

# Regionenkäten – fritextsvar

Bilaga 6 till Socialstyrelsens lägesbeskrivning  
baserad på enkäter till läkare och regionledning  
hösten 2022

# R50628-1 Försäkringsmedicin regioner

---

Enkätnamn	R50628-1 Försäkringsmedicin regioner
Antal respondenter	21
Urval	Klara
Korstabulering	Region

## Organisation

Nedan följer några frågor som handlar om regionens centrala organisation för försäkringsmedicin.

### 1. Har regionen en central organisation som ansvarar för

**...ledning och styrning av det försäkringsmedicinska arbetet på alla vårdnivåer ner till enhets-/mottagningsnivå eller motsvarande, där patientmötet sker?**

**...uppföljning av den försäkringsmedicinska kvalitén på enhets-/mottagningsnivå eller motsvarande, där patientmötet sker?**

**...implementering av bästa tillgängliga kunskap\* inom försäkringsmedicin på enhets-/mottagningsnivå eller motsvarande, där patientmötet sker?**

### Kommentarer (16)

#### Region F

1 a. Det finns i region F inom försäkringsmedicin på Utvecklingsavdelningen en processledare på strategisk nivå med en medicinskt rådgivande, och för rehab.koordinerings -uppdraget, två operativt utvecklingsansvariga. Ledningsansvaret för rehab.koordinatorerna ligger kvar i linjeorganisationen. Vi har startat ett lokalt samverkansforum inom försäkringsmedicin på regionövergripande nivå i linjeorganisationerna på FK och inom regionen utifrån den nationella samverkansgruppen. Det finns på en regionövergripande nivå en beslutad beskrivning kring ledning och styrning för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

1 b. När det gäller användningen av KVÅ koder för rehab.koordinering, kan dessa inte användas utifrån rollen som rehab.koordinator på våra vårdenheter i nuvarande dokumentationssystem. Denna möjlighet har vi påtalat behov av, i vårt nya dokumentationssystem som kommer implementeras ht-2024. Vi har i vår organisation rehab.koordinatorer som saknar hälso- och sjukvårdsutbildning (de har andra pedagogiska och terapeutiska utbildningar) vilket gör att uppföljningsmått via KVÅ koder annars kommer att bli ett fortsatt problem. 1 c. Vi har riktade utbildningsinsatser till AT/BT/ST läkare i försäkringsmedicin. Där ingår också insatser från FK, AF samt information om våld i nära relationer, genushanden, folkhälsa osv. Vi har tillsammans med FK, dialogmöten med läkare, avd.chefer och rehab.koordinator på de olika vårdenheterna oavsett driftsform, ca 1 gång/termin. Vi erbjuder också på vårdenheterna utbildning till övriga yrkeskategorier som paramedicinare och sjuksköterskor, i försäkringsmedicin utifrån sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocesserna. Den ges tillsammans med FK. FK erbjuder också en dag med auskultation på FK för våra läkare och rehab.koordinatorer. Detta för att få en samsyn kring våra olika uppdrag och öka vår samverkan. Region F och FK har öppna dialogmöten 1 tim/månad där alla berörda yrkeskategorier på vårdenheterna bjuds in till olika teman och har möjlighet att i förväg adressera frågeställningar. Utifrån kunskapsstyrningsorganisationen har vi deltagare i RPO inom försäkringsmedicin samt startat LPO inom försäkringsmedicin, rehabilitering och habilitering.

**Region J** anser att det är svårt att svara entydigt ja eller entydigt nej på denna frågan. Ingen separat organisation för ledning/styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget finns, däremot ingår det i samtliga verksamheters uppdrag att leda och styra och följa upp både det medicinska och det försäkringsmedicinska arbetet. Verksamhetscheferna har ansvar för att följa upp arbete i egna verksamheten och därmed också mäta kvaliteten i försäkringsmedicinskt arbete där patientmötena sker. Övergripande har vi kontroll på att det finns tjänstgöringsutrymme för rehabkoordinering inom hela primärvården och i delar av specialistvården. I vårdvalsavtalet som styr vårdcentralernas leverans av vård i primärvård finns det med att rehabkoordinering ska erbjudas till sjukskrivna personer. Varje vårdcentral ska ha en medicinskt ansvarig läkare på vilken ett ansvar vilar även avseende det försäkringsmedicinska arbetet. Reg J har ett LPO inom rehab, hab och försäkringsmedicin där bland annat processledaren/samordnaren för försäkringsmedicin ingår som medlem. Det finns en försäkringsmedicinsk kommitté, i dagsläget är kopplingen mellan den och LPO att processledaren är sammankallande och administrativt ansvarig för försäkringsmedicinska kommittén. Processledaren är anställd vid avd för kunskapsstyrning och har därmed organisatorisk förankring där. I Försäkringsmedicinska kommittén finns i dag erfarna och välutbildade distriktsläkare med mycket god kompetens inom försäkringsmedicin som deltar via sina ordinarie anställningar i primärvården. Det finns i dagsläget inte resurser till en övergripande organisation med försäkringsmedicinsk specialistkompetens (om vi tänker oss sakkunniga läkare och rehabkoordinator med delvis avsatt tid för övergripande arbete inom området). Därmed saknar vi en sammanhållen organisation för arbete med både utveckling av och implementering av bästa tillgängliga kunskap inom området.

I **Region S** sker implementering och kvalitetsuppföljning huvudsakligen på enhets/verksamhetsområdesnivå

**Region B** har en försäkringsmedicinsk strateg samt sakkunnig läkare som arbetar med uppföljning, framtagande av regionala rutiner, utbildning och stöd till verksamheterna i det försäkringsmedicinska arbetet. Men ANSVARET för försäkringsmedicinska arbetet ligger på varje förvaltning och verksamhetschef att följa. Verksamheterna som har avtal med Region B har regionala rutiner och processer att förhålla sig till och ska tillse att bästa tillgängliga kunskap används. Det finns operativa processledare som stöd för arbetet inom vissa förvaltningar samt rehabkoordinatorer men de är anställda direkt på förvaltning eller i verksamheten.

I **Region N** finns området försäkringsmedicin inskrivet i regelboken för vårdval. Årligen sker en uppföljning av alla vårdcentralen inom vårdval. När det gäller kliniker skriver respektive berörd klinik en handlingsplan som följs upp årligen.

**Region L** har en funktion (Processledare och medicinskt sakkunnig läkare) för Försäkringsmedicin och Rehabkoordinering som är centralt placerad inom Regionstabben. Den centrala placeringen utgör en grundförutsättning för ett kvalitativt arbete som får genomslag i hela organisationen. Den försäkringsmedicinska funktionen tillsammans med Försäkringskassan genomför årliga dialogmöten på sjukskrivande vårdenheter. Temat på dialogmötena varierar med fokus på vad vårdenheter vill belysa.

I **Region U** ingår försäkringsmedicin som en del i regionens lednings- och uppföljningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. År 2020-2021 har regionen, förutom att hantera pandemin, även genomfört en omställning av hela hälso- och sjukvårdens organisation samt administration. År 2022 har regionen fokuserat på att få den nya organisationen på plats. En konsekvens av omställningen är att regionen behöver ta fram en ny anvisning, länsövergripande riktlinjer och mallar på lokal nivå samt en ny sida för försäkringsmedicin på regionens intranät. Ett stort problem är att regionen saknar läkare med specialistkompetens inom försäkringsmedicin. Erfarna primärvårdsläkare inom LPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin utgör därför en viktig part i arbetet tillsammans med länsamordnare för koordinatorerna i länet.

I **Region H** ingår det försäkringsmedicinska arbetet inom kunskapsstyrningen, genom lokal arbetsgrupp (LAG) försäkringsmedicin samt det lokala programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin (LPO). Det försäkringsmedicinska arbetet styrs av uppdrag till hälso- och sjukvårdens alla delar. Samt regionalt ansvar för uppföljning via bland annat enheten för uppdragsstyrning.

**Region Q** har en enhet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som har övergripande ansvar för försäkringsmedicin. Enhetens arbete består bland annat av hur försäkringsmedicin finns med i vårdavtalen, skriver riktlinjer mm. Inom kunskapsstyrningsstrukturen finns en expertgrupp i försäkringsmedicin som är kopplad till RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

**Region C** svarar att HSL finns som styrande med div chef i medicin som ansvarig där enhetschef adjungeras för sakfrågor med stöd av sakkunnig läkare. Varje verksamhet ansvarar för att det finns fungerande rutiner i det patientnära försäkringsmedicinska arbetet men Enheten för försäkringsmedicin finns som stöd och verkar för att det finns övergripande försäkringsmedicinska processer och rutiner framtagna att följa och är delaktiga inom strukturen för kunskapsstyrning för att kanalisera bästa tillgängliga kunskap till verksamheterna.

**Region V** svarar att det finns politiskt beslut för att utveckla styrning och ledning av det försäkringsmedicinska arbetet.

**Region W** menar att det är svårt att svara på första frågan om ansvar då ansvarsfördelningen är tydligt reglerad i hälso- och sjukvårdslagen och därmed inte är någon regionspecifik fråga. Regionen har en stödfunktion till ledning och verksamhet i form av en försäkringsmedicinsk kommitté. Kommittén får sitt uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektör och dennes ledningsgrupp och återkopplingen sker dit. Ledamöterna består av verksamhetschefer för olika kliniska verksamheter där försäkringsmedicinskt arbete är vanligt förekommande. Dessa har i uppdrag att vara kopplingen till linjeorganisationen. Kommittén har också sakkunniga läkare i försäkringsmedicin. Under år många har det övergripande försäkringsmedicinska området styrts av riktade statliga överenskommelser som har skett parallellt med andra statliga överenskommelser och ordinarie ledning och styrning. Vi tror att detta innebär utmaningar för att få in försäkringsmedicin i ordinarie ledningssystem. Regionen satsar på ledningssystem där försäkringsmedicin ingår som en del. Vi kan hoppas att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska kunskapsstöd och uppföljningsmått kommer att underlätta införandet av de försäkringsmedicinska delarna i ledningssystemet. Inom vårdval vårdcentral ingår vissa försäkringsmedicinska uppföljningsmått i kvalitetsboksutet. Uppföljningarna visar på en variation mellan vårdenheterna som behöver analyseras vidare på vårdenhetsnivå. På vårdcentralsnivå har regionen infört månadsuppföljning för vissa utvalda kvalitetsmått. Två av måtten belyser sjukskrivningsrelaterat arbete. Syftet är att underlätta kvalitetsuppföljningen för verksamhetschefer och enhetschefer. De sjukskrivningsrelaterade måtten ska hämtas ur Ineras intygstjänster, vilket har visat sig svårt för regionerna att hämta ur då regionerna inte har tillgång till databasen. Uppföljning av statistik sker också i dialog i försäkringsmedicinska kommittén. På de enheter som har tillgång till rehabiliteringskoordinatorer har de i uppdrag att vara stöd till verksamhetschef/enhetschef vad gäller uppföljning på vårdenhetsnivå då Ineras intygstjänster används. Regionen har en kunskapsstyrningsorganisation och en modell för ordnat mottagande (implementering) av kunskapsstöd. De försäkringsmedicinska delarna ingår i olika omfattning i kunskapsstöden. Genom att kunskapsstöden går ut på remiss finns möjlighet att komma med synpunkter. I arbetet är NPO Rehabilitering, habilitering, försäkringsmedicin med utgångspunkt från den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete viktiga. Utmaningarna i kunskapsstyrningen är att implementera de nationella kunskapsstöden i kliniskt arbete. Det finns många faktorer som påverkar implementeringen exempelvis personella resurser, kompetenser, arbetsätt och organisation. Exempelvis är rehabiliteringsresurser organiserade för sig och även i parallellt vårdval med andra kvalitetsmått och ersättningar

**Region R** Fråga 1: Den centrala organisationen som är i staben stödjer linjen, men ansvarar inte för ledning och styrning utan för kunskapsspridning och framtagande av styrdokument med mera, därav blir punkt ett svår att svara på. Dock har Region R ett ledningssystem för kvalitetsuppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som gäller för primärvård i egen regi och kliniker där sjukskrivning är vanligt förekommande. I ledningssystemet finns en tydlig struktur för ledning och styrning, samt uppföljning på alla nivåer i regionen. Ledningssystemet är beslutad av hälso- och sjukvårdsdirektören. Chefer på avdelningsnivå, verksamhetsnivå och övergripande nivå är med i planering och kvalitetsuppföljning.

