verk samma metoder samt stärka det strukturerade arbetet att förebygga, upptäcka och agera.

Utbildningar

Alla landsting har utbildningar i våld i nära relationer för ST-/AT-läkare, rehabiliteringskoordinatorer och övriga professioner som är involverade i försäkringsmedicin. Många nämner webbutbildningar, filmade föreläsningar, rollspel, filmer och gruppdiskussioner som ett sätt att öka kompetensen. Några landsting skriver att området våld i nära relationer och jämställdhet tidigare ofta har haft separata punkter i programmen, men att de under senare år har integrerats i hela utbildningspaketet samt i de fallövningar som ingår i utbildningen.

Många landsting nämner att webbutbildningarna och filmerna om våld är tillgängliga på intranätet för *all personal* och vissa skriver att all personal inom vård och tandvård förväntas ta del av dessa. Vissa landsting beskriver att man håller kontinuerliga föreläsningar om temat för all personal. Även chefsutbildningar innehåller dessa frågor.

Auskultation på kvinnofridsmottagning nämns som en kompetenshöjande möjlighet.

Riktlinjer och annat stöd

Flera landsting nämner regionala riktlinjer som tagits fram med syfte att stödja hälso- och sjukvårdens personal att upptäcka våld i nära relation och de åtgärder som behöver vidtas därefter. Förutom detta nämns också policydokument, handböcker och handlingsplaner i landstingens redovisningar. Många av dessa är framtagna för att stödja läsaren i det praktiska arbetet.

Åtgärder som vidtagits som stöd till vårdenheterna

Sjukskrivningsstatistiken används på vårdenheterna som diskussionsunderlag i enhetens eget arbete och för kompetensutveckling. Man diskuterar då jämställdhet, genus och våld i nära relationer som en faktor bakom ohälsa. Somliga landsting har specialutbildat rehabiliteringskoordinatorerna för att kunna stödja i dessa diskussioner. Ett landsting skriver att de inom handledningen ska ha extra fokus på detta, särskilt inom psykiatriska diagnoser. Landstinget beskriver att handledartillfällena med medicinsk sakkunnig i försäkringsmedicin och med erfarna rehabiliteringskoordinatorer ska ha perspektivet närvarande.

Ett landsting beskriver att varje vårdcentral under 2017 och 2018 fått ersättning för att arbeta för en jämställd sjukskrivningsprocess. I processen ska våld i nära relationer särskilt beaktas. Insatserna ska följas av en plan över hur man ska arbeta vidare med frågan. Folkhälsoplanerare finns som utbildningsresurs för vårdenheterna.

Stöd i det dagliga arbetet

Förutom de riktlinjer, handböcker m.m. som nämns och som ofta konkret kan stödja läsaren i det praktiska arbetet så nämns Genushanden¹² av många landsting. Genuskort är något annat som nämns, men som inte förklaras närmare i redovisningen.

Ett landsting beskriver hur frågan om våld ställs rutinmässigt till vissa patientgrupper. Exempelvis vid indikatorerna nedstämdhet, ångest, huvudvärk, yrsel, svårbehandlad smärta och magbesvär. Frågan ställs även vid regelbundet återkommande hälsosamtal, till dementa och deras anhöriga, till kvinnor med funktionsnedsättningar, till kvinnor som uttrycker otrygghet vid screening för depression samt till nyblivna mammor och alla gravida.

Försäkringskassans kommentarer utifrån landstingens redovisningar

Försäkringskassan ser positivt på att landstingen arbetar med försäkringsmedicin utifrån statistik och fakta om sjukskrivningsmönster. Försäkringskassans inriktning i samverkansarbetet med hälso- och sjukvården är att arbeta på samma sätt. Att både landstingen och Försäkringskassan arbetar utifrån statistik och fakta ser vi som en faktor som kan underlätta samverkansarbetet.

Ytterligare något som kan underlätta samverkan mellan Försäkringskassan och landstingen är de funktioner som utvecklats i överenskommelserna mellan staten och SKL. Ett exempel är de försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare som ska finnas både på övergripande nivå och på verksamhetsnivå. På verksamhetsnivå ska de vara ett praktiskt stöd till de funktioner som arbetar med hälso- och sjukvård och sjukskrivningar. Försäkringskassan ser även rehabiliteringskoordinatorerna och deras uppdrag att stödja individen med fokus på återgång i arbete, som en tillgång när Försäkringskassan samordnar i det enskilda fallet. De är också viktiga i landstingens arbete med att bidra till en låg och stabil sjukfrånvaro.

