



IFAU – INSTITUTET FÖR  
ARBETSMARKNADSPOLITISK  
UTVÄRDERING

# **Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden**

**Kristina Sibbmark  
Gabriella Chirico**

**RAPPORT 2008:29**

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) är ett forskningsinstitut under Arbetsmarknadsdepartementet med säte i Uppsala. IFAU ska främja, stödja och genomföra vetenskapliga utvärderingar. Uppdraget omfattar: effekter av arbetsmarknadspolitik, arbetsmarknadens funktionssätt, arbetsmarknadseffekter av åtgärder inom utbildningsväsendet och arbetsmarknadseffekter av socialförsäkringen. IFAU ska även sprida sina resultat så att de blir tillgängliga för olika intressenter i Sverige och utomlands.

IFAU delar även ut forskningsbidrag till projekt som rör forskning inom dess verksamhetsområden. Forskningsbidragen delas ut en gång per år och sista dag för ansökan är den 1 oktober. Eftersom forskarna vid IFAU till övervägande del är nationalekonomer, ser vi gärna att forskare från andra discipliner ansöker om forskningsbidrag.

IFAU leds av en generaldirektör. Vid institutet finns ett vetenskapligt råd bestående av en ordförande, institutets chef och fem andra ledamöter. Det vetenskapliga rådet har bl.a. som uppgift att lämna förslag till beslut vid beviljandet av forskningsbidrag. Till institutet är även en referensgrupp knuten där arbetsgivar- och arbetstagersidan samt berörda departement och myndigheter finns representerade.

Postadress: Box 513, 751 20 Uppsala  
Besöksadress: Kyrkogårdsgatan 6, Uppsala  
Telefon: 018-471 70 70  
Fax: 018-471 70 71  
ifau@ifau.uu.se  
www.ifau.se

IFAU har som policy att en uppsats, innan den publiceras i rapportserien, ska seminariebehandlas vid IFAU och minst ett annat akademiskt forum samt granskas av en extern och en intern disputerad forskare. Uppsatsen behöver dock inte ha genomgått sedvanlig granskning inför publicering i vetenskaplig tidskrift. Syftet med rapportserien är att ge den ekonomiska politiken och den ekonomisk-politiska diskussionen ett kunskapsunderlag.

# Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden

av

Kristina Sibbmark<sup>\*</sup> och Gabriella Chirico<sup>^</sup>

2008-12-08

## Sammanfattning

Sedan 2006 kan landstingen få ett ekonomiskt bidrag om de arbetar tillsammans med Försäkringskassan för att minska sjukfrånvaron, den s.k. Sjukvårdsmiljarden. I den här rapporten redovisas en kartläggning av åtgärder som genomförts i landstingen under Sjukvårdsmiljardens två första år. Några av de vanligaste åtgärderna har varit att ta fram handlingsplaner för sjukskrivningsarbetet, inrätta team och koordinatörer samt att satsa på kompetenshöjande insatser för landstingens personal. Endast ett fåtal landsting har föreslagit åtgärder som inkluderar den sjukskrivnes arbetsgivare.

---

<sup>\*</sup> Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU), Box 513, 751 20 Uppsala. E-post: kristina.sibbmark@ifau.uu.se, telefon 018-471 70 92. Författarna tackar Malin Junestav, Martin Lundin och Anna Östbom för värdefulla kommentarer till denna text.

<sup>^</sup> Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU), Box 513, 751 20 Uppsala.

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	3
1.1	Överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet.....	3
1.2	Studiens material och upplägg.....	4
1.3	Åtgärder inom de prioriterade områdena.....	5
2	Beskrivning av åtgärder.....	6
2.1	Sjukskrivningsprocessen .....	7
2.2	Arbetet med sjukskrivningsfrågor på vårdcentraler och kliniker .....	9
2.3	Åtgärder riktade till läkare.....	10
2.4	Samverkan med Försäkringskassan.....	11
2.5	Åtgärder som involverar den sjukes arbetsgivare.....	12
2.6	Bedömning av arbetsförmåga.....	12
2.7	Andra åtgärder .....	13
2.7.1	Ökade satsningar på vissa patientgrupper.....	13
2.7.2	Kartläggning av längre sjukfall .....	13
2.7.3	Kompetenshöjning bland landstingets personal .....	14
3	Samverkan inom ramen för Sjukvårdsmiljarden .....	16
3.1	Tidigare samverkan inom rehabiliteringsområdet .....	18
3.2	Förutsättningar för samverkan inom Sjukvårdsmiljarden .....	21
4	Var i sjukskrivningsprocessen finns flest åtgärder och hur kan de påverka sjuktalen? .....	22
4.1	Åtgärder som genomförts i många landsting.....	23
4.2	Mindre vanliga åtgärder.....	24
5	Avslutande diskussion .....	24
	Referenser .....	27
	Översikt av åtgärder i respektive landsting under 2006–07.....	33

# 1 Inledning

Under senare hälften av 1990-talet och början av 2000-talet skedde en kraftig ökning av antalet sjukskrivna och personer med sjuk- och aktivitetsersättning. Detta medförde, förutom ökade kostnader i socialförsäkringssystemen, också ett stort lidande för de personer som hamnade utanför arbetslivet under längre eller kortare tid. En viktig aktör för att förändra den här utvecklingen är hälso- och sjukvården, dit individer som drabbats av sjukdom och arbetsoförmåga vänder sig.

## 1.1 Överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet

År 2006 tecknade staten och Landstingsförbundet en överenskommelse för att minska antalet sjukskrivningar. Överenskommelsen syftade till att skapa ekonomiska drivkrafter för landstingen att tillsammans med Försäkringskassan arbeta för att minska sjukskrivningarna.

Flera av staten initierade studier hade påvisat betydelsen av hälso- och sjukvårdens medverkan i sjukskrivningsprocessen och att det fanns brister när det gällde detta (Socialstyrelsen 2005, Alexandersson m.fl. 2005). Av överenskommelsen framgår att sjukskrivningsärenden inte anses ges tillräckligt hög prioritet inom hälso- och sjukvården samt att bristande samverkan utgör ett problem vid handläggningen av dessa ärenden. Det fanns alltså en önskan att landstingen skulle öka sitt engagemang i sjukskrivningsprocessen och i avtalet mellan staten och Landstingsförbundet anges att överenskommelserna ska innehålla åtgärder inom områdena ledning/styrning, samverkan, kompetensutveckling och kvinnors ohälsa. Det övergripande syftet var att nå det nationella målet att halvera sjukskrivningarna till 2008.

Avtalet går ut på att staten, under perioden 2007–2009, betalar ut 1 miljard kronor årligen till landstingen, den s.k. Sjukvårdsmiljarden. Bidraget fördelas årsvis utifrån hur mycket sjuktalen minskat.<sup>1</sup> En förutsättning för att pengarna ska betalas ut är att varje landsting tecknar en överenskommelse med Försäkringskassan om vilka åtgärder som ska vidtas och att landstinget redovisar för Försäkringskassan vad som gjorts under året.

---

<sup>1</sup> Bidraget innehåller en fast del som fördelas utifrån befolkningens mängd och en rörlig del som fördelas mellan landstingen efter hur mycket deras sjuktal minskar från ett år till nästa. För en mer detaljerad redogörelse se Paavo (2006a och 2007b).

## 1.2 Studiens material och upplägg

IFAU har fått i uppdrag av regeringen att utvärdera Sjukvårdsmiljarden. Den här rapporten innehåller en kartläggning av de åtgärder landstingen genomfört, och den syftar till att visa landstingens olika aktiviteter inom ramen för Sjukvårdsmiljarden under åren 2006–2007.

Materialet som kartläggningen grundas på utgörs av de lokala överenskommelserna mellan landstingen och Försäkringskassan samt landstingens årliga åiterrapportering. I överenskommelserna, eller i de tillhörande åtgärds- och handlingsplanerna, beskriver landstingen vad de planerar att göra inom miljardenprojektet. I många landsting har den ursprungliga överenskommelsen eller åtgärdsplanen från 2006 uppdaterats inför 2007 och 2008. Detaljnivån i åtgärdsplanerna är varierande och ibland innehåller de både målformuleringar och mer detaljerade beskrivningar av åtgärder. Därför fungerar åiterrapporteringarna som ett viktigt komplement då de i regel tydligare anger åtgärder som genomförts och åtgärder som planeras. Utöver informationen från de här dokumenten har vi även genomfört intervjuer med de personer som är ansvariga för miljardenprojektet lokalt ute i landstingen. Dessa kallas ofta processledare och intervjuer med personer i den positionen genomfördes under hösten 2007.

Intervjuerna genomfördes i vissa fall vid besök och i andra fall per telefon. De genomfördes som strukturerade samtal om varje läns överenskommelse där handlingsplanen fungerade som grund för intervjuguiden. Processledaren redogjorde för åtgärderna i planen, men också hur verksamheten är uppbyggd, hur den fungerar och i vilken omfattning åtgärder har genomförts. Vi har också frågat om i vilken mån landstinget tidigare samverkat med Försäkringskassan och vilka överväganden som gjordes när handlingsplanerna utformades. Utöver intervjuerna med processledarna har vi också genomfört ett par intervjuer med lokala företrädare för Försäkringskassan om hur samarbetet med landstinget har fungerat.

Utifrån överenskommelserna, handlingsplanerna och åiterrapporteringarna och de kompletterande intervjuerna har vi sammanställt en åtgärdslista för varje enskilt landsting eller region, vilken också faktagranskats därifrån.<sup>2</sup> Omfattningen av åtgärder gör att verksamheten kan vara svår att överblicka även för dem som är ansvariga för detta, men i möjligaste mån bör detta säkerställa att den beskrivning vi ställt samman är riktig. Vi har således utgått ifrån det material som landstingen själva presenterar för att få ta del av statsbidraget. Eftersom fördelningsprincipen för miljarden i huvudsak inte är beroende av hur

---

<sup>2</sup> Sammanställningen finns i bilaga.

många åtgärder som presenteras, finns det liten anledning att tro att innehållet i handlingsplaner eller återrapporteringar är överdrivna. På grund av spridningen och omfattningen av åtgärder är risken nog snarare större för att verksamhet inte tagits upp i planer och återrapporteringar, kanske särskilt om den bedrivits tidigare eller i andra former (exempelvis FINSAM).

I rapporten kartläggs inte de åtgärder som genomförts i samband med implementeringen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Beslutsstödet innehåller rekommendationer för sjukskrivning vid olika diagnoser och det lades till det ursprungliga avtalet mellan staten och Landstingsförbundet under början av 2007. Implementeringen av beslutsstödet ger landstingen ytterligare medel och är en viktig del av landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Beslutsstödet har dock implementerats i alla landsting och främst skett genom informations- och utbildningsinsatser för läkare och annan personal (Karlsson 2008). Dessa åtgärder ingår av utrymmesskäl inte i denna kartläggning.

### **1.3 Åtgärder inom de prioriterade områdena**

Landstingen har varit styrda av staten att genomföra åtgärder inom områdena ledning/styrning, samverkan, kompetensutveckling och kvinnors sjukskrivning. En viktig utgångspunkt för identifieringen av förbättringsområden var den underlagsrapport som forskare på Karolinska institutet gjorde på uppdrag av den dåvarande regeringen (Alexandersson m.fl 2005). Detta avspeglas också i innehållet i landstingens åtgärdsplaner. I underlagsrapporten konstateras dock att det saknas mycket kunskap om vad som egentligen påverkar sjukfrånvaron.

Åtgärdsplanerna utarbetades under 2006 och har sedan kompletterats eller reviderats över tid. Under 2006 var det många landsting som beskrev åtgärder inom områdena samverkan och kompetens. Däremot saknade en tredjedel av landstingen tydliga åtgärder inom området ledning/styrning och ännu färre hade åtgärder riktade mot kvinnors ohälsa (Paavo 2006a). Kompletteringar under 2007 innebär att i slutet av året har nästan alla landsting redovisat åtgärder under ledning/styrning och drygt hälften uppger aktiviteter inom området kvinnors ohälsa (Paavo 2007b).

Inom området ledning/styrning har vanliga åtgärder varit att kartlägga och kvalitetssäkra sjukskrivningsprocessen samt att utarbeta lokala handlingsplaner. Landstingen arbetar också för att förankra sjukskrivningsarbetet inom den egna ledningsorganisationen. De samverkansproblem som uppmärksammas av Alexandersson m.fl. (2005) rör bl.a. kontakten med Försäkringskassan. Båda parter upplever att det är svårt att komma i kontakt med den andra och lands-

tingens åtgärder inom området samverkan rör främst förbättringar av det här samarbetet. Där ingår även åtgärder för att underlätta kontakterna mellan olika enheter inom sjukvården.

Under punkten kompetensutveckling är det vanligast att erbjuda försäkringsmedicinsk utbildning men vissa landsting erbjuder också andra typer av utbildningar. Kvinnors ohälsa ska uppmärksammas men många landsting har haft svårt att ta fram mer konkreta åtgärder under den punkten.

## 2 Beskrivning av åtgärder

I det här avsnittet beskrivs de vanligaste åtgärderna som anges i landstingens överenskommelser och handlingsplaner. Åtgärderna presenteras översiktligt och beskrivningen ger inte en fullständig bild av vad som genomförts i varje landsting. De flesta landsting (15 stycken) hade överenskommelser med Försäkringskassan redan innan Sjukvårdsmiljarden infördes och många har även haft projekt som legat i linje med de prioriterade områdena. Ibland har landstinget också lyft in existerande projekt i handlingsplanerna om de uppfattats ha bäring på sjukskrivningsfrågan. Till exempel har det i de flesta länen förekommit samverkan genom FINSAM (se nedan), som innebär finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. Då pengar från miljarden ibland även gått till sådana projekt komplicerar det bedömningen av om verksamheten kan sägas vara en direkt följd av miljardsatsningen.