I **Region R** finns en mycket liten centralt placerad försäkringsmedicinsk funktion bestående av en operativ processledare för rehabkoordinering på heltid och en försäkringsmedicinsk sakkunnig på regionnivå på ca 20% samt några procent administrativt stöd. Denna "enhet" ansvarar för samordning av rehabkoordinering, alla utbildningsinsatser i Försäkringsmedicin, samverkan med externa och interna aktörer, revidering av styrdokument, administration av FMU bland annat. LPO i rehabilitering/habilitering/försäkringsmedicin finns i gång i regionen sedan juni 2022

Försäkringsmedicinska enheten i **Region D** bistår med stöd till verksamheter i arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, dialog- och uppföljningsmöte med ffa. Primärvården och Vuxenpsykiatri samt försäkringsmedicinska utbildningar för läkare och rehab koordinatörer.

I **Region M** finns samordningsfunktion i form av sjukskrivningskommitté, men ansvaret ligger på respektive verksamhetschef. På regionens vårdgivarwebb/Försäkringsmedicin tydliggörs centralt stöd/funktioner som ansvarar för att driva regionens arbete mot en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Gällande försäkringsmedicinska frågor finns i regionen ett forum för intern samverkan inom Hälso- och sjukvården samt ett forum för extern samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Regionens representanter inom Sjukskrivningskommittén är i dagsläget mottagare av information från NPO/RPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin och Socialstyrelsen. Detta är en viktig fråga. Vad som är "bästa möjliga kunskap inom försäkringsmedicin" behöver först klargöras, särskilt val av uppföljningsmått som för närvarande utreds av Socialstyrelsen. Sedan behöver förutsättningar/strukturer för att etablera sådan praxis säkerställas. I väntan på Socialstyrelsens förslag till uppföljningsmått vårtermin 2023 samt SBU:s rapport 2022-12-22 om åtgärder vid långtidssjukskrivning har kvalitetsarbetet i regionen under 2022 fokuserat på utbildning i regelverk, ansvarsfördelning mellan olika huvudmän och samt professionellt förhållningsätt vid komplicerade fall för rehabkoordinatörer, läkarstudenter, AT-läkare och ST-läkare. Utbildning för specialistläkare introduceras januari 2023. En försvårande omständigheter är att det bedrivs för lite forskning på detta område, tex att arbetsåtergång/return to work/RTW sällan är ett utfallsmått i klinisk forskning när så är fallet, olika utfallsmått tillämpas vilket gör jämförelser svårt, vi vet helt enkelt ännu ganska lite om vad som är bra kvalitet inom försäkringsmedicin jämfört med andra medicinska åtgärder.

**1a. Ange vilka specialistområden som den centrala organisationen ansvarar för när det gäller...**

**...ledning och styrning av det försäkringsmedicinska arbetet på alla vårdnivåer ner till enhets-/mottagningsnivå eller motsvarande, där patientmötet sker?**

**Region J-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Rehabkoordinatorer inom primärvård, psykiatri och ortopedi

**Region R-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande

**...uppföljning av den försäkringsmedicinska kvalitén på enhets-/mottagningsnivå eller motsvarande, där patientmötet sker?**

**Region J-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Ingen uppföljning från centralt håll.

**Region A-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Rehabilitering, medicinklinik

**Region C-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Vissa medicinkliniker (neurorehab, reuma)

**Region R-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Enheter där sjukskrivning är vanligt förekommande

**...implementering av bästa tillgängliga kunskap\* inom försäkringsmedicin på enhets-/mottagningsnivå eller motsvarande, där patientmötet sker? \*från t.ex. NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin och Socialstyrelsen.**

**Region A-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Rehabilitering, medicinklinik

**Region V-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Rehabiliteringskoordinatorer

**Region D-Andra områden, ange vilket/vilka:**

Neurologi, reumatologi, onkologi

## Kommentarer (5)

I **Region U** har LPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin tillsammans med länsamordnare för koordinatorena ansvarar för att sprida bästa möjliga tillgängliga kunskap inom försäkringsmedicin.

I **Region C** ansvarar enheten för försäkringsmedicin för uppföljning på de enheter som har utsedda rehabkoordinatorer samt verkar för att tillhandahålla utbildningar och kunskapsstöd inom hela Hälso-och sjukvården, men sedan är det respektive verksamhetschef som har ansvaret för implementering och verksamhetsutveckling av dessa på enheten. På kliniksidan finns fortfarande ett utvecklingsarbete att göra för att nå ut med kompetensen.

I **Region W** tas styrande dokument fram så som riktlinjer, rutiner och instruktioner inom det försäkringsmedicinska området av försäkringsmedicinska kommittén och fastställs av hälso- och sjukvårdsdirektör. Ibland ingår försäkringsmedicinska komponenter i andra riktlinjer och rutiner och då kan kommittén ibland tillfrågas om synpunkter, exempelvis rutin för remittering, riktlinje för utfärdande av intyg mm. Verksamhetscheferna ansvarar för implementeringen, men regionalt saknas övergripande uppföljning av följsamheten. Vi vet därför inte i vilken omfattning som styrande dokument följs. Regionen har rutiner för försäkringsmedicinska avvikelser, men rutinen är inte känd och implementerad i verksamheterna. Avvikelserna kan registreras och märkas upp i avvikelshanteringssystemet för att kunna tas omhand och följas. Regionen har även en gemensam rutin för avvikelshantering som rör samverkan med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Avvikelser som inte kan lösas på chefsnivå lyfts till Försäkringsmedicinska kommittén. Avvikelser som är lösta men som är av principiellt viktig karaktär kan också lyftas till Försäkringsmedicinska kommittén i lärande syfte. När det gäller implementering av bästa kunskap på enhetsnivå så är det försäkringsmedicinska beslutsstödet känt, men används inte i den utsträckning som skulle vara önskvärt.

I **Region K** sker uppföljning främst genom funktionen för rehabkoordinering. Kvalitetsgranskning av läkarintyg inom primärvården har genomförts 2022



## 2. Har ni en uppdragsbeskrivning i regionen för koordineringsinsatser?

### Kommentarer (18)

Uppdragsbeskrivningen i **Region F** är tagen på övergripande region nivå och gäller alla vårdenheter, oavsett driftsform, som har rehab.koordinator

**Region J** Ja, vi har uppdaterat vår uppdragsbeskrivning efter att lagen tillkom. Vi har valt att ha ett grunduppdrag med möjlighet till fördjupat uppdrag då tjänstgöringsutrymmet för rehabkoordinator kan variera mellan olika arbetsplatser. Allt från 20-över 100 % förekommer. Vi rekommenderar minst 50 % för att uppnå viss kvalitet. Det är dock inte möjligt i alla verksamheter. Utöver en central uppdragsbeskrivning ska rehabkoordinator ha en lokal arbetsbeskrivning där vissa saker ska finnas med såsom tjänstgöringsutrymme, när det är tänkt att rehabkoordinator ska arbeta med det uppdraget och att rehabkoordinator behöver tillgång till Ineras intygstjänster "Rehabstöd" och "Intygsstatistik" för att utföra uppdraget. Den lokala arbetsbeskrivningen undertecknas av verksamhetschef och rehabkoordinator och revideras med jämna mellanrum. Skickar ett exempel på hur den lokala också kan se ut till er brevlåda.

**Region S** mailar uppdragsbeskrivningen separat.

**Region B** har en regional rutin som beskriver arbetet för rehabkoordinatorer inom regionen. Uppdragsbeskrivning är verksamhetschefernas ansvar att tillse att det finns upprättat lokalt på varje enhet. Rehabkoordinatorernas arbete varierar utifrån verksamheternas och patienternas behov varvid det behöver upprättas lokala uppdragsbeskrivningar.

**Region G** har mejlat uppdragsbeskrivningen

**Region N** Uppdragsbeskrivningen finns på vår webbplats.

**Region L** Det finns en uppdragsbeskrivning som gäller för all rehabkoordineringsverksamhet inom regionen. Det pågår även en utveckling av ytterligare en kompletterande uppdragsbeskrivning som är mer specifik för psykiatrisk verksamhet.

I **Region U** har RPO och LPO rehabilitering, habilitering och färskringsmedicin inom norra sjukvårdsregionen gett i uppdrag till regional arbetsgrupp RAG att ta fram en gemensam uppdragsbeskrivning för koordineringsinsatser. Arbetet pågår och förväntas vara klart i maj/juni 2023.

I **Region H** finns det ett regionalt uppdrag men det är varje enhets ansvar att arbeta fram koordinators uppdrag utifrån det regionala uppdraget inom försäkringsmedicin.

**Region Q** Ja, en gemensam uppdragsbeskrivning för alla berörda vårdområden.

I **Region C** finns en uppdragsbeskrivning som definierar grunduppdraget utifrån lagen om koordineringsinsatser samt ett valfritt fördjupat uppdrag (Bifogas via mail)

**Region W** har valt att organisera funktion för koordinering i en särskild enhet. Enheten har i uppdrag att tillhandhålla rehabiliteringskoordinatorer utifrån behov på sjukskrivande enheter och även på privata vårdcentraler. Funktionen finns på alla vårdcentraler och på vissa sjukskrivningstäta kliniker i specialistvården på ett av de tre sjukhusen. Inom psykiatrien pågår ett utvecklingsarbete där funktion för koordinering ingår. Rehabiliteringskoordinatorerna ska ha ett personligt kvalitetssäkringsuppdrag per vårdenhet och det ska även finnas en arbetsbeskrivning för rehabiliteringskoordineringsfunktionen på varje vårdenhet. Dessa arbetsbeskrivningar saknas i nuläget. Rehabiliteringskoordinatorerna arbetar heltid med uppdraget men fördelar sin arbetstid på flera (oftast två) vårdenheter. Den regionövergripande uppdragsbeskrivningen för Rehabiliteringskoordineringsenheten och för rehabiliteringskoordinatorerna bifogas. Uppdragsbeskrivningen har utgått från SKRs metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården och regionen har följt det som har reglerats av krav enligt de statliga överenskommelserna. Regionen saknar uppdragsbeskrivning för koordineringsinsatser som erbjuds utöver de insatser som utsedda rehabiliteringskoordinatorer tillhandahåller.

I **Region R** är uppdragsbeskrivningen just nu under omarbetning i RAG försäkringsmedicin. Sjukvårdsregionen har enats om att vi ska ta fram en gemensam uppdragsbeskrivning med möjlighet till lokala tillägg.

I **Region K** pågår ett arbete i sjukvårdsregionen för att ta fram en gemensam uppdragsbeskrivning för koordineringsinsatserna.

I **Region D** är uppdragsbeskrivningen under pågående redigering.

I **Region M** ligger Uppdragsbeskrivningen på regionens vårdgivarwebb Försäkringsmedicin

I **Region E** finns även en checklista skriven utifrån uppdragsbeskrivningen, att använda vid tillsättande/uppföljning av uppdraget rehabkoordinator på klinik/vårdcentral/mottagning

I **Region O** pågår arbetet med framtagande av en regional beskrivning av koordineringsinsatser.

## Ledningssystem och rutiner

### 3. Finns det regionala styrande dokument (t.ex. riktlinjer och rutiner) för...

...vad som ska ingå i den försäkringsmedicinska bedömningen av behov av sjukskrivning?

...utfärdande av intyg/medicinska utlåtanden inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, i enlighet med intygsföreskriften (HSLF-FS 2018:54)?

...upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning?

...uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning?

...samverkan med externa aktörer t ex arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och/eller kommunen?

...hur behov av koordineringsinsatser identifieras?

#### Kommentarer (13)

I **Region F** finns på regionövergripande nivå oavsett driftsform, ett beslutat PM "Ledningssystem för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i regionen." Vi kommer under början av 2023, slutföra arbetet med en riktlinje för förtydliganden av utfärdanden av intyg/utlåtande. Vi har också påbörjat dialoger med FK och AF för att minska onödiga förfrågningar från dessa myndigheter där det redan finns tillräcklig information för att de ska kunna komma till beslut.

I **Region J** har alla verksamheter tillgång till försäkringsmedicinskt beslutsstöd och den generiska modellen för rehabilitering med inslag av försäkringsmedicin. Något övergripande styrdokument finns dock inte. Hur behov av koordineringsinsatser identifieras beror på verksamheten och föreslås specificeras i den lokala arbetsbeskrivningen för rehabkoordinator då behovet och rehabkoordinators möjligheter varierar mellan verksamheter.

**Region S** arbetar på ny rutin för de delar som negerats ovan.

I **Region L** finns det en central riktlinje för sjukskrivningsprocessen som är under revidering och förväntas bli klar under våren 2023. Regionalt styrande dokument för utfärdande av intyg/medicinska utlåtande i enlighet med intygsföreskrifter är under utarbetande men önskvärt vore att ett underlag framtogs nationellt. Region L uppfattar att det finns ett antal frågor som ytterligare behöver belysas nationellt (ex. vilka intyg som bör utfärdas)

I **Region U** finns på lokal nivå rutiner för upprättande av och uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning. Arbetet pågår med att ta fram en ny reviderad Anvisning inom området.