Risker som Försäkringskassan kan se

Villkoren i överenskommelsen är formulerade så att de både ska vara relevanta och möjliga att nå för landstingen trots deras olika förutsättningar. I några fall har Försäkringskassan och Socialstyrelsen bedömt landstingens planer om hur de avser att uppnå villkoret senast vid utgången av 2018. Det betyder att alla landsting inte uppfyllde villkoret vid redovisningstidpunkten (3 oktober 2018).

Landstingen har bedömts uppfylla alla delområden inom villkor 1 och 2. Försäkringskassan kan dock se i redovisningarna att landstingen tar sig an villkoren i överenskommelsen på olika sätt. Hos vissa landsting är organisationen och strukturen kring villkorens olika delområden mer genomarbetad och stabil än hos andra. Dessutom är villkoren så pass öppna för egna lösningar att det uppstått stora variationer mellan landstingen. En risk är att landstingen sinsemellan kan konstatera

¹² . Syftet med Genushanden är att tänka tvärtom. Handens fem fingrar representerar varsitt område där det är särskilt viktigt att tänka tvärtom.

<https://skl.se/download/18.430f8b0b145ac911ed643f14/1399453706023/SKL%20Genushanden%20-%20Skurups%20v%C3%A5rdcentral.pdf> (2019-01-25).

att trots olika grader av engagemang så har alla bedömts uppfylla villkoren. Nedan beskriver Försäkringskassan några ytterligare risker som vi kan se.

Variationer

Landstingen organiserar och strukturerar sitt försäkringsmedicinska arbete olika. Detta får till följd att de funktioner som understödjer arbetet med försäkringsmedicin och återgång i arbete (rehabiliteringskoordinatorer och försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare) arbetar olika mellan landstingen. Försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare är exempel på detta. Funktionen befinner sig på olika ställen i de olika landstingens organisationer och deras konkreta arbetsuppgifter skiljer sig åt mellan landstingen och i vissa fall även inom landstingen. En gemensam uppdragsbeskrivning och uppföljning skulle kunna underlätta landstingens arbete med denna yrkesgrupp och Försäkringskassans möjligheter att samverka med dessa.

Även gällande rehabiliteringskoordinatorerna kan Försäkringskassan konstatera att det finns stora variationer mellan landstingen. Funktionen finns inom hela primärvården, men bemannar ofta flera vårdenheter. Dessutom varierar tjänstgöringsgraden mycket till följd av att många rehabiliteringskoordinatorer innehar dubbla uppdrag (både som rehabiliteringskoordinator och som exempelvis arbetsterapeut). I dessa fall kan det bli en utmaning att ha fokus på båda uppdragen, i det dagliga arbetet och i kompetensutvecklingen. Dubbelkompetensen kan samtidigt vara en fördel när rehabiliteringskoordinatorn ska stödja individen i att återgå i arbete.

Hos rehabiliteringskoordinatorerna syns variationerna alltså tydligast i primärvårdens möjligheter att erbjuda stöd av en rehabiliteringskoordinator. Eftersom funktionen är relativt okänd bland befolkningen så är osannolikt att medborgaren aktivt efterfrågar funktionen eller aktivt listar sig hos en vårdenhet där funktionen finns. För Försäkringskassans del blir en rehabiliteringskoordinator något som eventuellt kan finnas hos vårdenheten och som eventuellt erbjudits den enskilde. Däremot kan vi inte förvänta oss att den enskilde får ett sådant stöd inom vården.

Vid införandet av rehabiliteringskoordinatorer i andra verksamheter där sjukskrivning är vanligt förekommande har somliga landsting konstaterat att det i vissa fall redan finns funktioner som omhändertar de arbetsuppgifter som rehabiliteringskoordinatorerna ska utföra (här nämns exempelvis kontaktsköterska eller behandlingsansvarig). I dessa fall är det viktigt att fokus på återgång i arbete också förs in hos dessa funktioner.

