

Bättre samverkan

*Några frågor kring samspelet mellan
sjukvård och socialförsäkring*

Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt

Stockholm 2009



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2009:49

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Omslag: Petra Lundin, Manifesto

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2009

ISBN 978-91-38-23213-2
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Cristina Husmark Pehrsson

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas (dir. 2007:90). Utredaren ska göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning. Utredaren ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare över landstingsgränser efterlevs, samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare ska utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. Utredaren ska också föreslå nödvändiga kompletteringar av det förslag till patientlag som lämnades i Ansvarskommitténs betänkande *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* (SOU 2007:10). I denna del lämnade utredningen förslag i delbetänkandet *Patientens rätt* (SOU 2008:127). I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur vårdval kan införas i primärvården, där det blir möjligt för vårdgivare att etablera sig med rätt till offentlig ersättning. I denna del lämnade utredningen förslag i delbetänkandet *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37).

Den 29 maj och den 18 juni 2008 beslutade regeringen att utredarens arbete skulle slutföras med ytterligare direktiv (dir. 2008:72 och dir. 2008:87). Av tilläggsdirektiven framgår dels att utredaren ska lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt, dels föreslå ett nytt system för hur privata vårdgivare ska kunna etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

I enlighet med direktiven redovisar utredningen sitt arbete i form av delbetänkanden. I detta betänkande redovisar utredningen sina överväganden och förslag i den del av uppdraget som rör rehabiliteringsgarantin. Utredningens direktiv återfinns i bilaga 1–3.

Experten Toivo Heinsoo har sedan den 1 september 2007 varit särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 10 oktober 2007 rättssakkunniga Petra Bergman, Socialdepartementet, ämnesrådet Kjell Ellström, Finansdepartementet, departementssekreteraren Helena Linde, Finansdepartementet samt departementssekreteraren Martin Talvik, Socialdepartementet. Den 18 december 2007 förordnades sedan departementssekreteraren Åsa Edman, Finansdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Rättssakkunniga Petra Bergman entledigades från uppdraget den 26 maj 2008 och samma dag förordnades rättssakkunniga Eva Willman, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Departementssekreteraren Åsa Edman entledigades från uppdraget den 12 september 2008 och samma dag förordnades kanslirådet Richard Falkendal, Finansdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Den 19 januari 2009 förordnades kanslirådet Eva Stina Lönngren, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Departementssekreteraren Martin Talvik entledigades från uppdraget den 15 april 2009 och samma dag förordnades departementssekreteraren Daniel Zetterberg, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen.

Som experter i utredningen förordnades den 10 oktober 2007 förbundsordföranden Anne Carlsson, Reumatikerförbundet, förbundsordföranden Anna-Karin Eklund, Vårdförbundet, projektledaren Birgitta Eriksson, Socialstyrelsen, analytikern Jörgen Lindell, Tillväxtverket, biträdande avdelningschefen Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting, ordföranden Anne-Sophie Sjöberg, Vårdföretagarna, andre vice ordföranden Benny Ståhlberg, Sveriges läkarförbund samt konkurrensrådet Per-Arne Sundbom, Konkurrensverket. Andre vice ordförande Benny Ståhlberg entledigades från uppdraget den 30 april 2008 och samma dag förordnades ordförande Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund, som expert i utredningen. Den 19 januari 2009 förordnades utredaren Sven-Erik Skoogh, Sjukgymnasternas Riksförbund, som expert i utredningen.

Till huvudsekreterare i utredningen anställdes på halvtid från och med den 1 september 2007 och på heltid från och med den 1 januari 2008 ämnessakkunniga Lena Barrbrink. Från och med den

1 oktober 2007 anställdes landstingsjuristen Robert Larsson som sekreterare i utredningen och statsvetaren Matilde Millares på halvtid som biträdande sekreterare i utredningen och från och med den 1 november 2008 på heltid. Den 14 juli 2008 entledigades ämnessakkunniga Lena Barrbrink. Professor Claes-Fredrik Helgesson anställdes som huvudsekreterare i utredningen på deltid från och med 1 augusti 2008 och på heltid från och med den 1 oktober 2008. Den 31 december 2008 entledigades landstingsjuristen Robert Larsson från uppdraget. Den 1 januari 2009 anställdes juristen Jessica Appelgren som sekreterare i utredningen. Den 31 januari 2009 entledigades Matilde Millares från uppdraget. Den 1 februari 2009 anställdes handläggarchefen Gabriella Norén som sekreterare i utredningen. Från och med den 1 april anställdes statsvetaren Viktoria Björk på deltid som biträdande sekreterare i utredningen. Utredningens assistent är Malin William-Olsson.

Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om patientens rätt, överlämnar härmed sitt delbetänkande *Bättre samverkan* (SOU 2009:49).

Stockholm i maj 2009

Toivo Heinsoo

/Claes-Fredrik Helgesson
Gabriella Norén
Jessica Appelgren
Viktoria Björk

Innehåll

Förkortningar	13
Sammanfattning	15
Författningsförslag	25
1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)	25
2 Förslag till lag om ändring i lag (1962:381) om allmän försäkring	27
1 Utredningens uppdrag och genomförande	29
1.1 Direktiven.....	29
1.2 Utredningsarbetet	30
1.3 Delbetänkandet	31
2 Utgångspunkter för utredningens överväganden och förslag	33
2.1 Inledning.....	33
2.2 Avgränsning av problemområdet kring rehabiliteringsgarantin	34
2.2.1 Rehabiliteringsgarantin och hälso- och sjukvårdens roll för att åstadkomma återgång i arbete	34
2.2.2 Rehabiliteringskedjan och tillgängligheten till medicinska rehabiliteringsinsatser	36
2.2.3 Utredningens avgränsade uppdrag	43

2.3	Utgångspunkter och vägledande principer	44
2.3.1	Den enskildes ställning måste vara en ledstjärna	44
2.3.2	Ett mångfacetterat problem kräver en mångsidig genomlysning	45
2.3.3	Några aspekter att särskilt beakta i den följande diskussionen	46
	Referenser	50
3	Rehabilitering och socialförsäkringssystemet	53
3.1	Sjukskrivningsprocessen	53
3.2	Rehabiliteringskedjan	55
3.3	Rehabiliteringsgarantin	58
3.4	Tidigare och pågående initiativ	60
3.4.1	Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet	60
3.4.2	Socialförsäkringsutredningen	61
3.4.3	Sjukvårdsmiljarden	61
3.4.4	Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning	63
3.4.5	Socialstyrelsens nationella riktlinjer	63
3.4.6	Överenskommelse för att vidareutveckla företagshälsovården	64
3.4.7	Arbetsförmågeutredningen	65
3.5	Centralt regelverk	66
3.5.1	Socialförsäkringssystemet och sjukskrivningsprocessen	66
3.5.2	Landstingens ansvar och samordning med andra aktörer	68
3.5.3	Försäkringskassans ansvar och samordning med andra aktörer	69
3.6	Utredningens iakttagelse	71
	Referenser	71
4	Den enskildes ställning	75
4.1	Förtidspensionerade och långtidssjukskrivna får för lite stöd	75

4.2	Svårt för individen att veta vem som har ansvaret	78
4.3	Individen i kläm mellan aktörernas olika tidsgränser	79
4.4	Lång väntan på rehabilitering kan göra den ineffektiv.....	81
4.5	Svårt att få rehabilitering som är gränsöverskridande.....	82
4.6	Bristande valmöjligheter	84
4.7	Bristande garanti	85
4.8	Oklart vart individen ska vända sig om garantin inte infrias	87
	Referenser	88
5	Organiseringen kring medicinsk rehabilitering	91
5.1	Många inblandade aktörer med olika uppdrag och ansvar	92
5.2	Försäkringskassan och rehabilitering	93
5.2.1	Försäkringskassans samordningsansvar	93
5.2.2	Avstämningsmötet	94
5.3	Hälso- och sjukvården som rehabiliteringsaktör	96
5.3.1	Hälso- och sjukvårdens uppdrag	96
5.3.2	Samordning inom hälso- och sjukvården	98
5.3.3	Hälso- och sjukvårdens samordning med Försäkringskassan.....	98
5.4	Senaste utvecklingen inom sjukskrivningsområdet	100
5.4.1	Sjukskrivningstalen och ohälsotalet i landet	100
5.4.2	Lovande initiativ i landstingen.....	101
5.5	Östergötlands läns landsting.....	102
5.5.1	Sjukskrivningar i Östergötlands läns landsting	102
5.5.2	Rehabiliteringsgarantin i Östergötlands läns landsting	103
5.5.3	Samverkan med Försäkringskassan	103
5.6	Skåne läns landsting	104
5.6.1	Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne.....	104
5.6.2	Rehabiliteringsgarantin i Skåne läns landsting.....	104

5.6.3	Minskad Ohälsa Rörelseorganens Sjukdomar i Sydsverige	105
5.7	Utredningens samlade bedömning.....	105
	Referenser	106
6	Den ekonomiska styrningen av rehabiliteringsinsatser ...	109
6.1	Inledning.....	109
6.2	Ersättningen med anledning av rehabiliteringsgarantin.....	109
6.2.1	Ersättningen till landstingen enligt rehabiliteringsgarantin	109
6.2.2	Landstingens interna ersättningssystem.....	110
6.2.3	Effekter av rehabiliteringsöverenskommelsen för aktörerna.....	112
6.3	Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården	113
6.4	Olika former av ekonomisk styrning och dess effekter.....	115
6.4.1	Från anslags- till prestationsstyrning.....	115
6.4.2	Ersättning för resultat i stället för beroende på prestation.....	117
6.4.3	Ersättning av total insats i stället för av delinsats	118
6.4.4	Ersättning av antalet insatser garanterar inte individen vård i tid	119
6.5	Ersättningen till landstingen i några överenskommelser	120
6.5.1	Sjukvårdsmiljarden.....	120
6.5.2	Kömiljarden.....	121
6.5.3	Finsam.....	122
6.6	Avslutande kommentarer	123
	Referenser	123
7	System för ledning, kunskapsstyrning och uppföljning ..	125
7.1	Inledning.....	125
7.2	System för ledning, utveckling och uppföljning	126
7.2.1	Möjligheter att identifiera terapiområden och patientgrupper där satsningar behöver göras	126

7.2.2	Medicinska kvalitetsregister och återvunnen arbetsförmåga.....	127
7.2.3	Uppföljningar av effekterna av olika initiativ	128
7.2.4	Utvecklingsmöjligheter rörande ledning, utveckling och uppföljning	129
7.3	Styrning genom behandlingsriktlinjer och vårdprogram	131
7.4	Sammanfattande diskussion	133
	Referenser.....	134
8	Iakttagelser och förslag	135
8.1	Bakgrund till rehabiliteringsgarantin	136
8.1.1	Överenskommelsens karaktär.....	137
8.1.2	Effekter av överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti.....	138
8.2	Utredningens iakttagelser	140
8.2.1	Fördelar med överenskommelsens innehåll.....	141
8.2.2	Nackdelar med överenskommelsens innehåll	141
8.2.3	Aktörernas samverkan och ansvar	142
8.2.4	Tillgänglig kunskap och brist på densamma	143
8.3	Identifiering av handlingsalternativ	144
8.4	Fördjupande diskussion av de lämnade förslagen	145
8.4.1	Förslaget att även fortsättningsvis träffa överenskommelser	146
8.4.2	Förslaget att tydliggöra att medicinsk rehabilitering ingår i vårdgarantin.....	147
8.4.3	Förslaget att ytterligare uppmärksamma rehabilitering i nationella riktlinjer	148
8.4.4	Rätt till individuell behandlings- och rehabiliteringsplan	149
8.4.5	Ekonomiska incitament för att stödja utvecklingen av en bättre rehabiliteringsprocess	150
8.5	Framtida möjliga handlingsalternativ	154
8.5.1	Möjligheten att införa krav på rehabiliteringsval och rehabpeng som följer individen	154
8.5.2	Möjligheten att införa en fristående försäkringslösning	154

8.6	Kommentar till lämnade förslag	156
	Referenser	157
9	Konsekvenser av utredningens förslag	159
9.1	Konsekvenser för statens budget	159
9.2	Landstingens organisering och finansiering	160
9.3	Konsekvenser för glesbygd.....	161
9.4	Konsekvenser för små företag	161
9.5	Konsekvenser för företagens administration.....	162
9.6	Konsekvenser för jämställdhet	162
10	Genomförandeaspekter och ikraftträdande.....	163
11	Författningskommentar	165
11.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	165
11.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	167
Bilagor		
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2007:90.....	169
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2008:72.....	175
Bilaga 3	Kommittédirektiv 2008:87.....	181
Bilaga 4	Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliterings- garanti för 2009 och 2010	185

Förkortningar

AFL	Lag (1962:381) om allmän försäkring
DRG	Diagnosrelaterad grupp
Finsam	Finansiell samordning (mellan olika huvudmän inom rehabiliteringsområdet)
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
IFAU	Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering
KBT	Kognitiv beteendeterapi
KI	Karolinska Institutet
KBT	Kognitiv beteendeterapi
LOU	Lag (2007:1091) om offentlig upphandling
LOV	Lag (2008:962) om valfrihetssystem
MORSE	Minskad Ohälsa Rörelseorganens Sjukdomar i Sydsverige
Prima	Privata Rehabiliteringsaktörer inom Medicinsk och Arbetslivsinriktad rehabilitering
RACKS	Skånes stöd- och uppföljningssystem för ackrediterade rehabiliteringsaktörer
RFV	Riksförsäkringsverket
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SGI	Sjukpenninggrundande inkomst
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

Förslag för att stödja utvecklingen inom medicinsk rehabilitering

Många är involverade i och bidrar med stora insatser för att stödja och tillvarata människors vilja att efter en sjukperiod återgå i arbete. En del i denna stödjande process är medicinsk rehabilitering som ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag. Detta inbegriper att efter behov ge tillgång till medicinsk bedömning och, om patienten är betjänt av det, tillgång till åtgärder som ger återvunnen arbetsförmåga och underlättar återgång i arbete. I syfte att stimulera hälso- och sjukvården att i större utsträckning snabbt ge evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser träffades en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Lands-ting, SKL. Överenskommelsen ger särskilt statligt stöd till två specificerade diagnosgrupper, för att på så sätt åstadkomma en återgång i arbete.

Utredningen diskuterar i detta delbetänkande kring förslag för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvårdens arbete inom medicinsk rehabilitering, i syfte att stärka patientens ställning. Ett förslag i detta avseende är att tydliggöra att vårdgarantin även omfattar medicinskt motiverade rehabiliteringsåtgärder. Utredningen föreslår även nya möjligheter för hur Försäkringskassans samordningsansvar kan organiseras och hur den försäkrade kan ges bättre stöd.

Här sammanfattas först utredningens förslag. Därefter sammanfattas utredningens utgångspunkter liksom bakgrunden till de lämnade förslagen, samt de överväganden som gjorts.

Utredningens förslag i korthet

Det övergripande syftet med utredningens förslag är att de ska stärka den enskildes ställning inom området medicinsk rehabilitering samt att stödja en utveckling av hälso- och sjukvårdens arbete på detta område. Förslagen måste därför ses som en helhet som grundar sig på detta övergripande syfte. Bättre samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringen är därvidlag en central komponent.

Utredningen föreslår ett tydliggörande av de av utredningen redan lämnade förslagen rörande vårdgarantin i *Patientens rätt* (SOU 2008:127). I förslaget ingår att genom lagreglering tydliggöra att vårdgarantin även omfattar medicinskt motiverade rehabiliteringsåtgärder. Detta innebär ett förtydligande att den enskilde utlovas en maximal väntetid för beslutade besök till den specialiserade vården, även då dessa besök rör medicinsk rehabilitering. Vidare innebär detta ett klargörande att vårdgarantins maximala väntetid för beslutade åtgärder även gäller medicinsk rehabilitering.

Detta förslag förtydligar att medicinsk rehabilitering utgör en del av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Det underlättar vidare för patienter att samma regler gäller för medicinsk rehabilitering som för andra delar av hälso- och sjukvården. Detta gäller även rätten till information, stödet att välja vårdgivare och dylikt. Genom att uttryckligt inkludera medicinsk rehabilitering i vårdgarantin uppmuntras vidare landstingen att tydligt beakta socialförsäkringens nya rehabiliteringskedja. Rehabiliteringskedjan stipulerar fasta tidsgränser för prövning av arbetsförmåga som innebär att kraven för att erhålla sjukpenning gradvis höjs. Det är dessa nationellt reglerade tidsgränser som landstingen bör beakta, eftersom de kan vara av stor betydelse för patienter som väntar på åtgärder.

Utredningen föreslår vidare att regeringen lämnar uppdrag till Socialstyrelsen att särskilt uppmärksamma och innefatta rehabiliteringsåtgärder i arbetet med nationella riktlinjer. Nationella riktlinjer är av stor betydelse för den nationella styrningen av vad som ska anses vara god vård. I nu gällande riktlinjer behandlas rehabiliteringsåtgärder, liksom sjukskrivning, endast i varierande grad. Av den orsaken anser utredningen att det är önskvärt att aspekter relaterade till sjukskrivning och medicinsk rehabilitering mer systematiskt behandlas i nationella riktlinjer, förutom i de fall då dessa aspekter är uppenbart irrelevanta.

I fortsatt arbete med att utveckla nationella riktlinjer bör hälsoekonomiska konsekvenser av *när* åtgärder utförs inom hälso- och sjukvården undersökas. Detta skulle leda till att hälso- och sjukvården successivt får tillgång till ett underlag som kan belysa de samhällsekonomiska konsekvenserna orsakade av olika väntetider till samma behandling.

I syfte att betona vissa åtgärder eller premiera sammantagna resultat för hälsoutvecklingen föreslår utredningen att regeringen alltjämt efter 2010 sluter överenskommelser med SKL. På så vis kan regeringen även fortsättningsvis stimulera strukturer som ökar tillgängligheten till rehabilitering, lyfter fram och utvecklar behandlingsstrategier som förbättrar sannolikheten till återgång i arbete och främjar en bättre samordning utifrån individens behov. Framtida överenskommelser bör innehålla en tydligare koppling till individens rätt och ställa krav på effektiv rehabilitering och bättre samarbete mellan de olika rehabiliteringsaktörerna. Det är även viktigt att sådana överenskommelser utformas så att ingen individ i behov av medicinsk rehabilitering exkluderas av andra skäl än rent medicinska.

Utredningen föreslår en lagreglering som ger Försäkringskassan möjlighet att till annan aktör överlåta den samordningsroll för rehabiliteringsverksamhet myndigheten har enligt *lagen (1962:381) om allmän försäkring*. Det kan exempelvis ske genom en särskild "rehabiliteringspeng" till primärvårdsenheter eller till upphandlade privata samordnare som även kan vara vårdgivare eller rehabiliteringsaktör. Ett annat förslag är att Försäkringskassan ges en möjlighet att betala för tidiga avstämningsmöten, något som exempelvis de medel staten anslagit för rehabiliteringsöverenskommelsen skulle kunna finansiera.

Utredningen föreslår slutligen att regeringen även fortsättningsvis avsätter särskilda resurser för forskning, uppföljning och utvärdering. Här förordar dock utredningen att uppgifterna vidgas i förhållande till de nuvarande.

Utgångspunkter och bakgrund till utredningens förslag

En del av ett större problemkomplex

Det har under senare år tagits flera initiativ för att minska sjukskrivningarnas antal och längd. Till dessa hör införandet av ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd och förändringar i reglerna för sjukskrivningar, inklusive införandet av rehabiliteringskedjan. Överenskommelserna om sjukvårdsmiljarden och rehabiliteringsgarantin är vidare åtgärder som genom ekonomiska stimulansmedel stöttat landstingen att utveckla sitt arbete med att minska sjukskrivningarna. Konsekvenserna av dessa initiativ har varit olika. Vissa åtgärder har samordnat grunderna för beslut inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, medan andra, såsom rehabiliteringsgarantin, har stimulerat hälso- och sjukvårdens arbete med att tillhandahålla rehabiliteringsåtgärder. Sjukskrivningarna har också minskat under de senaste åren, vilket möjligen beror på de initiativ som tagits.

Utredningens uppdrag på området är i hög grad begränsat och rör hälso- och sjukvårdens roll i, och ansvar för, medicinsk rehabilitering, samt dess samspel med Försäkringskassan. Mer uttryckligt rör uppdraget frågan om tillgänglighet till medicinsk rehabilitering. Det faktum att uppdraget är begränsat kräver samtidigt en respekt för det långt större problemkomplex som dessa frågor är en del av. En viktig aspekt att beakta är den grundläggande skillnaden mellan Försäkringskassans och sjukvårdshuvudmännens uppdrag. En konsekvens av denna skillnad är att en prioritering utifrån hälso- och sjukvårdens prioriteringsprinciper inte med nödvändighet behöver leda till samma beslut som en prioritering som har återgång i arbete i fokus.

De skilda uppdragen har även konsekvenser för den enskilde. Den nya rehabiliteringskedjans tidsgränser är desamma över riket, samtidigt som det kan föreligga regionala skillnader i hälso- och sjukvårdens bedömningar och tillgänglighet. Detta innebär att individer som sjukdomsmässigt befinner sig i samma situation kan hamna på olika steg i rehabiliteringskedjan, beroende på var i landet de bor. Regionala skillnader i hälso- och sjukvården kan med andra ord ge avtryck i det socialförsäkringsmässiga skydd individer har. Utredningen har även kunnat konstatera att det för flera diagnosområden föreligger en betydande regional variation av längden av sjukskrivningarna. Denna variation kan ha sin grund i systematiska

skillnader i tillgängligheten till insatser, liksom systematiska skillnader i bedömningar eller i underliggande sjuklighet. En mer fullständig redovisning av utredningens utgångspunkter presenteras i kapitel 2.

Rehabilitering och socialförsäkringssystemet

Genom åren har, som påpekats, många initiativ tagits för att förbättra och reglera sjukskrivningsprocessen, men trots dessa återstår många problem och uppgifter att lösa på området. Det initiativ som är aktuellt för utredningen är rehabiliteringsgarantin som regleras av en överenskommelse mellan SKL och staten. Överenskommelsen ger tyvärr inte klara svar på alla de eventuella frågeställningar som kan uppkomma. Skäl kan därför finnas att vidareutveckla överenskommelsen eller att ta fram fortsatta överenskommelser som hjälper individen till rehabilitering.

Rehabiliteringsgarantin har en plats mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet och befinner sig därmed inom flera regelverk. Lagar och regler finns som styr landstingens erbjudande av god hälso- och sjukvård, vari rehabilitering ingår, och Försäkringskassan har likaså ett regelverk att rätta sig efter. Trots förekomsten av dessa regler är de dessvärre ibland otydliga eller efterlevs inte i den utsträckning som är nödvändig. I kapitel 3 återfinns en mer utförlig genomgång av rehabiliteringsgarantin och dess sammanhang av regler.

Den enskildes ställning

Patienter har en svag ställning i hälso- och sjukvården och det gäller även patienter som behöver medicinsk rehabilitering. Utöver landstingen är det många olika aktörer som har ansvar för att med rehabilitering hjälpa den enskilde tillbaka i arbete. Det stora antalet rehabiliteringsaktörer och den otydliga ansvarsfördelningen dem emellan gör rehabiliteringsprocessen oöverskådlig för individen. Många långtidssjukskrivna och förtidspensionerade personer anger att de skulle vilja ha en stödperson som hjälper dem genom rehabiliteringsprocessen. Sedan ett knappt år tillbaka ger Försäkringskassan personer som är långtidssjukskrivna möjlighet att få en personlig handläggare som skulle kunna fungera som en sådan stöd-

person. Den ökade ambitionen fick dock en bekymmersam start då Försäkringskassan samtidigt genomförde en omfattande omorganisation som gjorde det svårt att nå den personlige handläggaren på telefon.

För individen har det samtidigt blivit viktigare att få rehabilitering i tid sedan sjukförsäkringens rehabiliteringskedja infördes. Detta beror på att rehabiliteringskedjan, genom fasta hållpunkter för bedömning av arbetsförmåga, ställer tydligare krav på den försäkrades rätt till sjukpenning. Lång väntan på rehabilitering minskar inte enbart sannolikheten för att individen ska återgå till arbetslivet utan riskerar också att ställa individen utanför socialförsäkringssystemet.

Liksom vad gäller annan sjukvård har individens reella möjlighet att välja rehabiliteringsaktör varit begränsad och beroende av i vilket landsting han eller hon bor. Alla landsting har inte infört vårdvalmodeller i primärvården och de som har gjort det har inte alltid inkluderat rehabiliteringstjänster. För att återgå till arbetslivet kan det dessutom krävas både medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering som organiseras av olika huvudmän.

Slutligen har patienten ingen garanterad rätt till behandling eller rehabilitering vare sig enligt svensk lag eller enligt överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti. Här skiljer sig Sverige från flera länder i Europa. Patienten kan därmed inte heller gå till domstol eller liknande instans för att utkräva sin rätt till rehabilitering. En mer utförlig diskussion om den enskildes ställning återfinns i kapitel 4.

Organiseringen kring medicinsk rehabilitering

I en rehabiliteringsprocess är flera aktörer, såsom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivare, företagshälsovård och Arbetsförmedlingen inblandade och de bedriver sina insatser utifrån respektive uppdrag och ansvar. Svårigheter kan uppstå i samordningen mellan aktörerna då ansvarsfördelningen dem emellan är otydlig, då de olika regelverken inte tillämpas korrekt eller då aktörerna har bristande kunskap om varandras regelverk. I slutändan resulterar sådana svårigheter i att individens rätt inte tas till vara.

Försäkringskassan har ett samordningsansvar vad gäller rehabiliteringsverksamhet enligt *lagen (1962:381) om allmän försäkring*.

Detta ansvar innebär att Försäkringskassan ska stötta den försäkrade, klarlägga rehabiliteringsbehov, vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering och samordna övriga aktörers insatser och samverka med dem. Försäkringskassan har uppvisat svårigheter att uppfylla detta samordningsansvar och saknar även starka medel som stöd för denna samordning.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för den medicinska rehabiliteringen är förvisso klargjort, men organiseringen kring den är otydligare och klarare riktlinjer för hur den ska kvalitetssäkras skulle behövas. Hälso- och sjukvårdens samordning, både internt och externt, behöver kartläggas och även på detta område bör klarare riktlinjer tas fram. Den medicinska rehabiliteringen bör uppta en mer central roll i hälso- och sjukvårdens arbete och sjukskrivningsprocessens betydelse behöver även uppmärksammas. I kapitel 5 återfinns en mer utförlig beskrivning av hur den medicinska rehabiliteringen är organiserad.

Den ekonomiska styrningen av rehabiliteringsinsatser

Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti ger landstingen en fast ersättning för varje utförd rehabiliteringsinsats enligt två utpekade metoder för vardera en utpekad diagnosgrupp. Multimodal behandling, för patienter med icke specifik smärta i rygg, axlar och nacke, ger en ersättning på 40 000 kronor per behandling plus ett påslag på 10 000 kronor för utbildning och organisationsutveckling. Kognitiv beteendeterapi (KBT), för patienter med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa, ger en ersättning på 10 000 kronor per behandling plus ett påslag på 2 500 kronor i uppbyggnadskedet. Landstingen planerar att använda dessa medel på olika sätt, men samtliga landsting behåller utvecklings- och utbildningsersättningarna centralt. En del landsting behåller även grundersättningen centralt eftersom de menar att rehabilitering redan ingår i enheternas grunduppdrag. Andra landsting planerar att anpassa sina befintliga ersättningssystem så att de bättre speglar det som finns i överenskommelsen, det vill säga att ge de enheter som utför insatserna särskild ersättning för detta. Enligt uppgift från SKL har 8 landsting (april 2009) beslutat att konkurrensutsätta såväl den multimodala behandlingen som KBT. Övriga landsting har uppgett att de utreder frågan, att de kommer att konkurrensutsätta någon av behandlingarna eller ingen alls.

Svensk sjukvård har gått ifrån att vara nästan helt anslagsstyrd på 1970-talet, till att få fler och fler inslag av ersättning per utförd insats på 1990-talet och några försök med ersättning för uppnått resultat på 2000-talet. Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti är ett exempel på ersättning per utförd insats och denna konstruktion har en del brister. Den ger ersättning även i de fall individen får rehabilitering efter lång väntan och den ger ersättning oavsett om vården samverkar med andra aktörer, såsom Försäkringskassan och arbetsgivaren, eller inte. Slutligen ger denna konstruktion ersättning oberoende av om rehabiliteringen har avsedd effekt eller inte. Avsedd effekt i detta fall är återgång i arbete. En mer utförlig diskussion om den ekonomiska styrningen återfinns i kapitel 6.

System för ledning, kunskapsstyrning och uppföljning

Flera av de system för kunskapsstyrning som finns inom hälso- och sjukvården är relevanta även inom området medicinsk rehabilitering. Detta gäller exempelvis nationella behandlingsriktlinjer för olika terapiområden och även flera av de kvalitetsregister som utvecklas och används inom hälso- och sjukvården. Utredningen har kunnat konstatera att sjukskrivningsaspekter inte alltid behandlas som en del i behandlingsriktlinjer och kvalitetsregister. Här finns således en utvecklingspotential.

Utredningen har vidare konstaterat att det på nationell nivå saknas en fortlöpande analys över de områden där det föreligger särskilt långa väntetider med påföljande konsekvenser av onödigt långa sjukskrivningstider. En återkommande utmaning här är att sådana analyser kräver att information från hälso- och sjukvården sammanförs med information från Försäkringskassan. På detta område finns därför betydande utvecklingsmöjligheter till att ge ett bättre informationsstöd för utveckling och ledning av olika insatser inom medicinsk rehabilitering. En fördjupad diskussion om ledning, kunskapsstyrning och uppföljning återfinns i kapitel 7.

Konsekvenser av utredningens förslag

Utredningens förslag syftar till att inordna medicinsk rehabilitering i hälso- och sjukvårdens ordinarie strukturer samt att belysa socialförsäkringsaspekterna i sjukvårdens verksamhet. Förslagen är avsedda att komplettera varandra och har som övergripande målsättning att tydliggöra och stärka individens ställning rörande den medicinska rehabiliteringen. De lämnade förslagen har inga betydande konsekvenser för statens budget i den mening att kostnaderna skulle öka annat än vad avser de eventuella bidrag som staten bestämmer sig för att lämna från en tid till en annan. Korta väntetider, effektiv behandling och rehabilitering som för människor tillbaka i arbete medför snarare att statens kostnader på sikt minskar.

TVå tredjedelar av alla sjukskrivningar rör kvinnor och åtgärder som stärker hälso- och sjukvårdens insatser inom området medicinsk rehabilitering får därför rimligen önskvärda jämställdhets-effekter. En utförligare redovisning av konsekvenserna av utredningens förslag återfinns i kapitel 9.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att det i lagen ska införas en ny paragraf, 3 f §.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 f §

Landstinget ska besluta om en vårdgaranti som innehåller följande delar:

1. tillgänglighetsgaranti för den enskildes kontakt med primärvården,

2. besöksgaranti för patientens planerade besök hos läkare i primärvården,

3. besöksgaranti för patientens planerade besök inom den specialiserade vården, och

4. behandlingsgaranti för landstingets planerade vård av patienten, vilket även innefattar rehabiliteringsåtgärder.

Om landstinget inte förmår uppfylla kraven enligt första stycket 3 eller 4 ska landstinget ombesörja att patienten kan få vård hos annan vårdgivare.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

Landstinget ska ge patienten individuellt anpassad information om

- 1. innehållet i vårdgarantin,*
- 2. rådande kösituation, och*
- 3. patientens valmöjligheter avseende offentligt finansierad vård inom riket.*

Landstinget ska inrapportera uppgifter om väntetidsdata enligt de närmare föreskrifter som regeringen eller den myndighet regeringen utser bestämmer. Regeringen eller den myndighet regeringen utser får också meddela föreskrifter om längsta godtagbara väntetider och ytterligare föreskrifter om vårdgarantins innehåll.

1. Denna paragraf träder i kraft den 1 januari 2010 med undantag för bestämmelsen om individuellt anpassad information enligt 3 f § tredje stycket, vilken föreslås träda i kraft den 1 juli 2010.

2. Landstingets skyldighet att inrätta en vårdgaranti inträder inte fullt ut förrän den 1 juli 2010.

2 Förslag till lag om ändring i lag (1962:381) om allmän försäkring²

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring att det i lagen införs en ny paragraf, 22 kap. 5 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

22 kap. Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning

5 a §

Försäkringskassan får, om den försäkrade medger det, sluta avtal med annan om att utöva den samordning av rehabiliteringsinsatser som Försäkringskassan ansvarar för enligt 22 kap. 5 §. Försäkringskassan ska ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Den som är eller har varit verksam inom enskild verksamhet, som enligt avtal som avses i första stycket utövar samordning av rehabiliteringsinsatser, får inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgifts-

² Lagen omtryckt 1982:120.

skyldighet som följer av lag eller förordning.

Tystnadsplikten som gäller för en uppgift om en enskilds hälsotillstånd gäller även i förhållande till den enskilde själv, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till den enskilde.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010.

1 Utredningens uppdrag och genomförande

1.1 Direktiven

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 (dir. 2007:90) att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. Enligt direktiven ska utredningen göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Den 29 maj 2008 (dir. 2008:72) och den 18 juni 2008 (dir. 2008:87) beslutade regeringen att utredarens arbete skulle slutföras med ytterligare direktiv. Utredningen lämnade delbetänkande den 15 april 2008 (SOU 2008:37) om patientens rätt att välja vårdgivare i primärvården och rätt till fast läkarkontakt i primärvården. Den 15 december 2008 lämnades delbetänkande (SOU 2008:127) med förslag för att stärka patientens ställning som bland annat innefattade förslag till lagreglering av vårdgarantin, det fria vårdvalet och rätten till en stärkt fast vårdkontakt.

I uppdraget enligt kommittédirektiv 2008:87 ingår vidare att lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt och se över regleringen av det statliga ekonomiska stödet för rehabiliteringsgarantin. Dessutom ska den föreslagna rehabiliteringsgarantins utformning och tillämpning även analyseras i förhållande till den nationella vårdgarantin.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen 2008 avsikten att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen genom att införa en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. I första hand omfattas de stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa.

Garantin ska dock successivt utvecklas till att även omfatta andra diagnosgrupper.

I detta delbetänkande redovisar utredningen sina överväganden och förslag i den del av tilläggsuppdraget som rör rehabiliteringsgarantin.

Förslag på utvärdering och uppföljning av insatser inom garantins ram samt deras effekter och resultatet av analysen av hur rehabiliteringsgarantin är utformad i förhållande till den nationella vårdgarantin ingår även som en del av delbetänkandets redovisning. Slutligen belyser delbetänkandet även frågan om forskning för mer och utvecklad evidens inom de berörda områdena.

Utredningens uppdrag gällande etablering för privata vårdgivare inom den öppna hälso- och sjukvården ska redovisas i samband med slutbetänkandet den 1 oktober 2009. Utredningen kommer i slutbetänkandet även att återkomma till några av de frågor som aktualiserats i samband med delbetänkandena. Vidare kommer det i slutbetänkandet att föras en sammanhållen diskussion kring patientens ställning och rätt, valfrihet samt de möjligheter som finns att integrera privata vårdgivare i den offentligt finansierade vården. Slutligen kommer slutbetänkandet även att behandla frågan om hur kunskap utvecklas och sprids inom hälso- och sjukvården.

1.2 Utredningsarbetet

Utredningens arbete med detta delbetänkande är en del av det sammantagna uppdrag direktiven anger och som inleddes i och med utredningens första delbetänkande, *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37). I det fortsatta arbetet har utredningen, liksom tidigare, haft kontinuerliga sammanträden med den expertgrupp med företrädare för Regeringskansliet, myndigheter och organisationer som tillsattes under hösten 2007.

I arbetet med detta delbetänkande har utredningen dels utgått från redan publicerat material, bland annat statliga utredningar, propositioner, rapporter från exempelvis Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Statskontoret och Försäkringskassan samt material publicerat på landstingens egna hemsidor.