I stället för att redovisa åtgärderna utifrån de prioriterade områdena har vi i beskrivningen valt att utgå ifrån den huvudaktör som åtgärden riktar sig till eller om åtgärden rör ett specifikt moment i sjukskrivningsprocessen. Vi menar att detta ger en tydligare beskrivning av vilka delar av sjukskrivningsprocessen åtgärderna syftar till att påverka. En sådan analys ger en bild av var i sjukskrivningsprocessen landstinget bedömer att de största hindren för en effektiv hantering finns. Det kan också visa var i sjukskrivningsprocessen det går att förvänta sig effekter av miljardsatsningen. Vi har därmed lyft fram åtgärder som inriktar sig mot arbetet på vårdcentraler och kliniker; åtgärder specifikt till läkare; de som syftar till att underlätta samverkan med Försäkringskassan; de som involverar den sjukes arbetsgivare eller syftar till bättre bedömningar av arbetsförmåga. Slutligen presenteras också ett antal åtgärder som inte självklart riktar sig mot ett enskilt moment i sjukskrivningsprocessen.



Landstingen har haft relativt stor frihet i hur de vill använda medlen inom projektet under förutsättning att åtgärderna sker under de teman som angavs i överenskommelsen med staten. Vissa delar kan ha gått till landstingsövergripande projekt, exempelvis kompetensutveckling, medan man i andra fall kan ha velat pröva en viss verksamhet eller behandlingsmetod. Landstingen kan välja både att ge väl fungerande verksamheter ytterligare resurser eller satsa på nya projekt.

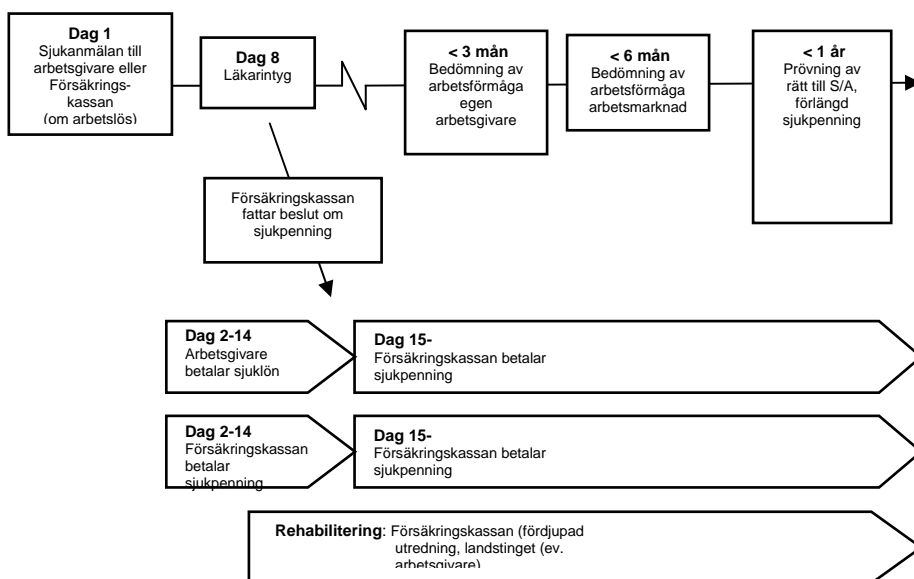
Eftersom landstingen har haft stor frihet när det gäller vilken typ av åtgärder man valt att genomföra, speglar överenskommelserna de åtgärder landstingen velat lyfta, men behöver med nödvändighet inte betyda att någon verksamhet inom de områdena inte tidigare bedrivits i länet. Väl fungerande verksamhet som redan har finansiering bedöms kanske inte behöva ytterligare resurser.

Beskrivningen inleds med en kortfattad beskrivning av sjukskrivningsprocessen.

## **2.1 Sjukskrivningsprocessen**

Sjukskrivningsprocessen innehåller olika moment och involverar många: individen som är sjuk, sjukvården och Försäkringskassan. Både inom sjukvården och Försäkringskassan finns sedan flera aktörer och moment; olika medicinska discipliner kan vara inblandade och vid Försäkringskassan agerar både handläggare och försäkringsläkare. Ytterligare aktörer som kan vara betydelsefulla för sjukskrivningens längd är Arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Nedan ges en översiktlig beskrivning av sjukskrivningsprocessen så som den såg ut under den aktuella perioden, 2006–07. Vi kommer använda beskrivningen för att se var landstingen valt att lägga resurser och se vilka moment i sjukskrivningsprocessen man önskat påverka.

När en person blir sjuk gör individen en anmälan till sin arbetsgivare eller om sådan inte finns, till Försäkringskassan. Den första dagen i sjukperioden är en karensdag då ingen ersättning betalas ut. Därefter följer, under dagarna 2–14, en arbetsgivarperiod då arbetsgivaren betalar sjuklön till den sjuke om personen har en anställning (om den sjuke inte är anställd betalar Försäkringskassan ut sjukpenning). Från och med dag 8 måste den sjuke visa upp ett läkarintyg för att få fortsatt ersättning. Från dag 15 är det Försäkringskassan som betalar ut ersättningen, kallad sjukpenning. Om sjukskrivningen pågår upp till ett år ska Försäkringskassan pröva om individen har rätt till sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension) eller förlängd sjukpenning.



Figur 1 Sjukskrivningsprocessen<sup>3</sup>

Under sjukpenningtiden gör Försäkringskassan bedömningar av den sjukes arbetsförmåga, först i förhållande till personens vanliga arbete eller arbetsuppgifter men efter en tid, i regel efter sex månader, också mot hela arbetsmarknaden. Försäkringskassan kan också kalla till ett avstämningsmöte där arbetsgivaren, den sjukskrivne och behandlande läkare diskuterar vad den sjuke kan och inte kan göra på grund av sin sjukdom, om det är möjligt att anpassa arbetsplatsen eller om den sjuke är i behov av andra former av rehabilitering. Vid avstämningsmötet kan även andra aktörer som kan påverka den sjukskrivnes situation medverka.

De moment som vi kommer rikta närmare fokus på nedan är de första 14 dagarna och arbetsgivarens roll, Försäkringskassans beslut om sjukpenning och de moment som detta inkluderar – främst kontakten med läkarna och deras intygsskrivande roll och hur den vårdverksamheten är uppbyggd. Det handlar då om hur verksamheten styrs, vilka yrkesgrupper som är involverade och de-

<sup>3</sup> Figuren beskriver sjukskrivningsprocessen som den såg ut 2006–07 och inkluderar inte de förändringar som skett under 2008. Under 2008 införs bl.a. fasta tider (vid 3 och 6 månader) för bedömning av arbetsförmåga, en stegvis minskning av sjukpenningen samt en borte gräns för hur länge sjukpenning betalas ut (se Proposition 2007/08:136).

ras kompetens. Vi tittar också på om det finns specifika projekt mot vanliga sjukskrivningsdiagnoser eller då sjukskrivningarna blir långvariga.

## **2.2 Arbetet med sjukskrivningsfrågor på vårdcentraler och kliniker**

Landstingen genomför en rad åtgärder som syftar till att påverka och förändra arbetet på vårdcentraler och kliniker. De här åtgärderna redovisas ofta under de prioriterade områdena ledning/styrning och samverkan. Dels handlar det om rena informationsåtgärder för att sprida kunskap och medvetenhet om miljard-enprojektet, men också om att väcka medvetenhet om sjukskrivningsfrågor ute i verksamheterna. Syftet kan också vara att skapa dialog om hur man arbetar med sjukskrivningsfrågor på den egna enheten. En form av åtgärd som bidrar till detta är när enheterna uppmanas skapa egna lokala handlingsplaner för arbetet med sjukskrivningsärenden. Sådana åtgärder har genomförts i Dalarna (2007a), Jämtland (2007c), Kalmar (2007a), Norrbotten (2007a), Skåne (2007), Stockholm (2007b), Västerbotten (2007b) och Västernorrland (2007b). I vissa av de här landstingen betalar man också ut en ersättning till de enheter som upprättar egna handlingsplaner (Dalarna, Norrbotten och Västernorrland). Många landsting anger också att de använder statistik som ett styrningsverktyg för att kartlägga sjukskrivningsmönster (Gotland 2007b, Gävleborg 2007a, Kalmar 2007b, Stockholm 2007b, Värmland 2007a, Västerbotten 2007a och Västernorrland 2007b) och att de kan ta fram uppgifter från enskilda vårdenheter. Statistik kan också användas som ett sätt att mäta hur stor del av läkarens tid som går åt till moment kopplade till sjukskrivningsprocessen (Stockholm).

De flesta landsting arbetar aktivt med att inrätta team och koordinators- eller samordnarfunktioner. Teamen byggs främst upp vid vårdcentralerna samt på ortopedi- och psykiatrikliniker och innebär att olika professioners kompetens tas till vara vid bedömningen av patienter. I landsting som redan arbetar i team kan det finnas projekt för att kartlägga och utveckla arbetsformen. I vissa landsting sker teambedömningen vid sjukfall som bedöms bli långvariga eller som på annat sätt är osäkra, medan andra landsting mer generellt använder team för att även inkludera annan än medicinsk kompetens i bedömningen av patienterna.

Koordinatorns eller samordnarfunktionens uppgift kan vara att bygga upp organisationen kring sjukskrivningsarbetet på enheten, att samordna insatser, vara stöd vid bedömningen av patienten eller att vara kontaktperson för andra

aktörer. Koordinatören kan också fungera som coach för patienten, även om det på vissa håll kan finnas speciella rehabcoacher med det uppdraget.

Landstingen kan också arbeta med mobila team med viss kompetens som stödjer vårdcentralernas läkare och team. Vissa landsting har också satsat på att ge primärvården psykosocial förstärkning genom att anställa extra beteendevetare i primärvården (Sörmland 2007c, Värmland 2007c, Västernorrland 2007b, Örebro 2007), medan andra, som Västra Götaland, uppger att man redan sedan tidigare har god tillgång till beteendevetare i primärvården.

Ett mindre antal landsting anger också att de tagit fram dokument för samverkan mellan specialist- och primärvård (Halland 2006, Kalmar 2007b och Skåne 2007). Samverkan ska skapa rutiner för remisshanteringen men även hanteringen av det övriga samarbetet mellan primärvård och främst ortoped- och psykiatrikliniker.

### **2.3 Åtgärder riktade till läkare**

De åtgärder som riktar sig specifikt mot läkarnas arbete handlar dels om att höja läkarnas kompetens och att stödja dem i bedömningen av patienten, men det finns också åtgärder som syftar till att förbättra deras intygsskrivande.

De flesta landsting har en sjukskrivningskommitté eller ett annat organ med motsvarande funktion. Sjukskrivningskommittéerna arbetar ofta med utbildning i försäkringsmedicin och många är involverade i implementeringen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Det varierar dock mellan landstingen hur aktiva kommittéerna har varit och vilka uppdrag de har haft. Kommittéerna kan också fungera som en stödjande och rådgivande resurs för läkare i sjukskrivningsfrågor. Ett flertal landsting hade en sjukskrivningskommitté innan sjukvårdsmiljarden inrättades.<sup>4</sup> Bland de tidigaste finns Östergötland, vars kommitté inrättades 2002, och Västerbotten och Kronoberg som har haft kommittéer sedan 2004.

I princip alla landsting ger eller har gett försäkringsmedicinsk utbildning till läkare. Viss försäkringsmedicinsk utbildning ingår också i läkarnas ordinarie utbildning. Många landsting har också gett försäkringsmedicinsk utbildning till andra yrkesgrupper (se vidare *avsnitt 2.7.3*). Ett mindre antal landsting har även genomfört en sjukskrivningsaudit, vilket kan ses som en utbildnings- och stödinsats för läkare. Andra stödinsatser för läkarna kan vara att samla metodstöd och annan information på landstingets intranät, eller att låta det finnas

---

<sup>4</sup> Gotland, Halland, Norrbotten, Uppsala och Västernorrland saknade sjukskrivningskommitté under 2006 (Paavo 2006a).

kollegor som fungerar i konsultativa roller, antingen på den egna enheten eller per telefon. Detta är dock mindre vanligt. Det finns också landsting som ger särskilt stöd till nyexaminerade läkare.

Många landsting arbetar för att ha läkare med specifik kompetens på vårdcentralerna. Ett antal har erbjudit utbildningar i särskilt läkarutlåtande (SLU). Vid ett sådant utlåtande görs en mer grundläggande undersökning om varför den sjukskrivne är hindrad att arbeta. På vissa håll verkar det dock vara svårt att knyta den här kompetensen till sig.

Åtgärder som inriktar sig på läkarnas intygsskrivande roll är mindre vanliga. Ett fåtal landsting har lyft fram specifika mål för läkarintygen eller andra åtgärder som syftar till att påverka läkarnas hantering av dessa. I Stockholm (2007a) och Örebro (2007) används ekonomiska incitament för att mäta och styra sjukintygens innehåll, medan man i Halland (2007b) och Sörmland (2007a) har specifika mål för inom vilken tidsperiod intyg och utlåtanden ska vara utfärdade, eller när en begäran om kompletteringar eller andra frågor ska vara besvarade. I Uppsala (2007b) och Östergötland genomförs också olika former av studier av intygen.

Ibland ges även ekonomisk ersättning för att få läkare att delta i möten, t.ex. med Försäkringskassan – detta beskrivs nedan.

