

LANDSTINGS- REVISORERNA

Projektrapport
nr 4/2005

Sjukvårdens/landstingets roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen – en översiktlig genomgång

- ▶ Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kräver flera aktörers **medverkan**. Landstingets huvudansvar omfattar vård, behandling samt utfärdande av intyg som underlag för Försäkringskassans beslut.
- ▶ I olika rapporter har problem identifierats rörande sjukvårdens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Som exempel kan nämnas svårigheter med samverkan, långa väntetider, brist på kunskap om effektiva behandlingsmetoder samt avsaknad av gemensam policy och förhållningssätt.
- ▶ SLL har påbörjat ett förbättringsarbete kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Arbetet tycks hittills fått litet genomslag.
- ▶ Förslag föreligger om att bilda en försäkringsmedicinsk kommitté med bl.a. ansvar för gemensam policy och förhållningssätt kring sjukskrivning, vilket hittills har saknats i länet.
- ▶ Folkhälsoansvaret och de stora samhällsekonomiska kostnaderna motiverar ett kraftfullt agerande från SLL:s sida. Landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för detta.

LANDSTINGS- REVISORERNA

Revisorsgrupp I

2005-års revisorer

RK 200504-32
Revisionskontoret 2005-09-27

Landstingsstyrelsen

Rapport 4/2005, Sjukvårdens/landstingets roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen – en översiktlig genomgång

Revisionskontoret har gjort en översiktlig genomgång av aktuella problem kopplade till sjukskrivnings- /rehabiliteringsprocessen med fokus på landstingets ansvarområde samt åtgärder vidtagna av landstinget för att förbättra processen.

Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade på sammanträde den 27 september 2005


att överlämna rapporten till Landstingsstyrelsen för yttrande senast 2005-12-07 samt

att förklara paragrafen för omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.



Georg Jönsson
Ordförande



Agneta Fohlström
Sekreterare

LANDSTINGS- REVISORERNA

Revisorsgrupp II

2005-års revisorer

RK 200504-32

Revisionskontoret 2005-09-27

Styrelserna för
Karolinska universitetssjukhuset
Södertälje sjukvårdsområde
Södersjukhuset AB
Danderyds sjukhus AB
Norrtälje sjukhus AB
S:t Eriks ögonsjukhus AB
Stockholms läns sjukvårdsområde
S:t Görans sjukhus AB

Rapport 4/2005, Sjukvårdens/landstingets roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen – en översiktlig genomgång

Revisionskontoret har gjort en översiktlig genomgång av aktuella problem kopplade till sjukskrivnings- /rehabiliteringsprocessen med fokus på landstingets ansvarområde samt åtgärder vidtagna av landstinget för att förbättra processen.

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade på sammanträde den 27 september 2005

- att överlämna rapporten till ovannämnda styrelser för möjlighet till yttrande senast 2005-12-07
- att överlämna rapporten till S:t Görans sjukhus AB för kännedom samt
- att förklara paragrafen för omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.



Karl - Axel Boström
Ordförande



Agneta Fohlström
Sekreterare

Sammanfattning

Sjukfrånvaron i Sverige har ökat kraftigt de senaste åren. Enligt OECD:s ekonomirapport från juni 2005 är den höga sjukfrånvaron Sveriges enskilt största ekonomiska problem. Sjukskrivningarna i länet är idag avsevärt högre än för tio år sedan. Ohälsotalet i länet var, enligt Försäkringskassan, vid årsskiftet 2004-2005 bland de lägsta i landet. Trots detta är antalet sjukskrivna personer högt. I juli 2005 var ca 45 000 personer i länet sjukskrivna enligt Försäkringskassans statistik¹, vilket motsvarade ca 19 % av det totala antalet sjukskrivna i Sverige vid denna tidpunkt. Det ökade antalet sjukskrivningar har inneburit större belastning på sjukvården.

En sjukskrivning är en process som innefattar flera aktörers medverkan och samverkan. Huvudaktörerna är individen, hälso- och sjukvården, arbetsgivaren/arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänsten. I samhällsdebatten signaleras om ineffektivitet i denna process.

Denna granskning syftar till att kartlägga aktuella problem kopplade till sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen med fokus på landstingets ansvarsområde. Granskningen omfattar en genomgång av vilka åtgärder Stockholms läns landsting (SLL) har vidtagit för att förbättra processen.

Granskningen har skett genom dokumentstudier som har kompletterats med ett antal intervjuer med tjänstemän från FORUM och Beställare Vård inom landstingsstyrelsens förvaltning.

Projektrapporten omfattar bl.a. en kartläggning av sjukvårdens mest väsentliga problem kopplade till sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen (avsnitt 3), vilka har beskrivits i ett antal rapporter från Socialstyrelsen, Karolinska Institutet m.fl. Några problem som nämns är svårigheter kring samverkan med andra aktörer, gällande styrsystem motverkar en optimal handläggning av sjukskrivningsärenden, långa sjukskrivningstider p.g.a. väntetider inom vården, liten kunskap om effektiva behandlings-/rehabiliteringsåtgärder för de största diagnosgrupperna, brist på kunskap, verktyg och tid för bedömning av arbetsförmåga samt brist på guidelines om rimlig sjukskrivningstid för olika diagnoser.

Hälso- och sjukvården ansvarar för vård och behandling, inklusive medicinsk rehabilitering samt bedömning och utfärdande av intyg som underlag för Försäkringskassans beslut. Försäkringskassan fattar sedan

¹ Exklusive sjukskrivningar 1-14 dagar som ersätts av arbetsgivaren.

det slutliga beslutet om sjukpenning/rehabiliteringsersättning. De olika aktörernas ansvar i rehabiliteringsprocessen regleras i ett flertal föreskrifter, men det finns otydligheter i ansvarsfördelningen. Ansvarsfördelningen behandlas i avsnitt 2 i denna rapport.

En arbetsgrupp bestående av representanter för Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund och Försäkringskassan har i en skrivelse till Socialdepartementet 2005 lagt fram förslag på åtgärder för att förbättra handläggningen av sjukskrivningar i hälso- och sjukvården. Gruppen konstaterar att hälso- och sjukvården idag inte har något uttalat ansvar för sjukskrivningsfrågan, vilket gör att frågan inte är tillräckligt högt prioriterad. Gruppen föreslår en rad förbättringsåtgärder för sjukvårdens vidkommande.

- Utforma centrala policier om sjukskrivningsärenden.
- Erforderlig tid måste avsättas för läkare och annan personal för bedömning av sjukdom och arbetsförmåga samt för planering av insatser i samverkan med andra aktörer.
- Fortbildning i försäkringsmedicin.
- Initiera och medverka till forskning.
- Tidiga rehabiliteringsinsatser mellan alla inblandade aktörer.

Många av de brister och problem i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen, som beskrivs i projektrapporten, har redan uppmärksammats inom SLL. Arbete har påbörjats för att komma tillrätta med problemen, vilket beskrivs mer ingående i rapportens avsnitt 4.

- Det finns en policy för utökad samverkan med Försäkringskassan.
- Rehabiliteringsgaranti har införts med beslut om utvidgning fr.o.m. 2006.
- Ett förslag föreligger om att inrätta en försäkringsmedicinsk kommitté med ansvar bl.a. för gemensam policy och förhållningssätt vid sjukskrivningsärenden.
- Uppföljning och utveckling av rehabiliteringsarbetet betonas i budgeten 2005.
- Beslut har fattats om finansiell samordning i vissa kommuner för personer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.