Utredningen har haft ett stort antal sammankomster med bland annat företrädare för landstingen, privata vårdföretag, intresseorganisationer, enskilda forskare, myndigheter och departement. Dessutom har utredningen genomfört egna intervjuer med samtliga

landsting i syfte att samla in material relaterat till olika aspekter kring genomförandet och utformandet av rehabiliteringsgarantin. Utredningen har också deltagit i en konferens, anordnad av SKL för landstingens processledare med ansvar för rehabiliteringsgarantin.

I enlighet med direktiven har utredningen samrått med SKL, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering.

1.3 Delbetänkandet

Utredningens överväganden och förslag redovisas i kapitel 8. Utgångspunkter för och bakgrund till utredningens uppdrag och genomförande presenteras i kapitel 2 och 3. Kapitel 4 ger en översyn av dagens situation ur den enskildes perspektiv och på vilket sätt dennes ställning kan sägas vara svag. Kapitel 5 fokuserar på ansvarsfördelning och samordningsaspekten mellan olika aktörer samt skillnaden i uppdrag mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. En lägesbeskrivning rörande den ekonomiska styrningen av medicinska rehabiliteringsinsatser och system för kunskapsstyrning behandlas i kapitel 6 och 7. Kapitel 9 redovisar konsekvenser av utredningens förslag och kapitel 10 behandlar genomförandeaspekter och ikraftträdande av förslagen. Slutligen innehåller kapitel 11 författningskommentarer. Till delbetänkandet finns fyra bilagor: kommittédirektiv (dir. 2007:90), tilläggsdirektiven (dir. 2008:72, och dir. 2008:87) samt överenskommelse mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010.

I betänkandet används beteckningen landsting på ett sådan sätt att det även omfattar regioner och Gotlands kommun. Regioner, landsting och Gotlands kommun benämns också oftast med enbart den geografiska delen av egennamnet, det vill säga att orden region, landsting respektive kommun utelämnas. Vid utpekande av enskilda landsting har genomgående deras officiella namn använts, vilket i vissa fall avviker från de som kommit att användas i dagligt tal.

2 Utgångspunkter för utredningens överväganden och förslag

2.1 Inledning

Det har under årens lopp genomförts en lång rad utredningar rörande rehabilitering och sjukskrivning. Många åtgärder har också vidtagits, inte minst genom förändringar i reglerna rörande socialförsäkringarna. Denna utrednings uppdrag rörande dessa frågor är i jämförelse avsevärt begränsat, vilket ställer särskilda krav. Det förutsätter en tydlighet i vilka frågor och problem som faller innanför respektive utanför uppdraget. Det förutsätter också en respekt för att det område utredningen har att hantera är en del i ett långt större problemkomplex.

Syftet med detta kapitel är att precisera utredningens uppdrag rörande rehabiliteringsgarantin och medicinsk rehabilitering. Detta görs i två delar. I en första del introduceras den bakomliggande problembilden för utredningens uppdrag. Det handlar i grova drag om problem relaterade till hälso- och sjukvårdens roll att åstadkomma återvunnen arbetsförmåga och återgång i arbete samt då särskilt dess roll vad avser medicinska rehabiliteringsinsatser. I den andra delen diskuteras några viktiga utgångspunkter och vägledande principer för utredningens uppdrag.

2.2 Avgränsning av problemområdet kring rehabiliteringsgarantin

2.2.1 Rehabiliteringsgarantin och hälso- och sjukvårdens roll för att åstadkomma återgång i arbete

Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti avser rätten till en medicinsk bedömning och, om den som berörs är betjänt av det, medicinsk rehabilitering för att åstadkomma återgång i arbete. Rehabiliteringsgarantin regleras i dag i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som gäller för 2009 och 2010 och det är mot bakgrund av denna överenskommelse som utredningens uppdrag har formulerats. Denna överenskommelse återges i sin helhet i bilaga 4.

Rehabiliteringsgarantin rör i dag två områden: 1) Behandling och rehabilitering för icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke samt 2) behandling och rehabilitering av lindrig eller medelsvår ångest, depression och stress. Garantin stipulerar en fast ersättning för två typer av rehabiliteringsinsatser, en för vart och ett av de två områdena. Enligt överenskommelsen får landstingen i efterhand en ersättning av staten på 40 000 kr respektive 10 000 kr per patient om de använder de särskilt angivna behandlingsformerna. De två angivna områdena är särskilt valda eftersom de omfattar ett betydande antal sjukskrivningar samt att SBU identifierat att det på dessa områden finns vetenskapligt stöd för att det finns behandlingar som kan leda till återgång i arbete. Det är det sistnämnda som lett till att överenskommelsen stipulerar vilka åtgärder som ersätts.

Rehabiliteringsgarantin är en del i en bredare ambition att motverka långvarig sjukskrivning och utanförskap. Själva rehabiliteringsgarantin syftar till att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen. Den är utformad i syfte att stimulera hälso- och sjukvården att i större utsträckning snabbt ge rehabiliteringsinsatser som bidrar till återgång i arbete. Det problem som rehabiliteringsgarantin avser att söka minska är således att hälso- och sjukvården inte i tillräcklig utsträckning snabbt bidrar med rehabiliteringsinsatser.¹ Denna bristande tillgänglighet till rehabiliteringsinsatser är naturligtvis allvarlig för de individer som berörs, inte minst eftersom det finns ett tydligt negativt samband mellan läng-

¹ Se t.ex. diskussionen i *Rehabiliteringsgaranti* (Sveriges Kommuner och Landsting 2008, s. 25f).

den på en sjukskrivning och möjligheten till återgång i arbete. Det är ur samhällsekonomisk synvinkel också allvarligt med onödigt långa sjukskrivningar och ökade risker för utanförskap orsakade av bristande tillgänglighet till rehabiliteringsinsatser.

I den nya rehabiliteringskedjan (prop. 2007/08:124) finns tydliga tidsgränser. Det finns en tidsgräns när en prövning av rätten till sjukpenning ska ta hänsyn till om den försäkrade kan utföra något annat arbete hos arbetsgivaren och, senare, en tidsgräns när hänsyn ska tas till om den försäkrade kan utföra annat arbete på den ordinarie arbetsmarknaden.² Dessa tydliga tidsgränser för rätten till sjukpenning tar inte hänsyn till om den enskilde är sjukskriven i väntan på att få tillgång till medicinsk bedömning eller medicinsk rehabilitering.

Rehabiliteringsgarantin rör således tillgängligheten till rehabiliteringsinsatser inom hälso- och sjukvården där landstingen är huvudmän. Området kring rehabilitering och andra insatser som ska åstadkomma återgång i arbete är emellertid långt mer komplext och berör ett flertal olika myndigheter och aktörer. Bland de som på olika sätt är involverade i att planera, finansiera, och/eller utföra insatser kan nämnas arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan samt landstingen i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården.

Inom rehabilitering görs distinktionen mellan medicinsk, social och arbetslivsinriktad rehabilitering (se t.ex. SOU 2006:107 s. 150). Med medicinsk rehabilitering avses hjälp för en individ att återställa grundläggande funktioner, bevara en uppnådd funktion samt träna kompensande funktioner (SKL 2008). Medicinsk rehabilitering kan innefatta många typer av åtgärder såsom sjukgymnastik och tillhandahållandet av tekniska hjälpmedel, men också sådant som i regel betecknas som medicinska behandlingar. Medicinsk rehabilitering är med andra ord inte lätt avgränsbar från andra medicinska åtgärder. Den medicinska rehabiliteringen är sjukvårdshuvudmännens ansvar.

Med social rehabilitering avses åtgärder som exempelvis social träning samt bistånd i personliga angelägenheter och är kommunernas ansvar.

Arbetslivsinriktad rehabilitering rör insatser i relation till arbetsplatsen och inriktningen är att den anställde ska fortsätta

² Detta gäller från 91:a respektive 181:a dagen i en sjukperiod.

arbeta hos arbetsgivaren. Huvudansvaret för denna rehabilitering är arbetsgivarens.

Trots distinktioner och ansvarsfördelningar finns det flera beröringspunkter mellan de olika formerna av rehabilitering. Flera olika aktörer är också regelmässigt inblandade i en rehabiliteringsinsats för en enskild individ. Samordningen och ansvarsfördelningen mellan olika parter är också ett återkommande tema i de (många) utredningar som gjorts kring olika delar av samhällets insatser för rehabilitering och återgång i arbete. En närmast stående observation är att bristande tydlighet i ansvarsfördelning och samordning bidrar till en situation som inte är önskvärd.

Utredningens uppdrag på området rör således en del av ett större problemkomplex som berör många olika aktörers insatser för att främja återgång till arbetet. Utredningens uppdrag rörande rehabiliteringsgarantins utformning har att göra med hälso- och sjukvårdens roll i den medicinska rehabiliteringen för återgång till arbete och då särskilt frågan om den enskildes ställning och tillgängligheten till sådana insatser. Detta ligger också i linje med utredningens andra uppdrag rörande frågor om patientens ställning, bland annat genom åtgärder som ökar tillgången till tydlig information för patienter om tillgänglighet och valmöjligheter samt vart de kan vända sig när de inte får tillräckligt stöd.

2.2.2 Rehabiliteringskedjan och tillgängligheten till medicinska rehabiliteringsinsatser

En central fråga är i vilken mån sjukvården bidrar till att förlänga sjukskrivningstiderna. Detta är en svår fråga att besvara. Det har i tidigare undersökningar hävdats att bristande resurser i sjukvården inte nämnvärt lett till ökande sjukskrivningstider (SOU 2002:5, s. 66; Statskontoret 2000). En nyligen publicerad rapport visar att det finns betydande kostnader i termer av sjukskrivning och produktionsbortfall som är relaterade till individer som väntar på att få en bedömning hos specialist (Hjalte, Persson & Lithman 2009). Det är emellertid inte visat hur stora kostnadsbesparingar som skulle kunna göras genom kortare väntetider.

Utredningen har inte haft möjlighet att göra en egen detaljerad undersökning rörande i vilken mån bristande tillgänglighet i sjukvården bidrar till att förlänga sjukskrivningstiderna. Däremot har vi genom Försäkringskassans försorg fått tillgång till färsk underlag

vad avser sjukskrivningars längd per län och även uppdelat per olika så kallade diagnoskapitel. I tabell 2.1 visas sjukskrivningars längd per län för sjukskrivningar längre än 14 dagar och som påbörjats mellan 1 juli 2007 och 30 juni 2008.

Tabell 2.1 Sjukskrivningslängd per län. Påbörjade sjukskrivningar juli 2007–juni 2008, 15 dagar eller längre

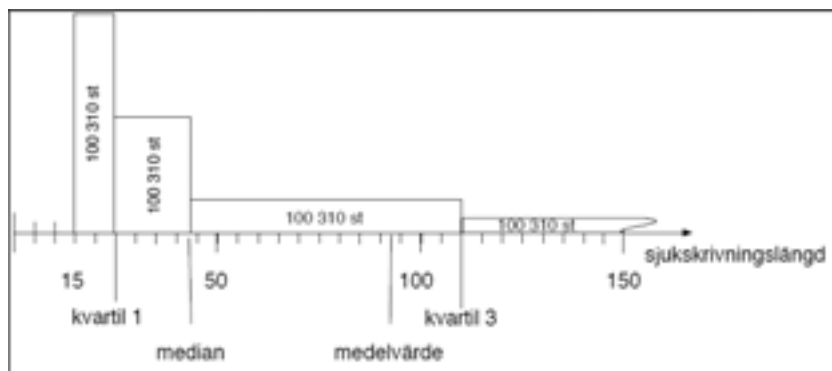
Län	Medel	Median	Kvartil 1	Kvartil 3	Antal
Blekinge	95	44	24	112	7 027
Dalarna	90	42	24	103	11 871
Gotland	88	42	24	100	2 785
Gävleborg	93	44	25	110	12 770
Halland	95	44	25	113	13 048
Jämtland	102	49	26	124	6 592
Jönköping	92	43	24	106	14 206
Kalmar	93	42	24	105	10 443
Kronoberg	94	42	25	109	8 261
Norrbottnen	91	41	24	103	10 594
Skåne	94	44	25	112	47 725
Stockholm	95	46	26	113	84 905
Södermanland	89	42	24	100	11 647
Uppsala	96	46	26	115	14 033
Värmland	89	41	24	100	10 508
Västerbotten	97	46	26	117	11 111
Västernorrland	99	45	25	123	11 032
Västmanland	92	43	24	105	12 304
Västra Götaland	92	43	25	108	71 696
Örebro	94	42	24	111	13 058
Östergötland	91	42	24	103	15 624
Riket	93	44	25	110	401 240
Lägsta	88	41	24	100	
Högsta	102	49	26	124	
Differens (max–min)	14	8	2	24	

Källa: Försäkringskassan, MIDAS/DoA-databaserna.

Av tabellen framgår att hälften av de aktuella sjukskrivningarna är mellan 15 och 44 dagar medan återstoden är 44 dagar eller längre. Måttet kvartil 3, som här anger gränsen för de 25 procent av sjukskrivningarna som är längst, är för riket 110 dagar. Samtidigt som sjukskrivningarna i landet har sjunkit betydligt under senare år (se vidare kapitel 5), kan vi konstatera att det finns en betydande spridning bland de längre sjukskrivningarna. Figur 2.1 illustrerar

gruppen sjukskrivna i fyra delar, avgränsade av kvartil 1, kvartil 2 (medianen) samt kvartil 3.

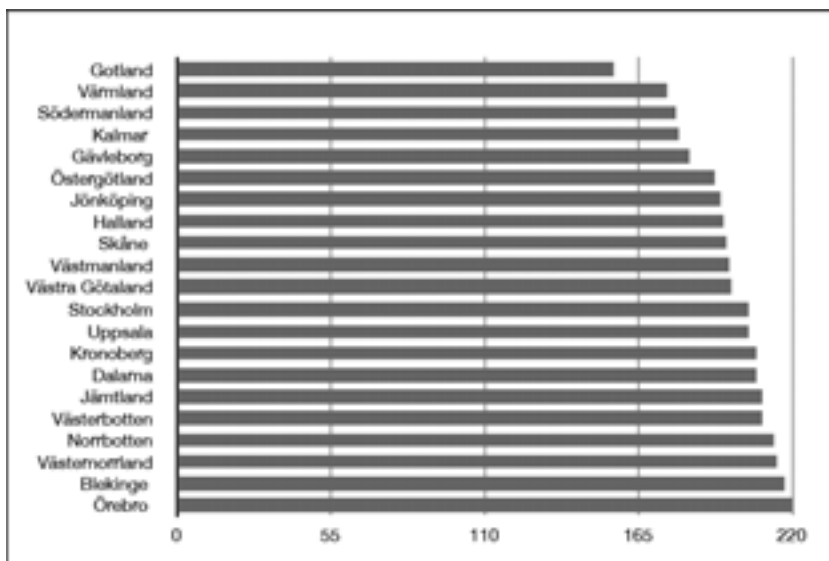
Figur 2.1 Sjukskrivningslängd 15 dagar eller längre, uppdelat i fyra delar



En närmare granskning av tabell 2.1 ovan visar också att det föreligger en viss variation i sjukskrivningarnas längd mellan olika län. Denna variation är särskilt betydande bland de längre sjukskrivningarna. För kvartil 3 varierar sjukskrivningstiden mellan 100 och 124 dagar. Denna variation kan ha flera grunder. Det kan handla om systematiska skillnader i sjuklighet mellan olika län. Det kan vidare handla om en systematisk variation i sjukskrivningsbedömningar. Det kan slutligen ha sin grund i systematiska variationer i hur hälso- och sjukvården bedömer och behandlar denna grupp och då inte minst systematiska variationer i tillgängligheten till sådana insatser.

Det är i de längre sjukskrivningarna vi tydligast skulle se hur längden eventuellt påverkas av en bristande möjlighet att få tillgång till bedömning och behandling inom sjukvården. Därför är måttet kvartil 3 av särskilt intresse eftersom det anger gränsen till de 25 procent av sjukskrivningarna som är längst och därmed fångar systematiska skillnader i de längre sjukskrivningarna. Figur 2.2 nedan redovisar sjukskrivningslängd för kvartil 3 för området psykiska sjukdomar. Såsom visas varierar kvartil 3 för olika län med mellan 156 och 220 dagar.

Figur 2.2 Sjukskrivningslängd kvartil 3 per län för kapitel V Psykiska sjukdomar (F00–F99). Påbörjade sjukskrivningar juli 2007–juni 2008, 15 dagar eller längre



Källa: Försäkringskassan, MIDAS/DoA-databaserna.

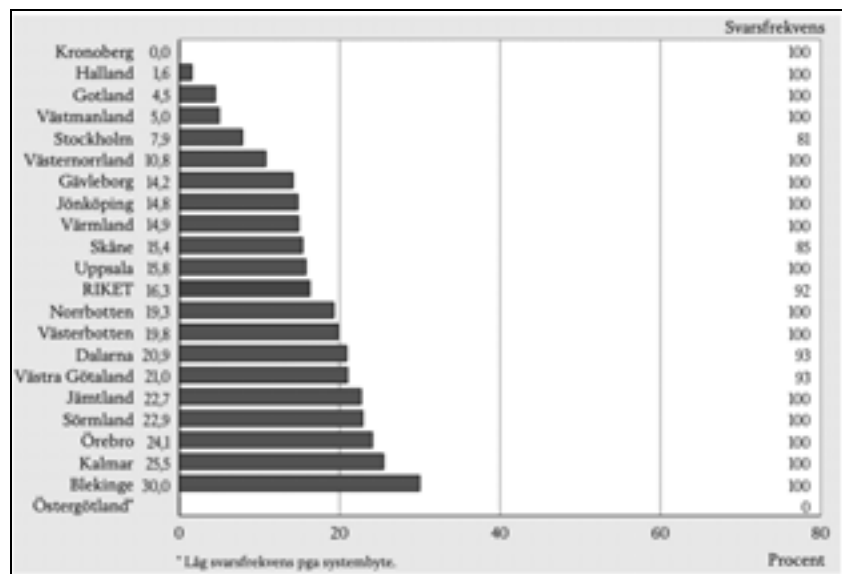
Det är svårt att utan en detaljerad undersökning säkerställa vilka olika faktorer som kan förklara den relativt betydande variationen i längre sjukskrivningar mellan olika län. Rimligen är det en kombination av flera olika faktorer. En mycket grov fingervisning hurvida varierande tillgänglighet inom hälso- och sjukvård i någon mån bidrar kan man få genom att titta på hur tillgängligheten varierar mellan olika landsting. Figur 2.3 visar, för olika landsting, hur stor andel av dem som väntat på besök till vuxenpsykiatrisk mottagning som har fått vänta mer än 90 dagar. Merparten av patienterna upplever väntetider kortare än tre månader, i många fall mycket kortare. Det är emellertid nio landsting som enligt detta mått har haft väntetider som är sämre än riksgenomsnittet och där nästintill en femtedel eller fler har fått vänta mer än 90 dagar. Sju av dessa nio landsting kan knytas till den hälft av länen som har längst sjukskrivningslängd för kvartil 3 (undantagen är Södermanland och Kalmar). Detta skulle kunna innebära att det finns ett samband mellan långa väntetider och längre sjukskrivningstider. Fingervisningen är med nödvändighet grov, särskilt som en del av sjukskriv-

ningarna inom det aktuella diagnoskapitlet inte behöver innebära besök till en vuxenpsykiatrisk mottagning.

För att kunna säkerställa ett sådant samband krävs givetvis mer detaljerade analyser som kontrollerar andra faktorer som kan påverka sjukskrivningarnas längd, såsom systematiska skillnader i hur bedömningar görs.

Det bör kring figur 2.3 noteras att nyare uppgifter om väntetider från 31 mars 2009 visar att flera landsting har åstadkommit betydande förbättringar. Här finns emellertid ännu inte motsvarande nya data från Försäkringskassan. Det gör att de nya uppgifterna inte kan användas för att få en fingervisning om samband mellan långa väntetider och längre sjukskrivningstider.

Figur 2.3 Besök vid vuxenpsykiatrisk mottagning – andel som väntat längre än 90 dagar av alla som väntat, 31 mars 2008

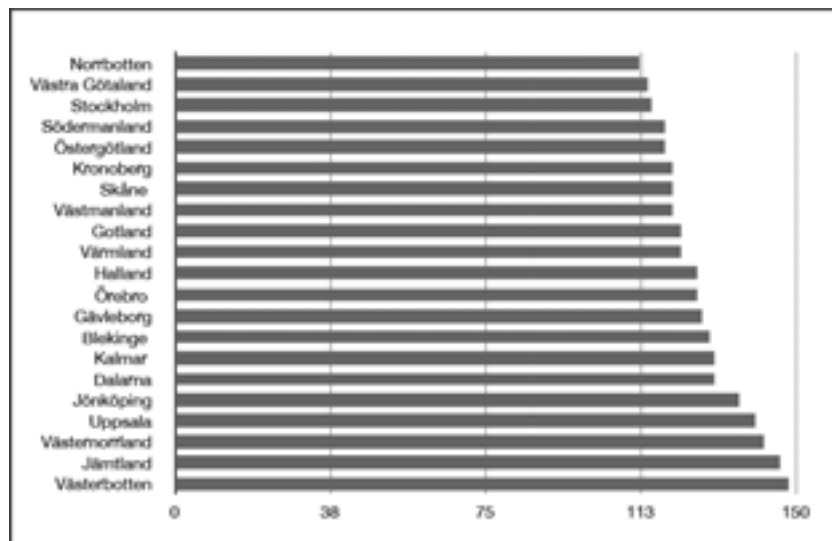


Källa: Öppna jämförelser (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2008, s. 196).

Ett sjukdomsområde, förutom psykiatrin, som är av särskilt intresse vad avser rehabiliteringsgarantin är sjukdomar i muskuloskeletala systemet. Hit hör ospecificerad smärta i rygg, axlar och nacke. Figur 2.4 visar sjukskrivningslängd avseende kvartil 3 för olika län. Även här finns en viss variation i sjukskrivningstid, med

112 dagar som kortast (Norrbotten) och 148 dagar som längst (Västerbotten).

Figur 2.4 Sjukskrivningslängd kvartil 3 per län för kapitel XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet (M00–M99). Påbörjade sjukskrivningar juli 2007–juni 2008, 15 dagar eller längre



Källa: Försäkringskassan, MIDAS/DoA-databaserna.

Det finns stora variationer i sjukskrivningslängd för kvartil 3 för några ytterligare områden med många sjukskrivna individer.³ Tabell 2.2 redovisar antalet individer sjukskrivna per diagnoskapitel samt median och kvartil 3 för sjukskrivningslängd i riket. Tabellen visar också skillnaden i längd mellan det län som per diagnoskapitel har kortast respektive längst sjukskrivningslängd vid kvartil 3. Här bör exempelvis noteras de betydande variationer i kvartil 3 mellan län för de stora grupper av individer vars sjukskrivningar kan hänföras till diagnoskapitel VI–VIII samt IX (sjukdomar i nervsystemet/sinnesorganen samt cirkulationsorganens sjukdomar). Skillnaden i kvartil 3 för cirkulationsorganens sjukdomar på 71 dagar mellan det län som hade kortast respektive längst kvartil 3, får exempelvis anses betydande när den sätts i relation till kvartil 3 för riket (156 dagar).

³ De stora länsvisa variationer som finns för kvartil 3 för vissa diagnoskapitel med mindre antal individer bör tolkas med större försiktighet. För diagnoskapitel med särskilt få individer lämnas inte heller länsvisa uppgifter.

Tabell 2.2 Sjukskrivningslängd per diagnoskapitel, ICD10. Påbörjade sjukskrivningar juli 2007 – juni 2008, 15 dagar eller längre

Diagnoskapitel	Antal	Median	Kvartil 3	Kvartil 3 min för län	Kvartil 3 max för län	Differens max–min kvartil 3
I Infektionssjukdomar (A00–B99)	6 988	25	42	32	52	20
II Tumörer (C00–D48)	16 573	69	219	185	270	85
III Sjukdomar i Blod/Immunsystem (D50–D89)	1 312	43	96	–	–	–
IV Sjukdomar i Endokrina syst/ Ämnesomsättning (E00–E90)	5 584	40	88	49	152	103
V Psykiska sjukdomar (F00–F99)	79 001	71	200	156	220	64
VI–VIII Sjukdomar i Nervsystemet/ Sinnesorganen (G00–G99, H00–H95)	20 446	39	85	60	116	56
IX Cirkulationsorganens sjukd. (I00–I99)	17 772	55	156	121	192	71
X Andningsorganens sjukd. (J00–J99)	22 928	21	29	26	32	6
XI Matsmältningsorganens sjukdomar (K00–K93)	16 302	28	49	39	58	19
XII Hudsjukdomar (L00–L99)	4 511	32	66	49	158	109
XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet (M00–M99)	105 358	47	122	112	148	36
XIV Sjukdomar i Urin och Könsorganen (N00–N99)	8 946	30	42	36	53	17
XV Gravitet, förlossning och barnsängstid (O00–O99)	23 242	54	88	72	98	26
XVI Vissa perinatale tillstånd (P00–P96)	61	25	33	–	–	–
XVII Medfödda missbildningar (Q00–Q99)	821	29	105	–	–	–
XVIII Symtom etc. (R00–R99)	15 223	35	91	70	117	47
XIX Skador och Förgiftningar (S00–T98)	51 165	45	84	74	96	22
XX Yttre orsaker till sjukdom och död (V01–Y98)	196	35	70	–	–	–
XXI Faktorer av bet. för hälsotillst. etc. (Z00–Z99)	4 811	42	104	72	195	123
<i>Totalt alla sjukskrivningar</i>	<i>401 240</i>	<i>44</i>	<i>110</i>	<i>100</i>	<i>124</i>	<i>24</i>

Källa: Försäkringskassan, MIDAS/DoA-databaserna.

Vi kan sammantaget notera att det saknas viktig information om i vilken mån tillgängligheten till bedömningar och åtgärder inom sjukvården påverkar sjukskrivningarnas längd. På flera områden finns en avsevärd skillnad i sjukskrivningslängd mellan olika län, särskilt vad avser de lite längre sjukskrivningarna vilket vi här utläst genom att studera variationer i kvartil 3.

Denna variation kan ha flera orsaker, såsom diskuterades i inledningen av detta avsnitt. Förutom systematiska skillnader i sjuklighet i olika län skulle denna variation kunna förklaras med en systematisk variation i sjukskrivningsbedömningar, liksom systematiska variationer i tillgängligheten till insatser inom hälso- och sjukvården.

Rehabiliteringskedjans tidsgränser är desamma över riket. Regionala skillnader i hälso- och sjukvårdens bedömningar och tillgänglighet kan därför resultera i att individer som sjukdomsmässigt befinner sig i samma situation kan hamna på olika steg i rehabiliteringskedjan. Kort sagt kan skillnader i sjukskrivningslängder, som bottnar i regionala skillnader i sjukvårdens tillgänglighet, ge avtryck i det socialförsäkringsmässiga skyddet individer har. Det är mot en sådan bakgrund som det vore önskvärt att bättre kunna kartlägga orsakerna till de varierande sjukskrivningslängderna och särskilt i vilken mån varierande arbetssätt inom hälso- och sjukvården bidrar till dessa skillnader.

2.2.3 Utredningens avgränsade uppdrag

Den föregående redovisningen visar att det finns betydande skillnader i sjukskrivningarnas längd. Det är också mot den bakgrunden som Socialstyrelsen och Försäkringskassan har haft i uppdrag av regeringen att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rätts-säker sjukskrivningsprocess. Socialstyrelsen publicerade därför hösten 2007 en vägledning för sjukskrivning under namnet Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (se vidare kapitel 3 om detta initiativ). Vad avser de medicinska underlagen för sjukskrivningsbesluten finns således redan ett betydande initiativ.

Det går emellertid inte från tillgängliga data att utesluta att skillnader i sjukskrivningarnas längd även beror på faktiska skillnader i tillgänglighet till behandlingar och medicinska rehabiliteringsinsatser. Det är här insatser för att stärka tillgängligheten till rätt åtgärder utförda med adekvat kompetens kan spela en roll. Det

är också här som fokus för utredningens uppdrag ligger. Utredningen har att utgå från den enskildes ställning i relation till hälso- och sjukvårdens insatser för medicinsk rehabilitering för återgång i arbete. Detta problemområde rör, förutom sjukvårdens egen organisering och styrning, hur sjukvårdshuvudmännen och utförare samverkar med andra involverade aktörer, och då inte minst Försäkringskassan. Det tangerar också arbetet med att utveckla och införa ett Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Där beslutsstödet har fokus på att stödja läkare, patienter och närstående i sjukskrivningsprocessen har emellertid utredningen fokus på tillgängligheten till bedömningar och insatser.

Det bör också noteras att det finns många viktiga frågor rörande sjukskrivning och rehabilitering som helt faller utanför uppdraget för denna utredning. Till detta kan räknas de frågor som rör aktörer utanför hälso- och sjukvården samt Försäkringskassan som är involverade i rehabilitering och återgång i arbete.

Utredningen har i sitt arbete med detta delbetänkande erfarit att behörighetsfrågor är av stor vikt inom området medicinsk rehabilitering. Det handlar då bland annat om regler för vilka behörighetskrav som ställs, och bör ställas, på dem som ska utföra olika åtgärder. Dessa frågor faller utanför ramen för denna utredning. Samtidigt kan vi konstatera att regeringen nyligen (2 april 2009) tillsatt en utredning med uppdrag att se över ett antal frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården (dir. 2009:25).

2.3 Utgångspunkter och vägledande principer

Utredningens uppdrag rörande rehabiliteringsgarantin berör, såsom framgått av det ovanstående, en mångfacetterad problematik. Detta avsnitt avser att ge en ytterligare grund genom att kort framhålla några viktiga aspekter utredningen särskilt beaktat i sitt arbete på området.

2.3.1 Den enskildes ställning måste vara en ledstjärna

Ambitionen att stärka den enskildes ställning är central för hela Utredningen om patientens rätt. Patientens ställning kan vara svag av flera olika orsaker, såsom diskuterades i utredningens förra del-

betänkande, *Patientens rätt* (SOU 2008:127). Bristande tillgänglighet till bedömning och insatser inom hälso- och sjukvården är en sådan vanlig orsak, där utredningen i delbetänkandet *Patientens rätt* också lämnat förslag till en förstärkt vårdgaranti. En annan orsak som kan resultera i en alltför svag patientställning kan vara bristande samordning och kommunikation mellan olika enheter.

Flera av de orsaker som kan försvaga den enskildes ställning återkommer på området kring rehabiliteringsgarantin. Det finns emellertid några orsaker som tillkommer eller tydligt accentueras. En typ av problematik som tillkommer rör gränssnittet mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet och hur det på olika sätt kan påverka den enskildes ställning. Bland de viktigare aspekterna återfinns här de konsekvenser en bristande tillgänglighet inom sjukvården kan ha för den enskilde, givet de regler och relativt fasta tidsgränser som gäller för sjukskrivning i den så kallade rehabiliteringskedjan. En annan aspekt på samma område rör själva samordningen mellan hälso- och sjukvårdens aktörer och Försäkringskassan.

Det är ur utredningens perspektiv avgörande att olika orsaker som kan försvaga den enskildes ställning är kartlagda och i centrum för diskussionen om hur rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt kan vidareutvecklas och förbättras. Därför finns en mer utförlig diskussion om den enskildes ställning och vad som kan försvaga den i kapitel 4.

2.3.2 Ett mångfacetterat problem kräver en mångsidig genomlysning

Den problematik som utredningen har att beakta är komplex. Det faktum att många aspekter rörande rehabilitering faller utanför utredningens uppdrag bidrar inte desto mindre till komplexiteten, eftersom de utgör det sammanhang vari rehabiliteringsgarantin ska verka. Sammantaget kräver denna komplexitet att området genomlysas på flera kompletterande sätt. Utredningen har därför valt att undersöka och beskriva dagsläget i tre dimensioner: organisering, ekonomisk styrning samt kunskapsstyrning och uppföljning. Dessa beskrivningar är med nödvändighet till en del överlappande. Sammantaget ska de ge en bred bild av problematiken. Dessa återfinns i kapitel 5, 6 respektive 7.

2.3.3 Några aspekter att särskilt beakta i den följande diskussionen

Som en vägledning i de följande lägesbeskrivningarna och diskussionerna vill utredningen här presentera några viktiga aspekter. Detta rör aspekter som utredningen särskilt tagit hänsyn till vid diskussionen av olika delproblem och, inte minst, i värderingen av olika förslag som övervägts.

Den enskildes ställning

Utredningens förslag ska otvivelaktigt stärka individers ställning i sjukskrivningsprocessen och då specifikt i relation till de medicinska rehabiliteringsinsatser som utförs genom sjukvårdshuvudmännens försorg. Detta kräver att probleminventeringen på ett tydligt sätt lyckas identifiera de viktiga orsakerna till vad som kan försvaga patientens ställning. Det innebär vidare att olika möjliga förslag, även om de måste formuleras i termer av ett systemperspektiv, måste *värderas* utifrån i vilken mån de stärker patientens ställning.

Begreppet garanti förekommer i såväl rehabiliteringsgarantin som vårdgarantin. En aspekt av betydelse för individens ställning är tydligheten i de begrepp som används av olika offentliga organ. Begreppet garanti kan principiellt ges en mängd olika innebörder. Inom hälso- och sjukvården har vårdgaranti kommit att relateras till tillgänglighet. Tillgänglighet är dock ett brett begrepp. En aspekt av tillgänglighet är tillgång till besök och åtgärder. En annan aspekt är väntetider, där en hög tillgänglighet kan översättas till korta väntetider. En tredje aspekt av tillgänglighet är tillgången på patientanpassad information.

I vårdgarantin är det två olika former av tillgänglighet som avses. Vad avser primärvård handlar vårdgarantin om tillgång till kontakt och besök samt maximala väntetider för desamma. För annan specialiserad vård och för åtgärder avser däremot vårdgarantin inte i sig en garanterad tillgång. Här avser garantin inom vilka tidsgränser patienter ska erbjudas den vård som behörig personal i dialog med patienten beslutat att patienten ska erbjudas. För tillgången till en åtgärd är således vårdprofessionellas bedömningar och landstingets prioriteringar en viktig grund. Begreppet garanti kan i vårdgarantin därför inte likställas med en rätt till given behandling. De aktuella

tidsgränserna inom vårdgarantin är också med något undantag desamma oavsett terapiområde.

I rehabiliteringsgarantins nuvarande utformning har begreppet garanti också knutits till tillgänglighet, om än lite annorlunda specificerat. Enligt överenskommelsen ska individer genom en tydlig urvalsprocess i tillämpliga fall garanteras *skynndsam* behandling inom ramen för det övergripande kravet på en god vård på lika villkor som följer av *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*. För innevarande år (2009) är tidsgränserna för medicinsk bedömning samt påbörjad behandling desamma som för vårdgarantin, även om överenskommelsen uttrycker en målsättning att patienter ska få åtgärder inom 6–8 veckor från sjukskrivningens början (SKL och staten 2008). Reformens utformning är en stimulans att öka *tillgången* av de utpekade behandlingarna.

Det måste anses önskvärt, ur den enskildes perspektiv, att begrepp såsom garanti ges en så entydig innebörd som möjligt inom hälso- och sjukvården. Utredningen har därför valt att beakta den redan etablerade innebörd som finns i termen vårdgaranti.

Ökade valmöjligheter för den enskilde är, såsom diskuterades i delbetänkandet *Patientens rätt* (SOU 2008:127), ibland ett sätt att stärka den enskildes ställning. Detta gäller särskilt om det föreligger långa väntetider. Där kan en rätt att välja alternativ utförare stärka den enskildes ställning, särskilt om den enskilde erbjuds ett bra stöd att hitta en lämplig utförare. Detta synsätt förefaller även vara tillämpligt inom rehabiliteringsområdet, varför utredningen har funnit det önskvärt att överväga i vilken mån den enskildes ställning kan stärkas genom ökade valmöjligheter av utförare.