## **2.4 Samverkan med Försäkringskassan**

Ett moment i sjukskrivningsprocessen består i samarbetet mellan vården och Försäkringskassan. Det är Försäkringskassan som avgör om en person har rätt till ersättning eller inte och det är därmed viktigt att samverka mellan landstinget och Försäkringskassan fungerar så bra som möjligt. Samarbete dem emellan har funnits under en lång tid och involverat olika delar av verksamheten. Som ovan nämnts ger exempelvis Försäkringskassan i många landsting försäkringsmedicinsk utbildning.

Ett sätt att underlätta samarbetet mellan Försäkringskassan och sjukvården är att handläggare från Försäkringskassan finns tillgängliga ute på vårdcentralerna. Detta är också relativt vanligt; det finns i Blekinge (2007c), Gotland (2007a), Jönköping (2007a), Kronoberg (2007b), Västmanland (2007b) och Örebro (2007). Handläggarna kan också fungera som särskilda kontaktpersoner för landstinget (Uppsala 2007a, Västra Götaland 2007b) och för att uppmärksamma sjukfall som kan förväntas bli långvariga. I vissa landsting har detta även funnits innan miljärdensamarbetet (exempelvis Gävleborg).

Ett annat moment för samarbete är avstämningsmötet. Ett antal landsting använder sig av ekonomiska stimulansmedel för att uppmuntra deltagandet i möten. Detta finns i Gävleborg (2007a), Jämtland (2007c), Kalmar (2007b), Västernorrland (2007b) och Västra Götaland (2007b). Vanligtvis ges en extra ersättning om 750 kronor, men ersättningen kan också vara utformad så att den är högre ju tidigare i sjukskrivningen avstämningsmötet genomförs. I Östergötland (2007b) har man gjort försök med fasta tider för avstämningsmöten och i Halland (2007b) finns specifika mål för när avstämningsmötet ska vara genomfört.

På spridda håll finns även andra åtgärder som inkluderar samarbete mellan landstinget och Försäkringskassan. I Kalmar har försäkringskassehandläggare genomgått en utbildning ”I huvudet på en doktor” (2007b), och i exempelvis Östergötland (2007c) görs försök med elektronisk överföring av information mellan vårdcentralerna och Försäkringskassan.

## **2.5 Åtgärder som involverar den sjukes arbetsgivare**

Endast två landsting har åtgärder i överenskommelserna som involverar den sjukes arbetsgivare. I Kalmar ges ekonomiska stimulansmedel för genomförda trepartsmöten mellan doktor, patient och arbetsgivare (2007b). Syftet är att snabbt involvera arbetsgivaren vid arbetsrelaterade problem och mötet ska genomföras under sjuklöneperioden, d.v.s. under de första två veckorna. Det är dock osäkert om sådana möten har genomförts i någon större omfattning.

Även Region Skåne har anammat idén om möten med patientens arbetsgivare, och även där används ekonomiska stimulansmedel. Om vårdcentralen tar kontakt med patientens arbetsgivare får vårdcentralen ekonomisk ersättning, och ersättningen är högre om kontakten tas tidigt i sjukfallet (Skåne 2007). I övrigt är det inga landsting som lyft fram projekt som involverar patientens arbetsgivare i sin åtgärdsplan, så det är rimligt att anta att det är ovanligt med direkta kontakter mellan sjukvården och arbetsgivaren utan att Försäkringskassan är involverad. Detta är förstås under förutsättning att sådana kontakter inte tagits även innan sjukvårdsmiljarden infördes och att det därför inte varit intressant att starta ytterligare projekt av den typen.

## **2.6 Bedömning av arbetsförmåga**

Ett fåtal landsting har projekt inom området arbetsförmågebedömning. Några landsting har lagt extra resurser på att köpa in bedömningar av arbetsförmåga (Jönköping 2007b och Kronoberg (2008) eller som i Västmanland 2007b sådan

utbildning) men i övrigt verkar sådana åtgärder vara mindre vanliga. Det finns anledning att tro att den här verksamheten förekommit även innan Sjukvårdsmiljarden tillkom, åtminstone i de småländska länen. I viss mån skulle även SLU-utbildning för läkare kunna ses som en åtgärd för förbättrade arbetsförmågebedömningar på vårdcentralerna (se *avsnitt 2.3*). På vissa håll finns också mer begränsade projekt. I Dalarna genomförs exempelvis en studie i multidisciplinär bedömning av arbetsförmåga (Dalarna 2007a).

## **2.7 Andra åtgärder**

Landstingen genomför även andra åtgärder som inte lika lätt kan anses vara inriktade mot ett specifikt moment i sjukskrivningsprocessen. Vanligast här är olika typer av utbildningsinsatser. Många landsting har medvetet valt att använda medel från Sjukvårdsmiljarden till kompetenshöjningar bland den egna personalen med motiveringen att pengarna då fortfarande kommer verksamheten till del även när statsbidraget inte längre betalas ut (Dalarna 2007b).

### **2.7.1 Ökade satsningar på vissa patientgrupper**

En mindre andel av det totala antalet åtgärder inriktar sig till innehållet i vården, framför allt handlar det om insatser som riktar sig till specifika diagnosgrupper eller andra rehabiliteringsinsatser. De här projekten är i mindre utsträckning generella över länet utan kan genomföras vid en enskild sjukhusklinik eller vårdcentral.

Det är relativt vanligt med insatser för patienter med smärtproblematik. Sådana projekt finns t.ex. i Halland (2007b), Gotland (2007a), Jönköping (2007b), Norrbotten (2007b), Stockholm (2007b), Sörmland (via samordningsförbund, 2007b), Västmanland (2007b) och Örebro (2008). Även patienter med stressrelaterade besvär är en uppmärksammas grupp. Projekt för dem finns t.ex. i Halland (2007b), Jönköping (2007b), Kalmar (utmattningsdepression, 2007a), Stockholm (2007b), Värmland (2007a) och Västmanland (2007b). I Halland och Jämtland finns projekt som involverar ortopedkliniker, och i Halland, Jämtland, Norrbotten och Sörmland finns även projekt som involverar sjukgymnaster (Halland 2007b, Jämtland 2007c och 2008, Norrbotten 2007a, Sörmland 2007c). Det finns också projekt som syftar till att förbättra rutinerna för sjukskrivning vid enskilda kliniker och mottagningar (se *avsnitt 2.2*).

### **2.7.2 Kartläggning av längre sjukfall**

Ett antal landsting gör speciella kartläggningar av längre sjukfall, och har gjort detta sedan flera år (Blekinge, 2007a och Sörmland, 2007b). En vanlig gräns är

sjukfall som varat längre än 28 dagar. I Jönköpings län (2007b) har man inom ett område utarbetat en given plan för hur man ska gå vidare med osäkra längre sjukfall och i vissa landsting finns mindre projekt som riktar sig till personer som är långtidssjukskrivna. Projekten genomförs ofta tillsammans med andra aktörer och landstinget kan bidra med en specifik insats.

### **2.7.3 Kompetenshöjning bland landstingets personal**

Många landsting har använt medel från sjukvårdsmiljarden för att ge personalen olika former av utbildningar. Försäkringsmedicinsk utbildning har t.ex. inte bara getts läkare, utan också till andra yrkesgrupper som möter sjukskrivna patienter. Så har skett i Dalarna (2008), Gävleborg (2007b), Jämtland (2007a), Jönköping (2007b), Kalmar (2007b), Sörmland (2007c), Värmland (2007c), Västerbotten (2007b), Västernorrland (2007b), Västmanland (2007b), Örebro (2006) och Östergötland (2007c), där t.ex. mottagningssköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster eller kuratorer har deltagit i utbildning. Det har också varit relativt vanligt att ge utbildning i kognitivt förhållningssätt eller liknande. Hälften av landstingen anger att de har gett sådan utbildning till delar av personalen. Vissa landsting har också genomfört utbildningsåtgärder riktade till enskilda yrkesgrupper eller utbildningar kring vissa diagnosgrupper.



Tabell 1 Sammanfattning av åtgärder<sup>5</sup>

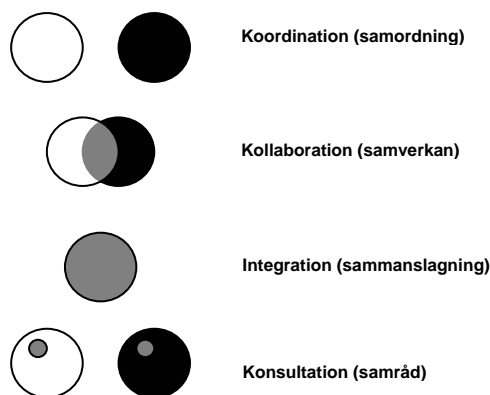
Län	Arbetet på VC/klinik			Åtgärder till läkare			Samverkan med Fk		Patientgrupper
	Handl.plan	Statistik	Team/coach/koord.	Stödresurs	Kompetens	Intyg	Samlok/kontaktpers	Avstäm.möte	
Blekinge				X	X		X		
Dalarna	X			X	X				
Gotland		X		X	X		X		X
Gävleborg		X	X	X	X		X	X	
Halland			X	X	X	X		X	X
Jämtland	X		X	X	X			X	
Jönköping			X	X	X		X		X
Kalmar	X	X	X	X	X			X	X
Kronoberg			X	X	X		X		
Norrbottn	X			X	X				X
Skåne	X			X	X				
Stockholm	X	X		X	X	X			X
Sörmland			X	X	X	X			X
Uppsala			X	X	X	X	X		
Värmland	X		X	X	X				X
Västerbotten	X	X	X	X	X				
Västernorrland	X	X	X	X	X			X	
Västmanland			X	X	X		X		X
V Götaland	X		X	X	X		X	X	
Örebro				X	X	X	X		X
Östergötland			X	X	X	X		X	

<sup>5</sup> Tabellen beskriver vanliga åtgärder i landstingen och är en sammanfattning av avsnitten 2.2–2.7.3. Den redogör inte fullständigt för alla åtgärder som landstingen vidtagit utan dessa beskrivs i bilaga.

### 3 Samverkan inom ramen för Sjukvårdsmiljarden

För att landstingen ska få del av de pengar staten avsatt för Sjukvårdsmiljarden krävs att de tecknar en överenskommelse med Försäkringskassan. Det nationella avtalet anger också att hälso- och sjukvården bör öka sin samverkan internt och externt och samverkan lyfts fram som ett prioriterat område. Bristande samverkan lyfts i avtalet fram som en orsak till långa sjukskrivningar och passiviserande väntetider. Om landstingen kan motverka detta antas det ha en positiv effekt på sjukskrivningsprocessen. Överenskommelsen innehåller alltså en tydlig uppmuntran till landstingen att samarbeta med andra aktörer i sjukskrivningsprocessen. För att förstå hur de genomförda åtgärderna kan tänkas påverka sjukskrivningsprocessen bör vi därför även ta hänsyn till erfarenheter av hur samarbete och samverkan inom rehabiliteringsområdet fungerar och hur det har fungerat tidigare.

Samverkan kan definieras som ett av flera sätt att samarbeta (Berggren 1982, Boklund 1995). Samarbetet kan ske på olika nivåer, från enklare former som koordinering eller samordning, då olika instanser lägger till sina insatser utan att egentligen samarbeta, till integration där två organisationer slås samman (Westrin 1986). Samverkan, eller kollaboration, innebär i det här sammanhanget att representanter från olika organisationer samarbetar kring en specifik uppgift. De samverkande parterna ansvarar för att tillsammans arbeta mot ett gemensamt mål, men behåller samtidigt ansvaret för sina respektive områden (Berggren 1982). Olika nivåer av samarbete illustreras i figuren nedan.



Figur 2 Samarbetsformer (Berggren 1982).

Utöver att samverkan kan betraktas som en nivå av samarbete finns det även olika nivåer av samverkan. Regelbundna möten mellan representanter från olika organisationer betraktas av Axelsson och Axelsson (2007) som en lägre grad av samverkan, medan multidisciplinära team som arbetar tillsammans kring specifika individer (patienter, klienter etc.) betraktas som en högre nivå av samverkan. Den samverkan som har bedrivits och bedrivs inom svensk of-fentlig sektor beskrivs av författarna som:

- interorganisatorisk, eftersom de samverkande parterna tillhör olika organisationer
- interprofessionell, eftersom de tillhör olika yrkesgrupper och professioner
- intersektoriell, eftersom den innefattar olika samhällssektorer med skilda mål och huvudmän.

Utifrån Försäkringskassans egna uppföljningar av projektet och de intervjuer som gjorts med lokala företrädare för Försäkringskassan framgår att landstingen i stor utsträckning själva beslutat om vilka åtgärder som hamnat i de lokala överenskommelserna och åtgärdsplanerna. I det avseendet verkar myndigheterna därmed inte ha samarbetat i någon större utsträckning. Däremot finns det åtgärder i de enskilda planerna som innebär och syftar till ökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, vilket gör att Sjukvårdsmiljarden i praktiken innebär en form av samverkan. I de flesta landsting ingår även representanter från Försäkringskassan i de lokala ledningsgrupperna för miljardsatsningen.

### **3.1 Tidigare samverkan inom rehabiliteringsområdet**

Även innan Sjukvårdsmiljarden infördes har sjukskrivna personer varit föremål för samarbetsprojekt mellan olika myndigheter, t.ex. har Försäkringskassan möjlighet att avsätta upp till fem procent av sjukpenninganslaget till rehabiliteringssamverkan. Under 1990-talet startades en rad samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet där målgrupperna delvis är desamma som för miljardsatsningen. Exempel på sådana är de tre nationella satsningarna SOCSAM, FINSAM och FRISAM.