I **Region H** styrs upprättande av till exempel planer, uppföljning och samverkan på enhetsnivå. Dock finns uppdrag inom övergripande regional verksamhetsplan, vilket innebär att erbjuda sjukskrivna patienter koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet. Det är av största vikt att sjukskrivningen upplevs som förutsägbar och att nästa steg är känt för individen. Det förutsätter en god samverkan och att bedömningen både inom hälso- och sjukvården och tillämpliga myndigheter sker på tillförlitligt sätt och att utrymme för godtycke undanröjs. Sjukskrivningen ska vara rätt, lagom, säker och jämställd för varje patient.

I **Region Q** trädde en riktlinje i kraft 1 juli 2022 för kvalitet och patientsäkerhet i det försäkringsmedicinska arbetet efter politiskt beslut. Riktlinjen är styrande och ingår i regionens ledningssystem. Det finns också Rekommendationer som expertgruppen i försäkringsmedicin tagit fram som stöd för vården.

**I Region C** finns SRS- bedömningsstöd implementerat i hela primärvården (inkl. privata vårdcentraler)

- En uppdaterad processbeskrivning är under framtagande

- Frågan kan tolkas på olika sätt, vi har riktlinjer och rutiner men ej styrande dokument i dess rätta bemärkelse utan stöddokument som tagits fram av vår enhet.

**Region W** har inte tagit fram någon särskild rutin för vad som ska ingå i den försäkringsmedicinska bedömningen.

Det pågår arbete med implementering av den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt för klinisk verksamhet. I modellen finns information om vad som ska ingå i en försäkringsmedicinsk bedömning och arbete med planer. Regionen har upprättat en handlingsplan för att möjliggöra implementering av modellen. I det arbetet kommer det framgå vilka rutiner som behövs. Kunskap om det försäkringsmedicinska beslutsstödet förmedlas på alla utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser i försäkringsmedicin. Regionen kommer att ha ett ordnat mottagande av det kommande försäkringsmedicinska kunskapsstödet som Socialstyrelsen tar fram. Regionen har en riktlinje för utfärdande av intyg i hälso- och sjukvården och tandvården som även gäller privata vårdgivare inom vårdval. I riktlinjen ingår de försäkringsmedicinska intygen. När det gäller samverkan med externa aktörer har regionen en överenskommelse med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan som upprättas årligen. Rutin som reglerar hälso- och sjukvårdens medverkan vid Försäkringskassans avstämningsmöten är under framtagande. Hur Försäkringskassan ska medverka på vårdcentralernas medicinska bedömningsteam och samverka på vårdenhetsnivå framgår av rutin för medicinska bedömningsteam på vårdcentral. För samverkan i patientarbetet finns det för rehabiliteringskoordinatorerna stöd i uppdragsbeskrivning, rutiner och metodbok. Det finns inga regionövergripande arbetssätt som säkerställer att behov av koordineringsinsatser identifieras och erbjuds. På vårdcentralerna är rehabiliteringskoordinatorn ordförande för de medicinska bedömningsteamerna som skulle kunna vara ett utmärkt forum för att identifiera behov av koordineringsinsatser.

**Region K** lär ut vad som ingår i den försäkringsmedicinska bedömningen på återkommande utbildningar för AT- och BT- läkare istället.

**Region M** samlar riktlinjer, rutiner och lathundar avseende ovan på regionens vårdgivarwebb Försäkringsmedicin.

**Region E** har enhetsspecifika dokument, sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan via riktlinjer för rehabkoordinatorer

**Region O** har en Regional plan för klinisk försäkringsmedicin är framtagen och beslutad innefattande det försäkringsmedicinska arbetet i regionen.

**3a. Ange vilka specialistområden som det finns regionala styrande dokument (t.ex. riktlinjer och rutiner) för...**

**...vad som ska ingå i den försäkringsmedicinska bedömningen av behov av sjukskrivning?**

**...utfärdande av intyg/medicinska utlåtanden inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, i enlighet med intygsföreskriften (HSLF-FS 2018:54)?**

**...upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning?**

**...uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning?**

**...samverkan med externa aktörer t ex arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och/eller kommunen?**

**Region R-Andra områden, ange vilka:**

samtliga

## **Kommentarer (7)**

**Region J** har lokala arbetsbeskrivningar som specificerar detta. Uppdragsbeskrivningen är det övergripande dokumentet. Någon annan form av övergripande dokument finns inte.

**Region P** Det står med i rehabkoordinatorernas uppdrag och i dagsläget finns reko i primärvård och inom psykiatri

**Region G** Det ligger i planeringen för 2023 för att upprätta motsvarande för hela specialistsjukvården. Först behöver vi slutföra arbetet med specialistsjukvårdens organisering av det försäkringsmedicinska arbetet för att patienterna ska få likvärdiga förutsättningar i den försäkringsmedicinska bedömningen oavsett vårdnivå.

I **Region L** krävstills upprättande och uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan via hälsovalsuppdraget i Primärvården. I all grundutbildning och fortsatt kompetensutveckling för rehabkoordinatorerna inom regionen betonas vikten av upprättande och uppföljning av rehabiliteringsplaner vilket vi förutsätter är allmänt känt. Dock saknas tydlig skriftlig riktlinje angående detta. I den journalmall som är framtagen för rehabkoordinering ingår sökordet sjukskrivnings- och rehabplan. KVÅ koder för upprättande och uppföljning av planerna är beslutade att användas. Vi uppfattar att uppföljning av rehabplan ingår som en naturlig del av densamma. I Hälsovalsuppdraget finns kravet på att Rehabstödet ska användas i det praktiska arbetet samt i samband med strukturerad uppföljning. Motsvarande krav finns inte beskrivet inom slutenvården där förhållandena varierar mellan de olika klinikerna. Alla rehabkoordinatorer har behörighet till Rehabstödet och är vana att använda det.

I **Region U** finns på lokal nivå upprättade rutiner för uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning. Arbetet pågår med att ta fram en ny reviderad Anvisning som utgör regionens styrande dokument.

För de verksamheter i **Region W** som har tillgång till rehabiliteringskoordinator så finns det för rehabiliteringskoordinatorn rutiner för samverkan med externa aktörer.

I **Region R** finns styrdokument för samverkan med FK och kommunerna för hela regionen. Styrdokument för samverkan med AF finns för närvarande enbart för två av tre närsjukvårdsområden. I tredje närsjukvårdsområdet pågår ett arbete via samordningsförbundet.

#### **4. För vilka av nedanstående professioner finns fastställda mål i er region avseende försäkringsmedicinsk kompetens?**

##### **Kommentarer (14)**

**Region F** finns på regionövergripande nivå oavsett driftsform, en "Sjukskrivning och rehabilitering, mall för lokal sjukskrivningsprocess". Den beskriver styrande principer, roller, hur lokala sjukskrivningsprocessen ser ut, kompetens, riskhantering, spårbarhet/teknik, avvikelser, förbättringsåtgärder, egenkontroll, uppföljning, erfarenhetsåterföring, målarbete och revisionsarbete.

**Region J** AT/BT -läkare behöver gå avsedd webbutbildning i Försäkringsmedicin och ST-läkare i specialiteter där det förekommer mycket försäkringsmedicinska frågor behöver gå en särskilt inköpt utbildningsdag i Försäkringsmedicin utöver Addas webbutbildning. Det finns inte mål för rehabkoordinator men det finns rekommendationer om att gå webbutbildningarna i försäkringsmedicin som tillhandahålls av Adda och i den interna utbildningen för rehabkoordinatorer ingår en del med samverkansaktörer där Försäkringskassan undervisar om sin del, Arbetsförmedlingen om sin, Kommunen om sin del och Arbetsgivare om sin del i det försäkringsmedicinska arbetet.

**Region B** erbjuder i samverkan med Samordningsförbundet i region B och Försäkringskassan en heldags grundutbildning i försäkringsmedicin och rehabsamordning för all personal. Region B erbjuder även webbutbildning inom klinisk försäkringsmedicin för all personal. Region B har krav att utbildning i försäkringsmedicin ska ingå i AT/BT/ST -utbildningarna och erbjuder i samverkan med Försäkringskassan dessa gedigna utbildningar. Det är verksamhetschefens ansvar att tillse så att berörd personal har relevant utbildning.

I **Region G** har rehabkoordinatorerna i sin uppdragsbeskrivning ett uppdrag att tillse att all berörd personal på enheten har adekvat kompetens inom försäkringsmedicin. Men mer specificerad målsättning än så finns inte för andra professioner än ST-läkare och rehabiliteringskoordinatorer.

I **Region L** finns för läkarna nationella målbeskrivningar och vägledningar för kompetensutveckling i Försäkringsmedicin som vi förhåller oss till. Formella fastställda mål för övriga yrkesgrupper saknas men regionens funktion för Försäkringsmedicin tillhandahåller kompetensutvecklande insatser för flertalet av ovanstående grupper.

**Region U** har som mål att samtliga yrkeskategorier och chefer utöver AT/BT och ST läkare ska genomgå SKR:s utbildning försäkringsmedicin.

I **Region H** ges kontinuerlig utbildning för AT/ST/BT och koordinatörer. Där erbjuds också en dags auskultation på Försäkringskassan. Inom primärvården ges utbildning för annan yrkeskategori.

I **Region Q** finns uppdragsbeskrivning med förslag på kompetensområden för rehabkoordinator och för läkare med särskilt uppdrag i försäkringsmedicin. I övrigt hänvisar vi till SKR's vägledning för kompetensutveckling i försäkringsmedicin som finns för läkares grundutb, ST-läkare, spec läkare, med sakkunniga läkare, funktion för koordinering och hälso- och sjukvårdspersonal.

I **Region C** finns fastställda mål kopplat till ST- AT's studieplan. Och gällande koordineringsfunktionen finns krav på genomförd utbildning uppdelad på 3 moduler. Utöver kravställda utbildningar erbjuder vi ändå utbildning till rådgivningssköterskor, PTP-psykologer samt tillgång till SKR's Webutbildningar för alla professioner.

**Region V** följer de nationella målen för BT/AT- och ST-läkare.

**Region W** har fastställda mål som bygger på SKRs vägledningar för kompetensutveckling i försäkringsmedicin. Förutom utbildningsinsatser i försäkringsmedicin för läkare under utbildning och rehabiliteringskoordinatorer tillhandahålls kompetensutvecklingsinsatser i verksamheterna på uppdrag från verksamhetschef eller i andra forum på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektör eller annan.

I **Region R** är mål för 2023 framtagande av fastställda mål avseende försäkringsmedicinsk kompetens för specialistläkare, rehabiliteringspersonal, sjuksköterskor i primärvård och medicinska sekreterare.

**Region K** tillämpar de målbeskrivningar för ST och BT som finns formulerade i målbeskrivning för ST 2018 och 2015 och för BT i 2021 års målbeskrivning avseende delmål BT16.

**Region M** följer Nationella målbeskrivningar för läkares utbildning: BT, AT och ST inkluderar grundläggande mål i FM. Nyanställda rehabkoordinatorer erbjuds delta i läkarnas utbildning ovan, de ges individuell introduktionsutbildning, fortbildning vid nätverksträffar för rehabkoordinatorer samt uppmuntras att efter ca 1 års arbete gå 7.5 p uppdragsutbildning vid Uppsala Universitet.

## **5. Finns det en organisatorisk struktur som säkerställer att sjukskrivande läkare vid behov kan konsultera läkare med högre försäkringsmedicinsk kompetens?**

### **Öppna svar-Ja delvis, ange inom vilka verksamheter: (2)**

**Region N** vissa vårdenheter finns både inom primärvård och specialiserad vård

I **Region H** finns det som krav inom primärvården. Dock finns det försäkringsmedicinskt sakkunniga inom viss sjukhusspecifik verksamhet.

### **Kommentarer (11)**

I **Region J** finns det alltid en medicinskt ansvarig överläkare. Men ingen särskild organisatorisk struktur för det försäkringsmedicinska.

Inom **Region B** ska alla sjukskrivande verksamheter ha tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin som lokalt stöd. Sakkunnig läkare finns att tillgå regionalt och vid vidareutbildningar.

I **Region G** har AT-/BT-läkare detta inom ramen för sin handledartillgång. För färdiga specialister finns inte en regionövergripande försäkringsmedicinsk läkare. Vi ser att rehabiliteringskoordinatorerna väl har kunnat stödja läkarna vid dessa frågor.

**Region N** Vid införande av LPO (rehabilitering, habilitering, försäkringsmedicin) kommer denna fråga att ingå.

**Region H** För att bli försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare, ska man ha gått ST försäkringsmedicin samt auskulterat en dag på försäkringsmedicin.