Skillnaden mellan Försäkringskassans och landstingens grundläggande uppdrag

Ett återkommande tema i utredningar om rehabilitering och återgång till arbete är att det föreligger en oklar ansvarsfördelning samt att samordningen mellan olika organisationer inte alltid fungerar på ett önskvärt sätt. När det gäller samspelet mellan Försäkringskassan och sjukvårdshuvudmännen finns en särskild komplikation i det faktum att deras respektive uppdrag skiljer sig åt.⁴ Grunden för denna motsättning ligger i de prioriteringar som hälso- och sjuk-

⁴ Denna observation görs bland annat i Socialförsäkringsutredningen (2006) *Rehabilitering: Ett långt lidandes historia*. Samtal om socialförsäkring nr 10.

vården ska göra. De övergripande principerna för prioriteringar är *människovärdesprincipen*, *behovs- och solidaritetsprincipen* samt *kostnadseffektivitetsprincipen*, i nu nämnd rangordning. Hälso- och sjukvården får inte väga in sådant som patientens ekonomiska förhållanden. En prioritering utifrån dessa principer behöver inte nödvändigtvis leda till samma beslut som en prioritering som har återgång till arbete i fokus. Här finns således en inbyggd spänning mellan hälso- och sjukvårdens uppdrag och Försäkringskassans uppdrag.

Ett område där denna spänning blir tydlig är rörande Försäkringskassans uppdrag att samordna rehabiliteringsåtgärder så att de fogas samman till en fungerande enhet. Landstingen å sin sida har ett uppdrag att prioritera sina insatser enligt ovan nämnda principer. Denna spänning kan resultera i att ett, ur Försäkringskassans och individens perspektiv, helt legitimt krav på tillgänglighet till medicinska rehabiliteringsinsatser från hälso- och sjukvården inte tillgodoses på grund av landstingens helt legitima prioriteringar inom ramen för deras uppdrag.

Denna rollkonflikt ska emellertid kanske inte överdrivas och det finns de som till utredningen anfört att denna rollkonflikt ibland lyfts fram för att legitimera samordningsproblem som egentligen har andra grunder.

Det faller utanför utredningens ram att på något sätt förändra de förhållanden som ligger bakom den principiella rollkonflikten mellan Försäkringskassan och landstingen. Utredningen anser det samtidigt nödvändigt att beakta denna spänning, särskilt i den mån den försvagar den enskildes ställning. De förslag utredningen övervägt har därför värderats efter hur de överbrygger denna rollkonflikt. På så sätt har utredningen sökt minska riskerna att enskilda hamnar i kläm mellan två olika delar av samma gemensamma välfärdssystem.

Föreslagna åtgärder måste vara utvecklingsfrämjande och resultatorienterade

Utredningen förde i sitt förra delbetänkande ett principiellt resonemang om hur förslag på åtgärder från statligt håll påverkar möjligheterna till verksamhetsutveckling regionalt och lokalt (se SOU 2008:127, s. 45f). Häri ligger en kontinuerlig utmaning i att få till

stånd en tydlig styrning som samtidigt främjar en positiv verksamhetsnära utveckling.

För de nu aktuella frågeställningarna rörande medicinsk rehabilitering är styrningens detaljeringsgrad en aspekt på detta tema. I de nu träffade överenskommelserna är två områden specifikt utpekade. För utredningen förefaller det lämpligt att särskilt överväga vilka former styrningen av hälso- och sjukvårdens roll inom den medicinska rehabiliteringen bör ta. Detta inkluderar då frågan om hur och i vilka instanser som särskilda områden ska utpekas och prioriteras.

En angränsande aspekt rör de förbättringsinitiativ och reformer som pågår parallellt inom såväl hälso- och sjukvården som Försäkringskassan. Här kan bland annat räknas de initiativ som tagits för att införa vårdval i primärvården (se bl.a. prop. 2008/09:74). De förändringar som där vidtas förändrar det sammanhang vari delar av den medicinska rehabiliteringen sker. Detta gäller inte bara den principiella utformningen av vårdvalsreformen, utan också hur den lokalt utformas i olika landsting genom de avtal som tecknas med olika primärvårdsenheter. Det har därför varit nödvändigt att särskilt beakta vad sådana parallella förändringar kan innebära för förslag rörande medicinsk rehabilitering.

Dagens rehabiliteringsgaranti ger en fast ersättning per åtgärd till landstingen, för två specificerade insatser. Om återgång till arbete kräver en snabb medicinsk rehabilitering, så leder ett ersättningsystem som bara ersätter utförd insats till att nödvändig skyndsamhet inte premieras. Det finns därför anledning för utredningen att diskutera utformningar för ersättningarna, där hänsyn även tas till tillgänglighet och/eller mätbara resultat av insatsen. Det finns vidare en anledning att reflektera över hur utformningen av ersättningar premierar, alternativt försvårar, en samordning mellan delinsatser som utförs av olika enheter inom hälso- och sjukvården. Denna diskussion fördjupas i kapitel 6.

Möjliggöra problemorienterad och mångsidig kunskapsstyrning

Den rehabiliteringsgaranti som finns i överenskommelsen lägger en mycket stor tonvikt vid tillgången på medicinsk evidens rörande olika insatser i medicinsk rehabilitering. Detta är självklart av stort värde för val av vilka insatser som ska utföras inom hälso- och sjukvården. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att tillgången

till den typen av kunskap aldrig kan ersätta uppföljningar inom ramen för exempelvis kvalitetsregister. Det kan inte heller ersätta en kunskapsbildning och kunskapsspridning rörande arbetsorganisation och i vilka samverkansformer som olika enskilda insatser sker samt vilka resultat olika former av organisering leder till. Förutom medicinsk kunskap rörande olika insatsers effekter och kostnadseffektivitet behövs således kunskapsbildning och uppföljning på flera andra nivåer. De olika kunskapsbristerna accentueras av att det rör sig över flera olika yrkesgrupper och kunskapstraditioner såsom medicin, fysioterapi, arbetsterapi och organisationslära och så vidare.

Utredningen har därför i sin diskussion rörande kunskapsstyrning och uppföljning sökt beakta det faktum att många organisationer och yrkesgrupper är involverade i medicinska rehabiliteringsinsatser. Rimligen bör därför en mångsidig dito främjas för att såväl säkerställa att viktiga aspekter inte förbises som att de får en bred förankring bland relevanta parter.

Referenser

- Hjalte, Frida, Ulf Persson och Thor Lithman. 2009. *Produktionsbortfall till följd av sjukskrivningar i Region Skåne 2005: Fokus på 9 diagnoser*. IHE e-rapport 2009:1.
- Kommittédirektiv (2009:25). *Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst*.
- Regeringens proposition (2007/08:124), *Från sjukersättning till arbete*.
- _____. (2008/09:74), *Vårdval i primärvården*.
- Socialstyrelsen. 2007. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: Jämförelser mellan landsting 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL.
- SOU 2002:5. *En handlingplan för ökad hälsa i arbetslivet*.
- _____. 2006:107. *Fokus på åtgärder: En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*.

- _____. 2008:127. *Patientens rätt: Några förslag för att stärka patientens ställning.*
- Statskontoret. 2000. *Sjukskrivning i väntan på vård. Rapport från Statskontoret. Bilaga 9 i Sjukförsäkringsutredningen SOU 2000:121.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Rehabiliteringsgaranti: Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta.*

3 Rehabilitering och socialförsäkringssystemet

Avsikten med detta kapitel är att beskriva rehabiliteringsgarantin i sitt sammanhang av regler och dess plats mellan sjukvården och socialförsäkringssystemet. Inledningsvis beskrivs därför sjukskrivningsprocessen översiktligt. Vidare redogörs för den så kallade rehabiliteringskedjan och rehabiliteringsgarantins innebörd. Därefter ges en bakgrund till vad som gjorts under senare år och andra pågående initiativ som finns med bäring på rehabilitering, sjukskrivningsprocessen och följaktligen rehabiliteringsgarantin. Slutligen beskrivs det centrala regelverk där relevanta aktörers ansvar lyfts fram, samt deras samordning.

3.1 Sjukskrivningsprocessen

I Sverige ersätter sjukförsäkringen inkomstbortfall för individer som med anledning av tillfällig sjukdom eller skada inte klarar av att arbeta. Individen anmäler sig sjuk till sin arbetsgivare som normalt betalar ut sjuklön de första 14 dagarna enligt *lagen (1991:1047) om sjuklön*. Efter detta övergår ansvaret för inkomstbortfall till Försäkringskassan. Den som saknar arbetsgivare ska göra anmälan till Försäkringskassan redan första dagen. Under den första veckan i sjukperioden är det i praktiken individen som själv avgör om han eller hon är sjuk, men från den åttonde dagen efter sjukanmälningsdagen krävs, enligt *lagen (1991:1047) om sjuklön* och *lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL)*, ett läkarintyg för att styrka nedsättning av arbetsförmåga och för rätt till fortsatt ersättning från sjukförsäkringen.

I läkarintyget ska läkaren bedöma individens behov av att vara sjukskriven och under hur lång tid. Intyget fungerar sedan som underlag för Försäkringskassan att ta beslut om eventuell sjuk-

skrivning. När perioden för sjukskrivning har passerats upprepas processen vid behov, läkaren utfärdar ett förlängningsintyg som Försäkringskassan i sin tur tar ställning till. Försäkringskassan ska utifrån det medicinska underlaget bedöma huruvida sjukdomen eller skadan medför nedsatt arbetsförmåga. Arbetsförmågan prövas efter fasta tidpunkter och särskilda kriterier som beskrivs närmare i nästa avsnitt om rehabiliteringskedjan.

Till sin hjälp att bedöma rätten till sjukpenning har Försäkringskassans handläggare medicinska rådgivare och samlad information om vad som gäller på området i form av *Vägledning 2004:02, Sjukpenning och samordnad rehabilitering*. I vägledningen beskrivs de uppgifter ett läkarintyg måste innehålla och skillnad görs mellan vad som är obligatoriskt och vad som är önskvärt. Skulle ett läkarintyg inte innehålla den information som är obligatorisk har Försäkringskassan möjlighet att skicka tillbaka intyget till ansvarig läkare som då måste komplettera det. Skulle någon önskvärd uppgift däremot saknas brukar läkarintyget normalt sett inte kompletteras.

De uppgifter som måste finnas med på läkarintyget för att Försäkringskassan ska kunna bedöma rätten till sjukpenning är exempelvis de som behövs för att kunna identifiera vem läkarintyget gäller, vem som utfärdat intyget, den diagnos som orsakar den nedsatta arbetsförmågan och en tydlig beskrivning av hur sjukdomen begränsar den försäkrades förmåga eller aktivitet i det dagliga livet. Den tid som läkaren bedömer nödvändig för sjukskrivning bör vara i enlighet med vad som rekommenderas i *Försäkringsmedicinsket beslutsstöd* som beskrivs i avsnitt 3.4.4. Om en patients arbetsförmåga anses komma att vara nedsatt längre tid än vad som rekommenderas i beslutsstödet ska detta motiveras i läkarintyget. Till önskvärd information hör bland annat anamnes, det vill säga en beskrivning av den aktuella sjukdomens utveckling före undersökningstillfället och förhållanden som kunnat påverka den.

Enligt Socialstyrelsen och Försäkringskassan, som 2009 publicerade en uppföljning av *Försäkringsmedicinsket beslutsstöd*, följer 4 av 10 läkare inte beslutsstödet för sjukskrivning. Enligt en annan studie publicerad året innan (Johansson och Nilsson 2008) framgick att ungefär 40 procent av de granskade intygen saknade obligatoriska uppgifter. Detta måste leda till många kompletteringar av läkarintyg och/eller ofullständigt underlag för Försäkringskassan inför beslut om sjukpenning. Enligt samma rapport leder begärd

komplettering av läkarintyg till förlängd sjukfrånvaro och läkarintyg för personer med lägre utbildning kompletteras i större utsträckning än intyg för personer med högre utbildning.

3.2 Rehabiliteringskedjan

I budgetpropositionen för 2008 (prop. 2007/08:1) aviserade regeringen ett flertal förslag för minskad sjukfrånvaro, bland annat införandet av nya regler i socialförsäkringen. I propositionen *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete* (prop. 2007/08:136) föreslog därefter regeringen att en rehabiliteringskedja med fasta hållpunkter skulle införas, vilket senare skedde i *lagen (1962:381) om allmän försäkring* (AFL). Rehabiliteringskedjan ersatte den tidigare så kallade sjustegsmodellen för bedömning av arbetsförmåga.

Sjukpenning utges vid sjukdom som nedsätter en försäkrad persons arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Saknar den försäkrade helt arbetsförmåga utges hel sjukpenning, men är arbetsförmågan nedsatt med tre fjärdedelar utges tre fjärdedels sjukpenning. Är arbetsförmågan nedsatt i mindre grad, men med minst hälften, utges halv sjukpenning och i annat fall utges en fjärdedels sjukpenning. Dessa bedömningsgrunder står att läsa i 3 kap. 7 § AFL, där även rehabiliteringskedjans fasta hållpunkter specificeras.

Figur 3.1 Rehabiliteringskedjan



Källa: www.regeringen.se, besökt 4 maj 2009.

Under de första 90 dagarna av en sjukperiod ska Försäkringskassan bedöma om den försäkrade har förmåga att klara av sitt vanliga arbete. Det bedöms även om den försäkrade tillfälligt kan erbjudas annat lämpligt arbete av sin arbetsgivare eller om arbetsplatsen eller arbetsförhållandena kan anpassas på ett sätt så att det blir möjligt för den försäkrade att arbeta trots sin sjukdom. Sjukpenning betalas alltså ut om den försäkrade inte kan återgå till sina vanliga arbetsuppgifter under denna första period.

Från och med dag 91 i en sjukperiod innebär prövningen av rätten till sjukpenning att Försäkringskassan även ska beakta om den försäkrade kan utföra något annat än sitt vanliga arbete hos arbetsgivaren. Om Försäkringskassan begär det ska den försäkrade i det sammanhanget lämna ett utlåtande från sin arbetsgivare. Under denna period betalas alltså sjukpenning ut om den försäkrade varken kan återgå till sina vanliga arbetsuppgifter eller utföra andra uppgifter hos sin arbetsgivare.

Från och med dag 181 i en sjukperiod ska en bedömning göras huruvida den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den ordinarie arbetsmarknaden i övrigt eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. Undantag från denna regel finns om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till arbete någonstans i arbetsgivarens verksamhet före dag 366. I det fallet bedöms i stället den försäkrades arbetsförmåga i förhållande till

arbete hos arbetsgivaren, även efter dag 180. Efter dag 181 betalas alltså sjukpenning ut endast om den försäkrade inte klarar av något arbete alls på arbetsmarknaden och inte heller inom ett år kommer att kunna återgå till arbete hos sin arbetsgivare.

Från och med dag 366 bedöms den försäkrades arbetsförmåga alltid i förhållande till alla arbeten på den ordinarie arbetsmarknaden.

När en försäkrad sjukanmäler sig befinner han eller hon sig normalt på dag 1 i rehabiliteringskedjan, men om den försäkrade arbetat en kortare period än 90 dagar mellan två sjukperioder läggs sjukperioderna ihop. Det betyder att arbetsförmågan kan bedömas i förhållande till andra arbetsuppgifter hos en arbetsgivare eller mot hela den ordinarie arbetsmarknaden redan från början (3 kap. 7 § AFL). Denna period om 90 dagar är inte detsamma som 90 arbetsdagar, utan även helgdagar räknas med i de 90 dagarna.

Enligt 3 kap. 4 § AFL är 364 dagar, under en period på 450 dagar, i regel den maxtid man kan få vanlig sjukpenning med 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI). Försäkringskassan bestämmer den försäkrades SGI utifrån hans eller hennes beräknade årliga arbetsinkomst. Om den försäkrade är anställd beräknas årsinkomsten med hjälp av hans eller hennes totala lön före skatt. Den sjukpenninggrundande inkomsten har ett tak och kan inte bli högre än 7,5 prisbasbelopp. De 450 dagarna kallas ramtid och ska förhindra att någon får sjukpenning längre tid än 364 dagar genom att tillfälligt friskskriva sig och sedan begära sjukpenning på nytt.

Vid nedsatt arbetsförmåga efter ett års sjukskrivning kan sjukpenning med 80 procent av SGI lämnas efter ansökan av den försäkrade och om det finns synnerliga skäl, trots att sådan sjukpenning redan har lämnats för 364 dagar under ramtiden. Exempel på sådana synnerliga skäl är till exempel om den försäkrade har en mycket allvarlig sjukdom såsom vissa tumörsjukdomar, neurologiska sjukdomar som ALS eller om den försäkrade väntar på transplantation av ett vitalt organ. För sådan *fortsatt sjukpenning* finns ingen tidsgräns för hur länge den kan betalas ut.

Är fortsatt sjukpenning inte möjlig kan *förlängd sjukpenning*, vilken utgör 75 procent av SGI, beviljas för nedsatt arbetsförmåga efter skriftlig ansökan. Sådan förlängd sjukpenning kan betalas ut för 550 dagar. Om en försäkrad får förlängd sjukpenning på grund av godkänd arbetsskada enligt *lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring* finns ingen tidsgräns för hur länge den kan betalas ut.

Den som har fått sjukpenning i maximalt antal dagar kan kvalificera sig till att återigen få sjukpenning efter ett tillräckligt långt uppehåll utan sjukpenning, rehabiliteringsersättning eller annan ersättning som räknas som sjukpenning. Upphållet måste vara så långt att det finns högst 363 sjukpenningdagar kvar inom ramtiden, vilket följaktligen innebär att uppehållet måste vara minst 87 dagar ($450-363 = 87$). Den försäkrade som har haft ett uppehåll utan sjukpenning i 87 dagar i följd, innan en ny sjukperiod, kan då alltså få upp till 364 nya dagar med sjukpenning utbetalda.

Rehabiliteringskedjan kan endast tillämpas i alla delar för de försäkrade som har en arbetsgivare. För egna företagare prövas enbart arbetsförmågan mot det vanliga arbetet och från och med den tidpunkt då arbetsförmågan har varit nedsatt under 180 dagar även mot hela den ordinarie arbetsmarknaden. För arbetslösa sker prövningen av arbetsförmågan alltid mot hela arbetsmarknaden. Särskilda regler gäller för den som har föräldrapenning eller studie-stöd. I de fall den försäkrade är i behov av en sådan medicinsk behandling eller rehabilitering som avses i 3 kap. 7 b § AFL ska bedömningen av arbetsförmågans nedsättning göras med beaktande av den försäkrades arbetsförmåga först efter en sådan åtgärd (3 kap. 7 § AFL).

3.3 Rehabiliteringsgarantin

I budgetpropositionen för år 2008 (prop. 2007/08:1) meddelade regeringen att den hade för avsikt att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen genom att införa en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser. Syftet skulle vara att åstadkomma återgång i arbete. Den 13 juni 2008, slöt sedan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti som successivt började träda i kraft under 2008. Därefter, den 12 december 2008, slöts ytterligare en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010. Denna överenskommelse återges i sin helhet i bilaga 4.

Gällande överenskommelse innebär att statliga medel tillförs de landsting som erbjuder medicinska behandlingsmetoder där vetenskapligt stöd för effekten återfunnen arbetsförmåga kunnat visas. De diagnosgrupper som omfattas är de som tillsammans utgör mer än hälften av alla sjukskrivningar i dag, nämligen icke specifika

rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Målgruppernas behov av stöd i rehabiliteringsprocessen ska utredas och de ska bedömas medicinskt av läkare eller annan behandlare, samt en plan för åtgärder ska tas fram. Försäkringskassan eller patienten kan ta initiativ till att omfattas av garantin. Genom en tydlig urvalsprocess ska de individer som är betjänta av rehabilitering och/eller behandlingsformer som har evidens för återvunnen arbetsförmåga garanteras skyndsamt behandling inom ramen för det övergripande kravet på god vård på lika villkor som följer av 2 § *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* (HSL).

Förutsättningen för att landstingen ska få ersättning från rehabiliteringsgarantin från 1 januari 2009 är att de åtgärder som berättigar till ersättning är definierade i rapporter av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Socialstyrelsens nationella riktlinjer och *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*. Med rehabilitering avses här evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser av somatisk och psykologisk karaktär, som ges på individnivå med evidens för att återfå arbetsförmåga. Personer i åldern 16–67 omfattas.

För 2009 ska tidsgränser för medicinsk bedömning, ställningstagande och påbörjande och genomförande av rehabilitering eller behandling regleras inom ramen för vårdgarantin. För 2010 ska tidsgränserna ses över, bland annat utifrån vad som framgår av ny evidens, utredningsförslag och eventuellt nya tider i vårdgarantin. Ersättningen till landstingen utges per patient som påbörjat eller genomfört en rehabiliterings- eller behandlingsinsats och uppgår till 40 000 kr för multimodal rehabilitering för diffus smärta och 10 000 kr för kognitiv beteendeterapi (KBT) för psykisk ohälsa. Utöver denna ersättning får landstingen ytterligare ett 25-procentigt påslag på den beräknade faktiska kostnaden, som ska användas till organisatoriska ändringar eller andra nödvändiga förberedelser för en fullt utbyggd garanti.

Maximal ersättning per landsting är länets befolkningsandel i förhållande till det totala beloppet regeringen avsätter för rehabiliteringsgarantin, vilket är 600 miljoner kronor för 2009 och 1 miljard för 2010. Av dessa medel ska 40 miljoner varje år avsättas för forskning. Finns det medel kvar vid årets slut ska de fördelas till de landsting som påbörjat fler rehabiliterings- eller behandlingsinsatser än de får ersättning för. Detta ska ske i proportion till respektive landstings andel av det som producerats, utöver det samlade värdet för landstingens befolkningsmängd. Uppföljning av

rehabiliteringsgarantin ska göras så att en första rapport lämnas till Socialdepartementet i januari 2010. Uppföljningen ska bland annat fokusera på i vilken omfattning de individer som genomgått en rehabiliterings- eller behandlingsinsats återfått arbetsförmågan. Det framgår inte i överenskommelsen vem som ska genomföra uppföljningen.

3.4 Tidigare och pågående initiativ

Förutom den beskrivna rehabiliteringsgarantin, för att effektivisera rehabilitering och minska sjukfrånvaron, har många initiativ tagits genom åren för att förbättra och reglera sjukskrivningsprocessen. Trots dessa otaliga försök återstår många problem och uppgifter att lösa på området. Nedan följer en översikt av en del andra initiativ som tagits, främst under 2000-talet.

3.4.1 Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet

I december 2000 gav regeringen (dir. 2000:92) en särskild utredare i uppdrag att utarbeta förslag till en samlad handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet. Utredningen skulle även föreslå hur förebyggande åtgärder, försäkringssystem, rehabiliterande insatser med mera kan bli mer effektiva redskap för att minska sjukfrånvaron i arbetslivet. Utredningen konstaterade i sitt slutbetänkande (SOU 2002:5) att det är i samspelet mellan den enskilde och dennes arbetsplats som möjligheten är störst att bekämpa ohälsa och att skapa ett hälsosamt arbetsliv som är utformat så att arbetstagaren orkar arbetstiden och arbetsåren ut. Utredningens förslag var följaktligen orienterade mot åtgärder på arbetsplatsen och en målinriktad och bättre underbyggd sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Utredningen föreslog att landstingets ansvar för rehabilitering ska förtydligas och att sjukvården ska ansvara för att personalen har tillräcklig kompetens i försäkringsmedicin. En utbildning i försäkringsmedicin, finansierad genom ett särskilt anslag från regeringen, genomfördes i Försäkringskassans regi för läkare inom primärvård och företagshälsovård.

I regeringens proposition *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet* (prop. 2002/03:89), lämnade regeringen

bland annat förslag om en skärpning av reglerna om arbetsgivares skyldighet att göra rehabiliteringsutredningar. Detta utgick från det förslag utredningen presenterade i sitt slutbetänkande. I dag har dock Försäkringskassan tagit över ansvaret från arbetsgivarna för att göra rehabiliteringsutredningar.

3.4.2 Socialförsäkringsutredningen

Hösten 2004 beslutade regeringen om direktiv (dir. 2004:129) som gav en särskild utredare i uppdrag att göra en genomgripande kartläggning och analys av socialförsäkringarna. Enligt direktiven skulle utredningen fokusera på försäkringar för inkomstbortfall till följd av ohälsa. Utredningen antog namnet Socialförsäkringsutredningen och kom drygt två år senare med sitt slutbetänkande (SOU 2006:86). Utredningens fokus låg på sjukförsäkringen, där andra socialförsäkringar analyserades i relation till den. Förslag, såsom bland annat vägledning för sjukskrivningar samt införandet av koordinatörer för att öka och driva rehabiliteringsprocessen, framfördes i utredningen.

Utredningen gjorde också bedömningen att sjukförsäkringen behöver en tydlig tidsgräns för att sjukskrivna snabbare ska få den hjälp och det stöd de behöver. En sammanhållande kraft ansågs också viktig för att den sjukskrivne ska få stöd i sina kontakter med de aktörer som är inblandade i sjukskrivningsprocessen. Utredningen lyfte fram möjligheten att utveckla en ny modell för sjukskrivningsprocessen där företagshälsovården står i centrum.

Vissa av utredningens förslag kan kännas igen i andra initiativ, såsom den ovan beskrivna *rehabiliteringskedjan* (avsnitt 3.2), *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd* (avsnitt 3.4.4) och överenskommelsen för att vidareutveckla företagshälsovården (avsnitt 3.4.6).

3.4.3 Sjukvårdsmiljarden

I budgetpropositionen för 2006 (prop. 2005/06:1) presenterade regeringen riktlinjer i form av ekonomiska incitament för att stimulera hälso- och sjukvården till att ge sjukskrivningsfrågor högre prioritet och för att aktivt medverka till att utveckla sjukskrivningsprocessen. Syftet var att uppmuntra landstingen till att, i samarbete med Försäkringskassan, arbeta för att minska sjukfrån-

varon. Under en treårsperiod (2006–2008) betalade staten ut upp till 1 miljard kronor per år fördelat utifrån hur mycket antalet sjukpenningdagar hade minskat i respektive landsting. Utbetalningen av den så kallade *sjukvårdsmiljarden* reglerades enligt en överenskommelse mellan staten och SKL som slöts i januari 2006¹. År 2007 kompletterades överenskommelsen med anledning av Socialstyrelsens *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd* (avsnitt 3.4.4). Kompletteringen gick ut på att landstingen skulle utöka sina åtgärdsplaner med aktiviteter för att möjliggöra en implementering av beslutstödet.

För 2009 har ytterligare en överenskommelse slutits, i vilken utbetalningsmodellen från 2006 i huvudsak fortsätter att gälla. En förutsättning för utbetalning är att de åtgärdsplaner som landstingen slutit med Försäkringskassan för den tidigare perioden, förlängs till att omfatta även 2009. Landsting som vidtagit strukturella åtgärder för att ge sjukskrivningsfrågorna ökad prioritet inom hälso- och sjukvården får två typer av bidrag. Ett fast bidrag fördelas mellan landstingen i proportion till befolkningens mängd och ett rörligt bidrag fördelas beroende på hur mycket respektive landsting lyckats minska sjukfrånvaron från ett år till ett annat.

I den nu gällande överenskommelsen uppmärksammas införandet av *rehabiliteringskedjan*. Det framhålls att rehabiliteringskedjans innehåll ställer nya högre krav på betydelsen av välutvecklade medicinska beslutsunderlag i sjukpenningärenden. Krav ställs vidare på att landstingen ska bistå Försäkringskassan i dess arbete med att få tillgång till de medicinska underlag som Försäkringskassan är beroende av för att kunna fatta beslut i sjukpenningärenden. Regeringen stimulerar följaktligen landsting som förbättrar tillgången till rehabilitering och implementerar det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) presenterade i januari 2009 en rapport (Hartman m.fl. 2009) med uppföljning och utvärdering av sjukvårdsmiljarden, som visar att samtliga landsting har vidtagit åtgärder för att förbättra sjukskrivningsprocessen. Förutsättningar för förbättringar anses dock finnas på olika områden. I kapitel 6 återkommer vi till frågor om ekonomisk styrning.

¹ Begreppet *sjukvårdsmiljarden* är myntat i ett socialförsäkringssammanhang. Det finns inom sjukvården flera reformer förknippade med ekonomiska incitament från staten, såsom kömiljarden. Sjukvårdsmiljarden har därför i sjukvårdssammanhang ibland kommit att kallas sjukskrivningsmiljarden för att på så sätt särskilja den från andra liknande reformer riktade mot sjukvården.

3.4.4 Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning

I slutet av 2005 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag av den dåvarande regeringen att utforma en mer kvalitets-säkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess (Socialdepartementet 2005). I uppdraget ingick att på nationell nivå ta fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som bland annat syftar till att ge vägledning för bedömning av arbetsförmåga och längd på sjukskrivningsperioder för olika medicinska tillstånd. Vidare ingick att utreda om de beslutsunderlag som då fanns behövde utvecklas, att vidareutveckla metoder för att bedöma en försäkrads funktions- och arbetsförmåga och slutligen att se över försäkringsläkarnas roll i sjukskrivningsprocessen.

Hösten 2007 publicerade Socialstyrelsen beslutsstöd för sjukskrivning under namnet *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*. I beslutsstödet har Socialstyrelsen utarbetat vägledning för hur långa sjukskrivningar ska vara för olika diagnoser. I februari 2009 överlämnade därefter Socialstyrelsen och Försäkringskassan en gemensam första uppföljning av det försäkringsmedicinska beslutstödet till regeringen. Uppföljningen visar på att 4 av 10 läkare ”aldrig eller nästan aldrig” använt stödet. Denna utvärdering säger dock inget om huruvida läkarna följer de rekommenderade sjukskrivningslängderna eller ej. Många läkare har till exempel samma typ av diagnoser som återkommer och vet därför vilken sjukskrivningslängd som rekommenderas, utan att nödvändigtvis använda beslutsstödet. Om en läkare avviker från beslutstödet ska detta motiveras i det medicinska beslutsunderlaget som skickas till Försäkringskassan. Få läkare gör dock detta och Försäkringskassan begär långt ifrån alltid kompletteringar vid avvikelser från beslutstödet och då motivering saknas.

Vi återkommer i kapitel 5 och 7 till frågor om ansvarsfördelning och samordning mellan olika aktörer och system för kunskapsstyrning och uppföljning.

3.4.5 Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård och tandvård (Socialstyrelsen 2008b). Socialstyrelsen har tagit fram dessa riktlinjer under mer än ett decennium och arbetet är under ständig utveckling. Syftet med

nationella riktlinjer är att stödja huvudmän, professioner och beslutsfattare i deras planering, genomförande och uppföljning av olika former av vård och sociala insatser. Målet är att skapa en kunskapsbaserad och kostnadseffektiv verksamhet där patientens nytta sätts i förgrunden.

Varje riktlinjearbete är ett samarbete mellan forskare, många olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller tandvården, beslutsfattare och patient- och klientföreträdare. Ett riktlinjearbete brukar i regel ta cirka tre år. Inom två år efter publicering tar Socialstyrelsen ställning till vilka delar av riktlinjen som behöver revideras. Socialstyrelsen leder riktlinjearbetet och ansvarar för slutsatser och rekommendationer.

Vid valet av område inom hälso- och sjukvården är ett kriterium att området ska omfatta stora patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Det ska också finnas ett stort behov av vägledning.

Inom uppdraget att ta fram nationella riktlinjer ligger även att hålla dem uppdaterade. Oklarheter i kunskapsläge och stora praxis-skillnader är ett viktigt skäl till att riktlinjerna tas fram och uppdateras. Därför är det viktigt att Socialstyrelsen kan följa upp hur riktlinjerna används i olika verksamheter och bedöma i vilken grad praxis har påverkats av riktlinjerna. Syftet är även att förbättra befintliga implementeringsprocesser.

Många riktlinjer som hitintills tagits fram har strävat efter att vara heltäckande, att omfatta hela vårdprocessen för en viss sjukdomsgrupp eller ett verksamhetsområde. Det blir emellertid allt vanligare att riktlinjerna i ökad omfattning fokuserar på de mest angelägna frågeställningarna som utmärks av skillnader i uppfattningar och praxis.

3.4.6 Överenskommelse för att vidareutveckla företagshälsovården

I budgetpropositionen för 2008 (prop. 2007/08:1) framhöll regeringen att det bör öppnas en möjlighet för företagshälsovården att fungera som primärvård. De tre primära intressenterna, det vill säga landstingen, staten och arbetsgivarna, skulle gemensamt stå för kostnaden för denna hälso- och sjukvård för anställda med godkänd företagshälsovård. Den 13 juni 2008 slöt därmed staten en överenskommelse med SKL om åtgärder för att vidareutveckla

företagshälsovården. Överenskommelsen innebär att företagshälsovård med primärvård kan bedrivas av företagshälsovårds- eller primärvårdsenheter som uppfyller vissa fastställda kriterier.

Företagshälsovården ska följa *Försäkringsmedicinsket beslutstöd*, medverka till samordning av insatser för att åstadkomma snabb återgång i arbete och medverka till att förbättra sjukskrivningsprocessen. Detta ska ske genom att tidigt initiera insatser som underlättar för den sjukskrivne att återgå i arbete och tillhandahålla underlag beträffande nedsatt arbetsförmåga i enlighet med Försäkringskassans krav. Dessa företagshälsovårds- eller primärvårdsenheter får, om de inte erhåller full ersättning för primärvård enligt respektive sjukvårdshuvudmans generella system, ersättning från staten enligt överenskommelsen. Försäkringskassan ansvarar för utbetalning av det statliga stödet.

Överenskommelsen bygger på frivillighet såtillvida att arbetsgivaren i samverkan med de anställda väljer om man vill upphandla företagshälsovård med sjukvård. Individerna väljer i sin tur om de vill anlita sin företagshälsovård för primärvård och varje landsting väljer om man vill ansluta sig till denna modell. I skrivande stund (maj 2009) har ännu ingen anslutit sig till modellen och utredningen erfar att överenskommelsen är föremål för en översyn.

3.4.7 Arbetsförmågutredningen

I januari 2008 tillsatte regeringen en utredning (dir. 2008:11) som har i uppdrag att ta fram riktlinjer för arbetsförmågebedömningar. I ett första steg hade utredningen att göra en inventering av olika metoder som finns, i Sverige och andra länder, för att bedöma funktionstillstånd och arbetsförmåga. Den inventeringen presenterades i ett delbetänkande (SOU 2008:66). Utredningens slutsats var att det är en fördel att fokusera på arbetsförmåga och funktionstillstånd vid bedömningen av rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Försäkringskassan föreslogs få i uppdrag att genom vetenskapliga studier utveckla och utvärdera effekten av de instrument som i dag används för att bedöma rätten till sjukpenning och sjuk- och aktivitetsersättning.

I ett andra steg går utredningen nu vidare och behandlar begreppet arbetsförmåga mer på djupet och ser över hur det används inom olika offentliga verksamheter. I samband med detta

ska utredningen även studera sjukdomsbegreppet i sjukförsäkringen. Uppdraget ska redovisas senast den 31 oktober 2009.

3.5 Centralt regelverk

I detta avsnitt ges en mer ingående beskrivning av de lagar och regler som styr socialförsäkringssystemet och området rehabilitering. Inledningsvis behandlas det centrala regelverket för sjukskrivningsprocessen ytterligare i detalj. Därefter följer en beskrivning av de regler som styr landstingen och Försäkringskassan, de två aktörer som i högsta grad är relevanta för utredningens uppdrag.

3.5.1 Socialförsäkringssystemet och sjukskrivningsprocessen

I *socialförsäkringslagen (1999:799)* kan man finna bestämmelser om vem som omfattas av social trygghet genom social försäkring och vissa bidragssystem, alltså socialförsäkringen (1 kap. 1 §). I denna lag finns av den orsaken bland annat bestämmelser om vem som är försäkrad enligt AFL. Den allmänna försäkringen består av det vi kallar sjukförsäkring, dit även frågor om rehabilitering hör, och den handhas av Försäkringskassan (1 kap. 1 och 2 §§ AFL). Sjukpenningförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring som har som syfte att ge individer ekonomisk trygghet i de fall deras arbetsförmåga minskar på grund av sjukdom eller skada.