Sjukvårdsmiljarden skiljer sig från de tidigare satsningarna på ett antal punkter. SOCSAM, FRISAM och FINSAM är renodlade samverkanssatsningar, som motiveras utifrån att målgruppen har sammansatta behov och därför behöver samordnade insatser. Sjukvårdsmiljarden har istället som överordnat mål att minska sjukskrivningarna där samverkan betraktas som ett av flera medel för att uppnå detta. Insatserna inom SOCSAM, FRISAM och FINSAM riktar sig därför delvis till andra målgrupper än sjukskrivna, t.ex. arbetslösa med social problematik som uppstår försörjningsstöd. Satsningarna kan även sägas fylla olika typer av syften. De tidigare samverkanssatsningarna riktar sig till en grupp som tidigare har haft svårt att få hjälp, medan Sjukvårdsmiljarden snarare utgår ifrån ett samhällsperspektiv och behovet av att minska sjukskrivningarna. Det förväntade utfallet – att fler individer försörjer sig genom arbete – är dock i stort sett detsamma.

Tabell 2 Jämförelse av SOCSAM, FRISAM, FINSAM och Sjukvårdsmiljarden

	<b>SOCSAM</b>	<b>FRISAM</b>	<b>FINSAM</b>	<b>Sjukvårdsmiljarden</b>
<b>Samverkande parter</b>	Kommun, Landsting, Försäkringskassan	Kommun, Landsting, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen	Kommun, Landsting, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen	Landsting och Försäkringskassan
<b>Organisation</b>	Beställarförbund, kommunalnämnd eller kommunalförbund	Projektbasis, regleras genom avtal.	Samordningsförbund, samtliga parter är medlemmar	Regleras genom avtal mellan parterna
<b>Finansiell samordning</b>	Ja	Nej, samfinansiering genom avtal för respektive insats	Ja	Nej
<b>Målgrupp</b>	Individer i yrkesverksam ålder i behov av insatser från fler än en av parterna	Individer i behov av rehabiliterings- eller andra arbetsförberedande insatser från fler än en av parterna	Individer i behov av samordnade insatser i syfte att uppnå förbättrad arbetsförmåga	Personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna, särskilt fokus på kvinnors ohälsa
<b>Varaktighet</b>	Försöksverksamhet 1994–2002	1997–2008	Försöksverksamhet 1993–97, permanent från 2004	2006–2008, förlängning 2009 (prop. 2008/09:01)

Källa: Statskontoret 2008 och egen bearbetning.

SOCSAM, FRISAM och FINSAM har utvärderats och överlag har de individinriktade insatserna följts av att personen fått en bättre ställning på arbetsmarknaden och ökad egenförsörjning. I utvärderingarna betonas dock att det inte går att avgöra huruvida dessa utfall är effekter av respektive samverkansform eller inte (RFV och Socialstyrelsen 2001; Statskontoret 2008; Socialstyrelsen 2000b).

Det finns skillnader mellan de tidigare satsningarna och Sjukvårdsmiljarden både vad gäller utformningen och de åtgärder som vidtagits inom ramen för dem. Utvärderingarna av SOCSAM, FRISAM och FINSAM lyfter dock fram några generella lärdomar och problemställningar som även kan tänkas gälla för Sjukvårdsmiljarden. Utvärderingen av FINSAM (Statskontoret 2007) visar att de verksamheter som har startats inom ramen för satsningen har haft långa startsträckor. Enligt flera samordningsförbund är det först under det tredje året som verksamheten med individinriktade insatser har kommit igång. Att samverka kräver långsiktighet för att växa fram får även stöd i utvärderingen av FRISAM (Socialstyrelsen 2000a). I utvärderingen framkommer att de samverkande parternas föreställningar om varandras handlingsutrymme, mål och regelverk från början utgjorde ett hinder för samarbetet, men när parterna arbetat

tillsammans under en längre tid förändras detta. Erfarenheterna kan förstås mot bakgrund av att parterna, enligt Westrin (1986), måste utveckla en så kallad "samarbetsteknologi". Detta innebär att parterna tillsammans, t.ex. genom gemensam utbildning, utvecklar en kunskap om och arbetsmetod för hur de ska lösa den uppgift de samverkar kring. En sådan samarbetsteknologi kan även tänkas avhjälpa de hinder för samverkan som uppkommer p.g.a. att olika yrkesgrupper har olika förklaringsmodeller och därför olika uppfattningar om hur problem ska lösas.

Utvärderingen av FRISAM (Socialstyrelsen, 2000b) lyfter fram vikten av att samverkan ges legitimitet. Av utvärderingen framgår att yrkesgrupperna på operativ nivå uppfattar samverkan på ledningsnivå som en indikation på att det är en arbetsform som ska tillämpas. FRISAM-utvärderingen visar även att det största hindret för samverkan är att det saknas belöningssystem för dem som samarbetar (Socialstyrelsen 2000b). Ytterligare ett hinder för samverkan är parternas geografiska spridning (Socialstyrelsen 2000c), vilket kan överbryggas genom samlokalisering. Alexandersson m.fl. (2005) lyfter fram positiva erfarenheter från att handläggare från Försäkringskassan har placerats på vårdcentraler, då detta ska underlätta arbetet med sjukskrivningar eftersom läkarna kan vända sig direkt till handläggaren med frågor eller för att diskutera problem.

Det finns två studier som undersöker om samverkan inom rehabiliteringsområdet har någon effekt på sjukskrivningens längd. Den ena är en avhandling (Hultberg 2005) som bland annat jämför patienter vid en vårdcentral som samverkade med Försäkringskassan och socialtjänst, med patienter hos vårdcentraler som arbetade traditionellt. Studiens resultat visar inte på några signifikanta skillnader mellan patientgrupperna med avseende på sjukskrivningslängd. Enligt författaren bör dock resultatet inte generaliseras eftersom det rör sig om en liten grupp patienter.

Den andra studien (Anderzén m.fl. 2008) är en utvärdering av samverkansformen Resursteam i Uppsala län. Samverkansformen innebär att husläkare, sjukgymnast, beteendevetare och handläggare från Försäkringskassan samverkar kring sjukskrivna och träffas regelbundet för att bedöma personens rehabiliteringsbehov. Utvärderingen baseras bl.a. på ett randomiserat experiment och resultatet visar att samverkansformen har negativa effekter på sjukskrivningstiden. I genomsnitt förlängdes sjukskrivningarna med ca 20 procent för dem som deltog i Resursteam. Resultatet kan förstås mot bakgrund av att teamens arbete inte fungerat optimalt, t.ex. uppgav personalen i en enkät att de var missnöjda med teamens sammansättning samt att arbetsformen inte upplevdes som för-

ankrad. Ytterligare en förklaring till studiens resultat är att de åtgärdsprogram som teamen tog fram ofta innehöll åtgärder med långa väntetider. Programmen kan därför ha skapat ett ”inlåsningsseffekt” för den sjukskrivne.

Avslutningsvis kan tilläggas att tidigare utvärderingar och studier om samverkan visar att arbetsformen kan vara förknippad med svårigheter där de positiva sidorna inte självklart överväger de negativa. Detta förklaras bl.a. med att skillnaderna mellan de samverkande parterna gällande utbildningsbakgrund, organisationskultur, mål och regler, utgör ett hinder för samarbetet (Westrin 1984; Boklund 1995; Danermark och Kullberg 1999; Petersson och Hultberg 2000).

### **3.2 Förutsättningar för samverkan inom Sjukvårdsmiljarden**

Erfarenheterna från tidigare samverkanssatsningar kan hjälpa oss att bedöma hur olika insatser inom Sjukvårdsmiljarden kan fungera. I det här stycket diskuteras därför vilka åtgärder som genomförts inom miljardsatsningen som kan tänkas påverka möjligheterna för parterna dels att utveckla en samarbetsteknologi, och dels åtgärder som kan verka legitimitetsskapande; om det utvecklats belöningsystem för samverkan eller om och hur man hanterat eventuella hinder om parterna har sin verksamhet på olika platser.

Erfarenheterna från FINSAM antyder att det kan ta tid innan samarbetet mellan landstinget och Försäkringskassan börjar fungera. Samtidigt vet vi att det i de flesta län har förekommit samverkan tidigare, t.ex. genom FINSAM, vilket skulle kunna minska behovet av långa startsträckor. Flertalet landsting har gett försäkringsmedicinsk utbildning till läkare, något som kan öka förståelsen mellan läkare och försäkringskassehandläggare och därmed underlätta för samarbetet mellan dem. Utbildningarna kan därför ses som ett sätt att utveckla en samarbetsteknologi och i de landsting där sådan utbildning även ges till övrig personal, kan det skapa förutsättningar för ett bättre arbete även vid teamsamverkan.

Det är troligt att samverkan inom Sjukvårdsmiljarden har givits legitimitet genom att det har inrättats olika typer av organ för detta på ledningsnivå i form av styrgrupper, där både landstinget och Försäkringskassan finns representerade. I vissa landsting har styrgrupperna inrättats efter miljardsatsningen, medan de i andra län fanns sedan tidigare. Styrgrupperna arbetar med att underlätta samverkan mellan parterna i sjukskrivningsprocessen. I vissa län har även de ovan nämnda sjukskrivningskommittéerna fyllt denna funktion. Detta skulle

kunna skapa goda förutsättningar för samverkan om det medför att personalen på operativ nivå upplever det som ett mandat från sina chefer att samverka.

Vi kan också se att det finns åtgärder inom miljardsatsningen som kan fungera som belöningsystem för samverkan. Sjukvårdsmiljarden i sig syftar till att skapa drivkrafter för ökad samverkan men såsom satsningen är utformad ges bidrag endast om antalet sjukpenningdagar har minskat från föregående år, vilket mer kan betraktas som ett indirekt incitament att samverka. Ett antal län har dock inrättat olika former av bidragssystem för att läkarnas deltagande i möten med Försäkringskassan ska öka. Inom vissa landsting finns också försäkringskassehandläggare utplacerade på vårdcentraler, och en sådan samlokalisering underlättar sannolikt kontakterna mellan handläggare och läkare. I ett antal län finns även särskilda kontaktpersoner på Försäkringskassan som läkare kan vända sig till.

Sammanfattningsvis kan konstateras att flera av åtgärderna inom Sjukvårdsmiljarden potentiellt skapar goda förutsättningar för samverkan. Samtidigt är det egentligen bara i de multidisciplinära teamen som det förekommer samverkan såsom begreppet definierats i *avsnitt 3*. I övrigt rör det sig snarare om åtgärder för att underlätta kontakten och förståelsen mellan Försäkringskassan och landstinget. Dessa åtgärder förekommer dock huvudsakligen i län där det även har inrättats team.

## **4 Var i sjukskrivningsprocessen finns flest åtgärder och hur kan de påverka sjuktalet?**

De åtgärder som landstingen vidtagit följer till stor del de problemområden som lyftes fram i den underlagsrapport som forskare från Karolinska institutet gjorde på uppdrag av regeringen (Alexandersson m.fl 2005). Det saknas dock i mångt och mycket vetenskaplig evidens om vilka åtgärder som har störst effekt eller vilka som kan förbättra hanteringen av sjukskrivningsärenden generellt, något som författarna också betonar. Diskussionen nedan får därför ses som ett förutsättningslöst försök att se hur Sjukvårdsmiljarden kan tänkas påverka sjukskrivningsprocessen.



## 4.1 Åtgärder som genomförts i många landsting

För att ge en tydligare bild av var landstingens åtgärder kommer in har vi som tidigare nämnt delat upp åtgärderna utifrån vilken huvudaktör de riktar sig till eller om de fokuserar på ett särskilt moment i sjukskrivningsprocessen. Utifrån en sådan utgångspunkt verkar flest åtgärder riktas mot arbetet på vårdcentraler och kliniker. En stor del av insatserna inom miljardsatsningen har riktats mot den vård som bedrivs och hur den verksamheten är organiserad. Om man där även inkluderar kompetenshöjande insatser, åtgärder riktade till läkare samt åtgärder för enskilda patient- eller diagnosgrupper, är dessa absolut vanligast.

Genom att vårdcentraler och kliniker har fått ta fram egna handlingsplaner för sjukskrivningsarbetet har arbetssättet uppmärksamrats ute i verksamheterna och i många fall har det inrättats team där olika kompetenser är delaktiga vid bedömningen av patienterna. Andra åtgärder inom det området är inrättandet av koordinatörer och coacher, eller att man förstärkt kompetensen på enheten exempelvis via beteendevetare eller ytterligare psykosocial personal. Att bredda kompetensen och inrätta team skulle potentiellt kunna leda till bättre bedömning och ett effektivare utnyttjande av läkarens tid men det är osäkert om åtgärden leder till kortare sjukskrivningstider (Anderzén m.fl. 2008). Koordinatorerna skulle kunna ha en effekt om de kan bidra till att patienterna inte passiviseras och att olika insatser pågår parallellt. Insatserna riktade mot arbetet på vårdcentraler och kliniker skulle alltså kunna påverka sjukskrivningstiderna positivt under förutsättning att de lyckas effektivisera och samordna de insatser patienterna får ta del av.

Andra vanliga åtgärder är olika former av kompetenshöjande insatser för landstingets personal. Det är också relativt vanligt med insatser som är riktade mot läkare, främst för att öka deras kunskap och för att ge dem ytterligare stöd i mötet med patienten. Förbättrade läkarintyg och ökade kunskaper i försäkringsmedicin skulle kunna minska de problem som ibland uppstår i relationen mellan läkare och Försäkringskassa och därmed skulle passiva perioder i processen kunna undvikas. Det är dock mindre vanligt med åtgärder som riktar sig till läkare just i deras intygsskrivande roll, vilket kan ha samband med inväntandet av beslutsstödet samt det nya sjukintyg som tagits fram anpassat efter detta.<sup>6</sup> Att läkarintygen fylls i korrekt är av betydelse, eftersom en begäran om komplettering från Försäkringskassan förlänger sjukskrivningstiden (Johansson och Nilsson 2008).