Det finns en risk att ovanstående variationer kan försvåra generella samverkanslösningar mellan Försäkringskassan och landstingen både på övergripande nivå och i de individuella ärendena. Emellertid kan variationerna ge fördelar i form av möjligheter att lokalt anpassa samverkansarbetet.

Stabilitet – vad händer efter överenskommelsen

Fortfarande tycks det som att ämnesområdet försäkringsmedicin bärs upp av relativt få personer inom landstingen. Detta gör kompetensområdet sårbart. Det är även ett område som tycks ha svårt att locka intresserade läkare. Försäkringsmedicin tycks ha en relativt låg status inom hälso- och sjukvården vilket sannolikt försvårar

rekryteringar. Försäkringskassans samverkan med landstinget försvåras när personer slutar och det inte finns en stabil struktur i botten. I de landsting man arbetat aktivt med försäkringsmedicin under senare år, tycks statusen på ämnesområdet ha höjts och rekrytering till uppdragen tycks ha underlättats. Landstingens övergång till ett nationellt system för kunskapsstyrning kan bidra till att öka stabiliteten inom kunskapsområdet försäkringsmedicin framöver.

Vad det gäller rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag så tycks landstingen genomgående redovisa en mer genomarbetad organisation än vad de kan redovisa inom försäkringsmedicin. Det återspeglas i att beskrivningarna är mer konkreta och tydliga. Några landsting beskriver att de har beredskap gällande rehabiliteringskoordinatorerna och deras uppdrag inför att överenskommelsen upphör.

Försäkringsmedicinsk sakkunnig läkare infördes i överenskommelsen 2017–2018 och har ännu inte hunnit bli en stabil funktion. Risken som Försäkringskassan kan se är att denna roll upphör när finansieringen via överenskommelsen försvinner.

Otydlighet mellan aktörernas roller

Försäkringskassan deltar hos de allra flesta landsting på AT-/ST-utbildningarnas moment om försäkringsjuridik. Utöver detta deltar Försäkringskassan i ytterligare kompetensutvecklingsuppdrag i det försäkringsmedicinska uppdraget även om behovet av detta hos landstingen inte verkar vara lika utpräglat som vid tidigare års redovisningar. Behoven av Försäkringskassans delaktighet varierar dock mellan landstingen utifrån vad som kan utläsas i redovisningarna.

Försäkringskassan ser positivt på att flera landsting under senare år renodlar sitt försäkringsmedicinska arbete på övergripande nivå genom att arbeta mer med att hantera landstingets behov av kompetens utan deltagande av övriga aktörer. Det är dock viktigt att gränsdragningen mellan landstingens och exempelvis Försäkringskassans ansvar blir tydlig, d.v.s. våra olika roller och uppdrag. Det är också viktigt att Försäkringskassan själv är den aktör som sköter informationsgivning angående Försäkringskassans arbete och uppdrag.

Beslut i detta ärende har fattats av tf. generaldirektör Maria Hemström-Hemmingsson i närvaro av avdelningschef för sjukförsäkringen Ulrika Havossar och verksamhetsutvecklare Katarina Edéus, den senare som föredragande.

Maria Hemström-Hemmingsson

Katarina Edéus

Bilagor

Bilaga 1 – Redovisningsmall villkor 1 och 2 2018.

Bilaga 2 – Utbetalda medel till landstingen villkor 1 och 2 verksamhetsår 2018.

Redovisningsmall 2018

Mall för redovisning av villkor 1–2, 2018, 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 2017-2018¹. För mer information om redovisningskraven, se särskilt dokument om beslutade redovisningsvillkor² daterat den 28 mars 2017.

Ange vilket landsting eller region redovisningen avser



Så fyller du i mallen

Skriv svaren i de grå rutorna som finns längst ned i varje frågeruta. Använd F11-tangenten för att stega mellan rutorna. Fälten expanderar när du skriver i dem.

Hur ska redovisningen ske?

Redovisningsvillkoret ska besvaras i redovisningsmallen. Försök att beskriva stringent och tydligt och se till att besvara frågorna.

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

Om ni vill bifoga enstaka 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*.

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.

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

² 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 överenskommelsen³ och redovisningskraven kan läsas i särskilt dokument om beslutade redovisningsvillkor⁴.