I **Region Q** ska finnas läkare med särskilt uppdrag inom försäkringsmedicin i varje verksamhet enligt riktlinjen. Implementering pågår. USV-enheter med kunskapsteam i försäkringsmedicin erbjuder verksamhetsstöd och utbildning.

I **Region C** finns det en struktur, framförallt inom primärvården, som i Hälsovals regelbok har reglerat att de ska ha utsedda sakkunniga läkare. Via vår enhet rekommenderas att alla enheter med utsedd rehabkoordinator även ska ha en sådan men det är svårt med tillgången och dessutom saknar vår enhet en stadigvarande övergripande försäkringsmedicinskt kompetent läkare, Så sammanfattningsvis; strukturen finns men varierande tillgång i praktiken.

**Region V** svarar att utmaningen är att nå ut till alla läkare.

I **Region W** finns det möjlighet att kontakta sakkunnig läkare i försäkringsmedicin genom funktionsbrevlåda eller via mejl. Det är osäkert hur vida det är känt.

I **Region M** kan sjukskrivande läkare vid behov ta kontakt med försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare. Diskussion kring individärenden förs dock på principiell nivå.

I **Region O** finns det på enheter med högre frekvens av försäkringsmedicinska aktiviteter tillgång till lokal läkarkollega med uppdrag inom området. På regional nivå finns medicinskt sakkunnig läkare inom området att tillgå för sakkunskap inom området.



## 6. Finns det möjligheter till kompetensutveckling inom försäkringsmedicin för sjukskrivande läkare i regionen?

### Kommentarer (10)

**Region F** erbjuder möjlighet till kompetensförstärkning via e-learning, utbildningsinsatser och dialogmöten på vårdenheterna, auskultation på FK och i specifika fall egen genomgång med processledare och samverkansansvarig på FK.

**Region J** Inte internt i Regionen. I övrigt vet vi inte.

**Region B** för alla verksamheter erbjuds lokalt anpassade utbildningar utifrån behov samt att Region B har en fördjupad utbildning för läkare med försäkringsmedicinskt ansvar.

**Region U** har trots upprepade försök inte kunnat rekrytera läkare med specialistkompetens i försäkringsmedicin och ingen läkare inom regionen har varit intresserad av att vidareutbilda sig inom området. Regionen har tidigare diskuterat samarbete med Region Västerbotten. Frågan har på nytt ställts till försäkringsmedicinsk läkare i Västerbotten men tyvärr har deras FM läkare inte utrymme i sin tjänst. Regionen har även lyft behovet av samverkan inom norra sjukvårdsregionen särskilt när det gäller kompetensutveckling av specialister. Frågan diskuteras men inget beslut är fattat.

**Region Q** har tre kunskapsteam som är kopplade till USV-enheter, för psykiatri, allmänmedicin och övriga specialistkliniker respektive. Dessa ansvarar för utbildning, fortbildning och nätverk för rehabkoordinatorer och läkare med särskilt uppdrag försäkringsmedicin. Kunskapsteamerna får vetenskapligt stöd från Karolinska Institutets avdelning för försäkringsmedicin.

I **Region C** erbjuds försäkringsmedicinska utbildningar samt inom primärvården även handledning. Dessutom ordnas nätverksträffar för sakkunniga läkare.

I **Region W** tillhandahålls kompetensutvecklingsinsatser via försäkringsmedicinska kommittén utifrån behov och önskemål.

I **Region K** har alla yrkeskategorier i regionen möjlighet att ta del av SKR's webutbildning i Försäkringsmedicin då regionen innehar en regionlicens för utbildningen. Denna utbildning är obligatorisk för AT/BT och ST-läkare. Utöver detta ges återkommande utbildning i Försäkringsmedicin innehållande bland annat praktiska övningar för AT och BT och fördjupningar för ST. Övriga sjukskrivande läkare/enheter har möjlighet till kompetensutveckling på egen begäran/vid intresse/vid behov exempelvis via dialogmöten med medicinskt sakkunnig läkare och Försäkringskassa i samverkan.

**Region D** har ambitionen att hålla en fördjupningsutbildning i klinisk försäkringsmedicin årligen, senast nov 2022, bjuda specialistläkare till nätverksträffar tillsammans med rehab koordinatörer och vi tillhandahåller en online utbildning i klinisk försäkringsmedicin som är framtagen av SKR utöver verksamhetsförlagd utbildning och uppföljning

**Region M** har utbildning i försäkringsmedicin för AT-läkare (2 dagar), ST-läkare (1 dag för ST-läkare). Nyanställda läkare/vikarier på enheter där rehabkoordinatorer kan få försäkringsmedicinsk utbildning av reko. Våren 2023 startar utbildning för specialister i primärvården gällande komplexa sjukskrivningsärenden, 2 x 1/2-dag. Möjlighet finns för såväl enskilda läkare, FQ-grupper, chefer etc. att ta kontakt med försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare vid behov eller önskan om ytterligare försäkringsmedicinsk kompetensutveckling.

## **7b. Om du svarat att regionen analyserar andra uppföljningsmått, ange vilka här:**

### **Svarsvärden (10)**

**Region B** följer även antal rehabplaner/vårdplaner som upprättas och andel kompletteringar samt insats av rehabkoordinator.

**Region G** - Frågan om våld i nära relation ska enligt Regionbeslut ställas vid alla sjukskrivningar och dokumenteras rätt. Vi utvärderar följsamheten. - Antal upprättade respektive uppföljda rehabiliteringsplaner - Sjukpenningtalet jämförs och analyseras manuellt mot Riket och tre regioner. - Hur jämställt sjukpenningtalet är inklusive jämförelse med riket - Hur många patienter som fått koordineringsinsatser samt hur det utvecklar sig utifrån aktuell bemanning av rehabiliteringskoordinatorer. - Hur många sjukintyg som skrivs (oberoende av om de leder till godkänd sjukpenning)

**Region L** genomför för närvarande en bred uppföljning avseende Försäkringsmedicin och Rehabkoordination inom Hälsoval (alla Hälsocentraler, såväl offentliga som privata) innefattande frågeformulär som besvarats av vårdenheterna samt inhämtad information i form av sjukskrivningsrutiner. Statistikunderlag i Inerås statistiktjänst har inhämtats avseende antal listade och antal sjukfall/1000 listade i yrkesverksam ålder samt könsfördelning för de sjukskrivna. Statistikuttag har skett av KVÅ kod GC001 - Rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna. Sammanställning av resultat presenterades i samband med återkoppling och diskussion med varje enskild vårdenhet. Fyra förformulerade frågor samt några individuellt utformade frågor med utgångspunkt från enkätsvaren ställdes.

**Region A** har tillgång till rehabkoordinator Annan samtidig behandling

I **Region H** är indikatorerna för försäkringsmedicin under uppdatering. Region H har varit delaktig i förstudien på Socialstyrelsen samt i arbetet under 2022 och avvaktar nationella indikatorer samt förslag på regionala indikatorer.

**Region C** -SRS-användning/ Hur stor % andel av de intyg som stöds av SRS är riskberäknade. -Antal upprättade rehabplaner i förhållande till antal sjukfall över 90 dagar

I **Region W** ingår inom vårdval vårdcentral följande mått per vårdenhet som en del av regionens kvalitetsuppföljning:

- Andelen sjukfall per tusen listade patienter
- Andelen kompletteringar
- Antalet påminnelser
- Antal unika patienter som fått koordineringsinsatser av en rehabiliteringskoordinator,
- Antalet unika patienter som fått stöd av en rehabiliteringskoordinator i kontakter med externa aktörer (Arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänst). I månadsuppföljningen på vårdcentralsnivå ingår följande mått på sjukskrivningsrelaterat arbete:
- Andelen sjukfall per tusen listade patienter
- Antalet påminnelser Enligt regionens överenskommelse med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen följs följande mått och analyseras gemensamt på möten 2 ggr per år:
- Utvecklingen av sjukpenningtalet på region och kommunnivå och i jämförelse med övriga regioner (Försäkringskassan ansvarar).
- Antal sjukfall, fördelning av diagnoser och sjukskrivningsgrad (Försäkringskassan ansvarar).
- Utvecklingen av arbetslöshet (Arbetsförmedlingen ansvarar)

- Andelen utfärdade läkarintyg som fått en kompletteringsbegäran från Försäkringskassan (Regionen ansvarar)
- Totalt antal påminnelser avseende intyg i Webcert (Regionen ansvarar)
- Totalt antal unika patienter som fått rehabiliteringskoordineringsinsatser (Regionen ansvarar)
- Totalt antal unika patienter som fått stöd av rehabiliteringskoordinator i kontakter med externa aktörer (arbetsgivare/ Arbetsförmedlingen/ Försäkringskassan/socialtjänst) (Regionen ansvarar)

#### **Region R** Kompletteringar och KVÅ GC001

I **Region K** gjordes 2022 på initiativ av den försäkringsmedicinska "enheten" och i samverkan med Försäkringskassan för första gången en kartläggning av kvalitén på läkarintyg för sjukskrivning inom primärvården.

**Region M** svarar att inom Hälsoval analyseras även följande: Antal rehabiliteringsplaner (KVÅ-kod), Antal individer som fått koordineringsinsatser (KVÅ-kod), Antal kontakter med AF/AF (KVÅ-kod), Antal kartläggningssamtal, Om lokal rutin finns för sjukskrivningsprocessen, antal sjukfall per 1000 listade på vårdcentraler, deltidssjukskrivning samt om rehabkoordinator finns enligt uppdragsbeskrivning

## **7c. Varifrån hämtar ni data för dessa analyser?**

**Öppna svar-På annat sätt, beskriv hur: (7)**

### **Region F-På annat sätt**

Statistik från FK:s sjukpenningtal, inflöde diagnosgrupper och könsskillnader

### **Region S-På annat sätt**

Från Cyklop och MedRave – egna statistiksystem

### **Region B-På annat sätt**

Region B har en årlig enkät till samtliga verksamheter svarar på kring deras försäkringsmedicinska arbete. Region B får även kvartalsvis data från Försäkringskassan som analyseras gemensamt.

**Region G** Försäkringskassans statistiksida på [Forsakringskassan.se](http://Forsakringskassan.se)

**Region N** Försäkringskassans statistik

I **Region H** deltar Controller på Försäkringskassan som presenterar statistik från Försäkringskassan.

**Region W** Data från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

## 7d. Hur använder ni resultaten av analyserna? Beskriv med max 2000 tecken.

### Svarsvärden (13)

**Region F** använder också FK sjukpenningtalet som vi delger vårdenheterna oavsett driftsform, 1 gång/månad. Statistik från Inera, används i den lokala samverkansgruppen för försäkringsmedicin, till områdeschefer, verksamhetschefer och avdelningschefer.

**Region S** I det lokala förbättrings- utvecklingsarbetet

**Region B** använder resultatet till att jämföra de olika enheterna och även till att följa trender inom arbetet. Utifrån resultatet tas sedan kontakt med respektive ansvarig chef för dialog kring orsak till resultat och vid behov görs insatser. Data jämförs och analyseras tillsammans med data från Försäkringskassan, behövs insatser gentemot arbetsgivare eller kommuner görs detta gemensamt utifrån kontakt med ansvarig chef. Region B har väl upparbetad samverkan med externa aktörer som möjliggör en snar dialog om resultaten avviker.

**Region G** - Informerar enheterna om likheter och skillnader som ett stöd i deras arbetsplanering - Informera ledningen om trender där arbetsbelastning kopplat till försäkringsmedicinska bedömningar förändras i betydande omfattning. - Utvärdera följsamheten till lagstiftningen om koordineringsfunktionen, dvs att uppdraget utförs.

**Region N** genom olika förbättringsarbete. Både inom regionen och i samverkan med Försäkringskassan.

**Region L** använder resultatet för återkoppling till berörda vårdenheter och vidare presentation till regionens ledning. Resultatet kommer att analyseras och användas i det fortsatta kvalitetsarbetet.

**Region A** använder resultatet för återkoppling till verksamheten. Planering av centrala utbildnings/utvecklingsinsatser

I **Region H** är det en ständigt pågående diskussion inom LAG och LPO. Jämförelser, analys av lokala och geografiska skillnader. vilket kan leda till förbättringsarbetet inom vården men också på Försäkringskassa samt eventuellt förstärkt uppdrag inom vården. Det är också viktigt att ha underlag i form av statistik för att följa mönster över tid, samt i dialog med chefspersoner och politik. Sjukpenningtalet för regionens befolkning är lågt och stabilt 8,7 dagar per medborgare och år.

I **Region C** är detta arbete under utveckling men målsättning är att:

-Alla verksamheter kan ta del av statistiken och kan utifrån sina egna mönster göra ständiga förbättringar i sina flöden och vi erbjuder verksamhetsstöd utifrån önskemål från dem.