Arbetet förefaller hittills ha fått litet genomslag i verksamheten och mycket återstår att göra. Revisionskontorets synpunkter och kommentarer avseende ovanstående åtgärder ges i avsnitt 6 i rapporten.

Sammanfattningsvis anser revisionskontoret att det är viktigt att förändringsarbetet avseende förfarandet kring sjukskrivning och rehabilitering tar fart och får genomslag i arbetssättet inom sjukvården. De stora samhällsekonomiska kostnaderna och folkhälsoansvaret motiverar ett kraftfullt agerande från landstingets sida. Landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för detta, men även sjukvårdsproducenterna har ett ansvar för genomförande i verksamheten.

Revisionskontoret kommer fortlöpande granska utvecklingen på området och följa hur implementeringen sker samt vilket genomslag pågående åtgärder får i verksamheten. Dessutom kommer revisionen att efterfråga en redovisning av resultatet av gjorda satsningar.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Ansvarsfördelning i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen.....	2
2.1 Sjukförsäkringen	2
2.2 Rehabiliteringen.....	3
3. Probleminventering/kunskapskartläggning.....	4
3.1 Socialstyrelsens tillsyn	5
3.2 SBU:s rapport	6
3.3 KI-rapporten.....	6
3.4 Två studier om förhållanden i Stockholms län.....	8
4. Aktuella åtgärder inom SLL.....	9
4.1 Policy för samverkan med Försäkringskassan.....	9
4.2 Rehabiliteringsgaranti.....	10
4.3 Den utvidgade rehabiliteringsgarantin	11
4.4 Utvidgat samarbete med Försäkringskassan.....	12
4.5 Försäkringsmedicinsk kommitté	12
4.6 SLL:s budget för 2005.....	13
4.7 Finansiell samordning.....	14
5. Åtgärdsförslag - skrivelse till Socialdepartementet.....	14
6. Revisionens slutsatser/kommentarer	15
6.1 Kartläggning av aktuella problem	15
6.2 Pågående åtgärder.....	15
6.3 Avstämning mot arbetsgruppens åtgärdsförslag	17
6.4 Övriga förbättringsområden.....	18

Bilaga 1 A Schematisk bild av sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen

Bilaga 1 B Problemområden ur läkarens perspektiv

Bilaga 2 Intervjuade personer

1. Inledning

Sjukfrånvaron i landet har ökat kraftigt under de senaste åren och orsakar stora kostnader för samhället och den sjukskrivne. Enligt OECD:s ekonomirapport från juni 2005 ligger sjukfrånvarodagarna per anställd i Sverige dubbelt så högt som OECD-snittet. Vad samhällets totala kostnader för sjukfrånvaron uppgår till är svårt att beräkna. De höga ohälsotalen är, enligt OECD, Sveriges enskilt största ekonomiska problem. Regeringen har satt ett mål att frånvaron från arbetslivet p.g.a. sjukskrivning ska halveras mellan 2002-2008.

Antalet sjukskrivningar i länet är idag större än för tio år sedan, och de långa sjukskrivningarna har ökat markant. Ohälsotalet i länet var, enligt Försäkringskassan, vid årsskiftet 2004-2005 bland de lägsta i landet. Trots detta är *antalet* sjukskrivna personer högt. I juli 2005 var ca 45 000 personer i länet sjukskrivna enligt Försäkringskassans statistik², vilket motsvarade ca 19 % av det totala antalet sjukskrivna i Sverige vid denna tidpunkt. De ökade sjukskrivningarna innebär större belastning på sjukvården. Landstingets kostnader för arbete med sjukskrivning och sjukskrivna patienter i form av kostnader för besök, utredningar och behandlingar är inte känt. Enligt uppgift har ett arbete med att uppskatta dessa kostnader påbörjats.

En sjukskrivning är en process som innefattar flera aktörers medverkan. Huvudaktörerna är individen, hälso- och sjukvården, arbetsgivaren/arbetsförmedlingen³, Försäkringskassan och socialtjänsten. I samhällsdebatten förekommer många signaler om ineffektivitet i denna process. Hälso- och sjukvården ansvarar för vård och behandling, inklusive medicinsk rehabilitering samt bedömning och utfärdande av intyg. De sjukskrivande läkarnas roll och sjukvårdshuvudmannens ansvar har kommit att diskuteras allt mer. En vanlig missuppfattning är att läkaren fattar beslut om sjukskrivning, när det i själva verket är Försäkringskassan som har beslutanderätten.

En väl fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är av största vikt för individens återhämtning och återgång i arbete och därmed kostnadsutvecklingen i samhället. En långvarig sjukskrivning utan rehabiliterande insatser har visat sig kunna leda till social isolering och risk för utslagning från arbetslivet.

² Exklusive sjukskrivningar 1-14 dagar som ersätts av arbetsgivaren.

³ personer utan anställning

Denna granskning syftar till att kartlägga aktuella problem kopplade till sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen med fokus på landstingets ansvarsområde.

Granskningen syftar dessutom till att undersöka vilka åtgärder landstinget har vidtagit för att förbättra processen samt till att, om det bedöms nödvändigt, föreslå inriktning för en fortsatt granskning.

Granskningen har skett genom dokumentstudier som har kompletterats med ett antal intervjuer med tjänstemän inom FORUM och Beställare Vård inom landstingsstyrelsens förvaltning (bilaga 2).

2. Ansvarsfördelning i sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen

2.1 Sjukförsäkringen

Lag om allmän försäkring reglerar den allmänna sjukförsäkringen, som är en inkomstbortfallsförsäkring vid nedsatt arbetsförmåga p.g.a. sjukdom.

En person kan enligt regelsystemet endast vara sjukskriven om dennes sjukdom eller skada leder till minst 25% nedsatt arbetsförmåga i förhållande till de krav som ställs i det jobb personen har eller skulle kunna få. Den sjukskrivne är skyldig att uppvisa läkarintyg för arbetsgivaren senast sjunde kalenderdagen efter sjukanmälan. Arbetsgivaren beslutar om/betalar sjuklön under de två första veckorna (exklusive karensdagen) av sjukskrivningen. Om sjukfallet fortsätter efter sjuklöneperioden kopplas Försäkringskassan in. Arbetsgivaren anmäler då sjukfallet till Försäkringskassan och individen ska lämna sjukintyg till försäkringskassan. För att sjukpenning ska betalas ut måste individen dessutom lämna försäkringen om sjukpenning.

Från och med 1 januari 2005 betalar arbetsgivaren 15% av sjukpenningen under den tid den anställde är sjukskriven på heltid efter sjuklöneperioden. Arbetsgivaren ska inte betala om den anställde deltar i rehabilitering och får rehabiliteringsersättning.

Socialstyrelsen har i sina allmänna råd om sjukskrivning beskrivit läkarens roll och ansvar samt vad denne ska beakta vid sjukskrivning. I sjukintyget uttalar sig behandlande läkare om patientens medicinska tillstånd, symtom och förmåga/aktivitetsbegränsning, d.v.s. vad patienten inte kan utföra. Det är ett intygande av sakförhållanden utan bedömning eller förslag till åtgärd. Försäkringskassans handläggare avgör sjukpen-

ningrätten utifrån det medicinska underlaget och patientens egna uppgifter. Läkaren agerar vid intygsskrivandet medicinskt sakkunnig och ska på ett objektivt sätt intyga medicinska förhållanden rörande patienten till andra instanser i samhället. Försäkringskassan kan också inhämta ett särskilt läkarutlåtande (SLU) främst från särskilt utbildade (certifierade) läkare för en analys av sakförhållanden vilken leder till eventuella förslag till åtgärd.