1.1 Landstingen ska under 2017 vidareutveckla den försäkringsmedicinska kompetensen genom landstingens ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling. **Senast vid utgången av 2018** ska det finnas en struktur för ett kontinuerligt kompetensstöd i form av fortbildning och handledning för läkare och andra professioner som är involverade i försäkringsmedicin, såsom fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer samt rehabiliteringskoordinatorer. Strukturen ska även innefatta verksamhetsstöd samt utveckling och implementering av nya utbildningar och insatser.

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.

A1) Hanteras kompetensutvecklingen för försäkringsmedicin inom ordinarie system och ledningsstrukturer? (Ja/nej)

A2) Om nej, hur ser planen ut för att uppnå detta innan utgången av 2018? (Beskriv åtgärderna och tidsplanen.)

A3) Om ja, beskriv hur strukturen för kompetensstödet ser ut (kan med fördel göras visuellt).

B1) Ingår i denna struktur fortbildning och handledning i försäkringsmedicin för läkare och andra professioner som är involverade i försäkringsmedicin (fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer samt rehabiliteringskoordinatorer)? (Ja/nej)

B2) Om nej, hur ser planen ut för att uppnå detta innan utgången av 2018? (Beskriv åtgärderna och tidsplanen.)

B3) Om ja, beskriv på vilket sätt det ingår.

C1) Ingår i denna struktur även verksamhetsstöd för utveckling och implementering av nya utbildningar och insatser gällande den försäkringsmedicinska kompetensen? (Ja/nej)

C2) Om nej, hur ser planen ut för att uppnå detta innan utgången av 2018? (Beskriv åtgärderna och tidsplanen.)

C3) Om ja, beskriv på vilket sätt det ingår.

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

⁴ Redovisningskrav ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” 2017-2018, Beslutad 2017-03-28, Dnr 013664-2017.

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. **Senast vid utgången av 2018** ska utbildning och handledning inom försäkringsmedicin finnas för minst hälften av relevanta specialittjänstgöringar.

A1) Finns utbildning och handledning inom försäkringsmedicin, utifrån de nya kompetenskraven och rekommendationerna i målbeskrivningar om läkarnas ST⁵ samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOFS 2015:8), för minst hälften av relevanta specialittjänstgöringar? (Ja/nej)

A2) Vilka har ni bedömt som relevanta?

A3) Om villkoret inte uppnåtts, hur ser planen ut för att uppnå detta vid utgången av 2018? (Beskriv åtgärderna och tidsplanen.)

⁵ Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivning 2015, Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

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.

(I överenskommelsen framgår det: Läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin (försäkringsmedicinsk sakkunnig) utgör ett värdefullt stöd genom handledning och kunskapsstöd till läkarkollegor och andra medarbetare (t.ex. rehabiliteringskoordinatorer) inom det praktiska försäkringsmedicinska arbetet, t.ex. angående bedömningar, patientdialoger, analyser och intygsskrivande, samt vid kompetensutveckling inom området försäkringsmedicin.)

A. Övergripande landstingsnivå:

A1) Finns det läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin (försäkringsmedicinskt sakkunnig) på övergripande landstingsnivå? (ja/nej)

A2) Om nej, hur ser planen ut för att uppnå detta innan utgången av 2018? (Beskriv åtgärderna och tidsplanen för detta arbete.)

A3) Om ja, beskriv på vilket sätt arbetet utförs.

B. Relevanta delar av verksamheten:

B1) Finns det läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin (försäkringsmedicinskt sakkunnig) i relevanta delar av verksamheten? (Ja/nej)

B2) Om nej, hur ser planen ut för att uppnå detta innan utgången av 2018? (Beskriv åtgärderna och tidsplanen för detta arbete.)

B3) Om ja, beskriv på vilket sätt detta är organiserat.

B4) Beskriv på vilket sätt dessa läkare är ett stöd till kollegor och medarbetare i det praktiska försäkringsmedicinska arbetet.

1.4

I överenskommelsen anges specifikt fem områden som ska ingå i den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen (bl.a. i fortbildning och handledning):

- 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

A1) Ingår alla dessa områden i den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen? (Ja/nej)

A2) Om nej, ange vilka som inte ingår i den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen och hur planen ser ut för att det ska ingå innan utgången av 2018.

A3) Om ja, beskriv hur dessa områden ingår i den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen.