---

<sup>6</sup> Det nya läkarintyget, som är anpassat efter beslutsstödet, börjar användas från 1 mars 2008.

Slutligen anger många landsting också specifika insatser för olika patient- och diagnosgrupper. Vanligast är åtgärder riktade till de stora grupper sjukskrivna som har smärtproblematik eller stressrelaterad alternativt psykisk ohälsa. Om dessa projekt är framgångsrika bör man kunna se minskningar i sjukskrivningslängd för de diagnosgrupperna.

## 4.2 Mindre vanliga åtgärder

Få landsting har specifika projekt riktade mot läkarens bedömning av patientens arbetsförmåga. Detta är ett komplicerat område där det generellt saknas kunskap (se exempelvis Arbetsförmågutredningen, SOU 2008:66) men det är ändå tydligt att detta är ett moment i sjukskrivningsprocessen som landstingen inte uppmärksammat lika frekvent som andra. En betydande del av de medicinska underlagen handlar också om arbetsförmågebedömning, vilket skulle kunna motivera sådana projekt. En anledning till att det är så få projekt inom det här området kan vara att arbetsförmågebedömningen uppmärksammas vid implementeringen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet samt att man inväntar kommande betänkande från Arbetsförmågutredningen.

Jämfört med vårdverksamheten finns heller inte lika många åtgärder som riktar sig mot de tillfällen landstinget behöver samverka med andra aktörer, speciellt utan Försäkringskassans medverkan. I det samlade åtgärds paketet utgör detta en mindre del, även om det är relativt vanligt att Försäkringskassan har handläggare utplacerade på vårdcentraler och kliniker, eller att de senare har tillgång till kontaktpersoner hos Försäkringskassan. Om detta bidrar till en effektivare handläggning av försäkringsärenden bör det kunna bidra till kortade sjukskrivningar. Samverkan med andra aktörer utöver Försäkringskassan är ännu ovanligare. Endast två landsting har något form av projekt som direkt syftar till kontakt med patientens arbetsgivare.

## 5 Avslutning

Sjukvårdsmiljarden inrättades 2005 för att under de tre kommande åren minska sjukskrivningarna och utöka landstingens delaktighet i sjukskrivningsprocessen. I den här rapporten har vi studerat hur landstingen lokalt har tolkat den överenskommelse som ingicks mellan staten och landstingsförbundet. Vi har kartlagt och beskrivit de åtgärder som landstingen har genomfört inom ramen för Sjukvårdsmiljarden under satsningens första två år. Kartläggningen har

gjorts utifrån ett aktörsperspektiv, där utgångspunkten är vilken aktör i sjuk-skrivningsprocessen en åtgärd syftar till att påverka. Många landsting har genomfört samma typ av åtgärder, men det finns även en viss variation mellan länen. Den här studien säger ingenting om huruvida miljardsatsningen haft någon effekt på sjukskrivningstalen eller om de projekt som genomförts direkt har påverkat den nedgång i sjukskrivningstider vi sett under senare år. Rapporten är endast beskrivande beträffande de åtgärder som genomförts sedan sjukvårdsmiljarden infördes.

De flesta åtgärder som genomförts syftar till att förändra arbetet på vårdcentraler och kliniker för att förbättra och standardisera arbetet i sjuk-skrivningsprocessen. Landstingen har bl.a. tagit fram handlingsplaner för sjuk-skrivningsarbetet, inrättat team och koordinatörer och satsat på kompetenshöjande insatser för personalen. Det har även skapats riktade åtgärder mot patientgrupper med vanliga sjukskrivningsdiagnoser och i viss mån även satsats på samverkan med andra aktörer. Utifrån en diskussion om samverkan kan vi konstatera att miljardsatsningen snarare resulterat i en samordning mellan landstingen och den lokala Försäkringskassan än en mer djupgående samverkan.

Fördelningen av miljarden och de belopp som utbetalas till landstingen är beroende av hur sjukfrånvaron förändrats i respektive landsting. Försäkringskassan mäter utvecklingen av sjukfrånvaron genom att ta fram ett ohälsotal för varje län.<sup>7</sup> Ohälsotalet har sjunkit generellt sedan 2005, alltså redan innan Sjukvårdsmiljarden infördes. Det nationella målet har varit att nå 37 dagar till år 2008. Under 2006, Sjukvårdsmiljardens första år, sjönk antalet sjukpenningdagar med 8,9 procent. Minskningen var störst i Gävleborgs och Norrbottens län, där minskningen låg runt 18 procent. Under 2007 sjönk antalet sjukpenningdagar med 12,5 procent. Det året hade Norrbotten och Blekinge län minskat mest, tätt följt av Gävleborg, Östergötland och Kalmar län. Samtliga hade minskat med över 18 procent sedan föregående år. Enligt de uppföljningar Försäkringskassan gjort går det inte att se någon systematik i vilka landsting som minskade mest och vilka åtgärder de genomfört. Man konstaterar också att 2006 förmodligen bör ses som ett planeringsår och att den minskade sjukfrånvaron det året sannolikt har andra orsaker (Paavo 2007a). Flera av de landsting som minskade mest hade bland de högsta ohälsotalen när miljardsatsningen

---

<sup>7</sup> Ohälsotalet beräknas som summan av antalet dagar med sjukpenning, rehabpenning, aktivitets- och sjukersättning delat på antalet personer mellan 16–64 år.

infördes. Vissa landsting låg redan på en sjukfrånvaro som motsvarade det nationella målet när satsningen infördes.

Kartläggningen innehåller endast de åtgärder som genomförts under Sjukvårdsmiljardens första två år. Arbetet inom miljardsatsningen har fortgått under 2008 och ytterligare åtgärder har tillkommit. Staten har dessutom beslutat att förlänga satsningen också under 2009 vilket gör det möjligt för hälso- och sjukvården att än mer utveckla sitt arbete i den här frågan.

Även om det ännu inte är fastslaget vilken effekt Sjukvårdsmiljarden har haft på utvecklingen av sjukfrånvaron är det rimligt att tro att satsningen har medfört ökat fokus på sjukskrivningsfrågor ute i verksamheterna. Detta, tillsammans med de försäkringsmedicinska riktlinjerna, bör rimligtvis medföra en viss attitydpåverkan bland dem som arbetar med dessa frågor. För att bedöma effekten av detta, och de enskilda projekten i landstingen, krävs ytterligare studier.

# Referenser

- Alexandersson K., M. Brommels, L. Ekenvall, E. Karlsryd, A. Löfgren, L. Sundberg, M. Österberg (2005) *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Sektionen personskadeprevention, Institutet för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, LIME Karolinska institutet, Stockholm.
- Anderzén, I., Demmelmaier, I., Hansson, A-S., Johansson, P., Lindahl, E. och U. Winblad (2008), "Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning", IFAU rapport 2008:8.
- Axelsson, R. och S. Bihari Axelsson, (red.) (2007), *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, Studentlitteratur, Lund.
- Berggren, B. (1982), "Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning, konkurrens om makt och ansvar", i *Psykiatri i omvandling*, Spri rapport 107.
- Blekinge (2007a) Telefonintervju med processledare, 6 november 2007.
- Blekinge (2007b) E-post från processledare 6 november 2007, *SV:Re:SV:Re:SV: Utvärdering av Landstingsmiljarden*.
- Blekinge (2007c) "Blekinge län. Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan".
- Blekinge (2008) e-post från processledare 17 mars 2008, *SV: Utvärdering av Landstingsmiljarden*.
- Boklund, A. (1995), *Olikheter som berikar? - möjligheter och hinder i samarbetet mellan socialtjänstens äldre- och handikappomsorg, barnomsorg samt individ- och familjeomsorg*, rapport i socialt arbete nr 71, Stockholms Universitet, Institutionen för socialt arbete, Stockholm.
- Dalarna (2007a) "Redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan" Landstinget Dalarna. 17 december 2007.
- Dalarna (2007b) Telefonintervju, processledare, 11 oktober 2007.
- Dalarna (2008) E-post från processledare, 11 mars 2008 *SV: Utvärdering av Landstingsmiljarden*.

- Danermark, B och C. Kullberg (1999), *Samverkan – Välfärdsstatens nya arbetsform*. Studentlitteratur, Lund.
- Gotland (2007a) Telefonintervju med processledare, 13 november 2007.
- Gotland (2007b) ”Redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan” Hälso- och sjukvården Gotlands kommun 14 december 2007.
- Gävleborg (2007a) Besöksintervju processledare, 1 oktober 2007.
- Gävleborg (2007b) ”Redovisning av Landstinget Gävleborg för åtgärder i projektet Bra Sjukskrivning, genomförda under 2007 enligt handlingsplan”.
- Halland (2006) ”Förhindra, förkorta och föra åter. Ökad kvalitet i sjukskrivningsprocessen. Landstinget Hallands handlingsplan i samverkan med Försäkringskassan Halland”. 20 december 2006.
- Halland (2007a) Telefonintervju processledare, 30 oktober 2007.
- Halland (2007b) ”Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan”.
- Halland (2008) E-post från processledare 28 februari 2008 SV:SV:SV: *Utvärdering av Sjukvårdsmiljarden*.
- Hultberg, E-L. (2005), *Co-financed collaboration between welfare services – effects on staff and patients with musculoskeletal disorders*. Göteborgs universitet.
- Johansson, P och M. Nilsson (2008). ”Finns det något samband mellan sjukinrytets kvalitet och sjukskrivningstidens längd? IFAU rapport, kommande
- Jämtland (2007a) ”Handlingsplan i det fortsatta arbetet med sjukskrivningsprocessen. 2007–2008”. 27 september 2007.
- Jämtland (2007b) Telefonintervju processledare, 11 oktober 2007.
- Jämtland (2007c) ”Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan”.
- Jämtland (2008) E-post från projektledare, 11 mars 2008 *Jämtland*.
- Jönköping (2007a) Telefonintervju med processledare, 15 oktober 2007.
- Jönköping (2007b) ”Redovisning av arbete med sjukskrivningsprocessen och beslutsstödet (Sjukvårdsmiljarden).”

- Kalmar (2007a) Telefonintervju med processledare, 9 oktober 2007.
- Kalmar (2007b) ”Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan för Landstinget i Kalmar Län.”
- Karlsson, M. (2008) ”Rapport över vidtagna åtgärder för att implementera det Försäkringsmedicinska beslutsstödet. Gäller både Sveriges Kommuner och Landstings respektive landstingens insatser. Period 2007–2008.” Sveriges Kommuner och Landsting.
- Kronoberg (2007a) Telefonintervju med processledare, 12 oktober 2007.
- Kronoberg (2007b) ”Redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan”.
- Kronoberg (2008) E-post från processledare, 11 februari 2008 *Kronoberg*.
- Norrbotten (2007a) Telefonintervju med processledare, 10 oktober 2007.
- Norrbotten (2007b) ”Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan”.
- Norrbotten (2008) E-post från processledare, 6 februari 2008 SV:SV:SV:SV:Ang utvärdering av sjukvårdsmiljarden i Norrbotten.
- Paavo S. (2006a) ”Delrapport november 2006. Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården (projekt C:1)” Försäkringskassan, Stockholm.
- Paavo S. (2007a) ”Delrapport mars 2007. Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården”. Försäkringskassan, Stockholm.
- Paavo S. (2007b) ”Delrapport november 2007. Ekonomiska drivkrafter för hälso- och sjukvården.” Försäkringskassan, Stockholm.
- Petersson, H. och L-G. Hultberg (2000), *Med förenade krafter - myndighets-samverkan mot arbetslöshet*, Statsvetenskapliga institutionen, Univ., Lund.
- Regeringens proposition 2007/08:136 ”En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete”.
- Regeringens proposition 2008/09:1 ”Budgetpropositionen för 2009”.
- Riksförsäkringsverket (RFV) och Socialstyrelsen (2001), *SOCSAM – försök med politisk och finansiell samordning. En slutrapport*, Finansiell samordning 2001:1.

- Skåne (2007) "Lägesrapport december 2007 i projektet "Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne"".
- Socialstyrelsen (2000a), Samverkan som organiseringsprocess. Påverkan på organisation och system. En studie av åtta olika områden, samverkan inom rehabiliteringsområdet 2000:3.
- Socialstyrelsen (2000b), *Lönsam samverkan för individ och samhälle*, Samverkan inom rehabiliteringsområdet, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 2000:5.
- Socialstyrelsen (2000c), *Identifiering av hinder och framgångsfaktorer för samverkan*, Samverkan inom rehabiliteringsområdet 2000:6.
- Socialstyrelsen (2005) *Sjukskrivningsprocessen i primärvården. Återföring av tillsynsbesök 2004*.
- SOU 2008:66 *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*. Delbetänkande av Arbetsförmågeutredningen.
- Statskontoret (2007), *Finsam rapport 3*, Uppföljning av finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet, 2007:6.
- Statskontoret (2008), *Fyra år med Finsam*, 2008:7.
- Stockholm (2006) "Uppföljning av landstinget åtgärder 2006 för minskad sjukfrånvaro – "Ögat på sjukskrivning"". 22 februari 2007.
- Stockholm (2007a) Besöksintervju projektledare, 18 september 2007.
- Stockholm (2007b) "Redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan".
- Sörmland (2007a) "Reviderad handlingsplan 2007" 26 februari 2007.
- Sörmland (2007b) Telefonintervju med projektledare, 17 oktober 2007.
- Sörmland (2007c) "Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan".
- Uppsala (2007a) Besöksintervju med processledare, 20 september 2007.
- Uppsala (2007b) "Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan".
- Värmland (2007a) "Aktivitetsplan" 13 november 2007.