Om behov av klargörande finns avseende det medicinska underlaget eller andra oklarheter mellan parterna (patienten, Försäkringskassan, sjukskrivande läkare, arbetsgivaren) kallas till "avstämningsmöte" där minst tre av ovanstående fyra parter träffas personligen. Sedan 1 januari 2005 ska Försäkringskassan, där behov finns, kalla till sådant möte senast två veckor efter att rehabiliteringsutredning gjorts. Syftet med mötet är att underlätta återgång i arbete.

Ett visst arvode utgår till läkaren för deltagande i avstämningsmöte. Privatpraktiserande läkare ersätts även för intyg/utlåtanden (enligt Riksförsäkringsverkets författningssamling) medan landstingsanställda läkares ersättning ska regleras genom de s.k. "Dagmarmedlen". Efter vad som framgår av bl.a. Försäkringskassans årsredovisning 2004 har dock avstämningsmöten genomförts i begränsad utsträckning.

2.2 Rehabiliteringen

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesserna är sammanflätade med varandra. Sjukskrivningen i sig är/kan vara en del i rehabiliteringen. Den kan också vara en förutsättning för att rehabiliteringen ska kunna genomföras.

Många aktörer har ett ansvar i rehabiliteringsprocessen, vilket regleras i ett flertal lagrum och föreskrifter.

- *Läkaren/sjukvården* ansvarar för den medicinska rehabiliteringen d.v.s. vården.
- *Arbetsgivaren* har ett ansvar att anpassa förhållandena på arbetsplatsen med hänsyn till medarbetarens förutsättningar. Arbetsgivaren är också skyldig att göra en rehabiliteringsutredning vid sjukfrånvaro över fyra veckor, upprepad korttidsfrånvaro eller då arbetstagaren själv begär det.
- *Företagshälsovården* kan vara ett stöd, en expertresurs, åt arbetsgivaren i samband med rehabiliteringsutredningen och/eller kring de anpassningsåtgärder som behövs på arbetsplatsen.

- *Länsarbetsnämnden och arbetsförmedlingen* svarar för insatser inom yrkesinriktad rehabilitering.
- *Socialtjänsten* ansvarar för den sociala rehabiliteringen.
- *Försäkringskassan* har ett samordningsansvar vad gäller de rehabiliteringsinsatser som anses nödvändiga för att patienten ska kunna återgå i arbete. Detta innebär bl.a. att tillse att rehabiliteringsutredning görs i tid, rehabiliteringsplan upprättas vid behov, samt när så behövs ta initiativ till försäkringsmedicinska och/eller arbetslivsinriktade utredningar. Försäkringskassan beslutar om rehabiliteringsersättning ska utgå under rehabiliteringstiden (ersätter då sjukpenning). Försäkringskassan beslutar också om sjukersättning/aktivitetsersättning ska utgå (tidigare förtidspension) till personer med långvarigt nedsatt arbetsförmåga. Bedömning av arbetsförmågan ska göras återkommande.
- Sist men inte minst har *individen* ett ansvar och en skyldighet att medverka aktivt i sin egen rehabilitering.

3. Probleminventering/kunskapskartläggning

Som framgår av rapportens föregående avsnitt är det många aktörer som behöver samverka i rehabiliteringsprocessen. Betydelsen av denna samverkan har i många undersökningar visat sig vara stor för att uppnå en lyckad rehabilitering av långtidssjukskrivna. Den tycks dock inte helt enkel att åstadkomma.

Socialstyrelsen (SoS) menar att det idag saknas tydliga anvisningar för samverkan i det särskilda patientfallet mellan hälso- och sjukvården och de externa aktörerna (se nedan).

Regeringen tillsatte i våras en utredning som ska se över arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, där ansvarsfördelningen mellan arbetsgivare och samhälle ska tydliggöras och den enskildes rätt till arbetslivsinriktad rehabilitering stärkas. Uppdraget ska redovisas senast 30 april 2006.

Men berörda aktörer har också *interna* problem att hantera sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen. Ett antal rapporter/studier beskriver olika typer av problem när det gäller hantering av sjukskrivningsärenden. Media beskriver ofta problem/brister som berör detta område. Vi har valt att här särskilt lyfta fram tre rapporter som rör sjukvårdens ansvarsområde.

- ”Sjukskrivningsprocessen i primärvården – Återföring av tillsynsbesök 2004”, Socialstyrelsen

- ”Sjukskrivningsorsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt Dec 2003”, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
- ”Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patientens sjukskrivning januari 2005”, Kristina Alexandersson m.fl. Karolinska Institutet (KI).

Dessutom refererar vi till två studier som behandlar förhållanden i Stockholms län.

- ”Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie 2005” riktad till läkare i Stockholms respektive Östergötlands län genomförd av KI tillsammans med Försäkringskassan och landstingen i Stockholm och Östergötland
- ”Vem sjukskriver och hur? – En kartläggning av sjukintyg i Norrtälje” genomförd i samverkan mellan SLL och Försäkringskassan 2004.

3.1 Socialstyrelsens tillsyn

SoS besökte under 2004 ca en femtedel av landets vårdcentraler i sin tillsyn av sjukskrivningsprocessens kvalitet. Enligt SoS ges läkaren alltför sällan möjlighet att ta till sig all information som behövs vid intygsutfärdandet och har svårt att få grepp om patientens verkliga funktionsbegränsning i relation till arbetsuppgifterna. Många läkare upplever sig dessutom ha små möjligheter att påverka själva sjukdomsförloppet. Vårdcentralerna pekar på brister i samverkan bl.a. med Försäkringskassan, arbetsgivaren och företagshälsovården som orsaker. SoS lyfter fram ett antal förbättringsområden.

- Vårdcentralerna bör som ett led i sitt kvalitetsarbete upprätta och tillämpa lokala rutiner eller riktlinjer för hantering av sjukskrivning som även omfattar intern samverkan. De bör också i sitt kvalitetsarbete utveckla egenkontrollen för att kunna utvärdera insatser för gruppen långtidssjukskrivna patienter. I det interna kvalitetsarbetet bör ingå att säkerställa en tydligare dokumentation i patientjournalerna. Denna bör innehålla uppgifter som är väsentliga i sjukskrivningsprocessen, som sjukskrivningens längd, omfattning och förväntad effekt.
- I rehabiliteringsarbetet måste primärvård, försäkringskassa, arbetsgivare, i förekommande fall företagshälsovård, arbetsförmedling och patient känna till sina roller och ta sitt ansvar. Socialstyrelsen menar att samverkan mellan dessa aktörer

bör utvecklas och ansvarstagandet tydliggöras. Det är Socialstyrelsens uppfattning att det i tillämpliga författningar saknas tydliga anvisningar för samverkan i det enskilda patientfallet mellan hälso- och sjukvården och de externa aktörerna. Sådan samverkansskyldighet kan inte ensidigt åläggas hälso- och sjukvården utan bör införas samordnat i all relevant lagstiftning för att gälla samtliga aktörer.