Den som är anställd och har drabbats av sjukdom eller skada ska anmäla detta till sin arbetsgivare den första dagen han eller hon inte kan arbeta och har då normalt rätt till sjuklön från arbetsgivaren. Sjuklönen betalas ut under vad som kallas sjuklöneperioden och är de första 14 dagarna, exklusive karensdag, av varje sjukdomsfall (7 § *lagen [1991:1047] om sjuklön*). Skulle arbetstagarens sjukdom eller skada kvarstå efter sjuklöneperiodens utgång ska detta anmälas till Försäkringskassan (12 § *ibid.*). Den som inte har någon arbetsgivare, såsom arbetslösa eller egna företagare och även de som är lediga med föräldrapenning eller havandeskapspenning, ska i stället sjukanmäla sig till Försäkringskassan redan första dagen för att få sjukpenning.

En grundförutsättning för att en individ ska ha rätt till sjukpenning är att hans eller hennes arbetsförmåga är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom och att den nedsatta arbetsförmågan

har konsekvenser för individens förmåga att försörja sig genom eget arbete. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden bortses från (3 kap. 7 § AFL).

För att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till beviljande av sjukpenning måste den enskilde bistå med visst underlag. Det är på grundval av detta samlade underlag som Försäkringskassan sedan tar beslut om den försäkrades rätt till sjukpenning. Den försäkrade ska till Försäkringskassan lämna in en skriftlig försäkran för sjukpenning, som ska innehålla uppgifter om sjukdomen eller skadan, en beskrivning av hans eller hennes arbetsuppgifter och en egen bedömning av arbetsförmågan. Den försäkrade ska vidare, senast från och med den sjunde dagen efter sjukanmälningsdagen, lämna in ett läkarintyg för att styrka att arbetsförmågan minskat. Om Försäkringskassan begär det, ska den försäkrade likaså lämna in ett utlåtande av sin arbetsgivare där det anges vilka möjligheter som finns att ta till vara av den försäkrades arbetsförmåga inom arbetsgivarens verksamhet efter en eventuell rehabiliteringsåtgärd (3 kap. 8 § AFL).

Sjukpenning kan även utges när den försäkrade genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som går ut på att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller att helt eller delvis förekomma eller häva nedsättning av arbetsförmågan. Som villkor gäller då att behandlingen eller rehabiliteringen har ordinerats av läkare och att den ingår i en av Försäkringskassan godkänd plan (3 kap. 7 b § AFL). För arbetslivsinriktad rehabilitering kan den försäkrade i stället erhålla så kallad rehabiliteringsersättning (22 kap. 1 och 7 §§ AFL). I 22 kap. 2 § AFL uttrycks målet för arbetslivsinriktad rehabilitering i sjukförsäkringsrättslig mening klart och tydligt, nämligen att tanken är att ”återge den som har drabbats av sjukdom sin arbetsförmåga och förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete”.

Försäkringskassan kan begära att den försäkrade genomgår en utredning eller deltar i ett särskilt möte, ett så kallat avstämningmöte (3 kap. 8 a § AFL). Detta ska göras om det behövs för att bedöma i vilken mån en försäkrad persons arbetsförmåga fortfarande är nedsatt på grund av sjukdom eller skada och om rehabilitering eller ytterligare utredningsåtgärder är nödvändiga. På ett avstämningmöte deltar den försäkrade, Försäkringskassan och minst en annan part som kan påverka den försäkrades situation. Exempel på sådana parter är i första hand behandlande läkare,

arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen. Andra aktörer som också kan delta är företagshälsovården och den försäkrades fackliga organisation. Riksförsäkringsverket har bestämmelser för hur avstämningsmöte nu ska gå till (Riksförsäkringsverket 2003).

Under en försäkrad individs sjukperiod ska Försäkringskassan, när det finns skäl till det, undersöka om den försäkrade efter medicinsk behandling, medicinsk rehabilitering eller arbetslivsinriktad rehabilitering helt eller delvis kan försörja sig själv genom arbete. Om det behövs för bedömningen av rätt till sjukpenning eller rehabiliteringsåtgärder under denna period, ska Försäkringskassan inkräva ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller annan sakkunnig. Försäkringskassan ska vidare göra förfrågan hos den försäkrade, dennes arbetsgivare, läkare eller någon annan som kan antas kunna lämna nödvändiga uppgifter och även besöka den försäkrade (3 kap. 8 a § AFL).

3.5.2 Landstingens ansvar och samordning med andra aktörer

Enligt *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* (HSL) ska varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård (3 §). Landstinget ska verka för god hälsa hos hela befolkningen, men har också stor frihet att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Landstingen styrs således av skyldighetslagstiftning och ska erbjuda befolkningen vård inom ramen för befintliga resurser. I landstingens ansvar för god hälso- och sjukvård ingår att erbjuda habilitering och rehabilitering, i detta fall medicinsk rehabilitering (3 b §). Kommunen har motsvarande skyldighet för dem som bor i särskilda boendeformer (18 b § HSL). Till denna rehabilitering räknas, utöver ordinär sjukvård, exempelvis undersökning och behandling vid enheter och avdelningar för sjukgymnastik, syn- och hörselcentraler och sysselsättnings- och arbetsterapi. Dit räknas också rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning (SOU 1998:104).

Hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsmål är att så långt som möjligt återställa en individs funktionsförmåga och kan även syfta till att förbättra en nedsatt funktion och att träna kompensande funktioner. Medicinsk rehabiliteringen bedöms, precis som med all vård, med utgångspunkt i bedömda behov och landstingens tillgängliga resurser. Denna rehabilitering ska landstinget/kommunen

planera i samverkan med den enskilde individen och av den uppgjorda planen ska planlagda och beslutade insatser framgå. Landstingens ansvar för vård och rehabilitering innebär inte någon inskränkning i de skyldigheter som andra aktörer kan ha enligt annan lag (3 b § HSL).

Ett landsting får sluta avtal med annan aktör om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL och får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att, inom ramen för landstingets uppgifter, samverka i syfte att uppnå effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan (3 § HSL). Landstingens deltagande i sådan finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet styrs av bestämmelser i *lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*.

Enligt HSL ska följaktligen olika insatser för patienter samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Lagstiftningen kompletteras av Socialstyrelsens föreskrifter om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (Socialstyrelsen 2008a), som ska tillämpas vid planering och genomförande av samordning enligt 3 b § eller 18 b § HSL. Enligt dessa föreskrifter ska landstinget/kommunen utarbeta rutiner för samordningen (3 och 4 §§) och sådan samordning ska erbjudas om den enskilde har behov av det (5 §). Landstinget/kommunen ska vidare utse samordningsansvarig personal som ansvarar för att en plan för samordningen upprättas. Planen ska sedan följas upp och utvärderas (9 §). Personal från berörda verksamheter vars medverkan bedöms som nödvändig för att kunna genomföra beslutade insatser, ska också kallas till planeringen (11 §).

3.5.3 Försäkringskassans ansvar och samordning med andra aktörer

Till skillnad mot landstingen styrs inte Försäkringskassan enbart av skyldighetslagstiftning. Den enskilde individen har många rättigheter som Försäkringskassan ska uppfylla och denna rättighetslagstiftning gör det möjligt för den enskilde att begära omprövning av Försäkringskassans beslut. Ett omprövningsbeslutet kan i sin tur överklagas till förvaltningsdomstol. Den enskilde har även möjlig-

het att begära skadestånd i form av ekonomisk kompensation för felaktigt beslut eller agerande.

I regeringens regleringsbrev för 2009 avseende Försäkringskassan (Socialdepartementet 2009) framgår bland annat att Försäkringskassan ska verka för en väl fungerande sjukskrivningsprocess som präglas av tidiga och aktiva insatser för att undvika långvarig sjukfrånvaro och för att fler personer återfår arbetsförmågan och ges förutsättningar att återgå i arbete. Denna måluppfyllelse ska Försäkringskassan sedan redovisa, där det ska framgå hur det försäkringsmedicinska beslutsstödet används och fungerar i sjukskrivningsprocessen, kvaliteten på intyg och utlåtanden från läkarna och omfattningen av försäkringsmedicinsk utbildning.

Enligt regleringsbrevet ska Försäkringskassan vidare samverka med Arbetsförmedlingen för att underlätta övergången från ersättning via sjukförsäkringen till aktivt arbetssökande och nytt arbete. Med anledning av införandet av rehabiliteringskedjan anses det särskilt viktigt att vid behov underlätta omställning till annat arbete och att vidta nödvändiga rehabiliteringsinsatser. Försäkringskassan ska sedan redovisa hur medlen för denna samverkan har använts, målgrupper samt resultatet av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Försäkringskassan ska utarbeta och redovisa statistik, såsom exempelvis över försäkrade som lämnar sjukpenningen eller den tidsbegränsade sjukersättningen vid olika tidpunkter i rehabiliteringskedjan. Försäkringskassan ska även, i egenskap av systemägare, förvalta och utveckla ett sektorsövergripande system för löpande uppföljning av resultaten av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

I *förordningen (2007:1235) med instruktion för Försäkringskassan* föreskriver regeringen att Försäkringskassan är förvaltningsmyndighet för socialförsäkringen (1 §). Vad gäller rehabiliteringsområdet framgår även här att Försäkringskassan ska samverka med Arbetsförmedlingen, men även Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen, i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser. I samma syfte får Försäkringskassan även träffa överenskommelse med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen (4 §).

Försäkringskassan har vad som brukar beskrivas som en initiativroll och ett samordningsansvar för all rehabilitering av personer som har rätt till sjukpenning. Försäkringskassan ska i samråd med den försäkrade se till att dennes behov av rehabilitering snarast klarläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv

rehabilitering. Det är även myndighetens ansvar att verka för att arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna och andra myndigheter som kan vara berörda, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade (5 § AFL).

3.6 Utredningens iakttagelse

Initiativen rörande sjukskrivning och rehabilitering är som synes många, varav rehabiliteringsgarantin är det senaste i raden och som utredningen nu har i uppdrag att förbättra. Överenskommelsen som reglerar rehabiliteringsgarantin ger inte klara svar på alla de frågeställningar som uppkommer. Många är även reglerna som styr de aktörer som är inblandade i en individs rehabilitering. Trots förekomsten av dessa regler kan de ibland vara otydliga eller efterlevs inte i den utsträckning som är nödvändig. En viss aktörs regelverk kan även krocka med en annan aktörs regelverk och sådana principiella skillnader kan skapa motsättningar mellan aktörernas uppdrag. Detta kan naturligtvis generera svårigheter i samordningen, vilket i slutändan kan komma att drabba den enskilde individen. I nästa kapitel inventeras den enskildes ställning och i kapitel 5 går vi noggrannare in på samordningen och ansvarsfördelningen mellan inblandade aktörer.

Referenser

- Försäkringskassan. 2008. *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*. Vägledning 2004:2, Version 11.
- Hartman, Laura, Per Johansson, Staffan Khan och Erica Lindahl. 2009. *Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden*. IFAU rapport 2009:1.
- Johansson, Per och Martin Nilsson. 2008. *Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?* IFAU rapport 2008:27.
- Kommittédirektiv (2000:92). *Handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet*.
_____ (2004:129). *Översyn av socialförsäkringarna*.

- _____. 2008:11). *Översyn av begreppen sjukdom och arbetsförmåga samt en enhetlig bedömning av arbetsförmåga.*
- Regeringens proposition (2002/03:89). *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.*
- _____. (2005/06:1). *Budgetpropositionen för 2006.*
- _____. (2007/08:1). *Budgetpropositionen för 2008.*
- _____. (2007/08:136). *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*
- Riksförsäkringsverket. 2003. *Riksförsäkringsverkets föreskrifter, 2003:10, om avstämningsmöte enligt 3 kap. 8 a § lagen om allmän försäkring.*
- Socialdepartementet. 2005. *Uppdrag att utforma en mer kvalitets-säkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. S2005/9201/SF (delvis).*
- _____. 2009. *Regleringsbrev för budgetåret 2009 avseende Försäkringskassan.*
- Socialstyrelsen. 2007. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning.*
- _____. 2008a. *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. SOSFS 2008:20.*
- _____. 2008b. *Socialstyrelsens plattform för Nationella riktlinjer. Hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst.*
- Socialstyrelsen och Försäkringskassan. 2009. *Uppföljning och kvalitetsutveckling av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2008.*
- SOU 1998:104. *Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.*
- _____. 2002:5. *En handlingsplan för ökad hälsa i arbetslivet.*
- _____. 2006:86. *Mera försäkring och mera arbete.*
- _____. 2006:107. *Fokus på åtgärder: En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet.*
- _____. 2008:66 *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2008a. *Rehabiliteringsgaranti: Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta.*
- _____. 2008b. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti. S2008/5370/SF.*
- _____. 2008c. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010.*

_____. 2008d. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009.*

_____. 2008e. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att vidareutveckla företagshälsovården. S2008/5369/SF.*

4 Den enskildes ställning

Utredningen har i tidigare betänkanden lyft fram att patienter ibland har en svag ställning i hälso- och sjukvården. Det gäller även patienter som behöver medicinsk rehabilitering. Utöver sjukvården är det många olika aktörer som har ansvar för att med rehabilitering hjälpa den enskilde tillbaka till arbete. Dessa aktörer har flera olika lagstiftningar och regleringar att rätta sig efter och som går i varandra. Det gör systemet oöverskådligt för individen och öppnar även för en möjlighet för aktörerna att hänvisa till varandra när ingenting händer.

I det här kapitlet tar vi upp problem och hinder som den enskilde kan möta i rehabiliteringsprocessen. Vi har använt oss av de enkäter som är utförda bland de sjukskrivna och de analyser som är gjorda på området. Ett problem är dock att så lite av detta utgår från den enskildes perspektiv. För att få ytterligare underlagsmaterial har utredningen intervjuat representanter för sjukvården och de myndigheter som har ansvar för att hjälpa människor tillbaka till arbete. Vår bild av den enskildes svaga ställning har därvid också blivit bekräftad.

4.1 Förtidspensionerade och långtidssjukskrivna får för lite stöd

Många sjukskrivna och förtidspensionerade (de som har vad som numera kallas sjuk- eller aktivitetsersättning) upplever att de inte får den hjälp de behöver för att komma tillbaka till arbetslivet. I en undersökning av långtidssjukskrivna som gjordes 2004 (Riksförsäkringsverket 2004) angav ungefär en tredjedel att de inte fått den hjälp de behöver. I en undersökning från 2008 (Försäkringskassan 2008) angav mer än hälften av de som nyligen fått förtidspension att de inte fått tillräcklig hjälp av sjukvården. Mest missnöjda bland

de nyblivna förtidspensionärerna var unga människor med psykiska besvär, kvinnor samt utrikes födda.

I de allra yngsta grupperna av förtidspensionärer hade merparten en psykisk diagnos och dessa var allra mest missnöjda med sjukvårdens insatser. I alla grupper av nyblivna förtidspensionärer ansåg dessutom färre än 40 procent att Försäkringskassan samordnat olika insatser eller köpt en utredning för deras aktuella besvär.

På frågan vilken form av insatser man önskade stod en stödperson högst på listan (31 % önskade detta) och därefter utbildning (23 %) i alla grupper. Stressbehandling, arbetsträning, medicinering och operation var också efterfrågade insatser, men inte i lika hög grad. En stödperson och utbildning var särskilt efterfrågat bland de yngsta personerna upp till 29 år (56 %) och de med psykiska diagnoser (41 %). Dessa personer efterfrågade ofta också stressbehandling eller psykoterapi (31 %). De som hade sjukdomar i rörelseorganen efterfrågade utöver en stödperson och utbildning också ofta sjukgymnastik (17 %).

Tabell 4.1 Önskade insatser bland de med nybeviljad SA, fördelat på ålder, diagnos och födelse land (i procent)

	Stödperson	Utbildning	Stressbehandling/ psykoterapi	Sjukgymnastik	Arbetsträning	Medicinering	Operation
<i>Ålder</i>							
20–29 år	56	53	28	18	28	20	5
30–44 år	53	47	29	22	25	20	10
45–54 år	41	30	21	19	19	14	7
55–64 år	16	8	9	12	6	6	6
<i>Diagnos</i>							
Sjukdomar i rörelseorganen	27	17	8	17	11	9	10
Psykiska sjukdomar	41	32	31	16	19	15	4
Övriga diagnoser	26	19	10	13	11	10	7
<i>Födelse land</i>							
Inrikesfödd	31	23	16	15	13	11	7
Utrikesfödd	32	21	18	17	16	16	7
Samtliga							
(n=antal svarande)	31 (4891)	23 (4888)	17 (4761)	16 (4761)	14 (4737)	11 (4761)	7 (4761)

Källa: (Försäkringskassan 2008, s. 17).

Av de som nyligen fått sin förtidspension trodde tolv procent att de skulle kunna återgå till arbetslivet, men åtta procentenheter av dessa tolv endast om de fick hjälp. Störst möjlighet att kunna återgå i arbetslivet ansåg sig de yngsta personerna och de med psykiska diagnoser ha.

I den äldre undersökningen bland långtidssjukskrivna (Riksförsäkringsverket 2004) angav 6 av 10 personer att de själva vidtagit åtgärder för att återgå i arbete medan endast 16 procent angav att Försäkringskassan vidtagit åtgärder för att de skulle kunna återgå i arbete. De som själva vidtagit åtgärder var främst högutbildade personer som var sjukskrivna för psykiska besvär eller besvär i rörelseorganen. De två vanligaste åtgärderna var psykiatri och naprapati. Den vanligaste åtgärden som Försäkringskassan erbjöd var arbets träning på den ordinarie arbetsplatsen och i något färre fall på en annan arbetsplats. Var tredje långtidssjukskriven menade att väntetiderna till åtgärder från respektive sjukskrivningsaktör var för långa.

Svaren i de två enkätundersökningarna innebär att många sjukskrivna och förtidspensionerade inte anser sig ha fått tillräcklig hjälp från Försäkringskassan och sjukvården. Kanske beror det på för högt ställda förväntningar från den enskildes sida eller så har sjukvården och andra ansvariga aktörer faktiskt inte lyckats särskilt väl just vad gäller rehabilitering tillbaka till arbete.

Sedan maj 2008 ska alla långtidssjukskrivna, som bedöms kunna återgå till arbetslivet, få tillgång till en personlig handläggare. Det gäller dock inte förtidspensionärer. Försäkringskassan har genomfört en stor omorganisation som särskilt under sommaren 2008 medförde stora problem med tillgängligheten för kunderna. Det var svårt att komma fram till handläggarna på telefon och systemet med personlig handläggare hade därför en dåligt start. Förtroendet för Försäkringskassan bland dess kunder har sjunkit under en rad år och under 2008 sjönk det dramatiskt. Det kan bero på att undersökningen gjordes under de sommarmånader då problemen med omorganisationen var som störst. Försäkringskassans ”nöjdkundindex” har sjunkit för alla kundgrupper i flera år och därmed även för dem som har sjukpenning eller är under rehabilitering. För denna grupp sjönk nöjdkundindexet från 66,0 år 2004 till 59,1 år 2007 och 48,7 år 2008. Fram till och med 2007 var nöjdkundindex för hela kundkretsen högre för kvinnor än för män. För 2008 var dock kvinnor mindre nöjda än män med Försäkringskassan.

4.2 Svårt för individen att veta vem som har ansvaret

För en individ i behov av hjälp och insatser för att komma tillbaka till arbetslivet utgör den komplexa ansvarsfördelningen mellan olika aktörer ett problem. Även efter en systematisk kartläggning av reglerade ansvarsförhållanden finns en osäkerhet kring hur det faktiska ansvaret gestaltas i praktiken. I korthet har Försäkringskassan ett samordningsansvar för all rehabilitering som syftar till återgång i arbete, men ingen överordnad roll eller möjlighet att kräva en insats från de andra aktörerna. Landstingen har ansvar för all medicinsk rehabilitering och även för att samordna olika medicinska rehabiliteringsinsatser med varandra. Arbetsgivaren och arbetsförmedlingen har ansvar för arbetslivsriktad rehabilitering och kommunens socialtjänst för social rehabilitering.

I de intervjuer utredningen genomfört med representanter för landstingen, privata vårdgivare, Försäkringskassan, arbetsgivare och arbetstagare gör olika företrädare något olika tolkningar av var ansvarsgränserna går. Det säger sig självt att om de som ansvarar för rehabiliteringen har olika uppfattningar om vem som ska göra vad så är det ännu svårare för individen som ska genomgå rehabilitering att veta vart han eller hon ska vända sig. Detta förstärks av att individen i behov av rehabilitering ofta är försvagad av sin sjukdom.

Med så många aktörer involverade, är risken stor att patienten ständigt hamnar i de gränzoner som antingen finns i lagstiftningen eller som uppstår i praktiken. För den enskilde blir konsekvensen att han eller hon inte har någon att vända sig till eller att ingen tar sitt ansvar. Mot denna bakgrund är det förståeligt att en stödperson är den mest efterfrågade hjälpen i Försäkringskassans enkät. En tidigare utredning om rehabilitering till arbete (SOU 2000:78) tog fasta på individens behov av stöd och föreslog att särskilda mentorer skulle utbildas med syfte att vägleda individen genom rehabiliteringsprocessen (SOU 2000:78).

Professor Kristina Alexanderson skriver i en rapport till Socialdepartementet, "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning" (Alexandersson m.fl. 2005, s. 49), att:

... en åtgärd som i några studier har visat god effekt när det gäller återgång i arbete är användande av "en case manager" (SOU 2000:78) sid. 124–132) eller "mentor", dvs. en för ändamålet utbildad person vars

uppgift är att stötta patienter i deras kontakter med olika aktörer; ha kunskap om hur systemet fungerar och vilka möjligheter som finns. "Case manager" och olika metoder för "case management" är vanliga inom socialtjänsten i västvärlden och har enligt de få studier där detta prövats för sjukskrivna, haft god effekt på återgång i arbete. Efter lyckade sådana projekt i Storbritannien satsar man nu i stor skala på införandet av en case manager (kallade 'personal advisers') för att stötta långtidssjukskrivna till återgång i arbete. En viktig del i denna satsning är även samverkan mellan olika aktörer.

Utredningen har tidigare lagt förslag om en förbättrad möjlighet att själv välja en fast vårdkontakt (SOU 2008:127). En sådan vårdkontakt skulle också kunna underlätta samordningen mellan olika rehabiliteringsinsatser för individen. Det skulle dock inte lösa problem i samordningen mellan sjukvården och Försäkringskassan, där behovet snarare motsvaras av en funktion liknande "case management".

4.3 Individen i kläm mellan aktörernas olika tidsgränser

De nya reglerna i sjukförsäkringen – rehabiliteringskedjan – som trädde i kraft 1 juli 2008 syftar till att den enskilde inte ska fastna i långa och passiva sjukskrivningar. De olika kontrollstationerna vid fasta tidpunkter i sjukskrivningsprocessen är tänkta att uppmärksamma alla inblandade parter: individen, Försäkringskassan, sjukvården, arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen på vikten av att i ett tidigt skede vidta åtgärder så att individen kan komma tillbaka i arbete så snabbt som möjligt.

Enligt de nya reglerna ställs efter tre månaders sjukperiod krav på den enskilde som uppbär sjukpenning och dennes arbetsgivare att hitta andra arbetsuppgifter på arbetsplatsen som individen kan gå tillbaka till. Sjukpenning betalas bara ut om individen inte kan återgå till någon arbetsuppgift hos nuvarande arbetsgivare. Efter ett halvårs sjukperiod ställs krav på individen, dennes arbetsgivare och Arbetsförmedlingen att hitta någon form av arbete på arbetsmarknaden. Sjukpenning betalas bara ut om individen inte kan utföra något arbete alls på arbetsmarknaden. Det finns ett undantag från denna regel. Om individen med stor sannolikhet bedöms kunna gå tillbaka till något arbete hos arbetsgivaren inom ett års sjukperiod får individen behålla sjukpenningen även efter det första halvåret.

Efter ett års sjukperiod ska individens arbetsförmåga alltid bedömas i förhållande till alla arbeten på ordinarie arbetsmarknad. Om individen då anses ha arbetsförmåga har denne inte längre rätt till sjukpenning. Om individen inte anses ha arbetsförmåga kan han eller hon ansöka om fortsatt eller förlängd sjukpenning eller för-tidspension.

Sjukvården har krav på sig att ge individen behandling och rehabilitering inom vårdgarantins tidsramar. Vårdgarantin är i dag en överenskommelse mellan staten och landstingen. Den innebär att primärvården ska erbjuda kontakt i telefon eller på plats samma dag och ett läkarbesök inom 7 dagar. Efter beslut om remiss ska specialistvården erbjuda ett besök inom högst 90 dagar och om så behövs ska behandling påbörjas inom ytterligare 90 dagar. Det finns ingen maxgräns för hur lång tid utredning och provtagning får ta innan beslut fattas om remiss till specialist och/eller beslut om behandling. Därmed är perioden mellan patientens första kontakt med vården och påbörjad behandling i praktiken oreglerad, trots den överenskomna vårdgarantin. Det innebär att individen, åtminstone i teorin, också kan hamna i kläm mellan Försäkringskassans och sjukvårdens olika tidsgränser och tolkningar av dessa. Det finns en särskild risk för detta vid diffusa diagnoser som kan kräva många olika undersökningar innan diagnos kan ställas.

Undantagsregeln i rehabiliteringskedjan innebär att individen inte behöver söka ett nytt jobb efter ett halvårs sjukperiod även om han eller hon skulle klara det. Detta gäller då individen väntar på rehabilitering och det är sannolikt att denna rehabilitering kommer att leda till att han eller hon kan återgå till sin tidigare arbetsgivare. Om individen fortfarande väntar på rehabilitering efter ett år måste han eller hon dock söka ett nytt arbete om Försäkringskassan bedömer att man kan klara det.

Även ur ett jämställdhetsperspektiv kan det vara motiverat med en bättre anpassning av vårdgarantins tidsgränser till rehabiliteringskedjans. Könsbundna skillnader i tillgängligheten till vård har kunnat påvisas till kvinnors nackdel när man har analyserat tillgängligheten ur ett genusperspektiv (SKL 2007). Det finns därmed en risk att den grupp individer som särskilt riskerar att hamna i kläm mellan vårdens och rehabiliteringskedjans tidsgränser är kvinnor.

Utredningen har tidigare föreslagit att vårdgarantin regleras i förordning och att dess tidsgränser görs stramare så att alla som behöver får rätt till en (beslutad) vårdinsats inom 120 dagar (SOU

2008:127). En sådan förändring skulle minska risken för att den enskilde hamnar i kläm mellan sjukförsäkringens och vårdgarantins tidsgränser.

4.4 Lång väntan på rehabilitering kan göra den ineffektiv

Även om man kanske mest av allt önskar att vara frånvarande från arbetet och sjukskriven när man till exempel har värk eller är deprimerad är det viktigt att veta att sjukskrivning är en ”behandling” med stora biverkningar. Försäkringskassans statistik visar att redan efter tre månaders sjukperiod minskar sannolikheten dramatiskt att någonsin komma tillbaka till arbetslivet. Det som var tänkt som en kort sjukperiod övergår ofta till en längre sjukperiod och därefter till förtidspension. Själva förtidspensioneringen riskerar, enligt studier, att förkorta livet för den enskilde med flera år, utöver vad den underliggande sjukdomen gör som denne har förtidspensionerats för (Wallman 2006).

Som ett led i arbetet med att få ned antalet sjukskrivningsdagar har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram riktlinjer för sjukskrivningars längd vid olika diagnoser. Dessa används nu som beslutsstöd för läkarna. För diagnoserna lindrig smärta i rygg, axlar och nacke eller lindrig stress, ångest eller depression är riktlinjerna att sjukskrivningen ska vara kort eller inte förekomma alls (Socialstyrelsen 2007a). Eftersom en lång sjukskrivning kan vara ödesdiger är det viktigt att rehabilitering som syftar till återgång i arbete kommer i gång snabbt. Själva väntan på rehabilitering kan annars riskera att leda till att rehabiliteringen inte får avsedd effekt eller får motsatt effekt och för individen ännu längre bort från arbetslivet.

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti anges som målsättning att rehabiliteringsåtgärder ska sättas in snabbt och i relation till den evidens som finns för att åtgärden leder till återgång i arbete. För de diagnoser som överenskommelsen gäller innebär det att rehabilitering bör påbörjas inom åtta veckor. Under 2009 är det dock vårdgarantins tidsgränser som utgör basen enligt överenskommelsen. Som tidigare beskrivits är vårdgarantins tidsgränser i huvudsak administrativa och dessutom ingår inte tid för utredning och provtagning. Om vårdgarantins tidsramar utnyttjas maximalt är det inte

säkert att rehabiliteringen främjar återgång till arbete. Det är fullt möjligt att uppfylla vårdgarantin, men patienten förs längre bort från arbetsmarknaden. Ett sådant förfarande överensstämmer knappast med begreppet god vård. Det är också viktigt att i detta sammanhang påpeka att även om vissa patienter får behandling eller rehabilitering först i slutet av den maximala väntetiden enligt vårdgarantin, möts merparten av betydligt kortare väntetider.

4.5 Svårt att få rehabilitering som är gränsöverskridande

För en individ i behov av rehabilitering är det ovidkommande om den är medicinsk, arbetslivsinriktad eller social, samt vilken profession som utför den, bara den fungerar och gör att funktions- och arbetsförmågan kommer tillbaka. För de inblandade aktörerna är dock formen av rehabilitering central. Ingen aktör vill organisera, utföra eller betala för en rehabilitering som den inte anser sig ha ansvar för.

De mest framgångsrika rehabiliteringsformerna när det gäller att hjälpa individen tillbaka till arbetslivet innehåller dock både moment av medicinsk, arbetslivsinriktad samt social rehabilitering och involverar många professioner. Som sjukskriven patient, med diffus smärta eller lindrig psykisk ohälsa, kan det därför vara en attraktiv möjlighet att kunna vända sig till en utförare som kan hjälpa till med alla dessa aspekter. Det är inte heller ovanligt med patienter som både har smärta och mår psykiskt dåligt och då kan det underlätta att kunna vända sig till en vårdgivare som har kompetens att hantera båda problemen. Det vill säga som har förmåga att betrakta hela människan.

För den offentliga sektorn med stora och regelstyrda organisationer och myndigheter har det varit svårt att organisera sig på det sättet. Enligt en rapport till Socialdepartementet verkar bristande helhetssyn och långa väntetider i sjukvården, med långa sjukskrivningar som följd, vara ett särskilt problem för personer i yrkesverksam ålder som har både en somatisk (kroppslig) diagnos och psykiska besvär (Alexanderson m.fl. 2005).

Av den anledningen kan rehabilitering vara ett område som passar väl för särskilt organiserade och inte offentliga företag att utföra. Det gäller exempelvis den multimodala behandling mot smärta i ryggen som ingår i rehabiliteringsöverenskommelsen. I

den SBU-rapport (SBU 2006) som konstaterar att det finns evidens för att multimodal behandling är effektiv står att läsa att:

Multimodal behandling definieras som insatser med helhetsperspektiv, vilket integrerar medicinska och sociala åtgärder beroende på individens behov och sociala situation... Multimodal rehabilitering av långvariga smärttillstånd kan omfatta vitt skilda åtgärder, t.ex. sjukgymnastik, sociala, pedagogiska och psykologiska, i olika kombinationer(...) Multimodal behandling som kombinerar psykologiska insatser, t.ex. kognitiv beteendeterapi, med åtgärder som syftar till ökad fysisk funktionsförmåga ger långsiktigt bättre resultat vid generell långvarig smärta, än mindre omfattande insatser (Evidensstyrka 1). Effekten kan mätas som återgång till arbete eller minskad sjukskrivning.

Överenskommelsen borde i någon mån kunna överbrygga aktörs- och professionsgränserna, eftersom landstingen får betalt för en behandling som just inriktar sig på detta. Det finns än så länge ingen färdig kartläggning av hur stort behovet av de insatser som ingår i rehabiliteringsgarantin är. Enligt landstingens preliminära prognoser från april 2009 kommer 28 000 personer kunna få kbt-behandling och 6 000 personer få multimodal behandling 2009. Det innebär att de 560 miljoner kronor som staten anslagit för 2009 för behandlingar inom rehabiliteringsgarantin kommer att användas. Det är däremot oklart om det innebär att fler behandlingar kommer att utföras 2009 än 2008, eftersom det inte finns någon statistik över hur många behandlingar som utfördes 2008.

Enligt SKL:s kartläggning från april 2009 har hittills endast 8 av 21 landsting beslutat att låta privata entreprenörer utföra de rehabiliteringstjänster som ger ersättning från staten. Övriga landsting avvaktar med beslut eller har beslutat sig för att enbart utföra behandlingar i egen regi.

Mot denna bakgrund aktualiseras diskussionen kring vilka åtgärder som staten kan och bör vidta för att stödja en utveckling som leder till innovation av behandlingsmetoder och sammanhållna vårdprocesser samt medför att offentliga och privata aktörer får lika möjligheter till offentlig finansiering, så att mångfald skapas och valmöjligheter för individer blir möjliga. Här stannar vi vid konstaterandet att den nuvarande överenskommelsen mellan staten och landstingen inte ger några särskilda incitament för landstingen att utveckla sammanhållna vårdprocesser, utom just för den multimodala behandling av personer med ryggont. Överenskommelsen ger heller inga incitament för landstingen att öka antalet behand-

lingar genom upphandling av privata aktörer om det är så att man redan utför det antal behandlingar som ger maximal ersättning enligt överenskommelsen. Eftersom den totala ersättningen för insatser ökar med 400 miljoner kronor mellan 2009 och 2010 måste dock landstingen uppgradera egen befintlig verksamhet så att den möter kraven i överenskommelsen. Landstingen kan även utöka kapaciteten antingen i egen regi eller genom att anlita privata entreprenörer, för att få den maximala ersättningen genom överenskommelsen 2010.

4.6 Bristande valmöjligheter

För att en rehabiliteringsåtgärd ska vara framgångsrik krävs att individen har förtroende för behandlingen och utföraren och själv är delaktig i processen. Därför är det viktigt att kunna välja utförare. För medicinska rehabiliteringsåtgärder gäller redan samma möjligheter för individen att välja utförare som för övrig medicinsk behandling. Långtifrån alla patienter känner emellertid till de valmöjligheter som finns och ännu finns stora brister i landstingens informationsstöd för patientens val av vårdgivare.

Flera landsting har infört vårdvals-system i primärvården och riksdagen har beslutat (Bet. 2008/09: SoU9) att alla landsting ska ha gjort detta senast den 1 januari 2010, i enlighet med utredningens tidigare förslag (SOU 2008:37). Vårdvals-system i primärvården möjliggör att nya och fler aktörer etablerar sig till gagn för patientens möjligheter att välja vårdgivare och genom sitt val överföra den offentliga finansieringen.

Sedan 2000 finns en rekommendation om valmöjlighet inom hälso- och sjukvården som samtliga landsting har åtagit sig att följa (Landstingsförbundet 2000). Den innebär att patienten ska ha rätt att, inom det egna landstinget, välja primärvårdsmottagning och öppenvårdsmottagning samt sjukhus för specialistvård. Patienten ska dessutom ha samma valmöjlighet för vård utanför det egna landstinget om det står i överensstämmelse med hemlandstingets remissregler och om behovet av vård har fastställts av hemlandstinget. Vid mer kostnadskrävande vård krävs ett godkännande i förväg av hemlandstinget.

Överenskommelsen är inte särskilt känd bland allmänheten, och *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* anger uttryckligen att patienten inte har rätt till behandling utanför det landsting inom vilket

han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Utredningen har mot denna bakgrund tidigare föreslagit att den missvisande bestämmelsen (3 a § andra stycket HSL) tas bort (SOU 2008: 127). Utredningen har även föreslagit en lagstadgad skyldighet för landstingen att ge patienten individuellt anpassad information om väntetider och valmöjligheter och innehållet i den vårdgaranti som landstinget tillämpar.

Att individen har möjlighet att välja utförare är lika viktigt vid rehabilitering som vid övrig behandling. De flesta landsting är inte färdiga med utformningen av de vårdvalsmodeller som alla landsting ska ha genomfört till den 1 januari 2010. Enligt de intervjuer som utredningen har gjort med samtliga landsting planerar merparten av landstingen att utföra kbt-behandlingar mot lindrig oro, ångest och depression i primärvården och multimodal behandling mot smärta i rygg, axlar och nacke i specialistvården. Kbt-behandlingar kommer därmed att omfattas av det fria vårdvalet i primärvården medan multimodal behandling inte kommer att göra det. Några landsting har dock infört valmöjlighet för vissa behandlingar även i specialistvården. Såväl för kbt som multimodal behandling är det endast 8 landsting som hittills har beslutat att använda sig av privata utförare. Slutsatsen av detta är att individens möjlighet att välja utförare kommer att vara begränsad, särskilt vad gäller multimodal behandling.