-Anordnar Workshops kring statistiktjänsten för rehabkoordinatorer för att de själva ska kunna driva önskvärt utvecklingsarbete på sina enheter och vid behov ta stöd av verksamhetsutvecklare på vår enhet.

-Vi analyserar även viss statistik tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

**Region W** använder de försäkringsmedicinska måtten som används i kvalitetsbokslutet i vårdvalet utgör en del av övriga kvalitetsmått. Analyserna som regionen gör gemensamt med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan möjliggör ökad förståelse inom det försäkringsmedicinska området och är tänkt att användas i ett fortsatt kvalitets- och utvecklingsarbete. I den försäkringsmedicinska kommittén presenteras statistiken och resonemang förs om utfall. På de vårdenheter som har tillgång till rehabiliteringskoordinator ingår det i rehabiliteringskoordinatorns uppdrag att ha dialog med den enskilde läkaren, på medicinskt bedömningsteam och bistå chefen utifrån information via Ineras intygstjänster. Detta ska ge förutsättningar för analys på vårdenhetsnivå.

I **Region R** används de för att följa skillnader och förändringar över tid. Utifrån analyser kan arbeten initieras på enhetsnivå eller regionövergripande.

I **Region D** följer den Försäkringsmedicinska enheten data för att bedöma var riktade insatser behövs i form av dialogmöten samt platsförlagd utbildning.

**Region M** har en formell samverkan mellan regionen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen sker i "Sjukskrivningskommittén". Måtten under 7a finns angivna under mål i en skriftlig överenskommelse mellan de tre parterna. Vi planerar från 2023 att göra en aktivitetsplan och arbeta mer aktivt med dessa mått. Antal sjukskrivna per 1000 listade samt måtten som uppgetts i fråga 7b används vid Hälsovals årliga uppföljning av alla vårdcentraler. Data används som underlag till diskussion med chefer och medicinskt ledningsansvariga läkare om verksamheternas sjukskrivningsprocess och koordineringsfunktion.

## 7e. Möjlighet att kommentera:

### Svarsvärden (9)

**Region J** Processledare kan ta ut siffror och presentera dessa i Försäkringsmedicinska kommittén, för rehabkoordinatorer, i LPO eller i andra sammanhang. Analyser har inte gjorts av oss. Reg J var med i den rapport som Lumell skrev om sjukskrivningar vid vårdcentraler i några regioner i landet. Reg J rapporterar också användande av GC001 och unika individer som erhållit rehabkoordinerande insatser till SKR två ggr/år. Inget utöver presentation av deras resultat har gjorts.

**Region P** har som intention att börja följa upp och analysera sjukskrivningsmått i verksamheterna.

**Region G** har i svaren på fråga 7 utgått ifrån den försäkringsmedicinska kvalitetsuppföljningen. Till detta har vi också en separat uppföljning som kvalitén i utförandet i relation till uppdraget enligt koordineringslagstiftningen. Det vill säga hur enheterna arbetar för att följa uppdraget i lagstiftningen, detta genom enkät till verksamhetschefer. Brister i enkätsvaren följs upp med dialogmöte.

I **Region N** analyseras försörjningsmättet inom samordningsförbunden där vi är en part.

I **Region U** tar koordinators på lokal nivå fram könsuppdelad sjukskrivningsstatistik via Rehabstöd. Resultatet kommuniceras med sjukskrivande läkare och lokalt team.

**Region Q** har just börjat få teknisk möjlighet att få ut statistik från primärvården och viss specialistvård som går att jämföra. Vi förbereder nu mått och analytiskt arbete och hoppas kunna ha med det i skarp uppföljning 2023. Vi avser börja med några av måtten som har föreslagits.

I **Region V** sker analyser planerat på enhetsnivå inom vissa verksamheter och på förekommen anledning.

**Region W** anser att Ineras intygstjänster fungerar väl och är inarbetade verktyg för rehabiliteringskoordinatorerna. Rehabiliteringskoordinatorerna använder sig av tjänsterna för att redovisa statistik på Medicinska bedömningsteam, i dialog med enhetschef på enheten samt vid genomgång med enskilda läkare samt för egen del för att få överblick över pågående sjukskrivningar och för att analysera statistik. Statistik över antalet genomgångar förs.

**Region O** anser att det är viktigt att verksamheterna har möjlighet att följa sina aktiviteter för att på så vis bidra till kvalitetsarbete avseende sina resultat.

**8b. Har dessa åtgärder registrerats på annat sätt än via KVÅ-koder, beskriv hur och ange antal för 2021 och 2022 för de tre åtgärderna:**

Beskriv med max 1000 tecken.

**Svarsvärden (13)**

**Region J** har satsat på att föra in GC001 och avvaktat med de andra KVÅ-koderna då det krävdes ett omfattande arbete för att ens börja KVÅ-koda hos oss. Nu tror jag att den koden är "i hamn" så vi skulle kunna fortsätta med sjukskrivnings- och rehabplan som nästa steg. Det saknas dock klarhet i många vårdförlopp om utarbetande av rehabplan eller sjukskrivnings- och rehabplan ska användas och frågan är om detta skulle tjäna på någon form av övergripande rekommendation? Tilläggsinfo. KVÅ-koder kan sättas av vem som helst och siffrorna jag angett är "allas". Om jag dessutom filtrerar på journalmallar som ska användas av enbart rehabkoordinator blir siffrorna lite annorlunda; för 2021: 3548 unika individer och 2022: 3330 unika individer.

**Region S** Nej



Inom **Region B** finns en egen journaltyp upprättas för rehabplan/vårdplan/habplan vilket ska användas vid dokumentering av rehabplan/vårdplan/habplan. År 2021 dokumenterades 8434 st år 2022 9806 stycken. När koordinerande insatser ges skall dessa journalföras under en specifik journaltyp rehabkoordinering. År 2021 var journaltypen REKO använd på 11598 stycken varav 33756 unika patienter År 2022 var journaltypen REKO använd på 11458 stycken varav 3680 unika patienter.

#### **Region G** Nej

**Region L** I samband med uppföljning inom Hälsoval har vi noterat att en viss underregistrering har funnits beträffande KVÅ koder. Vårdenheterna arbetar en hel del förebyggande och då har inte GC001 kunnat användas under den aktuella tidsperioden.

**Region A** kan ej ange antal, troligen ett större antal åtgärder utförda som endast beskrivs i fritext i journalen

**Region H** svarar att det verkar pågå en hel del arbete gällande KVÅ inom bland annat NPO rehabilitering, habilitering, försäkringsmedicin samt inom nationell grupp för vårdförlopp. Det är av stor vikt att föreslagna koder samordnas för att gälla nationellt. Inom NPO föreslås just nu AW 020 och AW024 och kopplas till den generiska modellen för rehabilitering. Det är ett arbete som pågår och ingenting är fastställt ännu. Det riktigt viktiga är samordning nationellt så vi tillsammans verkar för gemensamt system för uppföljning. Förklaringen till varför siffrorna skiljer sig så mycket åt är att 2021 omfattade registreringarna hela hälso- och sjukvården 2022 endast primärvården.

I **Region Q** finns det inga avtalskrav på att vårdgivare (ej koordineringsfunktion, reko) specifikt ska rapportera DV077, AW026 eller GC001 varför endast ett fåtal registreringar av dessa KVÅ:er noteras i regionens IT-system över vårdbesök. Alltså, det går att ta fram men antalet stämmer inte alls med som verkligen görs.

Rehabkoordinator har krav på att i patientjournal dokumentera GC001 tillsammans med andra relevanta KVÅ:er som t.ex. DV077 och AW026. Eftersom koordineringsinsatser inte är hälso- och sjukvård ska inget vårdbesök rapporteras. För uppföljning av åtgärder som inte är hälso- och sjukvård (t.ex. rehabkoordinator) har regionen utvecklat en lösning som innebär att data från patientjournal kan tas emot och även separeras från vårdbesök. Vårdgivarna och journalsystemsleverantörerna utvecklar på sin sida systemen för att kunna skicka patientjournaldata som t.ex. KVÅ:er till regionens IT system. Utvecklingsarbetena pågår och beräknas vara klara under 2023.

**Region W** svarar att om rehabiliteringskoordinator utför koordineringsinsatser så registreras kontakterna och då framgår följande uppgifter för 2021 och 2022 (Uppgifter hämtat från Rapportportalen): Totalt antal kontakter med rehabiliteringskoordinator

År 2021: 9592

År 2022: 9464 Antal unika individer som fått koordineringsinsatser av rehabiliteringskoordinator

År 2021: 1917

År 2022: 1812

**Region R** väljer att inte lägga in de siffror de kan få fram då vi i regionen ännu inte fått igång användandet av GC001 fullt ut. De siffror som kan redovisas speglar inte det arbete som görs idag. Gällande DV077 och AW026 finns inget beslut fattat i regionen på övergripande nivå att dessa koder ska användas. De används idag av några få enheter, vilket gör att dessa koder inte speglar eller säger något om huruvida planer upprättas eller följs upp.

**Region K** svarar att det finns en brist när det gäller registrering av KVÅ-koder, en förbättring har skett senaste åren men fortfarande finns det tillfällen då KVÅ-kod ej registreras.

**Region M** har inte lagt in koden AW026 Uppföljning av rehabiliteringsplan i rutinerna sedan den tillkom. Vi tar upp till diskussion om vi ska lägga till den för rehabkoordinatorerna framåt.

**Region E** svarar Nej men från DV077 samt AW026 kan inga slutsatser dras då de ej används på gemensamt sätt ännu.

## 8c. Vilka utmaningar finns i regionen kring registreringen av ovanstående KVÅ-koder?

### Öppna svar-Annat problem, beskriv här: (7)

**Region J** KVÅ är ganska nytt att använda och det är olika hur van man är vid att använda KVÅ-koder.

**Region P** resursproblem/tidsbrist/otydliga rutiner

**Region S** De efterfrågas ej annat än av SKR – dessutom upplevs det av medarbetarna som en onödig administrativ uppgift.

**Region H** svarar att få medarbetarna att registrera. se också i föregående text.

**Region Q** svarar att koordinering är inte sjukvård vilket ställer till det tekniskt, se kommentar.

**Region W** KVÅ-kodernas kodtext förändras över tid så det är svårt att analysera förändringar i förekomst

I **Region R** finns inget övergripande beslut att KVÅ koderna ska användas vilket leder till att koderna inte går att använda som uppföljningsmått i dagsläget

### Kommentarer (8)

**Region F** ser fram emot nya möjligheter att registrera med dubbla roller och roll som rehab.koordinator i vår nya vårddokumentation som implementeras hösten 2024. Utvecklingen av nuvarande vårddokumentationssystem är inte aktuellt.

**Region J** När KVÅ-kodning dök upp som ytterligare en sak att "knaptrycka" i journalen uppstod till en början ett stort motstånd. Under tecknad har arbetat med rehabkoordinatorerna för att ändå få dem att använda GC001 och nu efter ca 2-3 år tror jag att den koden används så ofta det är möjligt. Självklart kan det fortsatt finnas ett mörkertal eftersom det kräver att den enskilda rehabkoordinatören kommer i håg att koda sin anteckning men det är väldigt mycket bättre i dag. Det är svårare med DV077 av flera skäl; exempelvis eftersom det kan vara oklart när rehabplan/respektive sjukskrivnings- och rehabplan ska användas; vilka professioner ska använda dem, när? Det är fler professioner som kommer bli inblandade i de då de innebär vård och behandling (till skillnad från rehabkoordinering) för att ta några exempel.

**Region B** journalsystem tillåter inte att KVÅkoda om det inte finns ett besök kopplat till åtgärden. Vilket gör att KVÅ inte är tillämpligt fullt ut inom Region B. I fallet med Rehabplaner och uppföljning av dessa som kan ske utan kopplade besök, utan via telefon eller vid teamkonferenser eller liknande. Gällande rehabkoordinatorns arbete sker ju merparten av arbetet icke kopplat till patientbesök och kan inte heller fångas via KVÅ registrering.

I primärvården i **Region N** är det endast rehabkoordinatören som reg KVÅ-koder. Men i specialiserad vård gör alla det

**Region Q** svarar att koordineringsinsatser är inte sjukvård och för att kunna följa upp KVÅ-koder som rapporterats av rehabkoordinator krävs att regionens system utvecklas och vårdgivarnas journalsystem anpassas. Detta görs nu och beräknas klart under 2023.

I **Region C** är det oklart hur ex. förebyggande insatser och annat som reko gör, som inte ingår i uppdraget enligt lag; grunduppdraget, ska registreras. Här gör regioner olika.