- Socialstyrelsen finner det angeläget att göra en särskild tillsynsinsats för att granska kvaliteten i sjukskrivningsprocessen hos de vårdgivare som tar emot patienter med psykiatriska diagnoser. Socialstyrelsen avser därför att från regeringen begära medel att genomföra sådan tillsyn under 2006.
- Det krävs mer forskning kring långtidssjukskrivningar.

3.2 SBU:s rapport

Syftet med SBU:s rapport var att, genom sammanställning av aktuell forskning, värdera den vetenskapliga evidensen om positiva och negativa konsekvenser av att vara sjukskriven, att kartlägga forskning om sjukfrånvaro och kunskaper om orsaker till sjukskrivning samt läkarens praxis vid utfärdandet av sjukintyg.

SBU konstaterar i sin rapport att det överhuvudtaget finns förvånansvärt få studier om sjukfrånvarons orsaker och konsekvenser och om läkares sjukskrivningspraxis, och ytterst få av hög metodologisk kvalitet. Resultaten är för generella för att vara praktiskt användbara i hälso- och sjukvården. Mer och bättre forskning behövs. Vad gäller läkarnas sjukskrivningspraxis konstateras att det endast fanns vetenskaplig evidens för två resultat, dels att läkare tycker arbetet med sjukskrivningsärenden är problematiskt, dels att läkarintygen ofta har undermålig kvalitet.

3.3 KI-rapporten

Socialdepartementet gav 2004 professor Kristina Alexandersson, KI, i uppdrag att leda ett projekt för att identifiera förhållanden inom hälso- och sjukvården som kan ha negativ effekt för handläggningen av sjukskrivningsärenden och sjukfrånvaro. I detta projekt framkom sammanfattningsvis flera aspekter inom sjukvårdens organisation som bidrar till att sjukfrånvarofall blir långa. Hälso- och sjukvårdens problem kring handläggning av patienters sjukskrivning kan relateras till sju områden:

- kunskapsläget
- patientens väg genom systemet
- läkarrollen
- läkares arbetssituation
- ledning och styrsystem
- faktorer utanför sjukvården
- samverkan med andra aktörer.

Ett centralt problem som framkommit i anknytning till flera av dessa områden är läkarnas tidsbrist.

Landstingen saknar, enligt rapportförfattarna, helhetsstrategi för handläggning av sjukskrivningsärenden. Kvalitetssäkring av arbetet med dessa frågor saknas, liksom ofta strategier för kompetensutveckling och kunskapsgenerering inom området. Det vetenskapliga kunskapsläget är dåligt inom de diagnosgrupper som oftast är aktuella för sjukskrivning (rygg-, nacke-, psykiatriska-, hjärt- och kärldiagnoser) både vad gäller diagnosättning, behandling och rehabilitering. Dessutom saknas kunskap om vad som är optimal sjukfrånvaro, vilket är viktigt vid ett ställningstagande gällande den enskilde patienten och för konsensus vid hantering av frågorna. Stor spridning finns i hur läkare bedömer behov av sjukskrivning.

Kompetensen hos de professionella inom sjukvården brister avseende försäkringsmedicinsk kunskap (lagar och regler, hur försäkringen och samhället fungerar, sjukvårdens roll o.s.v.) och kunskap kring handläggning av patienter med psykosocial problematik.

Samverkansproblem, konstaterar rapportförfattarna, finns såväl internt inom sjukvården som externt i samverkan med andra aktörer som arbetsgivare, försäkringskassa, företagshälsovård och arbetsförmedling. Logistikproblem finns både inom sjukvården liksom med externa aktörer. Väntetider förekommer för utredning och behandling, kontakt med försäkringskassa och åtgärd från arbetsgivarna. Allt detta leder till längre sjukskrivningstid. Utrednings- och behandlingsprocesser som är av stor vikt för återgång i arbete sker inte parallellt hos de inblandade aktörerna.

Ett mycket centralt problem, skriver rapportförfattarna, är att det råder stor oklarhet om vem som har rehabiliteringsansvaret för enskilda patienter. Denna oklarhet leder till att det kan dröja länge innan någon tar tag i ett ärende. Målbilderna ser också olika ut för de olika aktörerna. Sjukvårdens mål är att uppnå bästa funktionsförmåga och välbefinnande

för patienten, Försäkringskassans mål är att den försäkrade ska återfå arbetsförmågan och arbetsmarknadsmyndighetens mål syftar till att personen ska bli anställningsbar. Detta bidrar också till att försvåra samverkan.

3.4 Två studier om förhållanden i Stockholms län

Enkätundersökningen kring läkares erfarenheter och önskemål vad gäller hantering av sjukskrivningar är ett samverkansprojekt mellan KI, Försäkringskassan, Stockholms och Östergötlands läns landsting i syfte att utforma olika insatser för att stötta läkare i arbetet med sjukskrivningar. Enkäten skickades till ca 7.700 läkare i de båda länen. Den totala svarsfrekvensen var hög.

Resultatet visar att de flesta sjukskrivningsärenden upplevs som enkla. Hälften av de svarande läkarna upplevde bara problem någon gång per år eller månad. De två aspekter som flest läkare upplevde som problematiska var, när patienten hade en annan åsikt än läkaren om behovet av sjukskrivning⁴, samt att hantera förlängning av sjukskrivning, när annan läkare tidigare varit inblandad. Man angav även problem med att ta ställning till funktionsförmåga, arbetsförmåga, sjukskrivningstid och sjukskrivningsgrad. Även att hantera de båda rollerna som patientens behandlare kontra medicinskt sakkunnig ansågs som problematiskt.

Läkarna uppgav att de sjukskrev längre än vad som egentligen skulle vara nödvändigt p.g.a. väntetider till vård och behandling och långa handläggningstider inom Försäkringskassan, arbetsförmedlingen och hos arbetsgivare. Två tredjedelar av läkarna hade regelbundna kontakter med Försäkringskassan. Flera problem i kontakten med handläggare vid Försäkringskassan framfördes. Framförallt önskades en allmän dialog med Försäkringskassan om sjukskrivningar och försäkringsmedicin. Generellt angavs ett stort behov av fördjupning av kunskaper och färdigheter kring sjukskrivning. Att skriva medicinska underlag (intyg) var det läkarna i minst utsträckning ansåg att de hade behov att fördjupa sina kunskaper kring. Däremot ville man ha mer kunskap om andra aktörers möjligheter och skyldigheter. Endast en femtedel av de svarande läkarna ansåg att man på deras mottagning/klinik hade en väl förankrad linje för hantering av sjukskrivningsärenden. Här fanns en skillnad mellan länen. Vårdcentralsläkarna i Östergötland angav i mycket större utsträckning än läkarna i Stockholms län att det fanns en

⁴ I KI-rapporten talar man om att vara "grindvakt", d.v.s. att tillse att resurser används rättvist och ändamålsenligt.

gemensam linje. Detta, menar rapportförfattarna, kan bero på att man i Östergötlands läns landsting satsat på sjukskrivningskommittéer.

Under två veckor sommaren 2004 samlades alla *sjukintyg* som inkom till Försäkringskassan i Norrtälje in för att *kartlägga* och beskriva vilken vårdinrättning och läkarkategori som utfärdade sjukintygen och hur dessa var ifyllda. Kartläggningen genomfördes av SLL i samverkan med Försäkringskassan.

Totalt utfärdades 345 sjukskrivningsperioder och i stort sett lika många intyg under den studerade tiden.

De absolut vanligaste diagnoserna var psykiatrisk sjukdom och rörelseorganens sjukdomar med nästan en tredjedel av intygen vardera.