4.7 Bristande garanti

För de individer som anser sig behöva rehabilitering för att komma tillbaka till arbetslivet betyder sannolikt ordet ”rehabiliteringsgaranti” något mer än det som anges i överenskommelsen mellan staten och SKL. Ordet garanti antas allmänt betyda att man har rätt till en tjänst under vissa givna förutsättningar. Om den som har utfärdat garantin inte kan uppfylla den brukar den andra parten ha rätt till en annan tjänst eller till någon slags kompensation.

Överenskommelsen ger dock inte patienten någon garanterad rätt till rehabilitering. Den har mer formen av en deklARATION av statens och SKL:s ambitioner att prioritera rehabiliteringsåtgärder och anger vilka krav som ska vara uppfyllda för att landstingen ska få extra pengar från staten för att utföra rehabiliteringsinsatser. Det är i stället vårdgarantin, med dess ramar för hur snabbt patienten

ska få vård, som utgör själva garantin. Därutöver anges att det är angeläget att landstingen erbjuder rehabilitering inom den tid som anges av evidens, vilket är inom åtta veckor, men för detta finns ingen garanti.

Om individen ska erbjudas medicinsk rehabilitering eller inte avgörs på samma sätt som för medicinsk behandling. Någon rättighet att vara patient och få skattefinansierad behandling finns inte i svensk lagstiftning. Behandling ska alltid vara medicinskt motiverad. Vårdgivaren beslutar om behandling, i samråd med patienten, genom att luta sig mot de regleringar som finns. Dessa är framför allt lagstiftning om i vilken ordning landstingen ska prioritera patienterna, deras skyldighet att bedriva god vård för länsinvånarna samt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och rekommendationerna om god vård.

Rehabilitering ska enligt det beslut som togs av riksdagen 1997 (Bet. 1996/97 SoU14) prioriteras av sjukvården. Rehabilitering ingår i prioriteringsgrupp II. Prioriteringsgrupp I innefattar bland annat vård av livshotande eller kroniska sjukdomar samt vård i livets slutskede och prioriteringsgrupp III vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Enligt Socialstyrelsen sker dock sällan öppna prioriteringar. I stället fördelas resurser utifrån historiska mönster. De prioriteringar som ändå görs sker mellan och inte inom verksamhetsområden (Socialstyrelsen 2007b).

Socialstyrelsens riktlinjer avser medicinsk behandling och medicinsk rehabilitering för att påverka funktionsnedsättningar. Individens "rätt" att få rehabilitering för återgång i arbete är därmed svagare än rätten att få medicinsk behandling och rehabilitering. Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti förändrar knappast detta. Däremot innebär den särskilda ersättning som landstingen får från staten för rehabiliteringsåtgärder att personal kan avsättas för detta eller att tjänsten kan upphandlas utifrån (utanför den av landstingen bedrivna verksamheten), utan att landstingen frångår sin prioriteringsordning. Därmed förbättras sannolikt patientens möjlighet, om än inte rätt, att få rehabilitering. I alla fall teoretiskt om det är så att rehabiliteringsåtgärder bortprioriteras i den verksamhet som finansieras av landstingen. Utredningen har i sina två tidigare delbetänkanden föreslagit åtgärder i syfte att stärka patientens rätt i sjukvården. Förändringarna föreslås att regleras i form av skyldigheter för landstingen i *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*. För patienten innebär utredningens förslag en möjlighet att själv välja primärvård i vilket landsting man än bor i Sverige,

en ökad möjlighet att välja vårdgivare i annat landsting och att få en förnyad medicinsk bedömning samt en förbättrad möjlighet att själv välja vem som ska vara den fasta vårdkontakten. Utredningens förslag skärper också tidsgränsen för när behandling och rehabilitering senast ska vara påbörjad.

4.8 Oklart vart individen ska vända sig om garantin inte infrias

Ordet ”garanti” antyder även att det finns någon man kan vända sig till om man vill klaga på tjänsten eller om den helt uteblivit. I de intervjuer som utredningen har genomfört med samtliga landsting har vi frågat vart individen kan vända sig om den upplever att den inte har fått tillräckligt stöd från sjukvården i relation till socialförsäkringens tidsgränser och regler. Alla landsting hänvisar till patientnämnden eller motsvarande instanser, till exempel förtroendekommitté eller patientombudsman. Alla landsting har även inrättat särskilda vårdgarantikanslier som individen kan vända sig till om väntan på rehabilitering passerar de tidsgränser som finns i vårdgarantin.

Patientnämnden prövar dock enbart om hälso- och sjukvården brutit mot lagar eller riktlinjer. Att inte ge patienten just den behandling eller rehabilitering som den önskar behöver dock inte vara ett regelbrott och därför får patienten ofta ingen hjälp om den vänder sig till dessa instanser med den typen av frågor och klagomål.

Att vända sig till domstol är inte heller möjligt, eftersom Sverige inte har en rättighetslagstiftning som domstolen kan pröva den uteblivna behandlingen eller rehabiliteringen mot.

Utredningen har tidigare diskuterat det eventuella behovet av att lagreglera patientens rättigheter och därmed även möjligheten att utkräva sin rätt i domstol (SOU 2008:127). Vår slutsats var att det inte är den bästa vägen att lösa patientens situation. En domstolsprocess är ofta utdragen, medan behandling och rehabilitering bör ske snabbt för att få bästa effekt.

För patienten är det sannolikt mycket bättre att kunna söka en annan vårdgivare för att få vård, en annan läkare, en annan vårdcentral, ett annat landsting eller ett annat EU-land, än att gå till domstol för att få upprättelse.

Utredningens tidigare förslag innebär just förbättrade möjligheter att vända sig någon annanstans för att få vård, men däremot inte utökade möjligheter att klaga på den vård och behandling man faktiskt fått eller inte alls fått (SOU 2008:37 och SOU 2008:127).

Referenser

- Alexanderson, Kristina, m.fl. 2005. *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Karolinska Institutet.
- Försäkringskassan. 2008. *Möjliga vägar ut ur sjuk- och aktivitetsersättning*, Socialförsäkringsrapport 2008:2
- _____. 2009. *Försäkringskassans Årsredovisning 2008*.
- Landstingsförbundet. 2000. *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården. A 00:56*.
- _____. 2004. *Riksavtalet för utomlänsvård*.
- _____. 2008. *Riksavtalet för utomlänsvård, kompletteringar av kap. 3*.
- Riksförsäkringsverket. 2004. *Långtidssjukskrivnas uppfattning om rehabiliterande åtgärder och insatser*. RFV analyserar 2004:8.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2006. *Sammanfattning av SBU:s rapport om: Metoder för behandling av långvarig smärta, En systematisk litteraturöversikt*.
- Socialstyrelsen. 2007a. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*.
- _____. 2007b. *Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?"*.
- Socialutskottets betänkande (1996/97:SoU14). *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- _____. (2008/09:SoU9). *Vårdval i primärvården*.
- SOU 2000:78. *Rehabilitering till arbete: En reform med individen i centrum*.
- _____. 2008:37. *Vårdval i Sverige*.
- _____. 2008:127. *Patientens rätt: Några förslag för att stärka patientens ställning*.
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2007. *(O)jämställdhet i hälsa och vård: En genusmedicinsk kunskapsöversikt*.

- _____. 2008. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010.*
- Wallman, Thorne. 2006. "Förtidspension tycks ha samband med för tidig död". *Läkartidningen*. 103 (32–33):2290.

5 Organiseringen kring medicinsk rehabilitering

Avsikten med detta kapitel är att söka ge en lägesbeskrivning av hur organiseringen kring medicinsk rehabilitering ser ut i Sverige. Kapitlet beskriver ansvarsfördelning vad gäller sjukskrivning och rehabilitering och samordningen mellan inblandade aktörer, men då främst mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Även hälso- och sjukvårdens interna samordning beskrivs.

Informationen om organiseringen kring rehabilitering är många gånger knapphändig, vilket i vissa fall visats bero på att det saknas en klart utarbetad organisering. Det kan även bero på att rehabilitering inte alltid hanteras som en egen process utan snarare som en integrerad del av vårdbehandlingen. Var gränsen mellan behandling och rehabilitering går är inte tydligt. Eftersom landstingen/kommunerna likaledes arbetar på olika sätt med rehabilitering finns svårigheter i att beskriva organiseringen på ett nationellt plan. Vi ger i kapitlet exempel på hur två landsting organiserat sig kring sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Efterforskningar har visat att det material som går att hitta främst behandlar sjukskrivningsprocessen generellt och i regel berör frågor om rehabilitering ytligt. Fokus ligger ofta på hur sjukskrivningstalen ser ut, vad de beror på och hur de kan minskas, medan rehabilitering inte tycks uppta en central roll i processen. Annat material blandar begreppen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och gör det svårt att urskilja vilken organisering man egentligen talar om.

En del av de brister som presenteras i lägesbeskrivningen av organiseringen kring medicinsk rehabilitering har redan uppmärksamats och lett till olika initiativ för förbättring. En del av dessa initiativ, såsom exempelvis sjukvårdsmiljarden, beskrivs närmare i kapitel 3 och 6. I detta kapitel beskrivs även en del av den senaste utvecklingen i form av en dramatisk minskning av sjukskrivnings-

talen i landet och ohälsotalet som fortsätter att sjunka. Vad de förbättringar som skett beror på är ännu inte klarlagt och eftersom flera av de initiativ som vidtagits för att minska sjukskrivningar ännu inte har utvärderats kan deras resultat inte med tydlighet kopplas till framgångarna. De förbättringar som faktiskt skett över landet bör dock uppmärksammas.

5.1 Många inblandade aktörer med olika uppdrag och ansvar

Ett flertal aktörer är involverade i en rehabiliteringsprocess och de bedriver sina insatser utifrån respektive uppdrag och ansvar. Förutom individen själv kan dessa aktörer exempelvis vara hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivare, företagshälsovård och Arbetsförmedlingen. Ansvarsfördelningen dem emellan är inte alltid tydlig, regelverket tillämpas tidvis felaktigt, ibland har de bristande kunskap om varandras regelverk och samordningen dem emellan fungerar inte alltid tillfredsställande.

I Socialstyrelsens föreskrifter om användning av begrepp och termer (Socialstyrelsen 2007a) definieras rehabilitering som:

... insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

I kommentaren går vidare att läsa:

Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Hälso- och sjukvården ansvarar för *medicinsk rehabilitering*. Medicinsk rehabilitering syftar till att hjälpa en individ att återställa grundläggande funktioner, bevara en uppnådd funktion, träna kompensande funktioner och därigenom förbättra förutsättningarna för full delaktighet i samhällslivet (SKL 2008). Denna rehabilitering utgörs av, utöver ordinär sjukvård, bland annat undersök-

ning och behandling vid enheter för sjukgymnastik, syn- och hörselcentraler, sysselsättnings- och arbetsterapi, rådgivning, stödåtgärder och funktionsprövning.

Arbetslivsinriktad rehabilitering utgörs av de åtgärder som, utöver den medicinska rehabiliteringen, behövs för att en individ ska återfå sin arbetsförmåga och kunna återgå i arbete. Arbetsgivaren är självklart en viktig aktör i en individs rehabilitering och har ett förstahandsansvar för att uppmärksamma och utreda behovet av arbetslivsinriktad rehabilitering. Arbetsförmedlingen står i sin tur för det mer arbetsmarknadsinriktade ansvaret, där huvuduppgiften är att underlätta för människor att få arbete och att förhindra utslagning från arbetsmarknaden.

Slutligen ansvarar kommunen för medicinsk rehabilitering inom särskilt boende (18 b § HSL) och de sociala åtgärderna, det vill säga *social rehabilitering*, som utgörs av service, råd, upplysning och bistånd i den enskildes angelägenheter. Kommuner har även ett ansvar för att missbrukare får den vård och den hjälp de behöver och ska verka för att människor, som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl har svårigheter i sin livsföring, ges möjlighet att leva som människor utan dessa svårigheter (SOU 2006:107).

Dessa olika typer av rehabilitering indikerar olika organisatoriska ansvar för de inblandade aktörerna, men det är svårt att dra skarpa gränser mellan dem. Det är inte alltid tydligt vad som är just medicinsk, arbetslivsinriktad respektive social rehabilitering, utan de olika typerna flyter många gånger samman, vilket också minskar tydligheten i ansvarsfördelningen mellan de inblandade aktörerna. Rehabilitering är inte heller en exakt avgränsad verksamhet, utan det kan vara svårt att avgöra exempelvis när behandling övergår till att vara rehabilitering.

5.2 Försäkringskassan och rehabilitering

5.2.1 Försäkringskassans samordningsansvar

Försäkringskassan har, som tidigare nämnts, ett samordningsansvar för de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten enligt *lagen (1962:381) om allmän försäkring* (AFL). Detta samordningsuppdrag omfattar alla aktiviteter som förkortar den tid då personer sjukskrivna hos Försäkringskassan får ersättning från sjukförsäkringen. Samordningsuppdraget kan, enligt Försäkringskassans

rapport *Sjukpenning och samordnad rehabilitering* (Försäkringskassan 2008), ses utifrån två olika perspektiv, på individnivå och strukturell nivå.

På individnivå innebär samordningsansvaret att Försäkringskassan, i samråd med den försäkrade, ska klarlägga rehabiliteringsbehov och vidta de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering. Försäkringskassan ska samordna övriga aktörers insatser och samverka med dem mot målet återgång i arbete. De olika rehabiliteringsåtgärder en försäkrad är i behov av ska löpa parallellt och utgöra en fungerande helhet. Försäkringskassan ska stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och verka för att dessa intar en aktiv roll i rehabiliteringsprocessen. Samordningsansvaret medför däremot inte att Försäkringskassan övertar det ansvar respektive aktör har.

På en strukturell nivå innebär Försäkringskassans samordningsansvar att sprida kunskap genom att följa, analysera och informera om sjukfrånvarons utveckling, påverka attityder hos arbetsgivare, vårdgivare och allmänheten, och rikta insatser gentemot arbetsgivare och vårdgivare. För den generella samordningen ska Försäkringskassan upprätta nationella och regionala överenskommelser, arbeta med exempelvis Finsam och stödja arbetet i och utvecklingen av så kallade samordningsförbund (detta beskrivs närmare i kap. 6).

I de kontakter utredningen haft med representanter för Försäkringskassan har det flera gånger påtalats att det är svårt att leva upp till detta samordningsansvar och det har även ifrågasatts huruvida denna typ av samordning ligger inom myndighetens huvudsakliga kompetensområde. Det anses även saknas starka medel som stöd för samordningen. Försäkringskassan har exempelvis få sanktionsmöjligheter att ta till då andra aktörer inte tar sitt ansvar.

5.2.2 Avstämningsmötet

Avstämningsmötet är ett verktyg i tillämpningen av sjukförsäkringen och förmodligen det viktigaste och möjligtvis det enda redskapet för Försäkringskassans samordnande roll vad gäller rehabilitering. Genom avstämningsmötet kan Försäkringskassan aktivt driva ett ärende framåt och bedöma den försäkrades medicinska tillstånd, utreda arbetsförmåga och klarlägga behov av rehabilitering. Det ger även en möjlighet för andra aktörer som kan påverka

den försäkrades situation att mötas och diskutera samordning. I kapitel 3 står mer att läsa om avstämningsmötet.

Försäkringskassan genomför, enligt en egen studie (Försäkringskassan 2007), avstämningsmöten i relativt liten omfattning (10 procent) i anknytning till sjukfall som pågått mellan 60 dagar och ett drygt år. Studien visade att ett genomfört avstämningsmöte ökar sannolikheten med 40 procent att sjukskrivningsgraden ska minska, men inte för att sjukfallet ska avslutas helt och ett genomfört avstämningsmöte ökar sannolikheten med 500 procent att en aktiv rehabiliteringsåtgärd ska påbörjas. Vad gäller individer med psykiska sjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen får de, enligt studien, till större andel avstämningsmöten i jämförelse med andra kategorier.

Försäkringskassans statistik över samtliga avstämningsmöten som fanns registrerade i Försäkringskassans register över sjukskrivningsdiagnoser tredje kvartalet 2006 visade att de hålls efter dag 280 i sjukfallet (median), medan genomsnittet visade att avstämningsmötet hålls efter 421 dagar i sjukskrivningsprocessen. Förutom att tidiga avstämningsmöten visats leda till att sjukpenning byts ut mot sjuk- eller aktivitetsersättning, upptäcktes dock inga märkbara skillnader mellan avstämningsmöten som genomförts tidigt i ett sjukfall jämfört med de som genomförts sent.

I och med införandet av rehabiliteringskedjan, med tidsbestämda gränser för när arbetsförmåga ska bedömas för rätt till sjukpenning, har det blivit högst relevant att även behovet av rehabilitering bedöms efter samma tidsgränser. Upplevs det finnas ett behov av rehabilitering måste en sådan insats även genomföras inom rehabiliteringskedjans tidsramar för att undvika att individen ramlar ur systemet i väntan på rehabilitering. Ännu har ingen uppföljning gjorts av hur genomförandet av avstämningsmöten med bedömning av rehabiliteringsbehov påverkats av rehabiliteringskedjans införande, men enligt vad som redovisats ovan kan förbättringar behövas på området.

5.3 Hälso- och sjukvården som rehabiliteringsaktör

5.3.1 Hälso- och sjukvårdens uppdrag

Landstingen ansvarar enligt *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* för att tillhandahålla rehabilitering (3 b §). Kommunen har motsvarande skyldighet för personer i bland annat särskilt boende (18 b §). Målet för rehabiliteringen är att den enskilde ska uppnå bästa tänkbara funktionsförmåga och fysiskt och psykiskt välbefinnande. De övergripande principerna för landstingens prioriteringar vad gäller detta uppdrag är människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen, i nu nämnd rangordning. Inom ramen för de nationella riktlinjerna för prioritering inom hälso- och sjukvården ryms rehabilitering inom prioriteringsgrupp II (prop. 1996/97:60).

Hälso- och sjukvårdens roll i sjukförsäkringssystemet är att vid behov utreda, behandla och rehabilitera och att förse övriga inblandade aktörer med medicinskt underlag om patienter. Andra aktörer behöver det medicinska underlaget för att uppfylla sitt ansvar i sjukförsäkringsärenden och hälso- och sjukvården måste därför samarbeta med dessa aktörer. Att framställa medicinska underlag är således en viktig uppgift som exempelvis har betydelse för en individs möjligheter till ekonomisk ersättning och rehabilitering. Bristfällig handläggning av dessa ärenden kan leda till att en enskild individs rättigheter inte tas tillvara.

I en rapport som presenterades 2005 (Alexanderson m.fl. 2005) uppmärksammades förhållanden inom hälso- och sjukvården som påverkade sjukfrånvaron negativt. Dessa förhållanden ansågs leda till:

- långa sjukskrivningar
- utdragna passiva väntetider
- ojämlik behandling
- utrednings- och behandlingsprocesser som inte sker parallellt

Problemen kring denna handläggning ansågs enligt rapporten kunna relateras till tre övergripande aspekter; ledning, kunskap och samordning.

Ledningsproblemen beskrevs som att landstingen saknade en helhetsstrategi för arbetet kring sjukskrivningsprocessen. Det

uppmärksammades att det även fanns svårigheter inom landstingen att definiera den roll hälso- och sjukvården ska spela i sjukskrivningsfrågor. Vad gäller kunskapsdelen ansågs vetenskapligt baserad kunskap saknas om de diagnosgrupper som är aktuella för sjukskrivning, bland annat vad gäller behandling och rehabilitering. Kunskap ansågs även saknas om vad som är optimal sjukfrånvaro och dess negativa och positiva konsekvenser. (Sedan rapporten har Socialstyrelsens *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, som beskrivs i kap. 3, tagits fram). Försäkringsmedicinsk kunskap ansågs även bristfällig, såsom kunskap om regelverket kring försäkringen, vilken roll hälso- och sjukvården ska spela, hur samordning ska ske och hur arbetsförmågebedömningar bör ske.

Mellan åren 2003 och 2007 genomförde Socialstyrelsens sex regionala tillsynsenheter, på regeringens uppdrag, en verksamhetstillsyn av sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Enligt den sammanfattande rapporten av resultaten och slutsatserna (Socialstyrelsen 2008a), fanns det inom hälso- och sjukvården sällan någon särskild tid avsatt för att kvalitetssäkra sjukskrivningsprocessen. År 2006 kände knappt 20 procent av vårdcentralerna till att det fanns centrala direktiv för vårdgivarna om hur de ska handlägga sjukskrivningar. Motsvarande siffra för de psykiatriska mottagningarna var 5 procent. Vad gällde lokala skriftliga rutiner hade knappt 40 procent av vårdcentralerna och knappt 10 procent av de psykiatriska mottagningarna sådana. Det noterades att det hade skett en utveckling jämfört med 2003 när Socialstyrelsen gjorde sin första tillsyn på området. Regelbundna uppföljningar av långtidssjukskrivningar gjordes vid ca 20 procent av vårdcentralerna och 5 procent av de psykiatriska mottagningarna.

Rapporten antydde att sjukskrivningar ofta förlängdes på grund av väntetider. Vid de intervjuer som gjordes inom projektet uppgav de intervjuade att sjukskrivningar *alltid*, eller åtminstone *ofta*, förlängdes på grund av långa väntetider hos externa aktörer. Mer än hälften av dessa angav att det främst var väntetider hos Försäkringskassan som förlängde sjukskrivningarna. Vid de journalgranskningar som gjordes visade det sig att en stor andel av de långtidssjukskrivna patienterna ansågs vara medicinskt färdigbehandlade och att läkaren därmed inte förväntade sig kunna förbättra patientens arbetsförmåga. I dessa fall sjukskrevs patienterna ibland utan något dokumenterat skäl. Nästan samtliga granskade patientjournaler innehöll de uppgifter som enligt patientjournalagen är lägsta godtagbara nivå för en god och säker vård. De

uppgifter som oftast saknades var bland annat planering av olika rehabiliteringsåtgärder.

5.3.2 Samordning inom hälso- och sjukvården

Samordning inom hälso- och sjukvården ingår i det kvalitetsarbete som all hälso- och sjukvårdspersonal måste vara delaktig i. Enligt en rapport som Socialstyrelsen presenterade 2008 ska ledningssystemet säkerställa att det finns rutiner för sådan samordning (Socialstyrelsen 2008a). En förutsättning för intern samordning ansågs i rapporten vara möten av något slag, där ett mål finns definierat. Mellan vårdcentraler och psykiatriska öppenvårdsmottagningar ansågs inte arbetsfördelningen och samordningen fungera tillfredsställande. I vissa fall fanns skriftlig dokumentation av hur exempelvis vårdcentralerna och psykiatrin ska samverka, men ofta löst formulerad. Det tycktes inte heller vara helt klart för hälso- och sjukvården hur patienter skulle fördelas mellan primärvården och psykiatrin.

I en annan rapport (Socialstyrelsen 2007c), framgick att de samordningsformer som finns inom hälso- och sjukvården varierade. Ibland arbetade man i team, men vanligast var att samverka genom regelbundna möten där olika professioner utbyter information och fattar beslut om patienter. Team och möten hade ibland en fast sammansättning av deltagare och andra gånger varierade de efter behov. Denna skillnad i arbetssätt ansågs ha sina förklaringar, där många exempelvis ansåg att möten är tidskrävande och att det räcker att dela information via journaler och remisser.

5.3.3 Hälso- och sjukvårdens samordning med Försäkringskassan

I samband med en rehabiliteringsprocess är alltid flera aktörer inblandade. Enligt en tidigare nämnd rapport från 2005 (Alexanderson m.fl. 2005) saknade hälso- och sjukvården då rutiner för samordning med externa aktörer. Vad gällde samordning mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kunde en del problem uppmärksammas enligt rapporten. Ett problem som läkare pekade på var svårigheten att få kontakt med rätt handläggare på Försäkringskassan och att de sällan kontaktar läkare som angett en

sådan önskan i ett läkarintyg. Försäkringskassan tyckte omvänt att det var svårt att komma i kontakt med läkare och att oklarheter kring sekretess gjorde att sjuksköterskor eller läkarsekreterare inte kunde svara på nödvändiga frågor om patienter. Försäkringskassan ansåg vidare att de medicinska underlag som inkommer från läkare ofta dröjde länge, var undermåliga och behövde kompletteras (mer om detta går att läsa i kap. 3).

I Socialstyrelsens rapport från 2007 (2007c) framgick att enstaka av de besökta enheterna inte hade någon som helst samordning med Försäkringskassan vad gäller enskilda patienter. Mer än hälften av både vårdcentralerna och de psykiatriska mottagningarna hade regelbundna avstämningsmöten med Försäkringskassan och lika många uppgav att de hade avstämningsmöten vid behov. På en mer övergripande nivå som inte rör enskilda patienter saknade ungefär 25 procent av de besökta enheterna sådan samordning med Försäkringskassan. En dryg tredjedel av de besökta enheterna redogjorde för stora problem i samordning med Försäkringskassan, medan cirka en femtedel däremot beskrev väl fungerande samordning.

Tidigare hade Försäkringskassan handläggare på vårdcentralerna i många landsting, för att fungera som stöd för hälso- och sjukvården och bidra med försäkringsmedicinsk kompetens. Sedan Försäkringskassans omorganisering har dessa handläggare till stor del försvunnit från vårdcentralerna, något som uppfattats beklagligt av flera landstingsrepresentanter som utredningen talat med.

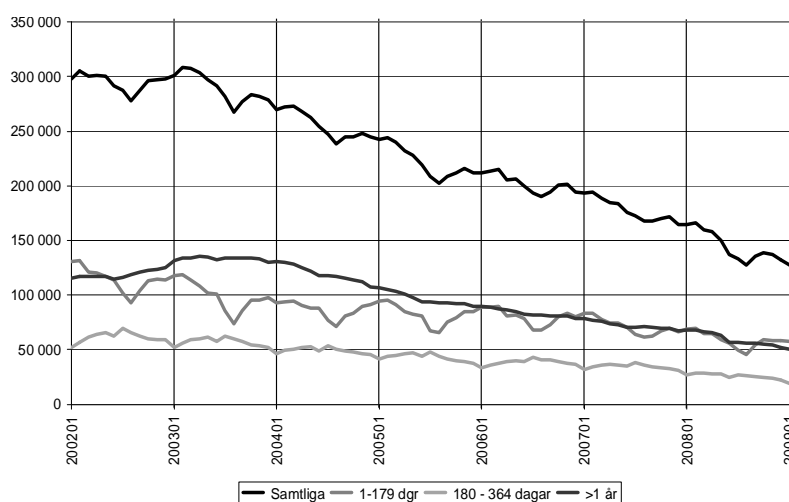
Ett annat problem med samordning mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kan vara den inbyggda spänningen mellan deras olika uppdrag. Hälso- och sjukvården ska söka uppnå bästa möjliga funktionsförmåga och välbefinnande för individen, medan Försäkringskassans verksamhet syftar till att individer ska återfå förlorad arbetsförmåga. Dessa delvis skilda inriktningar leder inte nödvändigtvis till samma beslut som gynnar individen. Försäkringskassans stora omorganisering som nyligen genomförts kan också generellt vara ett skäl till att samordningen med hälso- och sjukvården är undermålig.

5.4 Senaste utvecklingen inom sjukskrivningsområdet

5.4.1 Sjukskrivningstalen och ohälsotalet i landet

Sjukskrivningarna i landet fortsätter att minska. Även de län där sjukskrivningskurvan inte haft en önskvärd riktning nedåt verkar ha fått igång minskningsprocessen. Enligt statistik från Försäkringskassan var antalet sjukpenningdagar 3 295 346 i landet under februari 2009. Jämfört med samma månad 2008 innebär detta en minskning med 17,9 procent. Mest minskade sjukpenningdagarna på Gotland och i Jämtland och Värmland med 28,8, 27,6 respektive 27,5 procent.

Figur 5.1 Antalet sjukskrivna individer i riket december 2001–januari 2009



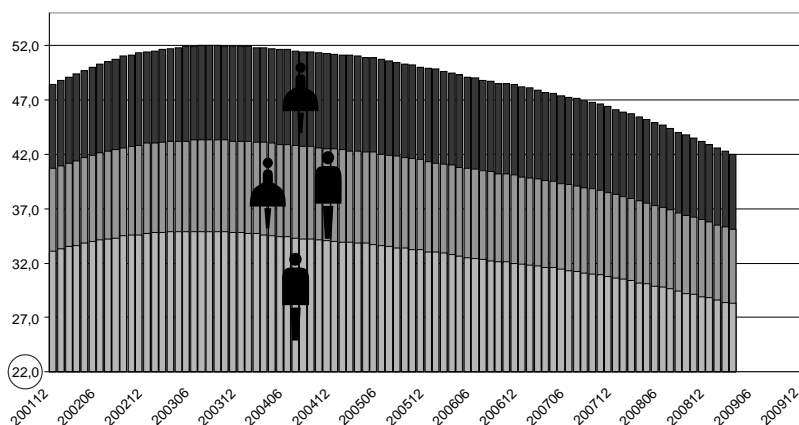
Källa: Försäkringskassans diagrambilaga till Pressmeddelande 2009-04-20.

De minskade sjukskrivningstalen har lett till att det så kallade ohälsotalet även sjunker. Ohälsotalet är Försäkringskassans mått på de frånvarodagar som ersätts från sjukförsäkringen under en 12-månadersperiod. Sjukpenning och rehabiliteringspenning utgör den mindre delen av ohälsotalet medan sjuk- och aktivitetsersättning utgör den större. Ohälsotalet är enligt Försäkringskassans statistik 35,1 (mars 2009), vilket är en minskning med 7 procent de senaste

12-månaderna. Skillnaderna mellan länen är stora vad gäller ohälsotalet, men de fortsätter att minska. Kvinnor har högre ohälsotal än män, men även den skillnaden mellan könen minskar.

Dessvärre utgör dessa siffror inte tillräckligt underlag för att dra några generella slutsatser huruvida det finns ett samband mellan minskat ohälsotal hos kvinnor och ökad jämställdhet mellan patienter i vården. En närmare analys av vilka tänkbara faktorer som påverkat denna minskning bör genomföras och tillämpas med ett könsperspektiv innan liknande slutsatser kan dras.

Figur 5.2 Utvecklingen av ohälsotalet i riket december 2001–mars 2009



Källa: Försäkringskassans diagrambilaga till Pressmeddelande 2009-04-20.

Utvecklingen visar att ohälsotalet stadigt sjunker sedan flera år. I dag är ohälsotalet för hela befolkningen 35,1, för kvinnor 42,0 och för män 28,3.

5.4.2 Lovande initiativ i landstingen

I en studie från 2009 (Chirico och Nilsson 2009), har Sveriges landsting kartlagts för att se vad de gjort inom ramen för sjukvårdsmiljarden under 2006. I studien konstateras att mer än hälften av alla län har inrättat team av olika professioner som arbetar runt specifika målgrupper, såsom exempelvis långtidssjukskrivna. Enligt studien har så gott som samtliga län arbetat för att öka läkares och i

vissa fall annan personals försäkringsmedicinska kunskaper. Vissa län har också utbildat i socialförsäkringssystemet. Övervägande antalet län har infört olika stödfunktioner, såsom exempelvis rehabiliteringssamordnare och kontaktpersoner mellan landstinget och Försäkringskassan. Studien visar vidare att ett litet antal landsting använder ekonomiska incitament för att stimulera samordning mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och ersätter enheter som deltar i avstämningsmöten.

Andra län har upprättat samverkansöverenskommelser mellan olika verksamheter, men tidvis utan att specificera hur samverkan ska gå till. Genom styrgrupper, sjukskrivningskommittéer och liknande sker också samordning. I dessa former samarbetar landstinget och Försäkringskassan på ledningsnivå för att underlätta sjukskrivningsprocessen. Enligt studien finns denna typ av samverkansorgan i 19 län. I en avslutande sammanfattning konstateras det i studien att samordning på ledningsnivå har haft betydelse för en minskning av sjukskrivningstalen i landet. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) arbetar med att söka främja erfarenhetsutbyte mellan olika landsting, detta för att goda initiativ och kunskap på så vis ska få bra spridning.

5.5 Östergötlands läns landsting

5.5.1 Sjukskrivningar i Östergötlands läns landsting

I Östergötlands läns landsting har sjukskrivningstalen minskat de senaste åren och fortsätter att minska. Minskningen för 2007 var bland de största i landet, närmare bestämt 18,6 procent. Mycket arbete pågår främst inom primärvården där det sedan flera år finns resursteam som stödjer sjukskrivna. Resursteamerna är avsedda att bidra till sjunkande sjukskrivningstal och syftar till att åstadkomma bättre samverkansrutiner. Resursteamerna består av läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och handläggare från Försäkringskassan. I frågor om tillgänglighet finns vårdlotsar som kan stödja patienterna i landstinget.

5.5.2 Rehabiliteringsgarantin i Östergötlands läns landsting

Östergötlands läns landsting strukturerade arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har legat till grund för överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti. Landstinget erbjöd multimodal behandling och KBT till sina patienter redan innan överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti kom till stånd och rehabiliteringsåtgärderna bedrivs framför allt inom primärvården. Landstinget gör därför inga nya upphandlingar och ingen ny verksamhet införs heller med anledning av rehabiliteringsgarantin. Fokus har istället legat på kompetensutveckling. I september 2009 införs vårdvalssystemet i landstinget och de insatser som ingår i rehabiliteringsgarantin är tänkta att ingå även där. Behovsbedömningen av vilka individer som är i behov av medicinsk rehabilitering görs av särskilda team som finns på vårdcentralerna i landstinget.

5.5.3 Samverkan med Försäkringskassan

I Östergötlands läns landsting finns en lång tradition av samverkan. Redan 2002 slöt Försäkringskassan och landstinget en principöverenskommelse för att gemensamt ta ansvar för hälsoläget. En regional styrgrupp, bestående av bland annat de båda parternas direktörer, sjukvårdsdirektören och försäkringschefen, tillsattes. Tre arbetsgrupper tillsattes också samt en projektledare, som fick i uppdrag att skapa förutsättningar för långsiktig lokal samverkan. Samverkansarbetet i länet bestod principiellt av tre hörnpelare: verksamhetsutveckling, kunskapsutveckling och tillsättande av en sjukskrivningskommitté. Dessa tre hörnpelare är desamma som går att finna i den handlingsplan Försäkringskassan och landstinget slutit för 2009.

I dag bedrivs samverkansarbetet inom ramen för sjukvårdsmiljarden. I gällande handlingsplan redovisas de åtgärder som ska utföras och som syftar till att uppfylla landstingets och Försäkringskassans gemensamma åtaganden. Samarbetet ska bland annat medverka till att de människor som är i behov av samordnade behandlings- och rehabiliteringsinsatser ska garanteras sådana och onödigt långa sjukskrivningar ska förebyggas. Antalet sjukskrivningsdagar i landstinget ska fortsätta minska och även antalet sjuk- och aktivitetsersättningar. För ledning av samarbetet finns den

regionala styrgruppen som också borgar för genomförandet av olika aktiviteter och uppföljningen av dem.

5.6 Skåne läns landsting

5.6.1 Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne

Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne är ett projekt där medel från sjukvårdsmiljarden spelar en central roll. Ingen utvärdering har ännu gjorts av projektet som dock uppvisat en del positiva resultat på landstingets sjukskrivningstal. Projektet syftar till att komma till rätta med de problem som finns inom hälso- och sjukvården i landstinget och som kan kopplas till sjukskrivningsprocessen. Strategier ska skapas för att göra sjukskrivningsärenden till en prioriterad uppgift och för att sjukskrivningsprocessen ska kvalitets-säkras. Förutsättningar ska skapas för en förbättrad intern samordning inom hälso- och sjukvården och även externt i samordning med andra aktörer.