I **Region W** finns koderna ovan på den regionsövergripande listan över koder som ska registreras oberoende av specialitet eller verksamhet. Det är dock oklart hur koderna implementeras i verksamheterna.

**Region M** svarar att en svårighet med KVÅ-koder är att den kan avse både kontakt och inte kontakt med patient. Sedan behöver vi ju bli bättre på att mäta effekten hos patienten. Det är inga problem att få rehabkoordinatorerna att registrera KVÅ-koder. Om andra yrkeskategorier gör en rehab- och sjukskrivningsplan fallerar troligen KVÅ-kodningen. Det är dock främst rehabkoordinatorerna som gör dessa planer.

**Behov av nationellt stöd 9a. Vad fungerar bra inom det försäkringsmedicinska området?**

Beskriv med max 2000 tecken.

## Svarsvärden (21)

**Region F** ser att de har god samverkan med Försäkringskassan och på övergripande nivå, även Arbetsförmedlingen. Vi har också pågående samverkan med arbetsgivare i regionen, Arbete för hälsa. Vi har just nu en god bemanning av rehab.koordinatorer inom primärvård ( både privat och offentlig) och inom psykiatri öppenvården. Vi saknar fortfarande rehab.koordinatorer inom den specialiserade vården. Vi har i regionen nu en budgetfinansierad organisation för försäkringsmedicin och kan erbjuda de utbildningsinsatser som efterfrågas. Vi deltar i RPO och i LPO i försäkringsmedicin, rehabilitering och habilitering.

I **Region J** har rehabkoordinering blivit etablerat och erkänd som en viktig funktion att ha inom psykiatri, primärvård och ortopedi. Det finns en välutvecklad fyra-fem tillfällen lång introduktionsutbildning för nya rehabkoordinatorer som innehåller kunskap om uppdraget, uppdragsbeskrivning, användning av digitala hjälpsystem (Intygstjänsterna), samverkansaktörer inom försäkringsmedicin, webbutbildningar, våld i nära relation och dessutom möjlighet till fortsatt lärande genom högskoleutbildning och lokala träffar i mindre grupper. Utbyte/nyheter/fortbildning är också organiserad och etablerad med fem digitala halvdagar och en fysisk heldag per år. Vi har gott samarbete med samverkansaktören Försäkringskassan både genom en samverkansöverenskommelse som gör att hälso - och sjukvårdsdirektör och områdeschef FK tillsammans med relevanta underchefer, processledare och samverkansansvariga har regelbundna möten två ggr per år, regelbunden kontakt ca en gång/månad- varannan månad mellan processledare i regionen och samverkansansvarig FK och att samverkansansvarig och FMR är aktiva deltagare i Försäkringsmedicinska kommittén.

I **Region P** fungerar det i grunden bra, men vi är dåliga på att utnyttja stödet

**Region S** anser att REKO är jättebra och fungerar bra lokalt. 4-partssamverkan med FK, AF och kommunerna fungerar väldigt bra hos oss (Trisam) liksom utbildningsstrukturen av utbildningsläkarna är välfungerande. SKR's utbildningar uppskattas och är en tillgång.

**Region B** Samordningen från SKR inom området fungerar bra och ger Region B stöd/svar i olika frågeställningar och kan stödja en omvärldsbevakning

**Region G** har individuellt stöd till patienter och samverkan med externa aktörer. Vår ST-läkarutbildning och interna rehabiliteringskoordinatorsutbildning i försäkringsmedicin. Strukturen för försäkringsmedicinsk utveckling.

**Region N** har väl utbyggd koordineringsfunktion med tydliga uppdragsbeskrivningar. De ingår naturligt i vårdsteamerna och har fullt stöd av sina chefer och läkare. Försäkringskassan uppger att de är mycket nöjda med koordineringsfunktionen. Processledning ingår i ordinarie verksamhet i ledningsfunktion. Både strategiska och operativa processledare som jobbar nära verksamheterna. Läkare med högre kompetens i försäkringsmedicin är delaktig i våra utbildningsinsatser.

I **Region L** anses det vara viktigt med SKR's nationella nätverksträffar för processledarna och nätverk för Försäkringsmedicinska sakkunniga läkare. Området Försäkringsmedicin utgör numer en del av det nationella programområdet för Habilitering, Rehabilitering och Försäkringsmedicin (NPO) vilket bidrar till ämnets legitimitet. Samverkan inom RPO (Sydöstra sjukvårdsregionen) har stärkts och genererat utveckling inom området i samband med att Försäkringsmedicin blev en del av NPO.

**Region A** har en väl fungerande central funktion. Generellt hög kompetens i läkargrupp och inom funktion för koordinering.

**Region U** anser att länssamordnare och koordinatorena i länet är viktiga för arbetet inom primärvården och psykiatri. Under pandemin och omställning saknades en länssamordnare då vår erfarna samordnare avled i början av pandemin. En ny erfaren samordnare har tillsatts hösten 2022 vilket möjliggör att arbetet inom regionen kan återupptas. Trots att verksamheterna blev tvungna att omplacera personal under pandemin har arbetet inom det försäkringsmedicinska området delvis fortgått. Idag finns koordinatörer inom psykiatri och hela primärvården i länet.

Inom **Region H** finns en tydlig organisering och struktur. dels inom organisationen för kunskapsstyrning men också struktur för samverkan med Försäkringskassan. Samt inom de olika områden inom avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning (uppdrag, vårdförlopp, patientöverenskommelsen mm) Säkerställd kompetensförsörjning inom området Tydlighet i uppdrag Stort engagemang Budget för området

I **Region Q** har funktionen rehabkoordinator blivit mycket uppskattad både inom och utanför hälso- och sjukvården. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet uppfattas överlag positivt. Utbildningar på området finns tillgängligt idag på ett bra sätt. Inom psykiatri och primärvården har det försäkringsmedicinska arbetet kommit en bit på väg. Regionen har reviderat en riktlinje för kvalitet och patientsäkerhet i det försäkringsmedicinska arbetet som är beslutad i hälso- och sjukvårdsnämnden under året som gått.

**Region C** svarar att genom den statliga överenskommelsen genom åren har SKR bidragit starkt till en utveckling inom området och det finns nu strukturer för ledning och styrning inom området. Samt även införandet av rehabkoordinatorer. Likaså tillhandahållande av webbutbildningarna i Försäkringsmedicin Nätverksträffar för sakkunniga läkare och processledare för utbyte och information anordnade av SKR Stöddokument från SKR t.ex. Att leda det försäkringsmedicinska arbetet Positivt att försäkringsmedicin nu finns representerat i kunskapsstyrningsstrukturen men här finns förstås mycket som återstår att jobba med. Att det nu även finns en nationell samverkansgrupp är mycket bra.

**Region V** anser att det Försäkringsmedicinska beslutsstödet fungerar bra, men det behöver utvecklas. Den nya strukturen för samverkan på nationell nivå är lovande och ger regionerna stöd i att skapa lokala strukturer. Webcert, men fler intyg behöver inkluderas. Rehabstöd och delar av Intygsstatistik. KVÅ-koder.

**Region W** anser att det är bra att försäkringsmedicin ingår i kunskapsstyrningen. Det är bra att Socialstyrelsen fått ett utökat uppdrag att arbeta med försäkringsmedicinska frågor. SKR har traditionellt sett haft en stor roll eftersom området reglerats via statliga överenskommelser. Det gör att det finns material, utbildningar, metodböcker mm. Det finns ett nationellt nätverk i försäkringsmedicin som riktar sig till processledare och sakkunniga läkare i försäkringsmedicin från regionerna som SKR samordnar. Det finns även ett fristående nationellt nätverk för sakkunniga läkare i försäkringsmedicin. De nationella samverkansgrupper som nu är tillsatta är viktiga eftersom försäkringsmedicin i hög grad är samverkansberoende.

I **Region R** fungerar det egna ledningssystemet för kvalitetsuppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bra. Det skickas ut vart tredje år till primärvården, analys gör på enhetsnivå, närsjukvårdsområdesnivå och regionövergripande. Mål sätts på alla nivåer och följs upp regelbundet under treårsperioden. Ledningssystemet skickas även ut varje år till kliniker där sjukskrivning är vanligt förekommande. Utbildning och nätverk för rehabiliteringskoordinatorer, och AT/ST utbildningar. RAG och LAG försäkringsmedicin samt LPO rehab, hab och försäkringsmedicin. Kommunikation i Webcert med Försäkringskassan. Rutiner för framtagande av statistik i primärvården. Samverkan med samordningsförbund, Arbetsförmedling, Försäkringskassa och kommuner samt SKR och NPO. Utbildning och stöd till chefer inom primärvården är under positiv utveckling. Informationsspridning till enheter från processledning via nyhetsbrev. Samverkan mellan ReKo, Operativa processledare och verksamhetsutvecklare inom försäkringsmedicin. Positiv utveckling inom psykiatri där de försäkringsmedicinska frågorna börjar lyftas upp och utvecklas. Försäkringsmedicinskt forum (2 dagars utbildning/workshop) som ges varje år där rehabiliteringskoordinatorer, FM-läkare och chefer bjuds in, årets tema är Intern samordning mellan enheter i regionen.

**Region K** har utbildningsinsatserna för läkare, samverkan med Försäkringskassan, funktionen för koordinering.

I **Region D** finns en ökad förståelsen för de olika uppdragen för hälso- och sjukvården respektive Försäkringskassan, ökad intresse bland personal inom hälso- och sjukvården för utbildning och samverkan med andra aktörer i försäkringsmedicinska frågor och ökad förståelse hos Försäkringskassan för olika svårigheter som vårdgivaren möter i de försäkringsmedicinska frågorna man ställs inför.

**Region M** svarar följande:

- Bra samarbete med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inom Sjukskrivningskommittén.
- Utbildning i försäkringsmedicin för BT, AT och ST läkare samt Rekon -Tillgången till Rehabkoordinator inom primärvården och psykiatri
- Nätverket för regionens Rekon (leds av processledaren för Rehabkoordinatorerna inom primärvården).
- Tillgången till försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare inom regionen (det finns en för primärvården, en för specialistvården).
- RAG FM Mellansvenska sjukvårdsregionen
- Nationellt nätverk för sakkunniga läkare i försäkringsmedicin
- SKRs utbildningsinsatser ledda av Cecilia Alfén

**Region E** har utbildningar på AT nivå samt ST nivå för allmänmedicin. Rehabkoordinatorernas nätverk, handledning. Att vi nu har rehabkoordinatorer inom primärvården.

**Region O** svarar att det utvecklingsarbete som, inte minst med statligt stöd, som har bedrivits inom regioner och via nationella aktörer har bidragit till att kunskap och kompetens hos hälso- och sjukvården inom området har ökat betydligt de senaste åren vilket möjliggör för hälso- och sjukvården att på ett bättre sätt bidra i de försäkringsmedicinska delarna.



## 9b. Vilka utmaningar ser ni inom det försäkringsmedicinska området?

Beskriv med max 2000 tecken.

### Svarsvärden (21)

**Region F** Vår utmaning är att säkerställa att patienter inom specialistvård vid behov erbjuds rehab.kordinerande insatser. Vi kommer också under 2023 påbörja ett arbete kring samverkan mellan läkare inom primärvård och specialiserad vård inom det försäkringsmedicinska området. Detta för att undvika att patienter hamnar mellan stolarna. Vi har utmaningar kring samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna där synen på våra uppdrag ibland skiljer sig åt. Vi ser att det är av stor vikt att förstå att vi endast kan uttala oss om patienters funktions- och aktivitetsnivå om vi har en pågående vårdrelation och att vi endast erbjuder bedömning, vård och behandling till de personer som själva söker hälso- och sjukvård pga upplevd sjukdom. Vi har stora svårigheter att koda med åtgärds-koder i vårt nuvarande vårddokumentationssystem eftersom vi har rehab.koordinatorer som saknar hälso- och sjukvårdsutbildning. Vi ser att det finns ett GAP mellan lagens utformning och efterfrågan ang. uppföljning av de rehab.koordinerande insatserna. Vår förhoppning är att vi får andra förutsättningar i vårt nya vårddokumentationssystem men det kommer vad vi har förstått då en förändring av klassifikationen av rollen som rehab.koordinatorer.

**Region J** ser flera utmaningar, här är några exempel:

- \* Få till en grupp med professionella som kan arbeta fram övergripande processer har visat sig vara en utmaning då många andra frågor konkurrerar om resurserna.
- \* Konkret kunna arbeta med fungerande riktlinjer avseende sjukskrivning och rehabilitering inom vårdens övergångar (exempelvis övergångar primärvård-specialistvård-primärvård eller mellan region - kommun)
- \* Vi har en utmaning i att kunna erbjuda rehabkoordinering för sjukskrivna inom andra specialiteter än de vi har i dag (I dag har vi inom primärvård, psykiatri och ortopedi, saknar inom exempelvis kirurgi, gynekologi och neurologi)
- \* Konkret också kunna få till riktlinjer och förbättrade arbetssätt gentemot och tillsammans med patienter och kommuner när det gäller intyg och personer med försörjningsstöd.
- \* Det finns sårbarhet i systemet då det är få som har en övergripande "blick" på området och då det finns flera utvecklingsbehov som får stå tillbaka pga andra mer akuta vårdbehov.