De sjukskrivna omhändertogs i stor utsträckning av specialistkompetenta läkare, som var verksamma i Norrtälje och huvudsakligen av läkare som arbetade på vårdcentral. Intygen var i stort sett väl ifyllda även om väsentlig information som beskriver läkarnas bedömning saknades. Många intyg saknade information som Försäkringskassans handläggare behöver för sina ställningstaganden. Antalet förskrivna sjukskrivningsdagar under perioden motsvarar en beräknad sjukpenningkostnad på åtminstone sex miljoner kronor (exklusive sjuklöneperioder som arbetsgivaren står för).

4. Aktuella åtgärder inom SLL

Många av de brister och problem i hanteringen av sjukskrivningsärenden, som har beskrivits ovan, har uppmärksammats inom SLL. Ett arbete har påbörjats med att vidta åtgärder för att komma tillrätta med de problem som har identifierats. Dessutom har Beställare Vård:s omorganisation, med tillskapandet av avdelningen för vårdgrensamordning, medfört att ett uttalat ansvar för alla samverkansfrågor med Försäkringskassan har förts in i linjeorganisationen. Nedan görs ett sammandrag av de mest väsentliga åtgärderna enligt revisionskontorets uppfattning.

4.1 Policy för samverkan med Försäkringskassan

I december 2003 beslutade Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) att en *övergripande policy* för samverkan skulle tas fram i samarbete med Försäkringskassan i Stockholms län. Dessutom beslutades att bilda en *försäkringsmedicinsk expertfunktion* med uppdrag att vara ett rådgivande

och policyskapande organ i frågor som gäller sjukskrivning och rehabilitering.

4.2 Rehabiliteringsgaranti

Den 1 januari 2004 började ett gemensamt åtagande för SLL och Försäkringskassan att gälla för rörelseorganens sjukdomar, den s.k. *rehabiliteringsgarantin*. Åtagandet gäller förvärvsarbetande personer som har värk i rygg, nacke och axlar. Garantiåtagandet innebär att patienten/den försäkrade har rätt att få:

- en utredning och bedömning senast inom 14 dagar efter att individen kvalificerat sig till garantin (beslut om garanti)
- handlingsplan upprättad
- rehabilitering påbörjad senast fyra veckor efter upprättad handlingsplan.

Detta under förutsättning att patienten/den försäkrade uppfyller vissa kriterier förutom de som redan nämnts:

- patienten/den försäkrade ska ha varit sjukskriven minst 4 veckor
- sjukskrivningen har påbörjats efter 1 januari 2004⁵
- att garantin initieras av vårdgivande läkare eller Försäkringskassa
- att individen inte har några andra angivna medicinska besvär.

Garantin är inte juridiskt bindande.

I samband med beslutet om att införa rehabiliteringsgarantin beslutade landstingsstyrelsen även att upprätta ett eller flera lokala *rehabteam* på ca nio platser i länet. Ett rehabteam består av sjukgymnast, handläggare från Försäkringskassa och läkare m.fl. Samverkan ska ske med patientens/den försäkrades arbetsgivare. Rehabteamen utgör landstingets och Försäkringskassans gemensamma resurs och instans för rehabiliteringsgarantin.

Det visade sig att tillströmningen av ärenden till rehabiliteringsgarantin blev betydligt mindre än förväntat. I mars 2005 hade 61 personer i Stockholms län utnyttjat rehabiliteringsgarantin. Viss osäkerhet föreligger dock i denna statistik p.g.a. vissa tekniska problem med inrapporteringsystemet. Av en uppföljning som har genomförts avseende rehabiliteringsgarantins effekter framgår, att av de patienter/försäkrade

⁵ Detta krav medförde att endast personer med relativt kort sjukskrivningstid kom i fråga till att börja med.

som har genomgått rehabiliteringsgarantiåtgärder var 60 % inte sjukskrivna sex månader efter avslutad åtgärd. Någon jämförelse med kontrollgrupp gjordes dock aldrig.

En utvärdering av garantin har, på uppdrag av SLL, genomförts av Arbetslivsinstitutet. Denna utvärdering anger att läkare och sjukgymnaster anser att det har funnits få patienter som har uppfyllt kriterierna för rehabiliteringsgarantin, och att den största diagnosgruppen idag inte är värkpatienter. Man efterlyste även mer information om garantin. Garantin uppfattades av aktörerna som ett tidsbegränsat projekt. På grund av den blygsamma tillströmningen av patienter uppnåddes aldrig någon systematik i arbetssättet och man beförde att garantin skulle falla i glömska. Samtliga aktörer ansåg dock att det positiva med rehabiliteringsgarantin var möjligheten att fånga upp patientens/den försäkrades problem tidigt.

4.3 Den utvidgade rehabiliteringsgarantin

Landstingsstyrelsen beslutade i juni 2005 att SLL ska ingå ytterligare avtal med Försäkringskassan om en *utvidgad rehabiliteringsgaranti*. Den utvidgade garantin gäller för fler diagnoser jämfört den tidigare garantin. I utvidgningen gäller garantin även för patienter/försäkrade med diagnoser inom området psykisk ohälsa med tyngdpunkt på stressrelaterad problematik och för långtidssjukskrivna värkpatienter. Den utvidgade garantin börjar gälla från och med 2006 och omfattar inte personer som är arbetslösa. Kriterier och åtagande är i övrigt desamma som anges under avsnitt 4.2.

Försäkringskassan och SLL har enats om att arbeta efter en grundmodell med tre nivåer för vad målgruppen minst ska erhålla inom rehabiliteringsgarantin.

1. Utredning och bedömning av läkare inklusive medbedömning av sjukgymnast, psykolog m.fl. Försäkringskassan bedömer om patienten/den försäkrade omfattas av garantin eller inte. Samverkansavtal skrivs mellan verksamhetschef vid vårdcentral och områdeschef från Försäkringskassan.
2. Avstämningsmöte med patienten/den försäkrade och övriga inblandade rehabiliteringsaktörerna inklusive patientens arbetsgivare. En rehabiliteringsplan upprättas.
3. Den tredje nivån träder ikraft om patienten har behov av stresshantering. I garantin kommer patienten/den försäkrade att erbjudas gruppsamtal.

För närvarande *pågår försök vid 16 vårdcentraler* i Västerort med att arbeta enligt den nya grundmodellen.

4.4 Utvidgat samarbete med Försäkringskassan

Landstingsstyrelsen har även antagit ett förslag om *fortsatt och utvidgat samarbete* med Försäkringskassan. Utveckling av samverkan kommer enligt förslaget att ske inom följande områden:

- gemensamt åtagande om rehabiliteringsgarantin (se beskrivning ovan 4.2 och 4.3)
- försäkringsmedicinskt samarbete (se 4.5 nedan)
- elektronisk informationsöverföring
- forskning, utveckling och utbildning.

När det gäller elektronisk informationsöverföring åsyftas ett utvecklingsprojekt där medel har ansökts hos Vinnova (Verket för innovationssystem, vilket har till uppgift att finansiera forskning som utvecklar effektiva innovationssystem). Denna ansökan har dock inte beviljats. Vad som kommer att hända med det tänka projektet är därför f.n. oklart.