I projektets handlingsplan för 2009 framgår att landstinget under året har för avsikt att göra sjukskrivning en medveten del av behandlingen genom aktiviteter som avser intern information, utbildningsinsatser och aktuell forskning om sjukskrivningsproblematiken. Genom aktiviteter som utbildar läkare och andra yrkesgrupper i försäkringsmedicin ska sjukskrivning på rätt grunder underlättas. Vidare ska Socialstyrelsens *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd* genom olika aktiviteter införas i landstinget och samordningsrutiner ska utvecklas mellan relevanta yrkeskategorier, avdelningar, organisationer och sjukhus. Slutligen ska god dokumentation uppnås genom utveckling och förbättring av dokumentation och statistik i landstingets journalsystem.

5.6.2 Rehabiliteringsgarantin i Skåne läns landsting

En del av Skåne läns landstings satsningar för att öka kunskapen och medvetenheten kring sjukskrivningsprocessen fokuserar på rehabiliteringsgarantin. Landstinget tar just nu fram en modell för hur rehabiliteringsgarantin ska se ut. Aktiviteter som kan kopplas till rehabiliteringsgarantin och som är tänkta att genomföras under 2009 är till exempel utbildning av rehabiliteringskoordinatörer som ska finnas på alla sjukskrivningsintensiva enheter, framtagandet av

nya metoder för rehabilitering och ett stärkande av befintliga arbetsformer. Ett statistikverktyg som hjälp för att kunna följa den nya rehabiliteringskedjans tidsramar har förts in i primärvårdens journalsystem på alla nuvarande vårdcentraler. Ett nytt journalsystem för all öppenvård är under upphandling för alla enheter inom hälsovalet och kommer också att förse med nämnda statistikverktyg. Arbetet med slutenvårdssystemet pågår. Ett stöd- och uppföljningssystem ska även utvecklas för att underlätta att resultatet av rehabiliteringsåtgärderna bevakas. Uppgifterna ska även utgöra underlag för ekonomisk ersättning för insatser enligt rehabiliteringsgarantin och enligt de riktlinjer som landstinget tar fram.

5.6.3 Minskad Ohälsa Rörelseorganens Sjukdomar i Sydsverige

Det så kallade MORSE-projektet ingår regionalt som partner i *Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne*. Inom projektet samverkar aktörer inom hälso- och sjukvård, rehabilitering, försäkring och arbetsmarknad för att ta tillvara kunskap och erfarenhet inom hälso- och sjukvården för att på så vis reducera ohälsa och förbättra sjukskrivningsprocessen för sjukdomar i rörelseorganen. Aktuell förekomst av sjukdomar i rörelseorganen hos befolkningen ska kartläggas och risk- och friskfaktorer och dessa sjukdomars inverkan på personers välbefinnande, hälsa och arbete ska studeras. Målsättningen är även att införskaffa underlag till åtgärder som kan minska omfattningen och konsekvenserna av dessa sjukdomar för såväl den enskilde individen som för samhället vad gäller vårdbehov och ohälsotal. Nämnda underlag ska sedan implementeras och resultatet av genomförda åtgärder ska följas upp. MORSE-projektet bidrar även med uppdaterade underlag för Socialstyrelsens beslutsstöd.

5.7 Utredningens samlade bedömning

Det skapas onekligen svårigheter då flera aktörer är inblandade i en och samma process och ansvarsfördelningen dem emellan är otydlig. Ansvarsfördelningen behöver därför tydliggöras och bättre samordning mellan aktörerna bör eftersträvas. Försäkringskassan visar svårigheter vad gäller att uppfylla sitt samordningsansvar av

rehabiliteringen och tycks inte heller vilja ha detta ansvar i förlängningen. Det kan under alla förhållanden konstateras att innebörden av detta samordningsansvar behöver förtydligas. Avstämningsmötet som arbetsverktyg för samordningen kring rehabilitering torde ha potential att främja inblandade aktörers engagemang i ett aktuellt fall och skapa transparens av det mer eller mindre Case Management-liknande arrangemang som avstämningsmötet utgör.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för den medicinska rehabiliteringen är klart, men organiseringen kring den är otydlig och klarare riktlinjer för hur den ska kvalitetssäkras skulle behövas. Rehabilitering bör få en mer central roll i hälso- och sjukvårdens arbete och sjukskrivningsprocessens betydelse behöver uppmärksammas. Hälso- och sjukvårdens samordning, både internt och externt, behöver kartläggas. Tydligare riktlinjer för hur samordningen ska fungera än de som nu finns (Socialstyrelsen 2008b) behöver också tas fram.

Under de senaste åren har likväl mycket hänt inom sjukskrivningsområdet och flera insatser har på olika sätt bidragit till att lyfta fram sjukskrivningsprocessen som en del av hälso- och sjukvården. Det kan dröja innan det går att mäta det samlade resultatet av insatserna på området, men vissa av dem tycks ha haft en positiv effekt på sjukskrivningstalen. I kapitel 7 går att läsa mer om uppföljning.

Referenser

- Alexanderson, Kristina m.fl. 2005. *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Karolinska Institutet.
- Chirico, Gabriella och Martin Nilsson. 2009. *Samverkan för att minska sjukskrivningar – en studie av åtgärder inom Sjukvårdsmiljarden*. IFAU rapport 2009:2.
- Försäkringskassan. 2007. *Vad händer efter avstämningsmötet?* Analyserar 2007:3.
- _____. 2008. *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*. Vägledning 2004:2, Version 11.
- MORSE. Information om MORSE-projektet finns tillgänglig på www.morse.nu/se (besökt 2009-05-04).

- Regeringens proposition (1996/97:60). *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
- Skåne läns landsting. 2008. *Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne: – Handlingsplan 2009.*
- _____. Mer information om Förbättrad sjukskrivningsprocess och rehabiliteringsgaranti i Skåne finns tillgänglig på www.skane.se/templates/Page.aspx?id=182911 (besökt 2009-05-04).
- Socialstyrelsen. 2007a. *Användning av begrepp och termer SOSFS 2007:9*
- _____. 2007b. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning.*
- _____. 2007c. *Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård. Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006–2007.*
- _____. 2008a. *Sjukskrivningsprocessen i hälso- och sjukvården. Sammanfattning av Socialstyrelsens tillsynsprojekt 2003–2007.*
- _____. 2008b. *Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. (SOSFS 2008:20).*
- SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder: En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Rehabiliteringsgaranti: Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta.*
- Östergötlands läns landsting och Försäkringskassan. 2006. *Fyra års samverkan – några perspektiv på verksamhetsplanering, sjukskrivningskommitté och kunskapsutveckling.*
- _____. 2009. *Överenskommelse om samverkan mellan Försäkringskassan och Landstinget i Östergötland. Handlingsplan 2009-01-01–2009-12-31.*

6 Den ekonomiska styrningen av rehabiliteringsinsatser

6.1 Inledning

Syftet med detta kapitel är att visa hur staten använder och kan använda ekonomiska incitament för att påverka landstingens rehabiliteringsverksamhet. Först beskrivs hur staten ersätter landstingen genom överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti och vilka effekter det har eller kan väntas få för olika rehabiliteringsaktörer. Därefter beskrivs kortfattat vilka metoder staten använder sig av för att styra hälso- och sjukvården. Sedan görs en analys av olika sätt att styra hälso- och sjukvården genom ekonomiska incitament och vilka effekter de får. Därefter ges några andra exempel på hur staten styr landstingen ekonomiskt genom överenskommelser och lagstiftning. Slutligen ges några avslutande kommentarer om den ekonomiska styrningen genom överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti.

6.2 Ersättningen med anledning av rehabiliteringsgarantin

6.2.1 Ersättningen till landstingen enligt rehabiliteringsgarantin

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010 (SKL 2008a) innebär att landstingen får ersättning från staten per patient som påbörjat en viss typ av rehabiliterings- eller behandlingsinsats. Insatsen kan genomföras antingen i egen regi av landstingen eller av privata leverantörer i enlighet med *lagen (2007:1091) om offentlig upphandling* (LOU) eller *lagen (2008:962) om valfri-*

betssystem (LOV). Det är dock inget krav att konkurrensutsätta de rehabiliteringsåtgärder som sker i egen regi. Ersättningen per patient uppgår till 40 000 kronor för multimodal rehabilitering vid diffus smärta i rygg, axlar och nacke och till 10 000 kronor för kognitiv beteendeterapi (KBT) vid lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress. Därutöver får landstingen ett 25-procentigt påslag på denna ersättning, som ska användas till organisatoriska ändringar eller andra nödvändiga förberedelser för en fullt utbyggd rehabiliteringsgaranti. För att få ersättning ska landstingen lämna underlag om antalet genomförda eller påbörjade behandlingar till Försäkringskassan. Utbetalningen av ersättningen sker per kvartal i efterskott.

Maximal ersättning per landsting är länets befolkningsandel i förhållande till det totala beloppet för rehabiliteringsgarantin, vilket med avdrag för forskningsmedlen uppgår till 560 miljoner kronor för 2009 och 960 miljoner kronor för 2010. Den kvartalsvisa utbetalningen upphör när landstingen nått sin nivå för maximal ersättning. De medel som inte har förbrukats vid årets slut ska fördelas mellan de landsting som påbörjat fler rehabiliterings- eller behandlingsinsatser än de fått ersättning för.

6.2.2 Landstingens interna ersättningssystem

Utredningen har genomfört systematiska telefonintervjuer med samtliga landsting och har bland annat frågat hur de kommer att använda ersättningen från rehabiliteringsgarantin. Eftersom överenskommelsen slöts först i december 2008 har ännu inte alla landsting hunnit fatta beslut om hur de ska ersätta vårdenheterna för de två rehabiliteringsinsatser som ingår i överenskommelsen. Av intervjuerna framkommer dock att samtliga landsting planerar att åtminstone behålla det extra påslaget på 25 procent för utvecklings- och utbildningsinsatser centralt. Dessa pengar används för att rekrytera ny personal eller utbilda nuvarande personal så att den ska motsvara de kompetenser som krävs enligt rehabiliteringsöverenskommelsen. I en del landsting kan vårdenheterna få del av dessa pengar om de genomför utbildnings- eller utvecklingsinsatser.

Grundersättningen för de två insatserna tänker landstingen använda på olika sätt. Några landsting planerar inga särskilda förändringar av de ersättningssystem som redan används och menar

att rehabilitering redan ingår i vårdens uppdrag. Även grundersättningen från rehabiliteringsöverenskommelsen behålls därför centralt inom dessa landsting. Andra landsting anpassar sina befintliga ersättningssystem så att de bättre speglar det i överenskommelsen. Flera landsting som har infört vårdval i primärvården, där vård-enheten ersätts per listad patient (kapitation), kommer att ge vård-enheten extra ersättning per utförd insats eller så småningom höja kapitationsersättningen. Några få landsting har redan beslutat att de särskilda insatser som nämns i rehabiliteringsöverenskommelsen, KBT och multimodal behandling, ska ingå i vårdvalet. Andra har ännu inte infört vårdval i primärvården och är i full färd att planera för detta.

Utredningen har även gjort djupintervjuer med Stockholms läns landsting och Skåne läns landsting (Region Skåne). Hur dessa landsting planerar att använda ersättningen beskrivs nedan.

Regeringen har enligt SKL bland annat utgått ifrån Stockholms läns landstings rehabiliteringsgaranti när den utformat överenskommelsen med SKL om en rehabiliteringsgaranti (SKL 2008d). Stockholms rehabiliteringsgaranti genomfördes i samarbete med den dåvarande försäkringskassan för Stockholms län. Det första steget togs 2004, då multimodal behandling erbjöds patienter med ryggvärk vid två privat drivna specialistkliniker. Det andra steget togs 2006, då kognitivt baserad gruppterapi erbjöds patienter med lindrig oro, ångest och depression i primärvården. Den ursprungliga rehabiliteringsgarantin upphörde och ersattes av en ny i februari 2009 då landstingsfullmäktige i Stockholm beslutade att utgå från överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti. De tidigare avtalen med två specialistmottagningar för behandling av ryggpatienter gäller dock även för 2009 och kognitivt baserad beteendeterapi ingår i Vårdval Stockholm, som är Stockholms vårdvalsmodell för primärvården. Den ersättning som landstingen får genom överenskommelsen kommer därför att slusas ut enligt tidigare avtal och genom den ordinarie besöksersättningen i Vårdval Stockholm under 2009. Avtalen med specialistklinikerna löper dock ut vid årsskiftet 2009/2010 och därför kommer en ny upphandling enligt LOU att ske. I Stockholm diskuterar man inför detta om ett särskilt ersättningssystem ska tas fram för insatser som motsvarar kraven enligt överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti. De extra påslag som landstingen får per utförd rehabiliteringsinsats planerar Stockholms läns landsting att använda framför allt till att bekosta utbildningar så att de som ska

utföra de olika insatserna motsvarar statens krav enligt överenskommelsen. Utvecklingspengarna kommer också att användas för att finansiera de verksamheter som har satts i gång tidigare för att minska sjukskrivningarna och som hittills har finansierats via den så kallade sjukvårdsmiljarden (se avsnitt 6.5.1. för beskrivning av denna).

Skåne läns landsting kommer att låta de två rehabiliteringsinsatserna ingå i Hälsoval Skåne som är Skånes kommande vårdvalsmodell för primärvården. I Hälsoval Skåne får vårdenheter en fast ersättning för varje listad patient. De vårdenheter som ingår i hälsovalet kan, om de har kompetens och har ackrediterats för det, utföra rehabiliteringen själva. Patienten kan själv välja om behandlingen ska utföras av den egna enheten eller av en särskilt ackrediterad rehabiliteringsaktör. En ”rehabiliteringspeng” kommer att följa patienten till den rehabiliteringsaktör som väljs. Det extra påslaget per utförd insats kommer man i Skåne att använda till organisationsutveckling och utbildning. Exempelvis har ett stöd- och uppföljningssystem för de rehabiliteringsaktörer som ackrediteras (RACKS) tagits fram. För att få ersättning från landstinget för utförd tjänst måste rehabiliteringsaktören fylla i uppgifter i RACKS. Dessa kan sedan användas i landstingets uppföljning av om åtgärden är effektiv och leder till återgång i arbete. Tidigare kunde vårdcentralerna även få 25 000 kronor för att lägga upp rutiner för hur sjukskrivningar skulle hanteras och 20 000 kronor i ersättning om en person på vårdcentralen gick en försäkringsmedicinsk utbildning. Det ingår numera i ackrediteringskraven för hälsovalet och vårdcentralerna får därför inte särskild ersättning för detta. Ortopedi- och psykiatrikliniker kan dock fortfarande få denna ersättning.

6.2.3 Effekter av rehabiliteringsöverenskommelsen för aktörerna

När den första överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti trädde i kraft den 1 juli 2008 upphörde Försäkringskassan att köpa tjänster från privata rehabiliteringsföretag.

Enligt den nuvarande överenskommelsen som trädde i kraft januari 2009 kan landstingen välja att utföra rehabilitering i egen regi eller att anlita externa utförare. Överenskommelsen ställer dock varken krav på eller ger incitament till landstingen att kon-

kurrensutsätta de rehabiliteringstjänster som utförs i egen regi för att få del av den statliga ersättningen.

I april 2009 hade, enligt uppgift från SKL, endast 8 landsting fattat beslut om att även låta privata aktörer utföra rehabiliteringsinsatser inom ramen för överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti.

Huruvida detta kommer att påverka den enskilde patientens tillgång till rehabilitering av god kvalitet råder det dock delade meningar om bland de myndigheter och organisationer som utredningen har talat med.

Enligt preliminära prognoser från landstingen till SKL kommer de pengar som staten anslagit till rehabiliteringsgarantin för 2009 att gå åt. Om det beror på att landstingen kommer att utföra fler rehabiliteringar eller på att de som redan utförs nu har kartlagts går dock inte att säga, eftersom det inte finns några samlade uppgifter över hur många insatser som gjordes 2008.

Klart är dock att brist på konkurrens generellt innebär en ineffektiv användning av skattemedel. Det har dessutom inneburit en kraftigt vikande efterfrågan hos många företag i rehabiliteringsbranschen.

Enligt branschföreningen Privata Rehabiliteringsaktörer inom Medicinsk och Arbetslivsinriktad rehabilitering (Prima) minskade omsättningen för dess tidigare 14 medlemsföretag med 46 procent mellan våren och hösten 2008. Antalet anställda minskade med 45 procent. Under 2008 tvingades tre kliniker att läggas ned. Under 2009 har två kliniker gått i konkurs och ytterligare två kliniker hotas av nedläggning.

6.3 Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården

1 kap. 1 § andra stycket *regeringsformen* (SFS 1974:152) slås fast att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statskick och genom *kommunal självstyrelse*.

Kommunal självstyrelse innebär att det ska finnas en självständig och, inom vissa ramar, fri bestämmanderätt för kommuner och landsting. Kommuner och landsting har rätt att ta ut skatt för skötseln av sina uppgifter. Beskattningsrätten är också inskriven i grundlagen och är en del av den kommunala självstyrelsen. Kommunal självstyrelse hör samman med demokrati och medborgarnas

möjlighet att påverka kommunala beslut eller utkräva ansvar av sina lokala politiker.

Grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer och för den kommunala beskattningen ska enligt 8 kap. 5 § *regeringsformen* bestämmas i lag. Av samma bestämmelse framgår också att lagform krävs för regler om kommunernas befogenheter i övrigt och om deras åligganden. Efter bemyndigande av riksdagen har regeringen även, med stöd av 8 kap. 7 § *regeringsformen*, ett visst utrymme att i vissa uppräknade ämnen, i förordningsform utfärda föreskrifter i förhållande till kommuner och landsting.

Detta innebär att det är *riksdagen* som i lagform anger spelreglerna för kommuner och landsting. Den styrning som staten utövar över landstingen och som inte har formen av lagstiftning måste därmed vara av mer frivillig art.

Statskontoret har på Ansvarskommitténs uppdrag gjort en genomgång av den statliga styrningen av kommuner och landsting, (Statskontoret 2005).

I genomgången framkommer att staten, utöver genom lagstiftning, styr hälso- och sjukvården genom föreskrifter, nationella inriktningsdokument, statsbidrag, information och slutligen genom överenskommelser med SKL.

Överenskommelser är sedan länge ett vanligt förekommande styrmedel inom hälso- och sjukvården. Eftersom överenskommelserna inte är juridiskt bindande utan är uppgörelser som staten och SKL träffar i samråd har de formellt sett mycket begränsade styreffekter.

Statskontoret menar också att överenskommelserna inom hälso- och sjukvården ofta är konstruerade så att styreffekterna minskas ytterligare. Det beror enligt Statskontoret på en rad faktorer såsom att överenskommelserna inte är tvingande, att det saknas sanktioner om någon part inte uppfyller sina åtaganden och att det inte finns några uttalade bestämmelser för hur landstingen ska redovisa användningen av tilldelade statsbidrag. Dessutom kan överenskommelserna sakna legitimitet beroende på att de träffas mellan staten och SKL, inte mellan staten och landstingen. Slutligen medför överenskommelserna marginella tillskott till landstingens kostnader för hälso- och sjukvården. Påverkans-effekten är därför förmodligen som störst vid den tidpunkt då överenskommelserna träffas och tiden närmast därefter, enligt Statskontoret.

Bland annat mot denna bakgrund föreslår Ansvarskommittén följande i sitt betänkande:

Den statliga styrningen ska renodlas mot normering. Antalet styrformer begränsas. Det gäller särskilt styrformer av för huvudmännen oklar karaktär såsom överenskommelser, handlingsplaner och tillfälliga statliga projektbidrag. Den statliga styrningen skall i ökad utsträckning inriktas på medborgarnas rätt till likvärdig hälso- och sjukvård. Kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården skall stärkas. Häri inbegripes också uppföljning och utvärdering. (SOU 2007:10, s. 124)

De överenskommelser som Statskontoret har undersökt sträcker sig över olika långa tidsperioder och omfattar olika mycket pengar, men har enligt Statskontorets bedömning det huvudsakliga syftet att påverka sjukvårdshuvudmännens prioriteringar i större eller mindre utsträckning. Statskontoret har i sin genomgång, som sträcker sig fram till och med 2005, inte hittat någon överenskommelse som försöker styra handlandet i det enskilda fallet, genom att exempelvis ange behandlingsmetoder eller väntetider för enskilda personer.

Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti specificerar både särskilda behandlingsmetoder som ska utföras och vilka väntetider som landstingen inte bör överskrida för dessa. På så sätt innebär överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin en ny och mer detaljerad form av styrning av landstingen än tidigare överenskommelser.

Sedan 2005, då Statskontoret gjorde sin genomgång, har även överenskommelsen om sjukvårdsmiljarden (SKL 2008b) och den om kömiljarden (SKL 2008c) tillkommit. Dessa överenskommelser, som beskrivs i avsnitt 6.5.1. respektive 6.5.2, styr dock inte landstingen på samma detaljerade sätt som överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin.

6.4 Olika former av ekonomisk styrning och dess effekter

6.4.1 Från anslags- till prestationsstyrning

Svensk sjukvård var av landstingen i det närmaste helt anslagsstyrd på 1970- och 80-talen, då ersättningen bestämdes i förväg år för år oavsett prestation. Vissa statsbidrag (ersättningar från socialförsäkringssektorn) gav dock ersättning för prestation. Under 1990-talet började landstingen att införa olika inslag av ersättning per insats eller prestation. De olika vårdvalsmodellerna för primärvården som

har introducerats under 2000-talet kan antingen ge ersättning per insats, som i Stockholm där varje besök ersätts, eller ge ersättning per listad patient (kapitation) som i Hallands samt Skånes läns landsting. Ersättning i form av kapitation har likheter med anslagsstyrning, men med den stora skillnaden att det är patienten och inte landstinget som styr vilken vårdenhet som ska få anslaget.

SKL gjorde förra året en sammanställning av utvecklingen av ersättningssystemen inom hälso- och sjukvården i Sverige och vad forskningen säger om incitamenteffekterna av olika ersättnings-system (Jacobsson och Lindvall 2008).

Enligt sammanställningen motverkar anslagsfinansiering de professionella drivkrafter som finns att producera mycket vård och vård som är av god kvalitet samt att ge god service. Vårdenheten får ju betalt oavsett prestation, eftersom ersättningen är fast. Anslagsfinansiering kan till och med ge incitament att skapa köer i stället för att beta av dem efterhand, eftersom det kan vara framgångsrikt att visa upp långa köer för att få större anslag nästkommande år. Trots dessa negativa effekter kan det vara nödvändigt att använda anslagsfinansiering som en grund för att skapa förutsägbarhet för produktionen och trygghet för de anställda.

Ersättning per individ har liknande drivkrafter som anslagsfinansiering, om den inte har inslag av konkurrens som i en vårdvalsmodell. Till skillnad från anslagsfinansiering medför ersättning per individ drivkrafter att hålla produktionskostnaderna nere genom billiga insatser eller inga insatser alls, eftersom det medför att det blir pengar över till annat. Denna drivkraft gör även att det kan finnas risk att vårdproducenten väljer bort de svåraste patienterna. I en vårdvalsmodell där vårdenheterna konkurrerar om patienterna uppstår inte riktigt samma negativa drivkrafter, eftersom ersättningen uteblir om man inte lyckas attrahera några patienter.

Ersättning per insats kan utformas på olika sätt; som ersättning för den faktiska kostnaden i efterhand, som ersättning för en i förväg fastställd kostnad eller som en i förväg fastställd ersättning för en grupp av åtgärder som vanligtvis genomförs för en och samma patient, så kallad diagnosrelaterad grupp (DRG). Gemensamt för ersättning per åtgärd är att det medför drivkrafter att ge god service och att producera mycket vård, dock eventuellt mer vård än vad som behövs, enligt SKL:s sammanställning. Om ersättningen är fastställd i förväg finns även drivkrafter att hålla produktionskostnaderna nere, exempelvis genom att inte ta sig an patienter som kan tänkas kräva åtgärder som är dyrare än de man får ersätt-

ning för. Den risken gäller även för överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti, eftersom den ger en fast ersättning som motsvarar den genomsnittliga kostnaden för en rehabilitering. Om patienten kräver mer insatser än vad den fasta ersättningen täcker får landstinget bekosta det själv.

Att landstingen inte enbart ersätter sjukvården per insats beror dels på att det då finns risk för att enheterna försöker hålla kostnaderna nere genom att välja bort svåra fall, dels på att det är svårt för landstingen att hålla kontroll över kostnaderna. Dessutom är det ju inte säkert att många insatser alltid leder till friskare patienter. Ibland är insatser onödiga och ibland är de nödvändiga därför att patienten har fått skador som är orsakade av tidigare ingrepp av sjukvården.

Alla de negativa bieffekter av ersättningsystemen som har räknats upp, utom undvikande av kostnadskrävande patienter, slipper man om ersättningen ges för resultat i stället för beroende på prestation.

6.4.2 Ersättning för resultat i stället för beroende på prestation

I svensk sjukvård finns det få tydliga inslag av ersättningsmodeller som premierar framgångsrika resultat, exempelvis i form av lyckat resultat av en operation eller en friskare patient, snarare tvärtom. En misslyckad operation genererar oftast ytterligare ersättning, eftersom en omoperation som ger ytterligare ersättning då blir nödvändig.

Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti är inget undantag. Den ger ersättning för påbörjad och genomförd rehabilitering oavsett om denna är effektiv och leder till återgång i arbete, vilket är det uttalade syftet med överenskommelsen. För att säkerställa att rehabiliteringen är effektiv har staten och SKL i stället satt upp detaljerade regler avseende vilka rehabiliteringsåtgärder som ska omfattas och vilken utbildning som ska krävas av dem som utför dem, för att landstingen ska få ersättning.

Sjukvårdsmiljarden (SKL 2008b) är ett exempel på ersättning i förhållande till resultat. Den ger ersättning till landstingen i förhållande till hur mycket antalet sjukskrivningsdagar minskar, vilket kan ses som en spegling av att sjukvården har klarat att göra pati-

enterna så friska att de kan återgå i arbete. Ersättningen från sjukvårdsmiljarden beskrivs mer detaljerat i avsnitt 6.5.1.

I USA finns det fler exempel på ersättning i förhållande till olika kvalitetsvariabler eller resultat "pay-for-performance". Det mest omfattande projektet av denna art drivs gemensamt av de offentligfinansierade sjukhusen Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) och den icke-vinstdrivande sjukhuskedjan Premier Health. Programmet startade 2003 och drivs inom 260 sjukhus. I programmet mäts kvalitet inom 5 kliniska områden. Antalet kvalitetsmått växlar mellan 4 och 9 inom delområdena. De omfattar både processmått som igångsatt rökavvänjning eller resultatmått som låg dödlighet vid behandling och lång överlevnad efter operation. De 10 procent bäst presterande sjukhusen får 2 procent av den samlade DRG-ersättningen i bonus och de 10 procent näst bäst presterande sjukhusen 1 procent i bonus inom varje kliniskt område. Totalt fick knappt hälften av sjukhusen del av bonusen det första året. I den egna redovisningen menade de ansvariga att programmet ledde till 6 procent kvalitetsförbättring per år de första två åren (Calltorp 2008).

6.4.3 Ersättning av total insats i stället för av delinsats

Ersättningssystem i hälso- och sjukvården tenderar att ersätta för delinsatser snarare än för alla insatser då flera enheter är involverade. Detta tenderar att minska drivkrafterna till samverkan och till samordning av delinsatserna på ett sätt som leder till ett bra slutresultat. Då flera sjukvårdshuvudmän eller myndigheter är involverade accentueras detta problem. Äldrevården är ett sådant exempel, där både landstinget och kommunen ofta är involverade. Kraus och Lind visar hur en äldre människas hem blir skärningspunkten för dessa två huvudmäns styrning (Kraus och Lind 2008). Det fungerar dåligt då den ekonomiska styrningen enbart är vertikal, det vill säga från ledningarna ned till vårdbiträdet respektive personen från hemtjänsten som vistas i den äldres hem. Dessa kommer då att värna om den egna huvudmannens budget, till men för den äldre som bor i hemmet. För att det ska fungera bra med två huvudmän i samma hem krävs att det även finns en horisontell styrning, i form av samverkan mellan vårdbiträdet och hemtjänstpersonalen på plats i hemmet och mellan dessa personers chefer vid regelbundna planeringsmöten.

Ett annat exempel där det behövs samverkan är rehabilitering som syftar till återgång i arbete, då förutom landstinget och Försäkringskassan även Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst kan vara involverad. Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti utgör knappast ett undantag i detta avseende. Vad gäller multimodal behandling vid smärta involverar den visserligen team av olika professioner och behandlingen har vissa inslag av arbetsmarknadsinriktad rehabilitering, men det är i huvudsak ändå medicinsk rehabilitering som avses.

Finansiell samverkan mellan olika huvudmän (Finsam) är ett försök att även ersätta samverkan och inte bara delinsatser. Hur Finsam fungerar beskrivs mer detaljerat i avsnitt 6.5.3. I en utvärdering som Statskontoret har gjort på statens uppdrag har man dock inte kunnat finna att de som deltagit i olika insatser organiserade och finansierade genom Finsam har återgått till arbete i större utsträckning än de som inte deltagit i någon sådan insats (Statskontoret 2008).

6.4.4 Ersättning av antalet insatser garanterar inte individen vård i tid

Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti knyter inte ersättningen till att individen ska få bedömning och behandling inom några snävare tidsramar än de som redan gäller genom vårdgarantin. Det är större sannolikhet att en medicinsk rehabilitering leder till återgång i arbete om den sker snabbt, men ersättningsystemen premierar inte detta. De fasta tidsgränser som finns i rehabiliteringskedjan avspeglas heller inte i någon extra ersättning för landstingen att genomföra rehabilitering tidigt i sjukskrivningsprocessen, så att individen hinner återkomma till sitt gamla arbete innan krav ställs på att söka nytt arbete.

Ersättningssystemen i överenskommelserna om den så kallade kömiljarden (SKL 2008c) ser däremot annorlunda ut. Ersättningen är visserligen inte knuten till att den enskilde patienten får vård i tid, men däremot till att åtminstone 80 procent av patienterna i landstinget får det. Extra ersättning ges dessutom om 90 procent av patienterna får vård i tid. Ersättningen från kömiljarden beskrivs mer detaljerat i avsnitt 6.5.2.

6.5 Ersättningen till landstingen i några överenskommelser

6.5.1 Sjukvårdsmiljarden

För att stimulera landstingen till att utveckla bättre sjukskrivningsprocesser, slöt staten en överenskommelse med SKL om åtgärder för att minska sjukfrånvaron åren 2006–2008. Landstingen fick del av den så kallade sjukvårdsmiljarden i förhållande till hur mycket antalet sjukpenningdagar minskade i respektive län i förhållande till föregående år.

Överenskommelsen om sjukvårdsmiljarden har efter vissa justeringar förlängts i en ny överenskommelse som gäller för 2009 (SKL 2008b). En miljard kronor är därför avsatta i statens budget för 2010 att betalas ut till landstingen i efterhand. Ett arbete pågår även inom Regeringskansliet med att utvärdera den nuvarande modellen och att ta fram en mer långsiktigt hållbar ersättningsmodell för kommande år. Den modellen ska snarare bygga på att sjuktalet ska hållas på en stabilt låg nivå än fortsätta att minska och att sjukskrivningsprocessen ska fortsätta att effektiviseras.

För att ett landsting ska få ta del av sjukvårdsmiljarden för 2009 krävs att det har slutit en överenskommelse med Försäkringskassan om att genomföra strukturella åtgärder – inom områdena ledning, kompetens, samverkan och kvinnors sjukskrivning – för att minska sjukskrivningarna. Landstingen ska även implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer om missbruks- och beroendevård som syftar till att upptäcka missbruk tidigt, eftersom rehabilitering och återgång i arbete försvåras av missbruk. Landstingen ska dessutom bistå Försäkringskassan i dess arbete med att få tillgång till medicinska underlag i sjukpenningärenden och vidta åtgärder som leder till att det försäkringsmedicinska beslutsstödet används i större utsträckning. Överenskommelserna ska också innehålla beskrivningar av hur de vidtagna åtgärderna ska följas upp.

De landsting som vidtar ovanstående åtgärder kan få del av den fasta delen av sjukvårdsmiljarden som, om alla landsting deltar, uppgår till 250 miljoner kronor för 2009. Den fasta delen fördelas utifrån respektive läns folkmängd.

Den rörliga delen uppgår som högst till 750 miljoner kronor 2009. Den beror på hur mycket antalet sjukpenningdagar (netto) har minskat mellan åren 2008 och 2009. Den rörliga delen beräknas genom att nedgången i antal sjukpenningdagar i länet multipliceras

med en viss andel av den genomsnittliga sjukpenningen för riket år 2007, som var 480 kronor. Om antalet nettodagar har minskat med mindre än 5 procent får landstingen 15 procent av medelsjukpenningen i ersättning per minskad dag och om antalet nettodagar har minskat med mer än 5 procent får landstingen 25 procent av medelsjukpenningen i ersättning per minskad dag.

De landsting som har åtagit sig att vidta åtgärder för att det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska användas i större utsträckning får en högre ersättning för varje minskad nettodag. Om antalet nettodagar har minskat med mindre än 5 procent får landstingen 20 procent av medelsjukpenningen i ersättning per minskad dag och om antalet nettodagar har minskat med mer än 5 procent får landstingen 50 procent av medelsjukpenningen i ersättning per minskad dag.

Om antalet sjukskrivna minskar genom att de i stället förs över till sjuk- eller aktivitetsersättning (det som tidigare kallades förtidspension) ska den rörliga delen av sjukvårdsmiljarden reduceras. Om antalet nybeviljade sjuk- eller aktivitetsersättningar ökar med 25 procent mellan 2008 och 2009 ska exempelvis den rörliga delen av ersättningen reduceras med 25 procent.

6.5.2 Kömiljarden

Staten och SKL har även slutit en överenskommelse om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti (SKL 2008c) som syftar till att korta väntetider. Den så kallade kömiljarden ska fördelas mellan de landsting som lyckas väl med att ge sina patienter vård i tid. Avtalet gäller från och med 2009, men pengarna ska betalas ut i efterhand och staten har för detta ändamål avsatt en miljard kronor i budgeten för 2010.

För att ett landsting över huvud taget ska vara aktuellt för att få del av kömiljardens medel måste 90 procent av landstingets vårdenheter rapportera in aktuell köstatistik till SKL. Landstinget måste även presentera en plan för hur de avser att arbeta för att korta köerna.

För att sedan få del av kömiljarden måste minst 80 procent av patienterna i ett landsting få träffa en specialist och/eller inleda behandling inom vårdgarantins 90 dagar. Kömiljardens medel delas lika mellan momenten ”remiss till specialist” och ”behandling”, så att båda momenten får 500 miljoner kronor vardera. De landsting

som uppnår målen delar på pengarna utifrån sin befolkningsandel. Det är alltså möjligt för ett landsting att vara med och dela på hälften av kömiljardens medel om landstinget uppfyller kraven på korta vårdköer för remiss men inte för behandling.

För att ytterligare öka drivkraften att korta köerna ska 50 av de 500 miljonerna per moment fördelas till de landsting som lyckas ge 90 procent av patienterna vård inom vårdgarantins gränser.

6.5.3 Finsam

Finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam) bedrivs mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och landsting. Insatserna inom Finsam ska avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och ska syfta till att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete (prop. 2002/03:132). Sedan 2008 kan Finsam även bedrivas mellan enbart Försäkringskassan och ett landsting.

Verksamheten inom ramen för Finsam bedrivs och finansieras av särskilda samordningsförbund, i vilket de samverkande parterna är medlemmar. En samverkande part får som medlem i ett samordningsförbund överföra medel för finansiell samordning till förbundet. Försäkringskassan ska bidra med hälften av medlen till den finansiella samordningen, landstinget med en fjärdedel samt den eller de kommuner som deltar med en fjärdedel.

Högst 5 procent av sjukpenninganslaget får avsättas för samverkansaktiviteter. Sedan år 2005 har medel som avsatts till Finsam stegvis ökat och under åren 2006–2008 har ungefär 1,2 miljarder kronor avsatts, varav 600 miljoner kronor har finansierats genom anslaget för sjukpenning (Statskontoret 2008).