**Region P** anser att Försäkringskassan ställer höga krav på intyg från primärvården, dessutom olika krav på intyg från specialistvård kontra primärvård. Intygsskrivande är överlag en tidskrävande uppgift för allmänläkare. Bristen på allmänläkare gör att de som är anställda får en högre arbetsbörda.

**Region S** svarar att det många gånger finns en bristande kunskapsnivå bland läkare och ett bristande engagemang i något som många gånger inte upplevs tillhöra den medicinska professionens centrala uppdrag. Många hyrläkare med låg kontinuitet - kompetensförsörjningen. Samtyckeskraven är knepiga och svåra att hantera. Relationen till FK upplevs svår inom professionen. Utvecklandet av teamarbete med andra yrkesgrupper behöver utvecklas – inte enbart ett läkaruppdrag att ta fram ett underlag. Upplevelse av att inte kunna påverka – mer politiska beslut som styr sjuktal och utfall av sjukskrivningsprocessen.

**Region B** ser en stor utmaning att ingen nationellt samordnar och driver intygsutveckling och försäkringsmedicinskt arbete utifrån hälso- och sjukvårdens behov och perspektiv. Ingen har tagit ett helhetsgrepp utan de olika aktörerna Försäkringskassan, Kommunerna och Skatteverket m.fl önskar och driver på utifrån sina perspektiv och behov, det blir sekundärt hur hälso- och sjukvården påverkas. Någon behöver nationellt göra ett omtag och tydliggöra vilka intyg som ”ska” utfärdas inom hälso- och sjukvården och vilka som ”ska” utfärdas av andra ex kommun m.fl. Nu famlar hälso- och sjukvården och de olika regionerna tolkar olika i vilken skyldighet som finns att utfärda eller inte utfärda. Region B ser även en utmaning med att följa försäkringsmedicinska indikatorer då ännu inga nationella finns framtag, kommer vara av vikt att indikatorerna bli tydligt definierade så att resultatet kan användas i nationella jämförelser. Bla skiljer KVÅ koderna på upprättande av rehabiliteringsplan och upprättande av rehabilitering och sjukskrivningsplan- Inom Region B använder vi inte begreppet sjukskrivningsplan utan plan för sjukskrivning ska ingå i patientens rehabiliteringsplan.

#### **Region G**

- Möjligheten för enheter att utveckla de försäkringsmedicinska processerna utifrån att vård och behandling behöver prioriteras före.
- Svårt att skapa förståelse på enheterna för det försäkringsmedicinska perspektivet och dess inverkan på patienterna.
- Bemanningen av koordineringsfunktionen både i antal och att finna personer med adekvat kompetens. Detta sammankopplat med det allt svårare rekryteringsläget för legitimerad personal generellt.
- Bemanningen av försäkringsmedicinsk läkare.

**Region N** svarar att utmaningen är få läkare intresserade av försäkringsmedicin. Det finns inte rimlig tid i verksamheterna för att utfärda intyg på det sättet som krävs och förväntas av Fk och socialstyrelsen. Kompetens och kontinuitet i sjukskrivningsprocessen där man har hyrläkare. Samarbetet med Försäkringskassan fungerar väldigt olika mellan de olika Fk-kontoren. AFU-utredningar är stort problem där Fk använder utredningen till att dra in sjukpenning abrupt utan samverkan efter många års sjukskrivning. AFU-metoden används felaktigt vid långa sjukfall och är dessutom aldrig utvärderad!

**Region L** menar att det finns en brist på samsyn, området är relativt litet. Gemensamma problem borde kunna samordnas nationellt i större utsträckning. Samverkansfrågor mellan olika myndigheter. Bristande samverkan med kunskapsområdet Försäkringsmedicin i samband med utformande av de olika vårdförloppen när dessa produceras. Området saknas ofta eller är minimalt behandlade. Den stora utmaningen är att bibehålla intresset för området hos alla aktörer som en integrerad del av Nära Vård där den enskilde individens behov är i fokus.

I **Region A** finns det fortsatt (och kontinuerligt) ett behov av kompetenshöjning i chefslinjen vad gäller hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete (delvis kopplat till att chefer byts ut). Stor och viktig utmaning vad gäller utvärdering och analys av kvalitén i hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete, delvis kopplat till osäkra datakällor.

**Region U** saknar läkare med försäkringsmedicinsk kompetens. Det är helt nödvändigt för att regionen ska kunna uppfylla samtliga krav från nationell nivå. Eftersom det är en bristkompetens i hela landet krävs samverkan över regiongränser alternativt stöd från nationell nivå.

**Region H** svarar Uppföljning Engagemang inom sjukhusansluten vård Viktigt med nationellt stöd och att vi får en gemensam struktur för uppföljning. Uthållighet och engagemang inom Socialstyrelsen

**Region Q** svarar att ledning och styrning av det försäkringsmedicinska arbetet behöver utvecklas på vårdgivarnivå. Svårigheter ses att rekrytera läkare med särskilt uppdrag inom försäkringsmedicin. Fortfarande är försäkringsmedicinska bedömningar och intyg ett område som inte är integrerat i hälso- och sjukvårdsarbetet. Ansvarsfördelning för försäkringsmedicin mellan Specialistkliniker och primärvård vållar en del bekymmer. Överlag har specialistklinikerna och sjukhusen ett större utvecklingsarbete att göra framåt. Det kvarstår ett implementeringsarbete av den reviderade riktlinjen vilket kommer leda till vissa förändrade arbetsätt. Det är ett problem att externa aktörer använder hälso- och sjukvårdens resurser till försäkringsmedicinska bedömningar och intyg där det inte är tydligt vilken information som är nödvändig. Utveckla rehabkoordinatorsrollen för sjukhusen. Handläggningen hos Försäkringskassan varierar beroende på ändringar i regelverk och tillämpningen av regelverket. Detta gör att många inom hälso- och sjukvården upplever det försäkringsmedicinska området som oförutsägbart och svårt att lära sig.

**Region C** svarar -Att det inte finns en enhetlig och tydlig författning kring vad hälso-och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag innefattar. Finns heller ingen nationell organisation som kan ge ett konkret stöd i de här frågorna. Det blir en obalans mellan Hälso -och sjukvården och myndigheterna, där myndigheterna kan vända sig till förarbeten och egna interna rättsavdelningar. Det vi (HoS) har idag är egentligen enbart Lag om koordineringsinsatser och Lag om Försäkringsmedicinska utredningar. Fanns det tydligare regleringar för hela området vore det lättare att kunna rikta resurser till "rätt" områden. Det vi använder är prioriteringsordningen "sjukast först". Skulle vi hålla oss till enbart detta är det mycket av det försäkringsmedicinska arbetet i individärenden som inte skulle utföras. -Trycket inom Hälso-och sjukvården gör att det försäkringsmedicinska området riskerar att antingen prioriteras ned; verksamheterna har svårt att ta sig tid att sätta sig in i området, eller skicka sin personal på utbildningar m.m. och följden blir att försäkringsmedicinska kompetensen blir låg. - Alternativt tar för området mycket tid i anspråk från den övriga vården. Många externa aktörer (Socialtjänst, AF, FK, arbetsgivare) som bygger in intygskrav i sina lagar, rutiner och processer utan att ta hänsyn till vilken påverkan det får inom Hälso-och sjukvården. Man är inte resurssatt att hantera den stora mängd intyg och krav på bedömningar som indirekt kommer från myndigheterna. -Digitala kommunikationen mellan de samverkande parterna behöver snarast åtgärdas! Vet att arbeten pågår, vi hoppas man tänker in alla parter i SAMMA lösning, både gällande utbyte av skriftlig information och digitala mötesformer. -Fortfarande är sjukskrivningsfrågan något som många läkare inte vill hantera utan tendensen att skjuta ifrån sig den delen av behandlingen till annan part. Fortfarande vanligt att specialistkliniker lämnar över till primärvården. -Hylläkarsystemet! Se vidare nedan!

**Region V** anser att det finns svårigheter att skapa regionala riktlinjer och kunskapsstöd samt rutiner för ledningssystem i samklang med SKR´s vägledningar. Intygshanteringen förbrukar mycket resurser i hälso- och sjukvården. Försäkringskassans varierande tillämpning av lagstiftningen ger ständigt nya oförutsägbara förutsättningar för hälso- och sjukvården, detta förbrukar personella resurser.

**Region W** anser att försäkringsmedicin fortfarande inte ses som en naturlig del av vården och behandlingen. Detta beror på flera faktorer däribland kulturer. Det försäkringsmedicinska arbetet är inte tidsatt för de arbetsuppgifter som ingår vilket också gör att det blir en arbetsmiljöfråga som i sin tur påverkar synen på arbetet. Det försäkringsmedicinska arbetet är komplext och ställer stora krav på samverkan med såväl interna som externa aktörer, vilket är tidskrävande och ställer krav på att vara uppdaterad på lagar, regelverk, myndigheters uppdrag och roller.

I **Region R** finns tidsbrist på enhetsnivå. Vi är i en svår kompetensförsörjningssituation där det är brist på personal, särskilt påtagligt är det gällande allmänläkare i primärvården. Stafettläkare, skapar stora svårigheter till följsamhet i rutiner och teamarbete. Kompetensutveckling i försäkringsmedicin prioriteras inte. Journalsystem som skapar behov av dubbeldokumentation. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen skrivs under olika sökord. Löpande text i journal gör det svårt för läkare att hitta övriga professioners bedömningar gällande funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Avsaknad av FM-läkare på många hälsocentraler.

I **Region K** har området fortsatt svårt att få tillräcklig uppmärksamhet, fortsatt risk för nedprioritering. Sedan stimulanspengarna försvann har den försäkringsmedicinska "enheten" reducerats till ett minimum även i vår region. Det är mycket svårt att med en processledare för rehabkoordinering och en sakkunnig på några procent att lyfta fram och driva utveckling av det försäkringsmedicinska sakområdet i regionen.

**Region D** arbetar för att ändra förhållningssätt till salutogent dvs att främja friskfaktorer och ta vara på det friska hos individen trots sjukdom/skada och undvika medikalisering och passivisering hos patienter som är sjukskrivna eller riskerar att bli det, att motivera personalen att tidigt upprätta en plan för rehabilitering och återgång i arbete för att minska risken för passivisering och långtidssjukskrivning, att arbeta bort könsskillnaderna i hur vi sjukskriver mm.

**Region M** menar att det är en utmaning att få försäkringsmedicin att ingå som en naturlig del i ordinarie kvalitets- och uppföljningsarbete inom hela Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Växande resursproblematik inkl. tillgång på vårdpersonal inom vården tränger undan mindre attraktiva områden såsom försäkringsmedicin. Samtidigt börjar vi se ökande psykisk ohälsa i befolkningen, fr.a. stressrelaterad psykisk ohälsa där många söker vården för sjukskrivning. Även ändrade regler i pensionssystemet och regelverket kan bidra till ökade sjukskrivningar. Bristfälliga strukturer/forum för utveckling och forskning, kunskapsstyrningsorganisationen dysfunktionell för försäkringsmedicin på regional och nationell nivå, se kommentar punkt 1.3 Ägare till sjukskrivningsfrågan oklar, den faller ofta utanför Hälso-och sjukvårdens stol där den är lågt prioriterad, i skuggan av akuta utmaningar med vårdköer, platsbrist etc. och Hälso-och sjukvården har andra huvuduppdrag än att öka arbetsåtergång/sänka sjuktalet.

- Behov av utvecklad samsyn/ägarskap/gemensam försäkringsmedicinsk organisation på lokal nivå.
- En utmaning att organisering/roller försäkringsmedicin och tillgång till rehabkoordinatorer på olika kliniker skiljer sig mkt åt mellan regionerna.
- Tillgång till rehabkoordinatorer på de kliniker som inte har en rehabkoordinator är en utmaning.
- Gärna nationellt framtagen "basutbildning". Tänker på den rehabkoordineringsutbildning som finns på högskolenivå, där det blir tydligt att alla regioner gör olika när det gäller introduktion till rehabkoordinatorer – vore bra med gemensamt utbildningspaket.
- Inventering av forskning och behov av forskning kring rehabkoordinering

**Region E** svarar att implementera uppdraget rehabkoordinator på kliniker och mottagningar i specialistvården Patientsäkerhet och kvalitet inom det försäkringsmedicinska arbetet med anledning av svårigheten med att nå ut till alla enheter. Ledning och styrning.