Samarbete pågår löpande mellan Försäkringskassan, KI och SLL om forskning, utveckling och utbildning. Som ett exempel på detta samarbete kan nämnas den tidigare refererade kartläggningen av sjukintygen i Norrtälje som SLL genomförde under 2004 tillsammans med Försäkringskassan ("Vem sjukskriver och hur?"). Under 2004-05 genomfördes enkätstudien avseende "Läkares arbete med sjukskrivningar" tillsammans med Försäkringskassan, Landstinget i Östergötland och KI. Dessutom har ett seminarium på temat "Uppdrag sjukskrivning; problem och möjligheter i Stockholm" genomförts under hösten 2005 i regi av Stockholmsnätverket för forskning om sjukskrivning (SNÄFS i vilket SLL, Försäkringskassan och KI ingår).

4.5 Försäkringsmedicinsk kommitté

Någon försäkringsmedicinsk expertfunktion har ännu inte bildats inom SLL, trots HSU:s beslut 2003. Försäkringsmedicinsk expertkompetens som arbetar med dessa frågor finns dock både hos Beställare Vård och Forum. Enligt beslut från HSU i augusti 2005 föreslås Landstingsstyrelsen inrätta en *försäkringsmedicinsk kommitté* (FÖRKOM). FÖRKOM är bl.a. tänkt att vara en samrådskommitté för personal inom hälso- och

sjukvården som arbetar med försäkringsmedicinska intyg och utlåtande.

FÖRKOM:s uppdrag föreslås i huvudsak omfatta:

- att i samverkan med andra aktörer ansvara för förslag till landstingets policy i viktiga försäkringsmedicinska frågor
- att ta fram och underhålla rekommendationer för ett gemensamt förhållningssätt kring sjukskrivning
- att vara rådgivande organ till koncernledningen i försäkringsmedicinska frågeställningar
- att ta ställning till nationella och regionala medicinska riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram
- att vara rådgivande organ kring sjukskrivningsprocessen där flera sjukvårdsaktörer är inblandade.

Förslaget har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av representanter från Stockholms distriktsläkarförening, Stor-Stockholms privatläkarförening, Stockholms företagsläkarförening, psykiatrin, ortopedin och Försäkringskassan i Stockholms län. Avsikten är att FÖRKOM:s verksamhet ska integreras i Centrum för vårdpraxis vid Forum.

4.6 SLL:s budget för 2005

I budgeten för 2005 *betonas att rehabiliteringsverksamheterna behöver ägnas ökad uppmärksamhet.* Det gäller både den rehabilitering som omfattar kroniskt sjuka och olika grupper på specialistnivå och den rehabilitering som kan ske inom närsjukvården. En viktig anledning till att stärka området är det ökade antalet sjukskrivningar. Det påpekas att den nya stressrelaterade ohälsan kommer att kräva både ett utvecklingsarbete för att finna orsakssamband och ett nytänkande i rehabiliteringsarbetet. Vikten av att rehabiliteringsgarantin vidareutvecklas framhålls. Multiprofessionellt teamarbete med patienten som aktiv deltagare ska eftersträvas. Vidare anges bl.a. att:

- utvecklingsarbete inom rehabiliteringsarbetet ska stödjas
- uppföljning av rehabiliteringens resultat på alla nivåer i vårdkedjan ska göras
- samarbete med Försäkringskassan om den arbetslivsriktade rehabiliteringen vidareutvecklas.

4.7 Finansiell samordning

Landstingsfullmäktige har i september 2005 beslutat om att inrätta samordningsförbund i Botkyrka, Södertälje/Nykvarns kommuner. I samordningsförbund sker finansiell samverkan för personer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Kommun, landsting, Försäkringskassa och Länsarbetsnämnd deltar.

5. Åtgärdsförslag - skrivelse till Socialdepartementet

En arbetsgrupp bestående av representanter för Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund och Försäkringskassan har i en skrivelse från den 5 april i år till Socialdepartementet lagt fram förslag på åtgärder för att förbättra handläggningen av sjukskrivningar i hälso- och sjukvården.

Gruppen konstaterar att hälso- och sjukvården idag inte har något uttalat ansvar för sjukskrivningsfrågan, vilket gör att frågan inte är tillräckligt högt prioriterad.

Sammanfattningsvis menar gruppen att följande krävs för att förbättra sjukskrivningsprocessen:

- ett tydligare uppdrag för hälso- och sjukvården, när det gäller sjukskrivningsfrågan
- tydligare ledning och prioritering av sjukskrivningsfrågan inom landstingen
- tidigare, snabbare, mer samordnade insatser och med medverkan av fler kompetenser
- förbättrad samverkan både internt inom sjukvården och i samverkan med andra aktörer
- förbättrad kunskap och forskning kring sjukskrivningsprocessen.

Gruppen föreslår en rad åtgärder för att uppnå förbättringar. För sjukvårdens vidkommande föreslås ett antal åtgärder.

- Landstingen utformar centrala policies om sjukskrivningsärenden. På vårdcentral-/klinikinivå utformas rutiner och riktlinjer. Övergripande metoddiskussioner kring sjukskrivningsförfarandet. Varje

landsting bör ha en sjukskrivningskommitté, som kan stödja det interna arbetet och sprida kunskap i samhället.

- Erforderlig tid måste avsättas för läkare och annan personal för bedömning av sjukdom och arbetsförmåga samt för planering av insatser i samverkan med andra aktörer.
- Fortbildning i försäkringsmedicin.
- Initiera och medverka till forskning.
- Tidiga rehabiliteringsinsatser mellan alla inblandade aktörer. Eventuell koordinator som driver den komplicerade samordningsprocessen både internt inom vårdcentralen och externt med viktiga aktörer. Resurs- eller samarbetsteam på vårdcentralnivå, bestående av vårdcentralens olika professioner och försäkringskassans handläggare, till vilka övriga aktörer kopplas vid behov.

Därutöver pekar man på att regeringens planer för utbyggnad av primärvården fullföljs är en förutsättning.

6. Revisionens slutsatser/kommentarer

Denna granskning har haft som syfte att dels kartlägga aktuella problem kopplade till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med fokus på sjukvårdens och landstingets ansvarsområde, dels undersöka vilka åtgärder landstinget har vidtagit i syfte att undanröja problemen.

6.1 Kartläggning av aktuella problem

Det kan konstateras att ett spektrum av olika problem är kopplade till sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen. Vissa problem är möjliga för sjukvården/landstinget att lösa/påverka internt medan andra är beroende av ändrad lagstiftning, andra aktörers agerande o.s.v. Vi har gjort ett försök att, utifrån sjukvårdens perspektiv, sammanfatta sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen och ett urval av därtill kopplade problem i en schematisk skiss (se bilaga 1A och B). Skissen grundas på ovan redovisade studier.

6.2 Pågående åtgärder

I avsnitt 4 redogörs för landstingets beslut och åtgärder, som har bäring på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och syftar till förbättring av denna. Revisionskontoret anser att landstinget har påbörjat ett för-

bättringsarbete, men att man befinner sig i ett inledningsskede och att mycket återstår att göra.