Målsättningen med Finsam är att den ska medföra förbättringar av olika slag för de individer som deltar i insatserna. Samordningen mellan samverkansparterna förväntas innebära att individens behov av rehabiliteringsinsatser tillgodoses bättre. Ett primärt syfte med Finsam är att individerna ska uppnå förmåga till eget förvärvsarbete. Att det primära syftet är förvärvsarbete innebär emellertid inte att varje insats som vidtas inom ramen för Finsam måste leda till att den enskilde faktiskt kommer i förvärvsarbete, men förvärvsarbete ska vara slutmål för rehabiliteringen.

6.6 Avslutande kommentarer

Överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti innebär en tydligare och mer detaljerad statlig styrning av landstingen än i tidigare överenskommelser, bland annat eftersom överenskommelsen ger ersättning för två särskilt angivna insatser. Utredningen drar slutsatsen att det så småningom kommer att medföra att dessa rehabiliteringsinsatser ökar. Under övergångsperioden mellan det gamla systemet, då Försäkringskassan hade möjlighet att köpa insatser, och innan landstingen har hunnit komma i gång med det nya systemet, är dock utfallet snarare det motsatta.

Överenskommelsen innebär inte att landstingen får ersättning för uppnått resultat, som i det här fallet skulle vara att de som genomgår rehabilitering i större utsträckning återgår i arbete. Det är inte heller säkert att överenskommelsen medför detta. Det får visas av den utvärdering som ska genomföras enligt överenskommelsen.

Referenser

- Calltorp, Johan. 2008. *Ersättningen inom hälso- och sjukvården: En kunskapsöversikt baserad på internationella erfarenheter*. SKL.
- Jacobsson, Fredrik och Staffan Lindvall. 2008. *Utveckling av ersättningsystem inom hälso- och sjukvård: En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinje*. SKL.
- Kraus, Kalle och Johnny Lind. 2008. "Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna?" i *Detta borde vårddebatten handla om*, redigerad av Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg, 97–112. Stockholm: EFI och IFL vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Regeringens proposition (2002/03:132). *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet*.
- Statskontoret. 2005. *Reglering och andra styrmedel: En studie av hur staten styr kommuner och landsting*.
- _____. 2008. *Effekter av Finsam?*
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2008a. *Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010*.

- _____. 2008b. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om åtgärder för att minska sjukfrånvaron gällande insatser 2009.*
- _____. 2008c. *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti.*
- _____. 2008d. *Rehabiliteringsgaranti: Kunskapsunderlag om psykiska diagnoser och smärta.*
- Socialstyrelsen. 2007. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning.*
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.*

7 System för ledning, kunskapsstyrning och uppföljning

7.1 Inledning

Hälso- och sjukvårdens insatser på rehabiliteringsområdet är kunskaps- och informationsintensiva. Insatserna är avhängiga av såväl den direkt vårdande personalens kunskap och kompetens som att det finns ett adekvat informations- och kunskapsstöd för att leda, utveckla och följa upp verksamheten. Här finns ingen avgörande skillnad i förhållande till hälso- och sjukvården i stort. Vissa utmaningar rörande kunskaps- och informationshanteringen är emellertid accentuerade här genom de kopplingar som finns till frågor såsom arbetsförmåga och arbetsåtergång samt socialförsäkrings-systemet och dess rehabiliteringskedja.

Syftet med detta kapitel är att diskutera några särskilt centrala aspekter kring informations- och kunskapshanteringen på det här området. Resonemangen kommer till stor del vara av principiell natur och fördjupar sig inte i detaljerade frågor såsom utformningen av specifika behandlingsriktlinjer. Uppmärksamheten riktas i stället på några mer övergripande utmaningar för hanteringen av information och kunskap för att kunna leda, utveckla och följa upp hälso- och sjukvårdens insatser på området.

7.2 System för ledning, utveckling och uppföljning

7.2.1 Möjligheter att identifiera terapiområden och patientgrupper där satsningar behöver göras

I överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin identifierades på central nivå två områden där särskilda initiativ behövde vidtas för att stärka sjukvårdens insatser. Sjukvårdsmiljarden, som är en relaterad insats, kan genom sin mer generella utformning bland annat stimulera landstingen att själva identifiera terapiområden och patientgrupper där det finns en potential för hälso- och sjukvården att genom olika insatser minska antalet sjukskrivningar och/eller vidta åtgärder så att sjukskrivningarna inte blir onödigt långa. Det kan exempelvis handla om att identifiera åtgärder där det förekommer långa väntelistor och där de väntande under tiden måste vara sjukskrivna. Det kan också handla om att identifiera patientgrupper där tidiga insatser kan förhindra ett förlopp som skulle leda till sjukskrivning.

För den här typen av strategiskt utvecklings- och ledningsarbete krävs information som beskriver en mängd olika storheter. Det kan handla om information om väntetider till olika åtgärder, hur många åtgärder som görs av olika slag, i vilken utsträckning patienter är sjukskrivna i väntan på åtgärden och så vidare. En särskilt återkommande utmaning här är att sådana analyser i regel kräver att information från hälso- och sjukvården sammanförs med information från socialförsäkringssystemet. Patientsekretess är sällan ett problem i dessa fall, eftersom data kan vara aggregerad och avpersonifierad. Däremot kan det vara arbetskrävande att konkret länka samman information från olika datasystem, inte minst om de dessutom hålls av olika huvudmän.

Utredningen har i sina egna kontakter med landstingen kunnat konstatera att det finns goda exempel där de har utvecklat en metodik för att identifiera terapiområden och patientgrupper där det finns betydande förbättringspotentialer. Detta arbete har sedan kunnat användas som stöd för att inrikta åtgärder som utvecklar sjukvårdens roll, exempelvis genom att öka kapaciteten om det är väntetiden till specialistbedömning eller åtgärd som förlänger sjukskrivningarnas längd (jfr Hjalte, Persson och Lithman 2009).

Vi kan samtidigt konstatera att det på nationell nivå inte finns något sådant motsvarande arbete. Det finns i dagsläget inga löpande undersökningar som söker fånga samspelet mellan social-

försäkringssystemet och tillgängligheten till insatser inom hälso- och sjukvården. Det går därför exempelvis inte att i dag med någon lätthet ta reda på de bakomliggande orsakerna till de för vissa diagnoskapitel stora variationerna mellan länens sjukskrivningslängd för kvartil 3 (se kapitel 2). Vi återkommer till frågan om utvecklingsmöjligheter i avsnitt 7.2.4.

7.2.2 Medicinska kvalitetsregister och återvunnen arbetsförmåga

Medicinska kvalitetsregister har gradvis etablerats på ett flertal olika områden. De har i regel startat som lokala initiativ, men många har allteftersom fått en större spridning. I dag finns 67 så kallade nationella kvalitetsregister som drivs med stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Registren byggs upp och drivs i decentraliserad form på olika kliniker. Det administrativa arbetet med registren sköts av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som i detta samverkar med Socialstyrelsen.

De nationella kvalitetsregistren innehåller för sina respektive medicinska områden uppgifter om patienters diagnos, utförda behandlingar och resultat. Registren är på så sätt en viktig källa för kunskap om behandlingseffekter och för lärande. De utgör även en viktig källa för så kallade öppna jämförelser (se exempelvis Socialstyrelsen och SKL 2008).

Utredningen har genom intervjuer försökt skapa sig en översiktlig bild av i vilken mån återvunnen arbetsförmåga och återgång i arbete i tillämpliga fall registreras i olika kvalitetsregister. Vi har där fått den uppfattningen att det endast är i undantagsfall som kvalitetsregister försöker registrera den typen av information. Vi har dock samtidigt kommit i kontakt med kvalitetsprojekt där en uttrycklig ambition är att söka samla sådan information tillsammans med information om vilka åtgärder som görs. Den bild som utredningen på detta sätt har fått är med nödvändighet ofullständig. Vi kan dock konstatera att det pågår spännande initiativ som söker utveckla kvalitetsarbetet i en riktning som även fångar sjukskrivningsaspekter. Ett exempel på en ambition att koppla kvalitetsregister till register som finns hos bland annat Försäkringskassan finns i projektet KUR, klinisk utveckling via register, som initierats av Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen (N 2007:04).

Här förefaller också finnas ett behov av att både kartlägga i vilken mån kvalitetsregister i dag samlar sådan information och i vilken mån det skulle vara möjligt att utveckla olika register i en sådan riktning.

7.2.3 Uppföljningar av effekterna av olika initiativ

Regeringen har delat ut flera uppdrag för att följa upp effekterna av initiativ såsom sjukvårdsmiljarden och rehabiliteringsgarantin. Nedan följer en redovisning av de mest centrala uppföljningsuppdragen som delats ut.

Försäkringskassan har tillsammans med Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet som de utvecklat. Nästa rapport om hur arbetet med beslutsstödet fortlöper ska lämnas i januari 2010. Inom ramen för detta uppdrag kommer Försäkringskassan bland annat att göra en analys av de motiveringar som förs in i beslutsstödet för vissa diagnoser. En sådan analys skulle kunna ge en indikation på i vilken mån förlängda sjukskrivningar har sin grund i att den sjukskrivne väntar på en bedömning och/eller behandling.

När det gäller sjukvårdsmiljarden har både Karolinska Institutet (KI), och Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU), fått uppföljningsuppdrag av regeringen. Uppdraget till KI beräknas rapporteras i juni 2009. IFAU:s uppdrag rörde att undersöka huruvida sjukvårdsmiljarden bidragit till att minska sjukfrånvaron. I den i januari 2009 presenterade slutrapporten konstaterades att det var omöjligt att på nationell nivå utvärdera sjukvårdsmiljardens effekt på sjukfrånvaron (Hartman m.fl. 2009). Rapporten konstaterade dock att det fanns skillnader mellan olika landsting både avseende vilka åtgärder de vidtagit och hur sjukfrånvaron utvecklats sedan sjukvårdsmiljarden införts.

Två uppföljningsuppdrag rörande rehabiliteringsgarantin bereds för närvarande inom Regeringskansliet och diskussioner förs med myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen samt forskningsinstitut om att utföra dessa. Det ena uppdraget avser att granska hur rehabiliteringsgarantin har införts i landstingen. Fokus i studien ska ligga på insatsernas innehåll i förhållande till tillgänglig medicinsk evidens och regeringens intentioner med garantin enligt överenskommelsen. Det andra uppdraget syftar till att utvärdera

effekten på arbetsförmågan för personer som har fått rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

7.2.4 Utvecklingsmöjligheter rörande ledning, utveckling och uppföljning

Utredningen har i sina undersökningar inte funnit någon uppföljning, vare sig tillfällig eller löpande, som särskilt studerar hur sjukvårdens insatser främjar respektive försvårar möjligheterna för individer att återfå arbetsförmåga. Orsakerna till detta torde vara att de involverade informationssystemens utformning gör det svårt att relatera hur och när olika insatser görs för individer inom hälso- och sjukvården å ena sidan och hur deras arbetsförmåga och sjukskrivning förändras å den andra. Sjukvård och socialförsäkring är, med andra ord, av tradition två skilda sfärer och det har inte funnits någon reell plattform för att ackumulera information och kunskap om hur de samspelar i praktiken.

Det finns trots bristerna flera områden där det skulle vara möjligt att utvidga redan pågående insamling av information, för att gradvis få en något tydligare bild av hur hälso- och sjukvården på olika områden genom varierande tillgänglighet till insatser bidrar till eller försvårar möjligheterna att återfå arbetsförmåga. Det finns, såsom delvis redovisats ovan, flera system för insamling och bearbetning av information inom såväl den sfär som utgör hälso- och sjukvården som den sfär som utgör socialförsäkringssystemet. Dessa system har alla sina olika syften och fokus och fångar endast i undantagsfall information som rör förhållanden i den andra sfären. Vi återkommer om förslag på utveckling i detta avseende i kapitel 8.

Vi har ovan konstaterat att det inte finns någon tillgänglig löpande analys av vad som orsakar de ibland betydande variationerna i sjukskrivningslängd för de långa sjukskrivningarna mellan olika län (se kapitel 2). Här finns rimligen en potential för fördjupade analyser åtminstone på de diagnosområden där antalet sjukskrivna är stort och där variationerna i sjukskrivningslängd mellan olika län är betydande. Sådana analyser skulle då syfta till att söka utreda i vilken mån variationerna har sin grund i systematiska skillnader i sjuklighet, systematiska skillnader i bedömningar eller systematiska skillnader i när och hur sjukvården genomför sina insatser för dessa patienter. Här finns naturligtvis stora möjligheter

för olika berörda landsting att utveckla sådana analyser, men sådant arbete borde kunna stödjas även av nationella initiativ.

Avsaknaden av den här typen av analyser har också en viktig jämställdhetsaspekt. Kvinnor står för en större andel av alla sjukskrivningar. Det finns också könsskillnader i bemötandet och handläggningen av sjukersättnings- och rehabiliteringsärenden hos Försäkringskassan. Inom sjukvården finns motsvarande könsskillnader. Bland annat har det visats att kvinnor i genomsnitt upplever längre väntetider än män (SKL 2007). Det faktum att det finns flera viktiga könsskillnader inom det aktuella området understryker behovet av att analysera orsakerna bakom varierande sjukskrivningslängder även ur ett jämställdhetsperspektiv.

Förutom att de är krävande kan en möjlig orsak till att den här typen av sfäröverbyggande analyser inte gjorts, vara att det inte är entydigt vilken organisation eller myndighet som skulle göra dem. Det är helt enkelt inte klart om en sådan uppgift ligger inom ramen för Socialstyrelsens eller Försäkringskassans uppdrag, eller om den skulle sägas falla inom ramen för de uppföljningar som görs inom SKL. Vi kan därvidlag inte undgå att notera att de ovan berörda typerna av analyser kan vara ett område där en funktion för oberoende granskning av hälso- och sjukvården skulle kunna spela en roll. Inom Socialdepartementet tillsattes den 30 mars 2009 en arbetsgrupp med uppdrag att föreslå formerna och definiera uppgiften för en oberoende och strukturellt fristående granskningsfunktion för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Syftet med en sådan granskningsfunktion är bland annat att utveckla hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens effektivitet och kvalitet.

Tillgången till bättre information för uppföljningar av samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring kan stärka möjligheterna till ledning och styrning inom medicinsk rehabilitering. En ökad tillgång till analyser om samspelen mellan sjukvård och socialförsäkring kan också bidra till en fortsatt utveckling av de samarbeten som sker inom ramen för sjukvårdsmiljarden (ofta kallat sjukskrivningskommittéer).

7.3 Styrning genom behandlingsriktlinjer och vårdprogram

Socialstyrelsen tar fram kunskapsbaserade riktlinjer för olika terapiområden. Dessa är ett viktigt styrinstrument och stödjer utvecklingen mot en mer likvärdig vård. Basen för riktlinjer är en kunskapsgenomgång där experter värderar kunskap om behandlingar för olika tillstånd. I arbetet görs också hälsoekonomiska värderingar av olika behandlingar för att få en bild av deras kostnadseffektivitet. Riktlinjerna innehåller sedan uttalanden om vilka åtgärder som är att rekommendera för olika tillstånd och problem.

Rekommendationerna i nationella riktlinjer ger också stöd för prioriteringar. En prioriteringsgrupp rangordnar tillstånds- och åtgärdsparerna i riktlinjerna utifrån den sammanvägda bedömningen av nyttan och kostnaden. Prioriteringsgruppen består av experter med hög legitimitet i hälso- och sjukvården, som har praktisk erfarenhet från det aktuella området och som representerar olika nivåer. Rangordningen görs i en skala från ett till tio, där ett anger högsta och tio lägsta prioritet. Rangordningen baseras på faktagruppens samlade bedömning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt och kostnadseffektivitet samt hur starkt vetenskapligt stöd som finns för effekter och kostnadseffektiviteten.

Utredningen kan konstatera att de nyligen utgivna preliminära nationella riktlinjerna för depressionssjukdom och ångestsyndrom (Socialstyrelsen 2009) innehåller avsnitt som diskuterar sjukskrivningsaspekter. Det gäller i första hand det försäkringsmedicinska beslutsstödet, men också att det i patientens behandlingsplan "ingår att beskriva olika delmål i behandlingen/sjukskrivningen, där återgång i arbete kan vara ett delmål" (samma källa, s. 49). Riktlinjerna berör vidare, på flera ställen, frågor relaterade till tider för åtgärder. Sålunda understryks exempelvis behovet av en "hög tillgänglighet i det primära omhändertagandet av barn, ungdomar, vuxna och äldre med nedstämdhet och oro inom första linjens vård..." (samma källa, s. 17) Vidare betonas betydelsen av kontinuitet. Några mer markerade tidsgränser förekommer emellertid inte i den preliminära versionen av dessa nationella riktlinjer.

Det har inte varit möjligt för utredningen att undersöka på vilka sätt som sjukskrivningsaspekter berörs i samtliga nationella riktlinjer. Vi kan dock konstatera att de nationella riktlinjerna för depressionssjukdom och ångestsyndrom indikerar en ambition att tydligt relatera frågor om åtgärder till sjukskrivningsaspekter. Lik-

nande analyser och bedömningar ingår vidare i pågående arbeten med bland annat riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar och diabetes. Denna inriktning av Socialstyrelsens arbete avseende nationella riktlinjer är välkommen. Eftersom sjukskrivning ska ses som en åtgärd vid vård och behandling, ser vi framför oss att riktlinjer än mer kan komma att täcka frågeställningar kring värdet av eventuell sjukskrivning, liksom *när* åtgärder bör sättas in för att stödja återgång i arbete eller återvunnen arbetsförmåga.

Utredningen kan konstatera att det finns ett utrymme att i större utsträckning i nationella riktlinjer beakta de tidsmässiga aspekterna av *när* åtgärder utförs. För den enskilde är tidsaspekten, som understrukits i tidigare kapitel, av vikt givet de tidsgränser som rehabiliteringskedjan stipulerar. Ur ett riktlinjeperspektiv är det dock väsentligare att ha underlag för hur olika väntetider påverkar hur pass framgångsrika åtgärder blir. Här krävs en fortsatt utveckling av de medicinska kunskapsunderlagen på olika områden. Till sådana underlag borde kunna kopplas undersökningar av de hälsoekonomiska konsekvenserna av *när* åtgärder utförs inom hälso- och sjukvården. Genom att i större utsträckning medicinskt och samhällsekonomiskt värdera de tidsmässiga aspekterna av sjukvårdens åtgärder, kan gradvis ett bredare kunskapsunderlag utvecklas. Ett sådant underlag kan dels i många fall stödja utvecklingen mot en högre tillgänglighet i vården. Det kan vidare vara ett underlag för en nödvändig löpande diskussion om relationen mellan rehabiliteringskedjans tidsgränser och *när* åtgärder utförs inom hälso- och sjukvården.

Ett steg i den ovan skisserade utvecklingen av behandlingsriktlinjer bör vara att vid revideringen av gällande riktlinjer också se i vilken mån de kan kompletteras med sjukskrivningsaspekter. Här kan också det arbete Socialstyrelsen bedriver inom projektet *Strategier för kunskapsstyrning* bidra till den fortsatta utvecklingen. Enligt direktiven ska utredningen bland annat

... komma med förslag om hur ett fortsatt ansvar för utvecklingen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska formaliseras samt hur arbetet ska bedrivas. Utredningen ska också ta ställning till ambitionsnivån vad gäller beslutsstödet omfattning och kvalitet. Omvärldsförhållanden – som exempelvis införande av fasta tidsgränser i sjukskrivningsprocessen, införande av rehabiliteringsgaranti samt en tydligare koppling mellan ekonomiska incitament och landstingens arbete med sjukskrivningar – kan förutsättas spela en stor roll för den miljö i vilken beslutsstödet ska fungera. (Socialstyrelsen 2008)

Lokala och regionala vårdprogram ger mer konkreta riktlinjer för behandling av vissa grupper. I de fall nationella riktlinjer föreligger, är dessa ett stöd för utvecklingen av ett vårdprogram. Utredningen har i sina kontakter med landsting blivit uppmärksam på att det förekommer utvecklingsprojekt som beaktar rehabiliteringskedjans tidsramar. Ett sådant projekt är *BackUpp* rörande ländryggsmärta som bedrivs av MORSE i Lund på uppdrag av projektet *Förbättrad sjukskrivningsprocess i Skåne* och som involverar Skåne läns landsting (Region Skåne), Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (MORSE 2009). Vi ser framför oss att utvecklingen av lokala och regionala vårdprogram i ökande grad inkluderar sjukskrivningsaspekter, såsom värdet av eventuell sjukskrivning, rehabiliteringskedjans tidsgränser och *när* åtgärder bör göras för att motsvara god vård. Detta i likhet med nationella riktlinjer.

7.4 Sammanfattande diskussion

Det har länge påtalats att vi inte vet i vilken mån bristande tillgänglighet inom hälso- och sjukvården bidrar till onödigt långa sjukskrivningstider. Det föreligger också, såsom redovisades i kapitel 2, systematiska variationer i sjukskrivningslängder som åtminstone till en del *skulle kunna* ha sin grund i variationer inom hälso- och sjukvården. Denna kunskapsbrist är besvärande. Den är besvärande också i det fall det endast är på vissa områden och i vissa delar av landet som brister i sjukvårdens tillgänglighet bidrar till onödigt långa sjukskrivningar. Även här skulle en mer systematisk kunskap kunna ge underlag och stöd till lednings- och utvecklingsinsatser där de har förutsättningar att göra störst nytta. En mer systematisk insamling av data uppdelat per kön skulle vidare öka förutsättningarna att uppnå en jämställd vård avseende tillgängligheten till medicinsk rehabilitering.

En förklaring till det bristfälliga kunskapsläget på det här området är att ett bra kunskapsunderlag kräver en kontinuerlig kombination av information från såväl socialförsäkringssystemet som hälso- och sjukvården. Här föreligger både betydande tekniska och organisatoriska utmaningar. Det ligger utanför utredningens uppdrag att diskutera om en sådan informationsinfrastruktur borde inrättas och hur den i så fall skulle se ut. Det förefaller emellertid rimligt att anta att vinster av blygsamt ökade insatser på detta område långt överskrider de kostnader som kan härledas till dagens

bristfälliga kunskap på området. Vi återkommer till dessa frågor i nästa kapitel och diskuterar där hur socialförsäkringssystemet respektive hälso- och sjukvården skulle kunna försöka skapa bättre bilder över samspelet emellan.

Referenser

- Hartman, Laura, Per Johansson, Staffan Khan, och Erica Lindahl. 2009. *Uppföljning och utvärdering av Sjukvårdsmiljarden*. IFAU rapport 2009:1.
- Hjalte, Frida, Ulf Persson och Thor Lithman. 2009. *Produktionsbortfall till följd av sjukskrivningar i Region Skåne 2005: Fokus på 9 diagnoser*. IHE e-rapport 2009:1.
- Morse. 2009. *Årsrapport för MORSE tiden 2008-02-01–2009-01-31*. Lund.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: Jämförelser mellan landsting 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen och SKL.
- Socialstyrelsen. 2007. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*.
- _____. 2008. *Utredningsdirektiv för Socialstyrelsens strategier för kunskapsstyrning* (beslutade 2008-11-17).
- _____. 2009. *Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar*. Preliminär version. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2007. *(O)jämsställdhet i hälsa och vård: En genusmedicinsk kunskapsöversikt*.

8 Lakttagelser och förslag

Utredningens förslag: Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) tydliggörs att medicinsk rehabilitering omfattas av vårdgarantin. Ett sådant tydliggörande bör ske inom de lagändringar som utredningen presenterade i delbetänkande *Patientens rätt: Några förslag för att stärka patientens ställning* (SOU 2008:127).

Vidare föreslås att Socialstyrelsen i nationella riktlinjer uppmärksammar och i förekommande fall inarbetar rekommendationer om rehabiliteringsåtgärder. Utredningen anser vidare att Socialstyrelsen bör undersöka möjligheterna att analysera de hälsoekonomiska konsekvenserna av *när* åtgärder utförs inom hälso- och sjukvården. På så sätt kan hälso- och sjukvården få underlag om de samhällsekonomiska konsekvenserna orsakade av olika väntetider till en behandling.

Utredningen föreslår också att Försäkringskassan ges möjligheter att överlåta delar av sitt samordningsansvar för rehabiliteringsinsatser enligt *lagen (1962:381) om allmän försäkring* till andra aktörer.

Utredningen föreslår att regeringen avsätter särskilda resurser för forskning, uppföljning och utvärdering kring socialförsäkringens interaktion med och beroende av hälso- och sjukvårdens funktion m.m.

Utredningens bedömning: Vi vill att patienter får bättre överblick och på olika sätt ett vidare inflytande över sin vårdprocess. Det kan ske genom individuellt utformade behandlingsplaner som planeras i samverkan med vårdgivaren (HSL 3 b §) och som även beaktar individens behov med utgångspunkt från krav i socialförsäkringen.

Introduktionen av incitamentsstrukturer i de statliga riktade bidragen till landstingen kan ha betydelse för att öka tillgängligheten, förbättra resultatet och nå överenskomna ambitionsni-

vår. Vi bedömer att en fortsatt analys och utveckling av incitamenten är av vikt.

När landstingen utnyttjar statliga medel för expansion av exempelvis rehabiliteringsinsatser är det viktigt att det sker med ambitioner om att verksamheterna organiseras på effektivaste sätt. Det kan ske genom fortlöpande uppföljning, utvärdering och öppet redovisade jämförelser. Det kan också ske genom konkurrensutsättning av den egna verksamheten så att fler vårdgivare ges möjlighet att verka. Fördelningen mellan andelen verksamhet bedriven i landstingens regi och verksamhet som utförs av andra bör redovisas löpande.

Det är vidare utredningens uppfattning att det är av stor vikt att få bättre informationsunderlag rörande sambandet mellan de åtgärder som utförs inom hälso- och sjukvården och vilka effekter dessa har för återvunnen arbetsförmåga och återgång i arbete. Vi anser att det är önskvärt att Socialstyrelsen i samråd med Försäkringskassan, SKL och andra berörda aktörer arbetar fram kvalitetsindikatorer som omfattar rehabilitering, återvunnen funktions- och arbetsförmåga samt återgång i arbete för att på så sätt stimulera att dessa aspekter i större utsträckning inkluderas i uppföljningar och registreras i olika nationella kvalitetsregister.

Utredningen delar till sist den bedömning som många tidigare gjort: Det finns ett stort behov av ökad dialog mellan verkssamma inom socialförsäkringens område å ena sidan och hälso- och sjukvården å den andra. Det understryks inte minst av det faktum att olika aktörer har olika uppdrag samtidigt som det samlade utfallet förutsätter en samsyn och ömsesidig förståelse för varandras förutsättningar och uppdrag.

8.1 Bakgrund till rehabiliteringsgarantin

Flera initiativ har under senare år tagits för att minska sjukskrivningarnas längd och antal. Till dessa hör införandet av ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd och förändringar i reglerna för sjukskrivningar inklusive införandet av rehabiliteringskedjan. Överenskommelserna mellan staten och SKL om sjukvårdsmiljarden¹ och

¹ Sjukvårdsmiljarden kallas ibland i hälso- och sjukvården för sjukskrivningsmiljarden. Anledningen är att begreppet sjukvårdsmiljarden är myntat i ett socialförsäkrings-sammanhang, samtidigt som det inom sjukvården finns flera reformer förknippade med

rehabiliteringsgarantin är vidare åtgärder som genom ekonomiska stimulansmedel stöttat landstingen att utveckla arbetet med att minska sjukskrivningarna. Vissa åtgärder har samordnat grunderna för beslut inom Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, medan andra, såsom rehabiliteringsgarantin, har stimulerat hälso- och sjukvårdens arbete med att tillhandahålla rehabiliteringsåtgärder. Sjukskrivningarna har också minskat under de senaste åren. Samtidigt är det ännu för tidigt att värdera vilka effekter enskilda åtgärder har medfört. Det kan också vara svårt att skilja dessa medvetna ingripanden från den påverkan som sker genom konjunktursvängningar och arbetsmarknadssituationer. Eftersom många olika åtgärder satts in parallellt kan det också i kommande utvärderingar bli svårt att peka ut någon enskild åtgärd som särskilt verkningsfull. Den samlade och tydligt uttalade ambitionen att undanröja hinder för den enskilde att ta del av rehabiliteringsåtgärder och avsikten att minska sjukskrivningarna kan i sig ha varit lika effektiva som de enskilda åtgärderna.

Utredningens förslag som presenteras i detta kapitel ska ses mot bakgrund av de många åtgärder som redan vidtagits och det faktum att det ännu är för tidigt att se vilka effekter olika åtgärder haft. Vi gör den bedömningen att ytterligare större förändringar i regelverk, ansvarsförhållanden och strukturer är olämpliga eftersom de initiativ som redan har tagits måste få verka samt följas upp och utvärderas. De förslag som lämnas av utredningen är avsedda att komplettera varandra och syftar till att tydliggöra och därmed stärka individens ställning rörande medicinsk rehabilitering. Förslagen har sökt inordna medicinsk rehabilitering i de ordinarie strukturer som finns inom hälso- och sjukvården samt att förstärka socialförsäkringsperspektivet i sjukvårdens verksamhet.

8.1.1 Överenskommelsens karaktär

Överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti är inget juridiskt bindande dokument i kommunalrättslig eller annan lagstiftningsmässig mening, utan ska mer ses som en politisk överenskommelse om att landstingen ska satsa mer på rehabiliteringsåtgärder mot att de får ersättning från staten för

ekonomiska incitament från staten. Den formella beteckningen av anslaget i statsbudgeten är 1:6 Bidrag för arbetet med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården inom utgiftsområde 9 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och handikapp.

detta. Därmed innebär den heller ingen garanti för den enskilde att få rehabilitering eller att få sin rätt prövad om man anser att adekvata åtgärder uteblir.

Överenskommelsen understryker betydelsen av medicinsk rehabilitering där ett viktigt resultat är att individen återfår arbetsförmåga och kan återgå i arbete. De två diagnosgrupper som berörs, diffus smärta i rygg, axlar och nacke samt lindrig ångest, oro och depression, utgör två tredjedelar av alla sjukpenningdagar. Landstingens ansvar för patienter med dessa diagnoser stimuleras genom att överenskommelsen ger ersättning för en specifik rehabiliteringsmetod för vardera diagnosgruppen. Det anses föreligga evidens för att tidiga insatser med dessa rehabiliteringsmetoder leder till att individen når återvunnen arbetsförmåga bättre än utan dessa tidiga insatser. I överenskommelsen avdelas forskningsmedel för att få fram evidens för återvunnen arbetsförmåga och helst även för återgång till arbete genom fler rehabiliteringsmetoder. Om man kan finna sådana tydliga samband för fler metoder kan dessa komma att läggas till i överenskommelsen under pågående avtalsperiod som är 2009–2010.

8.1.2 Effekter av överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti

Eftersom överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti slöts först i december 2008 och trädde i kraft vid årsskiftet är landstingen ännu inte färdiga med organisationen kring rehabiliteringsgarantin. Ofta är det de funktioner och de personer som organiserar landstingens verksamhet enligt kraven i överenskommelsen mellan staten och SKL om sjukvårdsmiljarden som även arbetar med att organisera verksamheten enligt kraven i överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin. Det har underlättat processen och gjort att det har gått snabbare. Fokus fanns därmed redan på effekter av sjukvårdens tillgänglighet för sjukförsäkringen och den enskildes möjlighet att återgå till arbetslivet.

Den första kvartalsredovisningen från landstingen till Försäkringskassan visar att landstingen kommer att uppnå sådana volymer för de överenskomna behandlingsmetoderna att de i överenskommelsen avsatta 560 miljoner kronorna för 2009 kommer att förbrukas. Det medför förmodligen även en ökning av antalet rehabiliteringsåtgärder som sätts in i ett tidigt skede under 2009. Det går

dock inte att avgöra detta eftersom det inte finns några samlade uppgifter om hur många rehabiliteringsinsatser som genomfördes 2008.

Utredningens egna intervjuer med landstingen kompletterar kvartalsredovisningen och visar att alla landsting håller på att kartlägga rehabiliteringsbehovet för de i överenskommelsen angivna grupperna och möjligheten att möta detta behov antingen i egen regi eller genom andra aktörer. Det kommer att ske med kompletterande utbildningsinsatser och ibland även genom att anpassa organisationerna så att kraven i överenskommelsen ska kunna mötas. Landsting som anser sig ha varit dåliga på att möta patienters behov av rehabiliteringsinsatser uttrycker att överenskommelsen är den stimulans som behövs för att få igång en aktivare rehabiliteringsorganisation. Landsting som sedan tidigare arbetat med hänsyn till sjukförsäkringsmässiga perspektiv, uttrycker i stället en irritation över att staten genom överenskommelsen styr landstingens organisation genom riktade bidrag.

Efter det att den första överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti trädde i kraft den 1 juli 2008 upphörde Försäkringskassan helt att köpa rehabiliteringstjänster från privata rehabiliteringsföretag. Sedan årsskiftet 2008/2009 har Försäkringskassan inte längre några medel för det ändamålet. Landstingen har övertagit ansvaret men ännu i liten eller ingen utsträckning utökat sin upphandling av privata rehabiliteringstjänster. Det har medfört en kraftig nedgång i utnyttjandet av de privata rehabiliteringsföretag vars tjänster tidigare erbjöds Försäkringskassan. Eftersom landstingen heller inte har hunnit bygga upp sin egen rehabiliteringsverksamhet kan det medföra en risk för att färre rehabiliteringstjänster finns att tillgå, åtminstone inledningsvis.

Då rehabiliteringsverksamhet och sjukgymnastik är en bransch inom hälso- och sjukvården där relativt många kvinnliga egenföretagare verkar², kan en utveckling som begränsar möjligheter för privat driven hälso- och sjukvårdsverksamhet även få negativa effekter ur jämställdhetssynpunkt.

Det är osäkert på vilka grunder som landstingen beslutar att verksamheten ska bedrivas i egen regi eller av andra aktörer. Av det material som funnits till utredningens förfogande framgår inte i

² Enligt NUTEK (numer Tillväxtverket) fanns det 5 000 kvinnliga företagare och 2 000 manliga företagare inom branschen "annan hälso- och sjukvård" som omfattar rehabilitering, sjukgymnastik, alternativmedicin och liknande vårdgivare. Det är den bransch inom hälso- och sjukvården som har störst övervikt för kvinnliga företagare (NUTEK 2008).

vilken utsträckning behovet av insatser, kvalitetsnivåer, kompetenstillgång eller kostnadsnivåer varit av betydelse i samband med landstingens ställningstaganden.

Det är viktigt att landstingen vid användande av statliga medel vinnlägger sig om att dessa används effektivt. Det åstadkoms ofta genom att verksamheter får verka i konkurrens och genom tydliga uppföljningar som fokuserar på verksamheternas kvalitativa resultat. En löpande redovisning av fördelningen mellan den verksamhet som sker i egen regi och den som utförs av andra kan i det sammanhanget utgöra ett av underlagen för uppföljning och utvärdering.

8.2 Utredningens iakttagelser

Överenskommelser är sedan länge en vanligt förekommande form för staten och landstingen att uttala och reglera en gemensam viljeinriktning inom hälso- och sjukvården. Eftersom överenskommelser inte är juridiskt bindande utan snarare utgör en i samråd uttalad policyinriktning för staten och SKL, har de formellt sett begränsad styreffekt och är därför starkast när parterna gemensamt tar ansvar för att vårda överenskommelsen. Påverkanseffekten visar sig vara störst vid den tidpunkt då överenskommelsen träffas och tiden närmast därefter, enligt den kartläggning som Statskontoret genomfört avseende den statliga styrningen av landsting och kommuner fram till 2005 (Statskontoret 2005). Enligt de intervjuer som utredningen har genomfört pågår mycket aktivitet i landstingen just nu med att organisera sig för att möta kraven i överenskommelsen. Ambitiösa anslag kan ses i landstingens planering såväl under hösten 2008 som våren 2009.

Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti skiljer sig dock från tidigare överenskommelser genom att den tydligt pekar ut två specifika rehabiliteringsinsatser och de väntetider som landstingen inte bör överskrida för dessa. Om överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti får en mer beständig effekt än tidigare överenskommelser är för tidigt att säga. Bortsett från detta har utredningen gjort en rad iakttagelser om överenskommelsen.