- Värmland (2007b) Telefonintervju med projektledare 11 december 2007.
- Värmland (2007c) ”Redovisning av åtgärder 2007 enligt överenskommen åtgärdsplan med försäkringskassan avseende sjukskrivningsprocessen”. 12 december 2007.
- Västerbotten (2007a) Telefonintervju med processledare 29 oktober 2007.
- Västerbotten (2007b) ”Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan”. 14 december 2007.
- Västerbotten (2008) E-post från processledare, 30 maj 2008 *Ang. Utvärdering av landstingsmiljarden.*
- Västernorrland (2007a) Telefonintervju med processledare, 19 oktober 2007.
- Västernorrland (2007b) ”Redovisning av åtgärder genomförda i Västernorrland under 2007 för att minska sjukfrånvaron.” December 2007.
- Västmanland (2007a) Besöksintervju med processledare, 17 september 2007.
- Västmanland (2007b) ”Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan”.
- Västra Götaland (2007a) Telefonintervju med processledare 31 oktober 2007.
- Västra Götaland (2007b) ”Åtgärder i Västra Götaland för att minska sjukfrånvaron. Uppföljning av åtgärdsplanen 2007”. 12 februari 2008.
- Westrin, C-G. (1984), ”Samverkan mellan primärvård och socialtjänst. Erfarenheter från en internationell studie.” *Socialmedicinsk tidskrift*, årg. 61, nr3–4, s. 129–138.
- Westrin, C-G. (1986), ”Social och medicinsk samverkan - begrepp och betingelser”, *Socialmedicinsk tidskrift*, årg. 63, nr 7–8, s. 280–285.
- Örebro (2006) ”Uppföljning av Handlingsplan 2006–2008 i syfte att minska ohälsotalet”. 8 december 2006.
- Örebro (2007) ”Redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda 2007 enligt handlingsplan”. 28 november 2007.
- Örebro (2008) E-post från processledare, 27 februari 2008 *SV:SV:SV:Svar ang sjukvårdsmiljarden.*
- Östergötland (2007a) ”Handlingsplan 2007-01-01–2007-12-31”.

Östergötland (2007b) Telefonintervju med processledare, 19 oktober 2007.

Östergötland (2007c) ”Mall för redovisning av åtgärder för att minska sjukfrånvaron genomförda under 2007 enligt handlingsplan” 12 december 2007.

# Översikt av åtgärder i respektive landsting under 2006–07<sup>8</sup>

Landsting	Åtgärder
Blekinge	<p>Årlig sjukfallsinventering (har genomförts under längre tid). (Blekinge 2007a)</p> <p>Styrgrupp för sjukskrivningsprocessen bildas 2007. (Blekinge 2008)</p> <p>Utbildning i försäkringsmedicin, främst AT och ST-läkare. (Blekinge 2007c)</p> <p>Särskild utbildningsdag för företagshälsovården. (Blekinge 2007a)</p> <p>Försäkringskassan har handläggare på vårdcentralerna. (Blekinge 2007c)</p> <p>Satsning ihop med folkhögskolor i länet på långtidssjukskrivna kvinnor, kognitivt förhållningssätt. (Blekinge 2007b)</p> <p>Sjukskrivningskommitté sedan 2005. (Blekinge 2007a)</p>
Dalarna	<p>Seminarier för distriktsläkare. (Dalarna 2008)</p> <p>Intervjuer och information till samtliga verksamhetschefer på vårdcentraler. (Dalarna 2008)</p> <p>Utbildning i socialförsäkringen med betoning på sjukförsäkringen, ges yrkesvis. (Dalarna 2008)</p> <p>Studie vid vårdcentral där paramedicinare hjälper läkare med bedömning av arbetsförmåga. (Dalarna 2007a)</p> <p>Grundläggande psykioterapiutbildning för personer i funktionen psykosocial kompetens. (Dalarna 2008)</p> <p>Utbildning i lösningsfokuserat förhållningssätt. (Dalarna 2007a)</p> <p>Vårdcentralerna och kliniker har tagit fram egna handlingsplaner, ersätts för detta. (Dalarna 2007a)</p> <p>Sjukskrivningskommitté sedan 2005. (Dalarna 2007b)</p>
Gotland	<p>Utbildning i försäkringsmedicin. (Gotland 2007b)</p> <p>Handläggare från Försäkringskassan på vårdcentraler vid fasta tider. (Gotland 2007a)</p>

<sup>8</sup> Deskriptionen är i vissa fall något förkortad. Översikterna är faktagranskade i samtliga landsting utom Värmland och Västra Götaland.

Landsting	Åtgärder
	<p>Sjukskrivningskommitté sedan 2007. (Gotland 2007a)</p> <p>Statistikunderlag möjliggör uppdelning på kön. (Gotland 2007b)</p> <p>Samarbete med Karolinska sjukhuset angående patienter med kronisk smärta (Gotland 2007a)</p>
Gävleborg	<p>Landstinget upphör debitera för avstämningsmöten. (Gävleborg 2007a)</p> <p>Inrättat rehabkoordinatorer och team för tidig bedömning. (Gävleborg 2007b)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning till nya läkare samt sjuksköterskor. (Gävleborg 2007b)</p> <p>Koordinatorsprojekt vid en vårdcentral. (Gävleborg 2007b)</p> <p>Projekt att hitta system för bättre tillvarata befintliga resurser/kompetenser vid hälsocentraler. (Gävleborg 2007b)</p> <p>Projekt för långtidssjukskrivna, samarbete med folkhögskola, kommun, Arbetsförmedling. (Gävleborg 2007b)</p> <p>Kartläggning av sjukskrivningsmönster (köps från Försäkringskassan). (Gävleborg 2007a)</p> <p>Handläggare från Försäkringskassan vid Hälsocentraler (Gävleborg 2007b)</p> <p>Kommunikationsplan och information till förvaltningsledningar (Gävleborg 2007b)</p> <p>Sjukskrivningskommitté sedan 2005. (Gävleborg 2007a)</p>
Halland	<p>Uppstartskonferenser för alla chefer och läkare. (Halland 2008)</p> <p>Nätverk för läkare. (Halland 2006)</p> <p>Anställt rehabcoacher på vissa vårdcentraler. (Halland 2007b)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning till läkare. (Halland 2007b)</p> <p>Utbildning i kognitivt förhållningssätt. (Halland 2007b)</p> <p>Avstämningsmöte ska ske inom 60 dagar. (Halland 2007b)</p> <p>Projekt vid Kungsbacka närsjukhus. (Halland 2007b)</p> <p>Max fyra veckors svarstid vid komplettering av läkarintyg. (Halland 2007b)</p> <p>Rehabcoacher vid vissa vårdcentraler (i lokala projekt, alla VC får pengar för rehabcoach, rehabteam, rehabsamordnare). (Halland 2008)</p> <p>Strukturerat remissförfarande, handlägningsöverenskommelser mellan primärvård och specialistvård. (Halland 2006)</p>

Landsting	Åtgärder
	<p>Kartläggning av sjukskrivningsprocessen. (Halland 2007c)</p> <p>Kartläggning av bedömnings- och rehabiliteringsteam. (Halland 2007b)</p> <p>Kommunikationsplan, gemensam information för landsting och Försäkringskassan. (Halland 2007a)</p> <p>Samverkan mellan olika aktörer för att hitta framgångsrika behandlingsmetoder för kvinnor med generella smärttillstånd. (Halland 2007b)</p>
Jämtland	<p>Utbildning i försäkringsmedicin genomförs fortlöpande. (Jämtland 2007a)</p> <p>Inrättande av resursteam. (Jämtland 2007c)</p> <p>Utbildning i kbt för psykologer och andra inom primärvården. (Jämtland 2007b)</p> <p>Stimulansmedel för genomförda avstämningsmöten. (Jämtland 2007c)</p> <p>Särskild tillgång till sjukgymnast för vissa patientgrupper. (Jämtland 2008)</p> <p>Projekt för samarbete med ortopederna om operationsköer samt inrättandet av koordinatörer. (Jämtland 2007c)</p> <p>Utbildning i mindfulnessprogram riktat till långtidssjukskrivna. (Jämtland 2008)</p> <p>Upprättandet av lokala handlingsplaner vid hälsocentraler och motsvarande inom specialistvård, ersätts. (Jämtland 2007c)</p> <p>Försäkringsmedicinsk kommitté. (Jämtland 2007b)</p>
Jönköping	<p>Handläggare från Försäkringskassan på vårdcentraler inom ett sjukvårdsområde. (Jönköping 2007a)</p> <p>Rehabprogram med fokus på smärtrehabilitering i ett sjukvårdsområde. (Jönköping 2007b)</p> <p>Köper in kompletterande utlåtande om arbetsförmåga (KULA) på remiss från läkare, även köpt in 4 veckors utredning. (Jönköping 2007b)</p> <p>Lokalt projekt, fördjupad rehabutredning av arbetsterapeut och sjukgymnast. (Jönköping 2007a)</p> <p>Teamutbildning STATUS 28+, given plan för längre sjukfall. (Jönköping 2007b)</p> <p>Sjukskrivningssamordnare vid de flesta vårdcentraler. (Jönköping 2007b)</p>

Landsting	Åtgärder
	<p>Försäkringsmedicinsk utbildning till läkare och sjukskrivnings-samordnare. (Jönköping 2007b)</p> <p>Sjukskrivningskommitté sedan 2005. (Jönköping 2007a)</p> <p>Kommunikationsplan, information samlas på intranätet. (Jönköping 2007b)</p> <p>Projekt för kvinnor med utmattningsdepression (Jönköping 2007b)</p>
Kalmar	<p>Extra ersättning för deltagande i avstämningsmöten. (Kalmar 2007b)</p> <p>Utbildning för Försäkringskassans handläggare "I huvudet på en doktor". (Kalmar 2007b)</p> <p>Vårdcentraler ersätts om läkare genomgår SLU-utbildning. (Kalmar 2007a)</p> <p>Finns läkare i konsultationsroll per telefon för andra läkare i försäkringsmedicinska frågor. (Kalmar 2007a)</p> <p>Metodstöd (formulär och beslutsstöd) finns på intranätet. (Kalmar 2007a)</p> <p>Vårdcentraler tar fram egna handlingsplaner för hur man jobbar med sjukskrivningsprocessen. (Kalmar 2007a)</p> <p>Samverkansdokument mellan ortopederna och primärvården. (Kalmar 2007b)</p> <p>Alla enheter inom psykiatri har utarbetat handlingsplaner för samverkan. (Kalmar 2007b)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning till olika yrkesgrupper. (Kalmar 2007b)</p> <p>Axelinautbildning, kopplat till sjukskrivningsfrågan. (Kalmar 2007b)</p> <p>Ta fram sjukskrivningsstatistik per vårdcentral en gång i kvartalet. (Kalmar 2007b)</p> <p>Projekt "Gula Villan" där flera professioner arbetade med patienter med utmattningsdiagnoser, pågick 2005–07. (Kalmar 2007a)</p> <p>Ersättning för trepartsmöten mellan doktor, patient och arbetsgivare, ska genomföras under sjuklöneperioden. (Kalmar 2007b)</p> <p>Koordinator på vårdcentral (Kalmar 2007b)</p> <p>Utvidgad sjukskrivningskommitté bildas 2006.</p>
Kronoberg	<p>Handläggare från Försäkringskassan på vårdcentraler.</p>

Landsting	Åtgärder
	<p>(Kronoberg 2007b)</p> <p>Diagnostiskt Centrum, gemensam utredningsverksamhet för landstinget och Försäkringskassan (sedan 1995), kommer ersättas av resursteam i närsjukvården. (Kronoberg 2008)</p> <p>Hjärtrehabilitering, lösningsfokuserat arbetssätt, samverkan patient, anhörig, arbetsgivare (påbörjades före miljarden, avslutat). (Kronoberg 2007b)</p> <p>Utbildning i arbetsförmågebedömning för arbetsterapeuter och evidensbaserade bedömningsinstrument. (Kronoberg 2008)</p> <p>Utbildning i funktionsbedömning för sjukgymnaster och psykologer. (Kronoberg 2008)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning. (Kronoberg 2007a)</p> <p>Hälsokompasser, två tvärprofessionella bedömningsteam (särskilt beakta patienter med smärtproblematik och psykosociala problem). (Kronoberg 2007b)</p> <p>Utbildning i lösningsfokuserat arbetssätt, till olika personalgrupper. (Kronoberg 2006)</p> <p>En del pengar till hjärnskaderehabiliteringsprojekt (2006–07). (Kronoberg 2007b)</p> <p>Webbsida med information om försäkringsmedicin, beslutsstöd, rehabresurser mm. (Kronoberg 2007b)</p> <p>Sjukskrivningskommitté bildas 2004, avvecklas 2008, arbetet övertas av arbetsgruppen för miljardsatsningen. (Kronoberg 2007b)</p>
Norrbottnen	<p>Sjukskrivningsaudit genomförd 2006. (Norrbottnen 2007a)</p> <p>Sjukskrivningskommitté bildas 2007. (Norrbottnen 2007b)</p> <p>Projekt för patienter med långvarig smärta. (Norrbottnen 2007b)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning till AT- och ST-läkare. (Norrbottnen 2007a)</p> <p>Rehabmöten. (Norrbottnen 2007a)</p> <p>Utbildning i mindfulnessbaserat kognitivt förhållningssätt, syftar till bättre hälsa bland landstingets egen personal, även utbildning i hälsofrämjandeledarskap. (Norrbottnen 2007b)</p> <p>Remisstväng till sjukgymnast försvinner helt från 2007. (Norrbottnen 2007a)</p> <p>Samverkan psykiatri och primärvård för att få unga patienter i arbete. (Norrbottnen 2007b)</p> <p>Motion på recept, FAR och FYSS, projekt sedan 2006 vid 12</p>