- Landstinget har arbetat med/arbetar med att förbättra förutsättningarna för samverkan med Försäkringskassan. Försäkringskassans omfattande omorganisation (som bl.a. har inneburit att alla regionala försäkringskassor har bildat *en* myndighet – Försäkringskassan) kan dock medföra en risk för ”backlash” i samarbetet. Denna risk måste, enligt revisionskontoret, beaktas och hanteras av landstinget.
- SLL har infört en rehabiliteringsgaranti och beslut om utvidgning av denna. Trots rehabiliteringsgarantin kan det dröja 6-10 veckor (eller mer) från påbörjad sjukskrivning till att behandling inleds. Få patienter har hittills tagit del av rehabiliteringsgarantin, som tycks ha fått litet genomslag i verksamheten. Sannolikt har målgruppen varit för snävt avgränsad, vad gäller diagnos och sjukskrivningstid, för att garantin ska få avsedd effekt. Mer komplicerade diagnoser med längre sjukskrivningstider har förmodligen större fördel av de samverkans effekter som garantin medför. Den utvidgade garantin borde därför ha bättre utsikter att nå ut. Det är viktigt, att en utvärdering med kontrollgrupper genomförs avseende patientnyttan med rehabiliteringsgarantin, både den nuvarande och den utvidgade.
- 2003 fattades ett beslut i HSU om att bilda en försäkringsmedicinsk expertfunktion, vilket ännu inte har skett. Istället föreligger ett nytt beslut från HSU om att föreslå landstingsstyrelsen att bilda en försäkringsmedicinsk kommitté (FÖRKOM). Den föreslagna kommitténs uppdrag liknar den tidigare beslutade expertfunktionens. Enligt revisionskontorets uppfattning, förefaller processen att bilda en dylik funktion ha tagit onödigt lång tid. Såsom beslutet nu är utformat, ser revisionskontoret möjligheter till förbättrad styrning av sjukskrivnings-/rehabiliteringsprocessen, bl.a. genom landstingsgemensam policy och förhållningssätt, vilket tidigare har saknats. Revisionskontoret befarar dock att FÖRKOM:s uppdrag kan vara alltför brett och omfattande. För att syftet med FÖRKOM ska kunna realiserats krävs en strategi för hur implementering ska ske i organisationen. Här har beställaren och sjukvårdsproducenterna ett delat ansvar. Ett gemensamt förhållningssätt förutsätter, enligt revisionskontorets mening, den sjukskrivande personalens medverkan i ett erfarenhetsutbyte och i en diskussion kring aktuella bedömningsituationer.

6.3 Avstämning mot arbetsgruppens åtgärdsförslag

Revisionskontoret uppfattar de åtgärdsförslag, som den ovan presenterade arbetsgruppen har lagt fram till socialdepartementet, i syfte att förbättra sjukskrivningsprocessen, som relevanta och väl grundade. Vi har därför valt att nedan stämma av de åtgärder, som har beslutats respektive vidtagits inom SLL, mot gruppens rekommendationer.

Sammanfattningsvis anser revisionskontoret att landstinget har påbörjat ett arbete i linje med vad arbetsgruppen har föreslagit. Det förefaller dock som om fattade beslut och vidtagna åtgärder hittills har fått begränsat genomslag.

- *Sjukskrivningskommitté*, som föreslås av arbetsgruppen är sannolikt jämförbar med FÖRKOM:s tänkta funktion. Den lokala förankring, som framhålls av arbetsgruppen, uppfattar vi som mindre tydlig i FÖRKOM:s uppdrag.
- Arbetsgruppen framhåller betydelsen av att *erforderlig tid avsätts för läkare och annan personal* för bedömning av sjukdom och arbetsförmåga och för planering av insatser i samverkan med andra aktörer. Revisionskontoret har inte kunnat finna några uttalade intentioner i denna riktning från landstingets ledning. Mot bakgrund av ovan redovisade problematik vore detta dock önskvärt, både ur kvalitets- och arbetsmiljösynvinkel.
- Gruppen understryker vikten av *fortbildning i försäkringsmedicin*. Inom SLL förekommer sådan i samverkan med Försäkringskassan. Vi vill dock peka på betydelsen av att en systematisk inventering av personalens och verksamhetens behov av försäkringsmedicinsk utbildning sker kontinuerligt och att hänsyn tas till framförda önskemål om utbildningens inriktning.
- Arbetsgruppen anser att sjukvården ska initiera och medverka till *forskning inom försäkringsmedicin*. Revisionskontoret har inte sett någon redovisning av vilken forskning landstinget initierat och/eller medverkat i på detta område och inte heller någon inventering av vilket behov av forskning som sjukvården uppfattar.
- Gruppen förespråkar *tidiga rehabiliteringsinsatser* mellan alla inblandande aktörer. Införande av rehabiliteringsgarantin är en modell för att åstadkomma tidiga rehabiliteringsinsatser i samverkan med Försäkringskassan och andra aktörer. Försök med samarbetsteam i rehabiliteringsarbetet och lokalt placerade handläggare från Försäkringskassan pågår vid ett antal vårdcentraler i Västerort.

6.4 Övriga förbättringsområden

Revisionskontoret vill, utöver det som redan har kommenterats, särskilt peka på några områden, som vi uppfattar som väsentliga i sammanhanget, och som vi anser inte tillräckligt täcks av de åtgärder som har vidtagits inom landstinget.

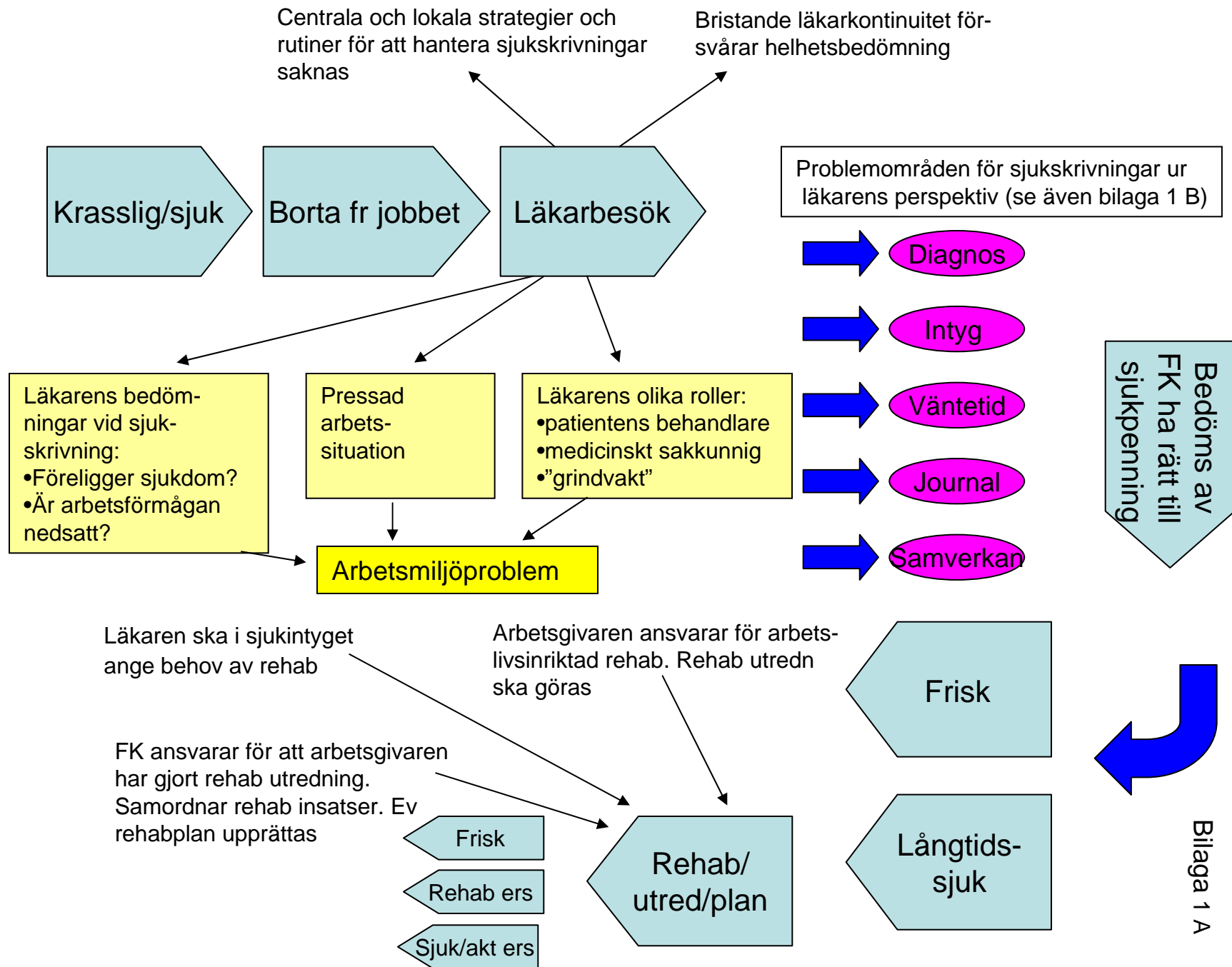
- Det är viktigt att landstinget aktivt efterfrågar och medverkar till att fler behandlings-/rehabiliteringsmetoder utvecklas och vetenskapligt prövas, framförallt vad gäller de stora sjukskrivningsdiagnoserna.
- Revisionskontoret noterar att samverkan med Försäkringskassan har utökats. Fortfarande behöver dock samverkansarbete med andra aktörer få en högre prioritet.
- Landstinget bör aktivt arbeta för att förbättra logistiken i sjukvårdens vård- och rehabiliteringskedja i syfte att korta sjukskrivnings- och rehabiliteringstiden. Nationella vård- och behandlingsgarantin, som införs i höst, kommer sannolikt att påverka i denna riktning.
- I budget 2005 betonas uppföljning av rehabiliteringsinsatser på alla nivåer i vårdkedjan. Ansvaret för uppdraget är inte tydligt angivet. Revisionskontoret anser att en uppföljning av rehabiliteringens effekter även bör ske på en övergripande nivå i landstinget. Det är beställarens ansvar att en strategi för detta tas fram.