**Region O** svarar att det är väsentligt att hälso- och sjukvården fortsätter att arbeta med de försäkringsmedicinska frågorna som en del av sitt huvuduppdrag. Kommande situationer med begränsade resurser kan utgöra en utmaning för hur hälso- och sjukvården prioriterar och arbetar med området.

## **10. Vilket stöd skulle ni vilja ha från nationell nivå inom det försäkringsmedicinska området?**

Med stöd avses stöd från Socialstyrelsen, SKR och NPO för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Beskriv med max 2000 tecken.

### **Svarsvärden (20)**

**Region F** ser behov av stöd kring förtydligande om hälso- och sjukvårdens uppdrag i förhållande till andra myndigheters behov av framför allt olika medicinska bedömningar och då framför allt olika former av intyg, se beskrivningen ovan. Vi ser behov av stöd kring klassifikation av rollen som rehab.koordinatorer, och möjlighet att kunna registrera i två olika roller i vårt nya vårddokumentationssystem, se beskrivningen ovan.

**Region J** Det behövs både en nationell och sjukvårdsregional kunskapsgrupp och stöd i exempelvis journalsystem och intygsskrivande. Intygsskrivandet ligger fortsatt efter jämfört med exempelvis läkemedelsmoduler i journalsystemen och det både pågår arbeten och finns behov av ytterligare utveckling för att förenkla och minska den administrativa bördan för våra läkare. Det behövs en utveckling där stödet finns integrerat i journalsystem och andra hjälpsystem för att på riktigt underlätta arbetet. Väldigt viktigt med nationellt kunskapsutbyte och att en myndighet som Socialstyrelsen tillsammans med SBU, SKR och andra verkligen bevakar och utvecklar området med bästa möjliga kunskap och sprider detta i landet.

**Region S** anser att det är svårt att säga – arbetet behöver struktureras och prioriteras inom regionerna. SKR's stöd och arbete är uppskattat. Möjligen skulle informationskampanjer mot befolkningen om försäkringssystemet – media speglar endast negativa konsekvenser av systemet och en balanserad information om hur sjukförsäkringssystemet är uppbyggt och varför, vore en hjälp för den enskilda läkaren.

**Region B** svarar att arbetet som beskrivs enligt punkt 9 behöver nationellt hållas samman och de behöver beslutas nationellt vilka intyg som hälso- och sjukvården "ska" utföra. Framtagande av nationella indikatorer i försäkringsmedicin ser vi fram emot så vi kan börja jämföra och följa området mer likvärdigt Regionerna emellan.

**Region G** finns stöd för utvärderingsmått så vi kan jämföra oss mellan regioner och utvärdera insatser. Stöd i lämpligt bemanningstal av rehabiliteringskoordinatorer alt hur mycket extra resurser funktionen för koordinering behöver. Nationella fortbildningstillfällen för försäkringsmedicinsk ledning och koordineringsfunktion. Tillfällen var för sig och gemensamt. Gemensamma samtal med Försäkringskassan och socialdepartementet i frågor där vi från sjukvårdens sida upplever systembrister.

**Region N** har utbildningar, utbildningsmaterial, webbaserade utbildningar, instruktionsfilmer. Ett mer aktivt NPO som jobbar i dialog med RPO. Att driva AFU-frågan så att innehållet och användandet kvalitetssäkras. Även Försäkringskassans metoder hur man använder och bedömer AFU-utredningen behöver kvalitetssäkras. Behov finns av läkarutbildning inom försäkringsmedicin på avancerad nivå. Stödja och stärka koordineringsfunktionen nationellt, deras kompetens och ansvarsområde så att detta blir jämlikt i landet. Deras uppdrag bör vara jämställt med legitimerad personal.

**Region L** har gemensamma nationella utbildningar. Nationellt stöd till processledare och medicinskt sakkunnig läkare. Spridning av ny kunskap inom området.

**Region A** har ett fortsatt arbete med utvärdering och analys.

I **Region U** finns stöd av läkare med försäkringsmedicinsk kompetens framförallt för utbildning och kompetensutveckling men även som stöd till länsamordnare koordinatörer och till LPO habilitering, rehabilitering och försäkringsmedicin. Stödet kan bestå av att det på nationell nivå finns läkare som regionen kan avropa ex. för att besvara frågor från specialistläkare eller delta i utbildning av BT/ST läkare. Ytterligare ett stöd vore om det på nationell nivå kan tas fram en fördjupad utbildning i försäkringsmedicin som riktar sig till övrig legitimerad personal/socionomer. Det möjliggör att regioner som saknar försäkringsmedicinsk läkarkompetens kan säkerställa ett mer kvalificerat stöd till läkare och övriga professioner som är delaktiga i arbetet.

**Region H** Se tidigare svar.

**Region Q** skulle vilja ha stöd i form av: SKR - En samlad röst i dialogen med andra aktörer, samordna regionerna, fortsatta processledarträffar eller motsvarande, omvärldsbevaka och informera övergripande. Regionerna bör ändå rimligen ta större ansvar att samordna sig. Viktiga områden är utveckling av rehabkoordinatorsrollen, försäkringsmedicinsk utbildning, ledning och styrning, digitala utvecklingen med intyg, videomöten mm, uppföljning/statistik, juridiska tolkningar, försäkringsmedicinska utredningar mm. Socialstyrelsen - Förutom försäkringsmedicinskt kunskapsstöd även fortsatt arbete med uppföljningsmått, definitioner/termer, föreskrifter/regler, utvärderingar/uppföljningar mm. NPO - Vidare arbete med generisk modell för rehabilitering där försäkringsmedicin ingår. Generellt större fokus på kunskapsdelen i försäkringsmedicin.

**Region C** svarar följande:

- En gemensam kunskaps- och utbildningsbank/ rekommendationer på "Best practice"- i dagsläget samarbetas det mellan vissa regioner. Tänker att NPO-och Socialstyrelsen har en plan för detta?
- Sammanhållande i nätverket för kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Vara drivande i de nationellt gemensamma frågorna som t.ex. resurssättning, ja egentligen i de frågor som är våra stora utmaningar, se ovan. (Exempelvis har ersättningen för avstämningsmöten inte räknats sedan införandet ca 2006!!!)
- Tidigare fick hälso-och sjukvården stadsbidrag för utförande av intyg till Försäkringskassan, kopplat till Förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. Därefter startade den s.k. sjukskrivningsmiljarden som genererade mycket pengar till regionerna. Efter att den avslutades utgår ingen ersättning för det försäkringsmedicinska arbetet, inklusive intyg. (förutom medlen avsatta för koordineringsinsatser). Den frågan behöver drivas nationellt för att framförallt primärvården ska kunna tillmötesgå och resurs sättas för de försäkringsmedicinska behoven.

Fortsättning från fråga 9:

- Hyrläkarsystemet, de enheter som har många s.k. stafettläkare har större svårigheter att upprätthålla en god kvalitet på sjukskrivningsprocesserna. Det ställer större krav på rehabkoordinatorer som får stå för kontinuiteten och kompetensen.
- Okunskap om HoS roll inom det försäkringsmedicinska området. Myndigheter har högt ställda förväntningar som inte går ihop med varken uppdrag eller resurser. Vården har svårt att säga nej och vet själva inte riktigt vad som ingår. Därför ger försäkringsmedicin undanträngningseffekter.



**Region V** svarar en Nationell föreskrift från Socialstyrelsen för ledning och styrning av det försäkringsmedicinska arbetet. Utveckla Ineras Intygstjänsten. SKR's nätverk för det försäkringsmedicinska arbetet inom hälso- och sjukvården.

**Region W** önskar att det tas fram nationella utbildningsmaterial inom rehabilitering och försäkringsmedicin. Framför allt ser vi behov av material för ICF, rehabiliteringsplaner, samt stödmaterial för att identifiera behov av koordineringsinsatser. Allt för att möjliggöra implementeringen av den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för klinisk verksamhet och därigenom minska variationer. Regionen önskar att det tydliggörs vilken organisation som ansvarar för vad, var besluten tas och hur återkoppling sker. I nuläget är det lite oklart om det är Socialstyrelsen, SKR eller NPO. Det riskerar att ingen ansvarar för exempelvis material och kunskapsstöd. Det viktiga är att det är sammanhållet, uppdaterat och lättillgängligt. Exempelvis tar Socialstyrelsen fram försäkringsmedicinskt kunskapsstöd (FMK), NPO har tagit fram Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete och övriga kunskapsstöd, SKR tar tagit fram webbutbildningar i försäkringsmedicin och rehabiliteringskoordinering och metodbok i koordinering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I **Region R** finns utbildning för processledare/verksamhetsutvecklare i Försäkringsmedicin. Nationellt skapade webbutbildningar i försäkringsmedicin för vårdpersonal och chefer istället för att varje region ska skapa egna utbildningar. Tillsätta en NAG som kan ta fram dessa utbildningar. Uppföljningar av regionerna från nationell nivå som kan skapa incitament att arbeta mer aktivt med frågorna på regional nivå.

**Region K** svarar att det behövs hjälp att även fortsättningsvis påtala vikten av området så att Försäkringsmedicinska frågor inte bortprioriteras. Stöd till att uppmuntra verksamheter att komma igång med funktionen för koordinering där det ännu inte finns sådan funktion. Förändring i rekommendationer till att regionerna ska ha funktionerna försäkringsmedicinsk sakkunnig på regionnivå samt på lokalnivå inom de sjukskrivningstunga specialiteter som primärvård, psykiatri ev ortopedi. Detta måste vara tydligt uttalat/reglerat och inte som det är nu, mer eller mindre valfritt för regionerna.

**Region D** svarar att fortsätta uppdatera/underhålla försäkringsmedicinska utbildningar och beslutsstöd och ta fram riktlinjer för grundutbildning, fortbildning och dimensionering och för rehab koordinatörer, Fortsätta utveckla/förbättra system för kommunikation mellan hälso- och sjukvården (rehabkoordinatorerna) och Försäkringskassan.

**Region M** anser att i Socialstyrelsens målbeskrivning för AT- och ST-läkare är målen för försäkringsmedicin knapphändigt formulerade. Starkare formuleringar och mål skulle lyfta försäkringsmedicin högre upp på agendan. Oklart vilken huvudman som är processägare för försäkringsmedicinska frågor/sjukskrivningsprocessen. Koppling mellan kunskapsstyrningen och departementen otillräcklig. Det behövs för att minska ohälsan, lösningarna inkluderar aktörer utanför sjukvården så som incitament för arbetsgivare och företagshälsovård. Kunskapsstyrningsstrukturen för FM är otillräckligt kopplad –till ledning. Sakkunniga läkare i FM och processledare beskriver att sjukskrivningsprocessen som är lågt prioriterad i vården. Ett exempel är att ledamöter i NPO, RPO inte kan utföra uppdragen på arbetstid samt att chefer saknas i samverkansorgan lokalt. Enligt SBU:s Rapport 2022 "Insatser i vården vid långtidssjukskrivning" finns ett stort behov av mer forskning & konsensus om utfallsmått. Vi saknar kunskap om vad som ger effekt. Det saknas ett fungerande nationellt utvecklingsforum för försäkringsmedicin. Kunskapsstyrningen för försäkringsmedicin motsvarar inte behov, behöver vara ett eget område pga bristande kunskapsläge. Nuvarande sammanslagning med rehabilitering/habilitering innebär minimalt kunskapsflöde i försäkringsmedicinska frågor mellan lokal och nationell nivå, andra frågor dominerar. FM har mer gemensamt med tvärgående områden som t.ex läkemedelsbehandling, och behöver liksom dessa organiseras som ett NSG. Även om Försäkringsmedicin har gemensamma frågor med rehabilitering/habilitering blir det slöseri med tid för många medverkande i NPOs nuvarande format, i synnerhet på regionala nivån, RPO där ledamöterna av 3 områden har kompetens i 1 och minimalt med frågor överlappar. Den akademiska meriteringen i försäkringsmedicin på nationella nivån behöver höjas, saknas i NPO. Bättre förankring behövs mellan nationella nivåer och RAG FM. Den regionala nivån RPO är i praktiken en hindrande nivå.

**Region E** svarar Nationella riktlinjer och ökad samordning mellan olika aktörer och grupperingar. Att vården bjuds in i nationella sammanhang.

**Region O** har tagit fram en Regional plan för klinisk försäkringsmedicin där ett omhändertagande och regional anpassning av det som tas fram och utvecklas nationellt beskrivs. För att hälso- och sjukvården i Sverige ska erbjuda en likvärdig vård för landets invånare är det nationella stödet inom området med kvalitets- och kunskapsutveckling väsentligt.