Landsting	Åtgärder
	<p>vårdcentraler. (Norrbotten 2007b)</p> <p>Lokala handlingsplaner vid vårdcentraler/enheter, ger extra ersättning. (Norrbotten 2007a)</p> <p>Dialogmöten (kunskapspridning), även i samband med beslutsstödet. (Norrbotten 2007a)</p> <p>Projekt på arbetsplats med hög sjukfrånvaro, påbörjad hösten 2007. (Norrbotten 2007b)</p> <p>Tar fram statistik för hela landstinget. (Norrbotten 2008)</p> <p>Skapa genusprofil (påbörjas 2008) (Norrbotten 2007b)</p>
Skåne	<p>Konferens för att öka kunskapen om sjukskrivningsproblematik. (Skåne 2007)</p> <p>Konferenser om långvarig smärta samt utbrändhet, riktad till flera yrkesgrupper. (Skåne 2007)</p> <p>Projekt kring gradering av psykisk ohälsa vid universitetssjukhuset i Malmö. (Skåne 2007)</p> <p>Enkät, mäta attityder hos läkare. (Skåne 2007)</p> <p>Ersättning för dokument om lokal process, primärvård, ortopedi, psykiatri. (Skåne 2007)</p> <p>Ersättning för SLU-utbildad läkare. (Skåne 2007)</p> <p>Samverkan mellan specialist- och primärvård, rutiner för remisshantering. (Skåne 2007)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning, SLU-utbildning. (Skåne 2007)</p> <p>Tagit fram riktlinjer för sjukskrivningsprocessen inom HoS och broschyr med övergripande principer, intern kommunikationsplan. (Skåne 2007)</p> <p>Sjukskrivningsriktlinjer ska ingå i uppdragen för HoS verksamhet. (Skåne 2007)</p> <p>Inrättat 5 lokala sjukskrivningsnätverk, ersättning vid deltagande. (Skåne 2007)</p> <p>Kommunikationsplan för allmänheten, kontakter med handikapp- och patientorganisationer. (Skåne 2007)</p> <p>Utarbeta rutiner för framtagandet av statistik. (Skåne 2007)</p> <p>Ersättning vid kontakt med arbetsgivare. (Skåne 2007)</p> <p>Sjukfallskartläggning av Försäkringskassan (Skåne 2007)</p>
Stockholm	<p>Kartläggning av närsjukvårdens behov av bedömnings- och rehabiliteringsstöd. (Stockholm 2006)</p>



Landsting	Åtgärder
	<p>Utveckla gemensam policy och lokala riktlinjer för sjukskrivning, beslut taget i HSN. (Stockholm 2007b)</p> <p>Nätverk ihophållet via Danderyds sjukhus med insatser för patienter med stressrelaterad ohälsa. (Stockholm 2007b)</p> <p>Sjukskrivningsaudit. (Stockholm 2007b)</p> <p>Utbildning av gruppleddare i kognitiva terapiinsatser. (Stockholm 2007b)</p> <p>Stöd till nyutexaminerade läkare. (Stockholm 2007b)</p> <p>Ryggcentra, upphandlat, för sjukskrivna med besvär i rygg/nacke/axlar. (Stockholm 2007b)</p> <p>Ersättning till läkare som utfärdar utlåtanden och intyg, led i att mäta landstingets kostnader. (Stockholm 2007a)</p> <p>Rehabiliteringsgaranti i samarbete mellan Försäkringskassan och sjukvården, inrättades innan miljarden. (Stockholm 2007a)</p> <p>Kartläggning av sjukskrivningarna inom landstinget. (Stockholm 2007b)</p> <p>Kartläggning av sjukskrivna med psykisk diagnos, uppdrag från HSN. (Stockholm 2007b)</p> <p>Försäkringsmedicinsk kommitté, även lokala team inom länets geografiska områden. (Stockholm 2006)</p> <p>Fokusrapport om kvinnors ohälsa, klargöra vad vården kan göra bättre. (Stockholm 2007b)</p>
Sörmland	<p>Anställning av kuratorer/psykologer/psykoterapeuter, ska stödja läkare och rehabteam i bedömning (psykosociala stödresurser, fokus på sjukskrivna med psykosocial ohälsa). (Sörmland 2007c)</p> <p>Rehabkoordinatorer på alla vårdcentraler. Utveckla samverkan enligt "Rehabskelettet" (Sörmland 2007c)</p> <p>Uppdrag kring arbetet med minskade sjukskrivningar skrivs in i verksamhetskontraktet med primärvården. (Sörmland 2007c)</p> <p>Rehabcoacher som stöd och resurs i arbetet med långtidssjukskrivna bland landstingets egen personal. (Sörmland 2007a)</p> <p>Redovisa sjukskrivningsfall längre än fyra veckor (inom Rehabskelettet). (Sörmland 2007b)</p> <p>Mål att medicinska utlåtanden ska utfärdas inom två månader. Frågor och svar, enklare utlåtanden ska besvaras inom en månad. (Sörmland 2007a)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning, främst genom besök på vårdcentraler, till läkare och rehabteam. (Sörmland 2007c)</p>

Landsting	Åtgärder
	<p>Kartläggning av sjukskrivningsprocessen via koordinatörer och sjukskrivningskommittén. (Sörmland 2007b)</p> <p>Informationsspridning via konferens med SKL, rehabkoordinatörer och sjukskrivningskommittén informerar (beslutsstöd). (Sörmland 2007b)</p> <p>Information på hemsida. (Sörmland 2007c)</p> <p>Deltar i extra satsningar för att minska ohälsotoalet i Oxelösund tillsammans med andra aktörer. (Sörmland 2007c)</p> <p>Sjukgymnastresurser till akutmottagningar (Sörmland 2007c)</p>
Uppsala	<p>Team på ortopedien och psykitrimottagningar, diskuterar problematiska fall. (Uppsala 2007b)</p> <p>Kontaktpersoner mellan vårdcentraler/kliniker och Försäkringskassan, ersättning till de inom vården. (Uppsala 2007a)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning, till personal inom ortopedi, psykiatri och handkirurgi, även mindre utbildning i sjukförsäkringen. (Uppsala 2007b)</p> <p>Kartläggning av sjukskrivningsprocessen i kundperspektiv tillsammans med Försäkringskassan.) (Uppsala 2007a)</p> <p>Intygsstudie för att ge underlag för förbättringar av intygen inom primärvård, slutenvård och privata vårdgivare. (Uppsala 2007b)</p> <p>Informationsspridning internt och externt. (Uppsala 2007b)</p> <p>Sjukskrivningskommitté, från 2007. (Uppsala 2007b)</p>
Värmland	<p>Bedömningsteam, psykologkonsult och psykosocial personal tillgänglig för vårdcentraler från 2007. (Värmland 2007c)</p> <p>Utarbetat rutinbeskrivningar för sjukskrivningar (policy på vårdcentral). (Värmland 2007a)</p> <p>Förstärkning av utrednings-, behandlings-, och rehabiliteringsresurser. Recure Rehab i Karlstad för patienter med stressrelaterad ohälsa. (Värmland 2007a)</p> <p>Förstärkning till Ryggrehabiliteringen i Värmland AB. (Värmland 2007c)</p> <p>Kartläggning av läkares behov av konsultativ expertis (paramedicinare). (Värmland 2007b)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning till läkare och sjukgymnaster. Utbildningar om specifika diagnosgrupper: rörelseorganen, psykiatriska, kronisk smärta. Utbildning i manuell terapi för sjukgymnaster, inkl beteendemedicinska aspekter. (Värmland 2007c)</p>

Landsting	Åtgärder
	<p>Ta fram statistik om sjukskrivningsmönster under 2007. (Värmland 2007a)</p> <p>Sjukskrivningsprocessen en prioriterad åtgärd i landstingets verksamhetsplan. (Värmland 2007c)</p> <p>Bibehållen samverkan externt genom nytt konsultationsavtal med 14 företagshälsor i länet avseende patienter med arbetsrelaterade problem. (Värmland 2007c)</p> <p>Kvinnors ohälsa/jämställd vård ska uppmärksammas projektövergripande. Bedömningsteamerna ska redovisa hur kvinnors ohälsa beaktas. (Värmland 2007c)</p> <p>Stimulansmedel för tidiga avstämningmöten. (Värmland 2007c)</p> <p>Sjukskrivningskommitté (Värmland 2007b)</p>
Västerbotten	<p>Koordinatorer på vårdcentraler och vissa kliniker, ersätts. (Västerbotten 2007b)</p> <p>Läkare med försäkringsmedicinskt uppdrag, vårdcentralerna ersätts om läkare frigörs för detta. (Västerbotten 2007b)</p> <p>Resursteam, vårdcentral/kliniks interna team för rådgivning (utan patient). (Västerbotten 2007b)</p> <p>Beredningsgrupp, träff resursteam och utsedd person från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänst (utan patient). (Västerbotten 2008)</p> <p>Rehabteamträff, träff med patient och personer från ovanstående grupperingar. (Västerbotten 2008)</p> <p>Verksamheterna tar fram egna handlingsplaner. (Västerbotten 2007b)</p> <p>Handledningsträffar mellan koordinators och FM-läkare. (Västerbotten 2008)</p> <p>Sjukskrivningsaudit. (Västerbotten 2007a)</p> <p>Utbildning i ortopedmedicinsk funktionsdiagnostik. (Västerbotten 2007b)</p> <p>Utbildning i särskilt läkarutlåtande (i Försäkringskassans regi). (Västerbotten 2007b)</p> <p>Utbildning i kognitivt förhållningssätt. (Västerbotten 2007b)</p> <p>Utbildning i hälsofrämjande arbetssätt. (Västerbotten 2007a)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning till läkare och koordinators. (Västerbotten 2007b)</p> <p>OPTIM-utbildning för samtliga distriktsterapeuter. (Västerbotten 2007b)</p>

Landsting	Åtgärder
	<p>KASAM-utbildning för bl.a. koordinatörer och FM-läkare. (Västerbotten 2007b)</p> <p>Tar fram sjukskrivningsstatistik för varje vårdenheter. (Västerbotten 2007a)</p> <p>Landstingets ledningsgrupp har beslutat att arbete med sjukskrivning är ett prioriterat område. (Västerbotten 2007b)</p> <p>Enkätstudie till verksamhetschefer om ansvar och påverkansmöjligheter omkring sjukskrivningsprocessen, uppföljande intervjustudie. (Västerbotten 2007b)</p> <p>Sjukskrivningskommitté bildas 2004.</p> <p>Nätverk omkring jämställd vård, skapa "lathund". (Västerbotten 2007b)</p> <p>Kartläggning av vårdcentralernas och sjukhusens arbete. (Västerbotten 2006)</p>
Västernorrland	<p>Rutinbeskrivningar under 2006 för att se hur man arbetar med sjukskrivningsfrågor. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Anställa koordinatörer på vårdcentralerna, även vissa kliniker. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Anställt extra beteendevetare i primärvården (psykologer), öka kompetensen kring patienter med psykologiska besvär. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Resursförstärkning av läkare med rehabiliteringskompetens vid åtta vårdcentraler. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Verksamheterna tar fram lokala handlingsplaner, ersätts. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Extra ersättning vid läkares deltagande i avstämningsmöten. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Separat projekt vid en vårdcentral rörande rehabilitering vid psykisk ohälsa. (Västernorrland 2007a)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning till alla personalgrupper vid vårdcentraler, ortopedi, psykiatri. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Kartläggning av sjukskrivningsmönster, ta fram statistikdatabas för sjukskrivningsmönster vid varje vårdgivare. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Kommunikations/informationsplan, broschyr, intranät. (Västernorrland 2007b)</p> <p>Styrgrupp och sjukskrivningskommitté bildas under 2006. (Västernorrland 2007a)</p>

Landsting	Åtgärder
Västmanland	<p>Utveckla teamsamverkan inom vården, stöd till befintliga team och uppbyggnad av nya. (Västmanland 2007b)</p> <p>Handläggare från Försäkringskassan finns på familjeläkarmottagningar. (Västmanland 2007b)</p> <p>Stöd till enheten för psykosocial medicin (länsresurs för utredning, diagnos och behandling av patienter med stressrelaterade besvär och långvarig smärta). (Västmanland 2007b)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning. (Västmanland 2007b)</p> <p>Utbildning i kognitivt förhållningssätt (via Dagmarmedel). (Västmanland 2007b)</p> <p>Utbildning i arbetsförmågebedömning. (Västmanland 2007b)</p> <p>Försäkringskassan har gett utbildning i särskilt läkarutlåtande (SLU). (Västmanland 2007a)</p> <p>Självhjälpsgrupper för långtidssjukskrivna, samverkan mellan Svenska kyrkan, Försäkringskassan och Landstinget. (Västmanland 2007b)</p> <p>Koncernledningsgrupp och samverkansgrupp på högsta ledningsnivå tillsammans med Försäkringskassan. (Västmanland 2007b)</p> <p>Sjukskrivningskommitté bildas 2007, dialoginriktade sjukskrivningsgrupper under 2006. (Västmanland 2007b)</p>
Västra Götaland	<p>Internt kvalitetsarbete: rutiner för tidsbokning, dokumentation i sjukskrivningsärenden, kvalitetsindikatorer för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom primärvården. (Västra Götaland 2007a)</p> <p>Utveckla IT-stöd, gemensamt journalsystem i primärvården. (Västra Götaland 2007a)</p> <p>Teamsamverkan i bedömningsteam/rehabteam. (Västra Götaland 2007b)</p> <p>Specialistmedverkan i primärvård. (Västra Götaland 2007b)</p> <p>Extra ersättning vid deltagande i avstämningsmöten. (Västra Götaland 2007b)</p> <p>Försäkringskassan har kontaktpersoner för varje vårdcentral. (Västra Götaland 2007b)</p> <p>Tagit fram regionala riktlinjer för bedömning av arbetsförmåga, rehabiliteringsbehov och sjukskrivning. (Västra Götaland 2007b)</p> <p>Försäkringsmedicinska forum, ett i varje primärvårdsområde.</p>