Sammanfattningsvis anser revisionskontoret att det är viktigt att förändringsarbetet avseende förfarandet kring sjukskrivning och rehabilitering tar fart och får genomslag i arbetssättet inom sjukvården. De stora samhällsekonomiska kostnaderna och folkhälsoansvaret motiverar ett kraftfullt agerande från landstingets sida. Landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för detta, men även sjukvårdsproducenterna har ett ansvar för genomförande i verksamheten.

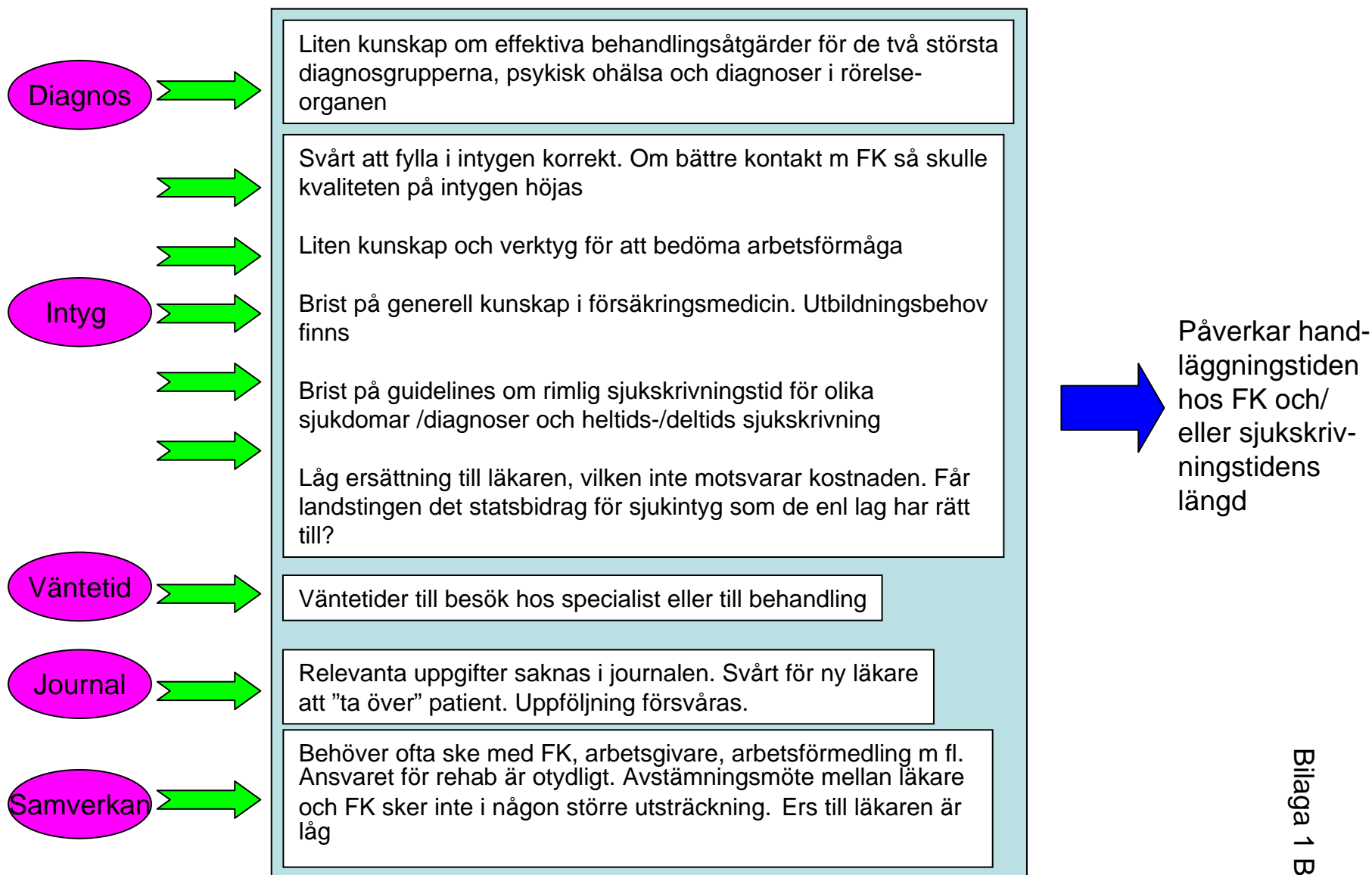
Revisionskontoret kommer fortlöpande granska utvecklingen på området och följa hur implementeringen sker samt vilket genomslag pågående åtgärder får i verksamheten. Dessutom kommer revisionen att efterfråga en redovisning av resultatet av gjorda satsningar.

Britt-Marie Erlandsson
revisor

Stina Nilsson-Kristiansson
revisor



Problemområden för sjukskrivningar ur läkarens perspektiv



Intervjuade personer

Britt Arrelöv Forum

Läkare och sakkunnig inom försäkringsmedicin och samverkan med Försäkringskassan.

Bengt Hartwig Forum

Projektledare, sakkunnig inom försäkringsmedicin.

Elisabet Erwall Beställare Vård

Projektchef för Rehabiliteringsgarantin

Aina Daleus Beställare Vård

Chef för avdelningen för vårdgrenssamordning