Villkor 2 – Funktion för koordinering

Villkoret finns beskrivet i överenskommelsen⁶ och redovisningskraven kan läsas i särskilt dokument om beslutade redovisningsvillkor⁷.

2.1

A1) Lämna in en aktuell 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 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.

A1) Har koordineringsfunktionen, med uppdrag såsom det beskrivs i överenskommelsen 2017-2018, införts i hela primärvården där sjukskrivning förekommer? (Ja/nej)

A2) Om nej, förklara varför och beskriv hur planen ser ut för att det ska ingå innan utgången av 2018.

<p>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. Under 2018 ska landstingen ha påbörjat införandet av funktionen i berörda verksamheter.</p> <p>A1) Ange vilka verksamheter som ni i er analys 2017 bedömt har behov av koordineringsfunktionen (utöver primärvården). Gärna i punktform.</p> <p>A2) Beskriv tidsplanen för införandet av rehabiliteringskoordinatorer inom de verksamheterna (förutom primärvården) som ni kom fram till i analysen 2017. Gärna i punktform.</p>
<p>2.4 Funktionen ska 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).</p> <p>A1) Redogör på vilket sätt funktionen ges denna kompetensutveckling (vad och frekvens).</p>
<p>2.5 Funktionen ska ges kontinuerligt stöd i sitt arbete och sin utveckling.</p> <p>A1) Redogör på vilket sätt funktionen ges detta kontinuerliga stöd (vad och frekvens).</p>
<p>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. Under 2018 ska landstingen vidta dessa åtgärder.</p> <p>A1) Redogör kort för vad ni kom fram till i analysen 2017 (ni kan även lägga till eventuella åtgärder ni kommit fram till vid senare tillfälle).</p> <p>B1) Utifrån analysen + svaren i A1 ovan – har ni påbörjat införandet av de åtgärder ni hittade för att utveckla kontakter mellan koordineringsfunktionen och arbetsgivare? (Ja/nej)</p> <p>B2) Om nej, hur ser planen ut för att vidta dessa åtgärder under 2018? (Beskriv åtgärderna och tidsplanen för detta arbete.)</p> <p>B3) Om ja, beskriv åtgärderna och tidsplanen för detta arbete (gärna i punktform).</p>
Ort, Datum
Underskrift av ansvarig chef

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

⁷ Redovisningskrav ”En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess” 2017-2018, Beslutad 2017-03-28, Dnr 013664-2017.



Namnförtydligande och titel

Postadress

Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Internet

www.forsakringskassan.se

Kundcenter för privatpersoner

0771-524 524

Kundcenter för partner

0771-17 90 00

Faxnummer

Bankgiro

738-8036

Org.nr

202100-5521

	Villkor 1	Villkor 2	Summa
	Kompetens- satsning i försäkrings- medicin	Funktion för koordinering	
01 Stockholms län	34 195 499	98 027 096	132 222 595
03 Uppsala län	5 463 460	15 661 920	21 125 380
04 Södermanlands län	4 320 011	12 384 032	16 704 044
05 Östergötlands län	6 784 715	19 449 515	26 234 230
06 Jönköpings län	5 294 518	15 177 618	20 472 136
07 Kronobergs län	2 928 775	8 395 822	11 324 597
08 Kalmar län	3 611 775	10 353 754	13 965 528
09 Gotlands län	868 346	2 489 259	3 357 605
10 Blekinge län	2 365 669	6 781 583	9 147 252
12 Skåne län	19 925 404	57 119 492	77 044 896
13 Hallands län	4 811 221	13 792 167	18 603 388
14 Västra Götalands län	25 057 200	71 830 640	96 887 840
17 Värmlands län	4 158 566	11 921 222	16 079 788
18 Örebro län	4 430 225	12 699 978	17 130 202
19 Västmanlands län	4 018 454	11 519 567	15 538 021
20 Dalarnas län	4 241 330	12 158 479	16 399 809
21 Gävleborgs län	4 236 728	12 145 286	16 382 014
22 Västernorrlands län	3 651 754	10 468 360	14 120 114
23 Jämtlands län	1 925 646	5 520 186	7 445 833
24 Västerbottens län	3 982 735	11 417 174	15 399 910
25 Norrbottens län	3 727 971	10 686 849	14 414 820
Summa:	150 000 000	430 000 000	580 000 000