Landsting	Åtgärder
	(Västra Götaland 2007b)
	Försäkringsmedicinsk utbildning. (Västra Götaland 2007b)
	Utbildning i kognitivt förhållningssätt och kognitiv psykoterapi i något område. (Västra Götaland 2007b)
	Processledare i alla berörda utförarförvaltningar och privata vårdgivare. (Västra Götaland 2007a)
	Lokala processledare för lokala handlingsplaner, samverkar i några områden med Försäkringskassans lokala samverkansansvariga. (Västra Götaland 2007b)
	Informationsinsatser, hemsidor. (Västra Götaland 2007b)
	Lokala koordinatörer/kontaktpersoner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen vid vissa vårdcentraler. (Västra Götaland 2007b)
	Extra satsning för att förbättra vårdkedjor för patienter med muskuloskeletala besvär mellan sjukhus och primärvård i ett område (Västra Götaland 2007b)
	Extra satsning för att tidigt identifiera personer som riskera att bli långtidssjukskrivna (i ett område). (Västra Götaland 2007b)
	Samverkan med Arbetsförmedlingen kring ungdomar 18–29 år, inkl en folkhögskola (i ett område). (Västra Götaland 2007b)
	SLU-utbildning till alla läkare i det försäkringsmedicinska forumet i ett område. (Västra Götaland 2007b)
	Utbildning i ortopedisk manuell terapi till läkare och sjukgymnaster i ett område. (Västra Götaland 2007b)
	Utbildning om olika patientgrupper (utmattningsreaktioner/värk) i ett område (Västra Götaland 2007b)
	Patientutbildning i ett område. Stresshantering, sömnskola, utbildning av smårteam. (Västra Götaland 2007b)
	Psykologhandledning för läkare/team som stöd i hanteringen av sjukskrivningsärenden i ett område. (Västra Götaland 2007b)
	Satsningar på beteendevetenskaplig kompetens på vårdcentraler. Kurator och psykologkompetens på alla vårdcentraler i ett område, sjuksköterskor med särskild inriktning psykiatri i ett område, tillgång till psykoterapeut för långtidssjukskrivna i ett område. (Västra Götaland 2007b)
	Områdesvisa ledningsgrupper. (Västra Götaland 2007b)
	Vårdprogram om utmattningssyndrom, implementeras under 2008. (Västra Götaland 2007b)
	Överenskommelse med företagshälsovård, bedömning av arbetsförmåga. (Västra Götaland 2007b)

Landsting	Åtgärder
	<p>Sjukfallskartläggning sedan 2003 från Försäkringskassan (Västra Götaland 2007b)</p> <p>Flera forskningsprojekt i samverkan med Göteborgs universitet. (Västra Götaland 2007b)</p>
Örebro	<p>Förstärkning av personal med psykosocial kompetens inom primärvården, innefattar psykologer och kuratorer. Primärvårdens ram utökas permanent med tre miljoner kronor. (Örebro 2007)</p> <p>Förstärkning av specialiserade sjukgymnaster som jobbar med patienter med neurologiska sjukdomar inom primärvården. Permanenta resursförstärkningar i budgetramen. (Örebro 2007)</p> <p>Förstärker habiliteringens rehabilitering. Permanent utökning av budgetramen. (Örebro 2007)</p> <p>Resurstillskott tillförs psykiatri för arbete med långtidssjuk-skrivna (permanent resurstillskott). (Örebro 2007)</p> <p>Förstärkning av primärvårdens ram för naprapater (permanent ökning av budgetramen). (Örebro 2008)</p> <p>Handläggare från Försäkringskassan på samtliga vårdcentraler samt inom psykiatri i Örebro. (Örebro 2007)</p> <p>Förstärkning av vården av patienter med smärta (permanent budgettillskott). (Örebro 2008)</p> <p>Kvalitetssäkring av läkarintyg, utgör delvillkor för att primärvården ska få ut full målrelaterad ersättning. (Örebro 2007)</p> <p>Dialoginsatser till vårdgivare i länet. (Örebro 2006)</p> <p>Försäkringsmedicinsk utbildning. (Örebro 2006)</p> <p>Sjukskrivningskommitté inrättas 2006. (Örebro 2006)</p>
Östergötland	<p>Multidisciplinära team, resursteam, på alla vårdcentraler från 2007, diskuterar patienter som har längre än 28 dagars sjuk-skrivning. Deltagande/kontaktperson från Försäkringskassan. (Östergötland 2007b)</p> <p>Försök med fasta tider för avstämningsmöten. (Östergötland 2007b)</p> <p>Pilotprojekt om elektronisk överföring av information mellan Landstinget och Försäkringskassan. (Östergötland 2007c)</p> <p>Genombrottsprojekt kring psykisk ohälsa genomfördes hösten -05 till sommaren -06. (Östergötland 2007a)</p> <p>Internetbaserad kognitiv beteendeterapi prövas vid fem vård-</p>

---

Landsting	Åtgärder
	centraler från 2007. (Östergötland 2007c)
	Försäkringsmedicinsk utbildning till olika yrkesgrupper. (Östergötland 2007c)
	Studie av läkarintygen under 2007–09 för att jämföra före och efter beslutsstödet.
	Utvärdering av avstämningsmöten, tre delstudier. (Östergötland 2007c)
	Utvärdering av resursteam som samverkansform. (Östergötland 2007c)
	Sjukskrivningskommitté sedan 2002.
	Forskningsprojekt i samarbete med Linköpings universitet (Östergötland 2007a)

---



## IFAU:s publikationsserier – senast utgivna

### Rapporter

- 2008:1** de Luna Xavier, Anders Forslund och Linus Liljeberg ”Effekter av yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning för deltagare under perioden 2002–04”
- 2008:2** Johansson Per och Sophie Langenskiöld ”Ett alternativt program för äldre långtidsarbetslösa – utvärdering av Arbetstorget för erfarna”
- 2008:3** Hallberg Daniel ”Hur påverkar konjunktursvängningar förtida tjänstepensionering?”
- 2008:4** Dahlberg Matz och Eva Mörk ”Valår och den kommunala politiken”
- 2008:5** Engström Per, Patrik Hesselius, Bertil Holmlund och Patric Tirmén ”Hur fungerar arbetsförmedlingens anvisningar av lediga platser?”
- 2008:6** Nilsson J. Peter ”De långsiktiga konsekvenserna av alkoholkonsumtion under graviditeten”
- 2008:7** Alexius Annika och Bertil Holmlund ”Penningpolitiken och den svenska arbetslösheten”
- 2008:8** Anderzén Ingrid, Ingrid Demmelmaier, Ann-Sophie Hansson, Per Johansson, Erica Lindahl och Ulrika Winblad ”Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning”
- 2008:9** Lundin Daniela och Linus Liljeberg ”Arbetsförmedlingens arbete med nystartsjobben”
- 2008:10** Hytti Helka och Laura Hartman ”Integration vs kompensation – välfärdsstrategier kring arbetsoförmåga i Sverige och Finland”
- 2008:11** Hesselius Patrik, Per Johansson och Johan Vikström ”Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro?”
- 2008:12** Fredriksson Peter och Martin Söderström ”Vilken effekt har arbetslöshetsersättningen på regional arbetslöshet?”
- 2008:13** Lundin Martin ”Kommunerna och arbetsmarknadspolitiken”
- 2008:14** Dahlberg Matz, Heléne Lundqvist och Eva Mörk ”Hur fördelas ökade generella statsbidrag mellan personal i olika kommunala sektorer?”
- 2008:15** Hall Caroline ”Påverkades arbetslöshetstiden av sänkningen av de arbetslösas sjukpenning?”
- 2008:16** Bennmarker Helge, Erik Mellander och Björn Öckert ”Är sänkta arbetsgivaravgifter ett effektivt sätt att öka sysselsättningen?”
- 2008:17** Forslund Anders ”Den svenska jämviktsarbetslösheten – en översikt”

- 2008:18** Westregård Annamaria J. "Arbetsgivarens ökade ansvar för sjuklön och rehabilitering kontra arbetstagarnas integritet – Går det att förena?"
- 2008:19** Svensson Lars "Hemmens modernisering och svenska hushålls tidsanvändning 1920–90"
- 2008:20** Johansson Elly-Ann och Erica Lindahl "Åldersintegrerade klasser – bra eller dåligt för elevernas studieresultat?"
- 2008:21** Sibbmark Kristina "Arbetsmarknadspolitisk översikt 2007"
- 2008:22** Delmar Frédéric, Tim Folta och Karl Wennberg "Dynamiken bland företagare, anställda och kombinatörer"
- 2008:23** Angelov Nikolay, Per Johansson och Louise Kennerberg "Välja fritt och välja rätt – drivkrafter för rationella utbildningsval"
- 2008:24** Dahlberg Matz, Kajsa Johansson och Eva Mörk "Effekter av aktiveringskrav på socialbidragstagare i Stockholms stadsdelar"
- 2008:25** Grönqvist Erik och Jonas Vlachos "Hur lärares förmågor påverkar elevers studieresultat"
- 2008:26** von Below David och Peter Skogman Thoursie "Sist in först ut? En utvärdering av undantagsregeln"
- 2008:27** Johansson Per och Martin Nilsson "Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?"
- 2008:28** Holmlund Bertil och Martin Söderström "Hur påverkas inkomsterna av skatteförändringar?"
- 2008:29** Sibbmark Kristina och Gabriella Chirico "Kartläggning av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden"

### **Working papers**

- 2008:1** Albrecht James, Gerard van den Berg och Susan Vroman "The aggregate labor market effects of the Swedish knowledge lift programme"
- 2008:2** Hallberg Daniel "Economic fluctuations and retirement of older employees"
- 2008:3** Dahlberg Matz och Eva Mörk "Is there an election cycle in public employment? Separating time effects from election year effects"
- 2006:4** Nilsson Peter "Does a pint a day affect your child's pay? The effect of prenatal alcohol exposure on adult outcomes"
- 2008:5** Alexius Annika och Bertil Holmlund "Monetary policy and Swedish unemployment fluctuations"
- 2008:6** Costa Dias Monica, Hidehiko Ichimura och Gerard van den Berg "The matching method for treatment evaluation with selective participation and ineligibles"

- 2008:7** Richardson Katarina och Gerard J. van den Berg “Duration dependence versus unobserved heterogeneity in treatment effects: Swedish labor market training and the transition rate to employment”
- 2008:8** Hesselius Patrik, Per Johansson och Johan Vikström “Monitoring and norms in sickness insurance: empirical evidence from a natural experiment”
- 2008:9** Verho Jouko, “Scars of recession: the long-term costs of the Finnish economic crisis”
- 2008:10** Andersen Torben M. och Lars Haagen Pedersen “Distribution and labour market incentives in the welfare state – Danish experiences”
- 2008:11** Waldfogel Jane “Welfare reforms and child well-being in the US and UK”
- 2008:12** Brewer Mike “Welfare reform in the UK: 1997–2007”
- 2008:13** Moffitt Robert “Welfare reform: the US experience”
- 2008:14** Meyer Bruce D. “The US earned income tax credit, its effects, and possible reforms”
- 2008:15** Fredriksson Peter och Martin Söderström “Do unemployment benefits increase unemployment? New evidence on an old question?”
- 2008:16** van den Berg Gerard J., Gabriele Doblhammer-Reiter och Kaare Christensen ”Being born under adverse economic conditions leads to a higher cardiovascular mortality rate later in life – evidence based on individuals born at different stages of the business cycle”
- 2008:17** Dahlberg Matz, Heléne Lundqvist och Eva Mörk “Intergovernmental grants and bureaucratic power”
- 2008:18** Hall Caroline “Do interactions between unemployment insurance och sickness insurance affect transitions to employment?”
- 2008:19** Bennmarker Helge, Erik Mellander och Björn Öckert “Do regional payroll tax reductions boost employment?”
- 2008:20** Svensson Lars “Technology, institutions and allocation of time in Swedish households 1920–1990”
- 2008:21** Johansson Elly-Ann och Erica Lindahl “The effects of mixed-age classes in Sweden”
- 2008:22** Mellander Erik och Sofia Sandgren-Massih “Proxying ability by family background in returns to schooling estimations is generally a bad idea”
- 2008:23** Delmar Frédéric, Timothy Folta och Karl Wennberg “The dynamics of combining self-employment and employment”
- 2008:24** Dahlberg Matz, Kajsa Johansson och Eva Mörk “On mandatory activation of welfare receivers”

- 2008:25** Grönqvist Erik och Jonas Vlachos “One size fits all? The effects of teacher cognitive and non-cognitive abilities on student achievement”
- 2008:26** van den Berg Gerard, Annette Bergemann och Marco Caliendo “The effect of active labor market programs on not-yet treated unemployed individuals”
- 2008:27** von Below David och Peter Skogman Thoursie “Last in, first out? Estimating the effect of seniority rules in Sweden”
- 2008:28** Holmlund Bertil och Martin Söderström “Estimating dynamic income responses to tax reforms: Swedish evidence”

### **Dissertation series**

- 2007:1** Lundin Martin “The conditions for multi-level governance: implementation, politics, and cooperation in Swedish active labor market policy”
- 2007:2** Edmark Karin “Interactions among Swedish local governments”
- 2008:1** Andersson Christian “Teachers and student outcomes: evidence using Swedish data”