8.2.1 Fördelar med överenskommelsens innehåll

Överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti har enligt utredningen en rad fördelar.

1. Den tydliggör hälso- och sjukvårdens ansvar att erbjuda tidiga specifika åtgärder för utpekade diagnosgrupper så att individen kan återvinna sin arbetsförmåga.
2. Den lyfter fram rehabiliteringsinsatser som en viktig del av behandlingen.
3. Den anger en målsättning att berörda patienter ska få rehabiliteringsinsatser inom 6–8 veckor från sjukskrivningens början.
4. Den sätter fokus på åtgärder som är definierade av SBU med evidens för att återfå arbetsförmåga (och som återfinns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och försäkringsmedicinska beslutsstöd).
5. Den innebär att särskilda forskningsmedel avsätts för att ta fram evidens för andra rehabiliteringsinsatser när det gäller återvunnen arbetsförmåga och helst även återgång till arbete.
6. Den ger landstingen ett betydande ekonomiskt tillskott och en incitamentsstruktur knuten till prestationer inom två prioriterade och preciserade rehabiliteringsområden som anses ha stor betydelse för individer och samhälle.
7. Den ställer krav på uppföljning och redovisning av landstingens insatser, även vad gäller det 25-procentiga påslaget för förberedande och utvecklande insatser.

8.2.2 Nackdelar med överenskommelsens innehåll

Överenskommelsen har enligt utredningen även ett antal nackdelar.

1. Det råder osäkerhet om, och på vilket sätt, överenskommelsen förbättrar den enskilde patientens möjligheter att få del av rehabiliteringsinsatser.
2. Det råder osäkerhet kring hur patienter informeras och kan utkräva den garanterade rehabiliteringen.

3. En effekt av att Försäkringskassans roll i upphandling av rehabiliteringstjänster flyttats till sjukvårdshuvudmännen är att privata vårdgivare blir mer beroende av enskilda landstings ställningstaganden och volymer och riskerar därmed hamna i situationer med utsträckt osäkerhet.
4. Den ensidiga kopplingen till av SBU utvärderade metoder med betydelse för återgång till arbete kan exkludera andra effektiva behandlingsformer. Det är inte heller givet att de ökade rehabiliteringsinsatserna sker till samma eller bättre kvalitet än tidigare. Risker tas också genom att anamma en enda given vetenskaplig metod som urvalskriterium.
5. Den uppföljning och utvärdering som är knuten till återerövrandet av arbetsförmåga kan vara svår att organisera och kräver i vilket fall som helst fördjupade analyser.
6. Det splittrade ansvaret mellan olika aktörer (arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och landsting) kvarstår.
7. Individerna ges inget särskilt stöd för att ”ta sig genom” rehabiliteringsprocessen.
8. Den omfattar enbart personer i åldern 16–67 år och kan därmed uppfattas ange en annan inriktning för sjukvården än portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen om god vård på lika villkor (2 § HSL).

8.2.3 Aktörernas samverkan och ansvar

Ett flertal olika aktörer är involverade i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Dessa aktörer är exempelvis hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivare och Arbetsförmedlingen och de bedriver sina insatser utifrån sina respektive uppdrag och ansvar. Landstingen och i viss mån kommunerna ansvarar för den medicinska rehabiliteringen och ska även förse andra aktörer med det medicinska underlag de i sin tur behöver för att uppfylla sina ansvar. Försäkringskassan har ett samordningsansvar för rehabiliteringen av personer som är sjukskrivna (försäkrade hos Försäkringskassan) och ska verka för att samtliga inblandade aktörer tar sitt ansvar.

Ansvarsfördelningen aktörerna emellan är dock inte alltid så tydlig och olika typer av rehabilitering indikerar även olika organi-

satoriska ansvar. Principiella skillnader mellan aktörernas uppdrag kan också skapa motsättningar. Regelverk tillämpas tidvis felaktigt och andra gånger har aktörerna bristande kunskap om varandras regelverk. Allt detta kan leda till att samordningen aktörerna emellan inte fungerar tillfredsställande. I slutändan kan dessa svårigheter drabba den enskilde individen vars rätt inte tas tillvara.

8.2.4 Tillgänglig kunskap och brist på densamma

Det råder oklarhet om varför Sverige under lång tid har haft längre sjukskrivningar än omvärlden för samma eller liknande diagnoser. Sedan några år sjunker antalet sjukpenningdagar, vilket både beror på en minskning av antalet nya sjukskrivna personer och en förkortning av sjukperioderna. Väntetider i sjukvården skulle kunna vara en förklaring till Sveriges fortfarande långa sjukskrivningar, men det finns inga entydiga belägg för detta. Det saknas helt enkelt studier i det avseendet. Vi vet, efter utredningens egna analyser, att det råder systematiska skillnader i sjukskrivningslängd för samma diagnos mellan de olika länen. Vi vet däremot inte om det beror på systematiska skillnader i tillgänglighet till vård och rehabilitering i olika landsting. Därmed är det också svårt att på förhand säga om en förbättrad rehabilitering skulle medföra kortare sjukskrivningstider.

En anledning till att det varit svårt att visa kopplingen mellan vårdköer och sjukskrivningslängder är att statistik över vårdinsatser och väntetider till dessa insamlas och bearbetas av landstingen medan Försäkringskassan ansvarar för statistik över sjukskrivningslängder för olika diagnoser. En uppföljning av och utvärdering kring huruvida rehabiliteringsgarantin leder till en ökad återgång till arbete och till färre sjukskrivningar innehåller därför både organisatoriska och tekniska svårigheter. Det är däremot inte oöverkomligt svårt att organisera detta på ett sådant sätt att underlag för analys och beslut avsevärt förbättras.

Vi föreslår att ett särskilt program för mångvetenskapliga studier kring interaktionen mellan sjukvård och socialförsäkring etableras. Syftet med programmet ska bland annat vara att utveckla ett gemensamt kunskapsunderlag för att förbättra bedömningar och beslut av hur tillgängligheten i olika delar av sjukvården påverkar sjukskrivningarna. Ett förbättrat beslutsunderlag kan också leda till att det blir enklare att formulera mer träffsäkra incitament.

Ansvar för genomförande av programmet bör ligga utanför de mest involverade parterna och Regeringskansliet, men kan med fördel knytas till något av universiteten.

8.3 Identifiering av handlingsalternativ

En snabbare tillgång till rehabilitering för att möjliggöra återgång till arbete ligger i individens intresse men har även stor betydelse för staten. Sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen är statligt beslutade och reglerade, samt i huvudsak även statligt finansierade. Medicinsk rehabilitering är dock landstingens och i viss mån kommunernas ansvar och landstingen styr och finansierar sig huvudsakligen själva genom den självstyrelseposition och beskattningsrätt av invånarna som ges enligt *regeringsformen*. Slutligen är social rehabilitering och ekonomiskt bistånd, för den som varken är berättigad till sjukpenning eller arbetslöshetsersättning och inte kan arbeta, ett ansvar för kommunerna. Också kommunerna styr och finansierar sig huvudsakligen genom egen uttaxering. Detta sammantaget komplicerar möjligheten att organisera och finansiera en bra, enkel och överskådlig rehabiliteringsverksamhet som syftar till återgång till arbete och som har den enskildes behov som utgångspunkt.

Trots denna komplikation ser utredningen ett antal möjliga handlingsalternativ för staten, med syfte att stärka den enskildes ställning och stimulera fler och bättre medicinska rehabiliteringsinsatser med återgång till arbetslivet som mål. Några av dessa alternativ är att:

- tydliggöra att även medicinskt motiverade rehabiliteringsinsatser ingår i vårdgarantin;
- Socialstyrelsen i sitt riktlinjearbete i ökad utsträckning uppmärksammar rehabilitering;
- stimulera en ökad användning av kvalitetsindikatorer som omfattar rehabilitering, återvunnen funktions- och arbetsförmåga samt återgång i arbete i uppföljningar av vårdens resultat;
- patienten ges rätt till en individuell behandlings- och rehabiliteringsplan som ger överblick och inflytande över vårdprocessen och som även tar hänsyn till individens behov med utgångspunkt från krav i socialförsäkringen;

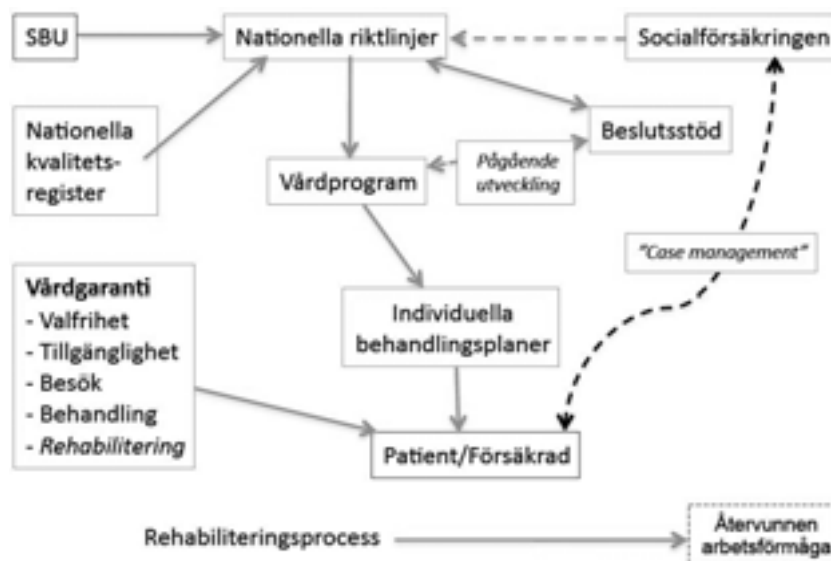
- använda ekonomiska incitament för att stimulera ökad samverkan mellan olika aktörer och utveckling av en mer aktiv samordningsroll;
- införa vårdval som ger patienten valfrihet och aktörer möjlighet att ansluta sig till offentlig finansiering av rehabiliteringsverksamhet;
- staten och SKL även efter 2010 sluter överenskommelser med syfte att betona vissa åtgärder eller premiera sammantagna resultat för hälsoutvecklingen;
- tillåta olika former av fristående försäkringslösningar som ger incitament till företag att arbeta med tidiga insatser för att pröva och återställa arbetsförmåga hos sina anställda.

8.4 Fördjupande diskussion av de lämnade förslagen

I de följande avsnitten 8.4.1–5 fördjupar vi diskussionen kring några av de lämnade förslagen. I avsnitten 8.5.1–2 utvecklar vi diskussionen om några av de framtida handlingsalternativ som utredningen identifierat, men där vi i detta betänkande avstått att formulera konkreta förslag.

Figur 8.1 illustrerar det system som omger den enskilde och där utredningen lämnar flera förslag rörande medicinsk rehabilitering.

Figur 8.1 Illustration över de aktörer och det system av åtgärder som omger den enskilde individen i samband med sjukdom, sjuk-skrivning, behandling, rehabilitering och återgång i arbete



Anm: Vårdgarantin formulerar vårdens skyldigheter mot patienten bl.a. vad avser väntetider och patientens möjligheter att välja vårdgivare. Bilden beskriver också det system för att ta fram rehabiliteringsåtgärder som skall finnas med i behandlingar.

8.4.1 Förslaget att även fortsättningsvis träffa överenskommelser

Vi har redan beskrivit för- och nackdelarna med den nuvarande överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti. Då utredningen förordar att staten ska träffa nya överenskommelser avseende rehabilitering även efter 2010 bör nackdelarna minimeras. Utredningens observationer handlar om att överenskommelsen bör innehålla en tydligare koppling till individens rätt. En framtida överenskommelse bör vidare ställa krav på att rehabiliteringen är effektiv, det vill säga att den leder till bästa möjliga resultatet vid en given kostnad, för att statsbidrag ska utbetalas. Resultatet är i det här fallet återgång till arbete för de som deltar i insatserna. En effektiv och kvalitativ verksamhet förutsätter uppföljningar som fokuserar på verksamheternas kvalitativa och ekonomiska resultat samt stimuleras ofta om verksamheterna konkurreras ut. Konkurrensutövning kan antingen ske genom upphandling eller inrättande av

valfrihetssystem. Huvudmännen har även möjligheter att använda de resurser som finns till förfogande genom de vårdgivare som arbetar enligt den så kallade nationella taxan. Flera sjukgymnaster har exempelvis specialiserat verksamhet mot patienter med ryggbesvär.

Möjligheten att använda beprövade rehabiliteringsmetoder, men som ännu inte har evidens vad avser effekter för återgång till arbete enligt SBU:s metodologiska krav, bör bli vidare än vad de är i nuvarande överenskommelse. En framtida ökad tillgång till indikatorbaserad information om resultat av olika rehabiliteringsmetoder i nationella kvalitetsregister kan här ge viktiga kompletterande kunskapsunderlag. Rehabiliteringsaktörer bör ges tydliga uppdrag kring att samarbeta med Försäkringskassan, så att den kan utöva sin samordnande roll. Överenskommelser bör ges en sådan utformning att ingen, oavsett ålder, som är i behov av medicinsk rehabilitering exkluderas eller, av andra skäl än de rent medicinska, rangordnas i prioritet.

Utredningen vill peka på vikten av att staten fortsätter att utnyttja ekonomiska incitament för att stimulera tillgängligheten till medicinsk rehabilitering och en utveckling av olika behandlingsstrategier för sjukdomsgrupper/tillstånd som är av betydelse för individens möjligheter att nå arbetsförmåga. Utredningen anser att det är viktigt att premiera förbättrad rehabilitering även för sjukdomar och grupper som är mer sällan förekommande. Vidare bör ekonomiska stimulanser gynna en fokusering kring individens behov och formas så att de gynnar en samordning mellan olika aktörer och intressenter.

8.4.2 Förslaget att tydliggöra att medicinsk rehabilitering ingår i vårdgarantin

Medicinsk rehabilitering är hälso- och sjukvårdens ansvar och därmed är det underförstått att det ingår i den överenskommelse om en vård- och behandlingsgaranti som alla landsting har anslutit sig till. Utredningen anser dock att det är bra att mer tydligt ange att även medicinsk rehabilitering ingår i vårdgarantin. Utredningen har i ett delbetänkandet *Patientens rätt* (SOU 2008:127) lagt ett förslag om hur vårdgarantin kan lagregleras. Förslaget omfattar även en diskussion om reviderade tidsgränser inom och för garantin. Detta av utredningen tidigare angivna lagförslag kan

ändras så att det även innehåller skrivningar om att vårdgarantin inkluderar medicinsk rehabilitering.

Motiven för ett sådant tydliggörande är att det ger patienten tillgång till samma rätt till information, stöd och möjligheter att välja vårdgivare m.m. som utredningen resonerade kring i delbetänkandet *Patientens rätt* (SOU 2008:127). Vidare behöver patienter ”bara hålla reda på” sin rätt mot vårdgarantin, vilket underlättar förståelsen. Det underlättar även för landstingen att ta initiativ till överläggningar med Försäkringskassan i samband med planering kring åtgärder för att säkerställa vårdgarantin. Utredningen föreslår således en komplettering av det författningsförslag och den kommentar som lämnades i december 2008.

8.4.3 Förslaget att ytterligare uppmärksamma rehabilitering i nationella riktlinjer

En viktig del av den statliga styrningen av hälso- och sjukvården sker via nationella riktlinjer för god vård som utfärdas av Socialstyrelsen. Riktlinjerna innehåller rekommendationer till hälso- och sjukvården som ska bidra till god vård på lika villkor oavsett var man bor i landet. Det vill säga en vård som är kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik, effektiv och som ges i rimlig tid. Målet med de nationella riktlinjerna är att hälso- och sjukvården ska fördela resurserna efter behov och använda dem så att de gör största möjliga nytta. En nationell riktlinje är en garanti för att den aktuella forskningen om exempelvis olika behandlingsmetoder inom respektive sjukdomsområde är väl genomgångna och värderade. Riktlinjerna utgör därmed ett underlag för verksamheterna att göra systematiska och öppna prioriteringar baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet. Riktlinjerna kan i sin tur användas för att ta fram regionala och lokala vårdprogram för en viss grupp av patienter.

Eftersom medicinsk rehabilitering ingår i hälso- och sjukvårdens ansvar bör de nationella riktlinjerna inkludera även medicinsk rehabilitering. Det gör de dock inte alltid i tidigare fastställda riktlinjer. Utredningen kan emellertid konstatera att Socialstyrelsen i nyare riktlinjer i större utsträckning uppmärksammar medicinsk rehabilitering. Det är också enligt utredningen viktigt att uppmärksamma rehabiliteringsfrågorna vid kommande revideringar av tidigare riktlinjer. Vidare anser utredningen att Socialstyrelsen bör undersöka

möjligheterna att analysera de hälsoekonomiska konsekvenserna av när åtgärder utförs inom hälso- och sjukvården. På så sätt kan hälso- och sjukvården få underlag rörande vilka samhällsekonomiska konsekvenser olika väntetider till en behandling har. En sådan värdering kan ge underlag för när det är särskilt samhällsekonomiskt fördelaktigt att väntetiderna hålls korta. Utredningen gör också bedömningen att sådana samhällsekonomiska värderingar är i linje med de övergripande prioriteringsprinciper som finns för sjukvården.

Vår uppfattning är vidare att Socialstyrelsen i samråd med Försäkringskassan, SKL och andra berörda aktörer bör arbeta fram kvalitetsindikatorer som omfattar rehabilitering, återvunnen funktions- och arbetsförmåga och återgång i arbete för att på så sätt stimulera att sådana indikatorer i större utsträckning kommer till användning i uppföljningar av vårdens resultat och registreras i olika nationella kvalitetsregister. Vi kan i detta sammanhang konstatera att ambitionen att koppla kvalitetsregister till register som finns hos bland annat Försäkringskassan ligger i linje med projektet *KUR, klinisk utveckling via register*, som initierats av Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen (N 2007:04).

Regeringen bör vidare ge uppdrag till Försäkringskassan att beskriva hur uppföljning och utvärdering kan inordnas i en kontinuerlig kunskapsuppbyggande process.

Utredningen avråder regeringen från att inkludera ytterligare behandlingsmetoder i överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti. Däremot kan det finnas anledning att skapa incitamentsstrukturer för åtgärder inom avgränsade tillstånd eller sjukdomsgrupper som har betydelse för socialförsäkringens kostnader.

8.4.4 Rätt till individuell behandlings- och rehabiliteringsplan

Riktlinjer kan även utgöra stöd för den enskilde patienten. Socialstyrelsen publicerar därför även så kallade populärversioner av riktlinjerna för att informera patienter och närstående om rekommendationer och prioriteringar vid behandling av olika sjukdomar. Mer än ett stöd kan riktlinjerna dock inte vara eftersom de inte är individuellt anpassade. Dessutom kan det individuella behovet skilja sig radikalt från vad som anges på diagnos- eller gruppnivå.

I olika sammanhang har det förts diskussioner om värdet av att ge patienter överblick och inflytande över sin vårdprocess genom att tillsammans med vårdgivaren utforma individuella behandlingsplaner. Mycket tyder på att det är ett framgångsrikt sätt att ge patienten ett större inflytande, med positiva effekter även på vårdens resultat. Ett sätt att stärka patientens rätt är således att ge varje patient rätt till en individuellt utformad behandlings- och rehabiliteringsplan. Den individuellt utformade behandlings- och rehabiliteringsplanen som planeras i samverkan med vårdgivaren (HSL 3 b §) bör även beakta individens behov med utgångspunkt från krav i socialförsäkringen. Planen ska baseras på riktlinjer och vårdprogram, men även ta hänsyn till individuella behov. Den ska innefatta en plan över var och när behandlingar och rehabilitering ska äga rum. Den ska även ange vad målet med behandlingarna och rehabiliteringen är samt när, var och hur detta ska följas upp.

8.4.5 Ekonomiska incitament för att stödja utvecklingen av en bättre rehabiliteringsprocess

Ekonomiska incitament har visat sig fungera som kraftfulla verktyg för styrning även inom hälso- och sjukvården. Flera landsting har gått från anslagsstyrning till olika inslag av ersättning för prestation och några landsting utvecklar även ersättningsystem utifrån de resultat som uppnås. Landstingen utvecklar kontinuerligt sättet att styra vården genom utformningen av sina ersättningsystem och fokuserar allt oftare på värdeskapande, det vill säga kvalitativt utfall i relation till kostnader. Utvecklingen har de senaste åren getts ett alltmer omfattande nationellt stöd genom olika former av projekt som samordnas genom SKL.

Ekonomiska incitament är även ett medel som staten använder sig av i sin styrning av hälso- och sjukvården. Under senare år har flera nya överenskommelser som angivit incitamentsstrukturer tillkommit med avsikt att styra landstingen i en viss riktning. Exempel på sådana överenskommelser mellan staten och SKL är de om kömiljarden, om sjukvårdsmiljarden och rehabiliteringsgarantin.

Ekonomiska incitament för bättre samordning mellan rehabiliteringsaktörer

Utredningen har i olika kapitel beskrivit att gränserna mellan vad som uttrycks som medicinsk, arbetsmarknadsinriktad eller social rehabilitering inte alltid är tydliga. Dessvärre är det däremot tydligt att ingen aktör anser sig ha förmåga eller vilja att organisera och betala för rehabilitering som inte ingår i det egna ansvarsområdet och som den därmed ofta inte får ersättning för. Det kan leda till konsekvenser för den enskilde med innebörd att rehabiliteringsinsatser genomförs sent eller inte alls. Aktörerna har därutöver också något olika (primära) mål som följd av rehabiliteringsinsatser. Hälso- och sjukvårdens mål är att individen ska återfå olika funktioner så att livskvaliteten förbättras, socialtjänstens mål är att individen ska kunna fungera bättre tillsammans med andra och i samhället och Arbetsförmedlingens mål är att individen ska återfå arbetsförmågan. För att individen ska ha en god sannolikhet att återgå till ett arbetsliv är det viktigt att alla nödvändiga insatser sker samordnat och utan onödig väntan.

Det är Försäkringskassan som enligt *lag (1962:381) om allmän försäkring* har ansvaret för att samordna olika former av rehabilitering som syftar till återgång till arbete. Det har emellertid saknats kraftfulla verktyg för att genomföra denna samordning. Försäkringskassan kan exempelvis inte beordra övriga aktörer att vidta åtgärder.

Utredningen har mot denna bakgrund diskuterat om och hur ekonomiska incitament skulle kunna användas för att olika rehabiliteringsinsatser ska samordnas på ett snabbare och effektivare sätt med det tydliga målet att individen inte hindras från att återgå till ett arbete.

I Skåne läns landsting (Region Skåne) har man utnyttjat pengarna från sjukvårdsmiljarden och de planerade intäkterna från rehabiliteringsgarantin till att ge vårdcentraler incitament till tidigare samordning. De vårdcentraler som håller tidiga möten mellan vården, arbetsgivaren och patienten, med syftet att individen ska kunna återgå till ett arbete hos arbetsgivaren, får en ersättning för detta. Om ett möte hålls inom den första månaden av frånvaro från jobbet får vårdcentralen 3 000 kronor i ersättning från landstinget. Om mötet hålls den andra månaden är ersättningen 1 500 kronor och om det sker den tredje månaden är ersättningen 750 kronor. Vi anser att staten skulle kunna agera på ett liknande sätt och premiera

en bättre och tidigare samordning mellan olika rehabiliteringsaktörer.

Möjlighet för Försäkringskassan att betala för tidiga avstämningsmöten

Det viktigaste verktyget Försäkringskassan har för samordning av individens rehabiliteringsinsatser är avstämningsmötet. Avstämningsmöten kan ske när som helst under sjukskrivningsprocessen, men äger av olika skäl sällan rum i det tidiga skedet av ett sjukdomsfall. Enligt Försäkringskassans statistik från fjärde kvartalet 2006, skedde hälften av avstämningsmötena efter dag 280 i sjukfallet och i genomsnitt ägde avstämningsmötet rum dag 421. Så sent i sjukfallet är sannolikheten mycket liten att man återgår till arbetslivet även om en rehabiliteringsinsats kommer till stånd.

Ett sätt att förbättra möjligheterna att få till stånd avstämningsmöten tidigt är att ge Försäkringskassan möjlighet att använda ekonomiska incitament riktade mot de aktörer som deltar i tidiga avstämningsmöten, på liknande sätt som Skåne läns landsting ersätter de vårdcentraler som får till stånd tidiga möten. En omedelbar finansieringsmöjlighet ligger i att delar av de medel som staten anslagit för rehabiliteringsöverenskommelsen skulle kunna användas för detta ändamål.

Möjlighet för Försäkringskassan att köpa samordning av annan aktör

Hallands läns landsting kommer att låta de två i överenskommelsen angivna rehabiliteringsinsatserna ingå i primärvårdsuppdraget. Det blir den primärvårdsenhet som patienten väljer som ansvarar för rehabiliteringsinsatserna, antingen genom att utföra dem i egen regi eller genom att upphandla dem av en annan aktör. En del av den ersättning som Hallands läns landsting får genom rehabiliteringsgarantiöverenskommelsen kommer att följa individen till rehabiliteringsaktören.

Skåne läns landsting kommer att införa ett särskilt ackrediteringsförfarande för de vårdenheter som vill erbjuda de rehabiliteringsinsatser som ingår i överenskommelsen. Patienten kommer därmed ha möjlighet att välja; dels vårdenhet inom ramen för

Hälsoval Skåne, dels en särskild rehabiliteringsaktör om en sådan behövs. Grundersättningen som Skåne läns landsting får genom överenskommelsen kommer att följa patienten till den rehabiliteringsaktör som väljs.

De initiativ som finns i ovan beskrivna exempel är mycket lovande och bör inte hindras genom onödig reglering.

En möjlighet för staten att förbättra samordningen är att låta Försäkringskassan, utöver möjligheterna till egen aktivitet, även köpa samordningstjänster. I flera andra länder där systemen för den enskilde kan te sig som komplexa, finns en typ av tjänst som kallas för "case management". I huvudsak rör det sig om ett angreppssätt för bättre samordningsstöd för patienten, effektivare resursanvändning och en direkt återföring till patienten, de anhöriga som patienten valt att involvera eller andra som kan vara engagerade. En aktuell översikt och diskussion kring "case management" finns nyligen publicerad av Inger Anund (Anund 2009, 48ff). En liknande funktion som "case management" och tidiga erfarenheter från 1990-talets Storbritannien har diskuterats i tidigare utredningar, som vi redan redogjort för och hänvisat till. Vidare erbjuder några svenska rehabiliteringsföretag delar av tjänsterna sedan några år tillbaka. Konceptet kring "case management" är således känt sedan länge, men är hittills sparsamt använt inom socialförsäringen och hälso- och sjukvården. I tidigare förslag (SOU 2008:127) har utredningen föreslagit motsvarande funktion i den fasta vårdkontakten.

"Case management" skulle i rehabiliteringssammanhang kunna ske exempelvis av den aktör som individen har valt i de fall då landstinget/regionen har infört valmöjlighet av rehabiliteringsinsatser. Den skulle också kunna erbjudas av annan aktör som utvecklar tjänster som innehåller en särskild kompetens i det avseendet. Det formella, myndighetsorienterade, samordningsansvaret skulle ligga kvar på Försäkringskassan men ansvaret för att driva arbetsprocessen kring individen framåt skulle således kunna utföras av en upp-handlad eller på annat sätt anlita aktör.

8.5 Framtida möjliga handlingsalternativ

8.5.1 Möjligheten att införa krav på rehabiliteringsval och rehabpeng som följer individen

En ytterligare möjlighet att stärka individens position skulle kunna arrangeras genom att kräva att alla landsting ska införa ”rehabiliteringsval” på liknande sätt som utredningen tidigare har föreslagit, och riksdagen fattat beslut om, för vårdval i primärvården (införande senast den 1 januari 2010).

En sådan organisering skulle förmodligen fungera bäst genom att samordningsansvaret i så fall flyttades från Försäkringskassan till landstingen. Rent praktiskt skulle ett sådant ansvar kunna utföras av vårdcentralen och med ersättning för detta genom en rehabpeng som följer individen. Vårdcentralen skulle vara den enhet som även samordnar eventuell arbetslivsinriktad och social rehabilitering. Som tidigare nämnts har Skåne läns landsting infört sådant system där vårdcentralen får extra ersättning om den ordnar möten med arbetsgivaren.

8.5.2 Möjligheten att införa en fristående försäkringslösning

Avdrag för rehabiliteringsförsäkring

Marknaden för särskilda sjukvårds- och även rehabiliteringsförsäkringar som arbetsgivaren tillhandahåller för sina anställda har ökat kraftigt under senare år. Ett av de större försäkringsbolagen anger att de hade 50 000 personer försäkrade på detta sätt 2002 och att det har ökat till 130 000 personer 2009. Enligt Svenskt Näringsliv har cirka 400 000 personer någon form av privat sjukvårdsförsäkring i dag. De flesta har en försäkring som omfattar alla anställda i företaget och som betalas av arbetsgivaren. Kostnaden för företaget om en anställd blir sjuk och inte kan återkomma till arbetet under lång tid betraktas som så hög att det är motiverat att betala en premie för att minska risker för att denna kostnad ska uppstå. Försäkringsbolaget erbjuder i dessa fall möjligheter att sänka företagets kostnad vid en anställds sjukdom genom att erbjuda snabbare sjukvård och rehabilitering som syftar till återgång i arbete. Enligt en undersökning som Svenskt Näringsliv har låtit genomföra medför en privat sjukvårdsförsäkring som omfattar alla anställda på företa-

get att sjukfrånvaron kan minskas med 20 procent (Jansson m.fl. 2008).³

De företag som erbjuder sina anställda privata sjukvårdsförsäkringar gör det utan möjligheter att göra avdrag i beskattningen för dessa kostnader.⁴ Det är troligt att vidgad rätt till avdrag för kostnader kan leda till motsvarande utveckling som i Danmark där en sådan rätt finns och där numera närmare en miljon personer omfattas av privata sjukvårdsförsäkringar.

Ett sådant system är förmodligen samhällsekonomiskt fördelaktigt. Värdet av de extra vårdresurser som tas i anspråk är troligen mindre än värdet av en lägre sjukfrånvaro. Även ur ett offentligfinansierat perspektiv skulle det antagligen vara lönsamt. Det skattebortfall som uppstår genom avdragsmöjligheten⁵ är sannolikt mindre än summan av minskade kostnader för skattefinansierad vård och för sjukpenning för den som i dag är sjukskriven i väntan på vård. I en sådan kalkyl ingår även de högre skatteintäkter som uppstår därför att arbetsinkomster i genomsnitt genererar högre skatter än sjukpenninginkomster. Utredningen har emellertid inte haft möjlighet att genomföra en grundlig analys av de samhällsekonomiska och offentligfinansiella effekterna av ett sådant system.

Ett system där företagen får göra avdrag för kostnader för privat finansierad vård och rehabilitering har även fördelen att det inte inverkar på den skattefinansierade vårdens prioriteringsordning. Privata företags användande av privat vård i syfte att snabbt få tillbaka sina medarbetare till arbetet inkräktar inte på hälso- och sjukvårdens uppdrag att prioritera de sjukaste patienterna först. Ett försäkringssystem skulle kunna bidra till att lösa den prioriteringskonflikt som idag finns mellan sjukförsäkringen och den skattefinansierade hälso- och sjukvården.

Att utredningen ändå inte lägger fram ett förslag om möjlighet till avdrag för privat sjukvård beror på att ett sådant förslag utan en djupare beredning och bred politisk enighet kan utnyttjas som

³ Undersökningen baseras på 470 företag med 30–499 anställda i livsmedels-, byggindustri- och transportbranschen. 10 procent av företagen hade tecknat en privat sjukförsäkring som omfattade alla anställda. Ett eventuellt samband mellan förekomsten av privat rehabiliteringsförsäkring och sjukfrånvaron undersöktes inte av analysföretaget eftersom endast 4 procent av företagen hade tecknat en privat rehabiliteringsförsäkring som omfattade alla företag.

⁴ Företag får inte göra avdrag i beskattningen för kostnader för privat finansierad vård men däremot för kostnader för offentligt finansierad vård (egenavgifter) och förebyggande behandling och rehabilitering. Företagen får även göra avdrag för kostnader för arbetslivsinriktad rehabilitering. (Skatteverket 2008).

⁵ Skattebortfallet är lika med de sammanlagda avdragen multiplicerade med bolagsskattesatsen som är 26,3 procent.

grund för påståenden att det utgör ett första steg bort från en solidariskt finansierad hälso- och sjukvård. Då utredningens uppdrag har den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården som grundförutsättning, väljer vi att avstå från resonemang kring försäkringslösningar, annat än här och då i syfte att visa hur en sådan skulle kunna bidra till en möjlig konfliktlösning mellan krav i socialförsäkringen och de allmänna mål som formuleras i hälso- och sjukvårdslagen.

Rehabiliteringsförsäkring i den allmänna försäkringen

Ett mer långtgående alternativ skulle vara att införa en särskild rehabiliteringsförsäkring inom ramen för den allmänna försäkringen och genom finansiering av sociala avgifter som betalas av arbetsgivarna. Till skillnad från ett system med avdrag i beskattningen för företagens kostnader för privata rehabiliteringsförsäkringar, skulle detta system inkludera alla som omfattas av den allmänna försäkringen. Även i ett sådant system skulle företagen eller individen själv kunna välja vilket försäkringsbolag man vill använda sig av. De som inte väljer skulle bli anslutna till Försäkringskassan. I ett på sådant sätt förändrat system skulle Försäkringskassan behöva få en mer uttalad uppgift att agera som försäkringsbolag och köpa rehabilitering för de försäkrade som är anslutna till Försäkringskassan. Genom de olika behov som finns skulle upphandlingen vara av olika art från skilda aktörer, och även se olika ut beroende på hur sjukskrivning, väntetider m.m. ser ut i respektive landsting.

8.6 Kommentar till lämnade förslag

Utredningen konstaterar att flera initiativ har tagits för att stödja en utveckling som leder till att den enskilde ges ett starkare stöd och vidgade möjligheter till att återfå arbetsförmåga. Ambitionerna i de insatser som initierats är omfattande och omsluter gemensamma aktiviteter från många inblandade parter. På några punkter har utredningen valt att föreslå en fortsatt aktivitet med utgångspunkt från de direktiv som givits till utredningen. Vi tror att de kompletterande åtgärderna kan ha betydelse för de resultat som man från regeringens sida vill åstadkomma.

Referenser

- Anund, Inger. 2009. *Case management: Bättre samordning Effektiva vård*. Borås: Recito.
- Jansson, Telge & Partners AB. 2008. *Undersökning om samband mellan företagens hälsofrämjande och rehabiliterande aktiviteter inkl försäkringstjänster och sjukfrånvaron*. Rapport skriven på uppdrag av Svenskt Näringsliv.
- NUTEK, 2008. *Förslag till handlingsprogram för entreprenörskap och förnyelse i vård och omsorg 2009–2013. Slutrapport från projektet entreprenörskap och upphandlingar i vård och omsorg*. Stockholm: Nutek.
- Skatteverket. 2008. Meddelande SKV M2008:23, avsnitt 3.9.
- Statskontoret. 2005. *Regler och andra styrmedel: En studie av hur staten styr kommuner och landsting*.

9 Konsekvenser av utredningens förslag

Enligt 15 a § *kommittéförordningen (1998:1474)* ska det i ett betänkande som innehåller nya eller ändrade regler också anges de ekonomiska kostnaderna och andra konsekvenser av dessa. Förordningen föreskriver att en sådan konsekvensanalys ska genomföras om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten, för sysselsättningen och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Konsekvensdiskussioner kring utredningens förslag återfinns i flera av betänkandets kapitel. I detta avsnitt redogörs i korthet för utredningens konsekvensbedömning vad gäller landstingens organisering och finansiering (och autonomi), konsekvenser för glesbygd, för konkurrensförhållanden, för sysselsättning och småföretagande samt för jämställdhet.

9.1 Konsekvenser för statens budget

Syftet med rehabiliteringsgarantin är att fler, utan onödigt lång väntan, ska få tillgång till rehabilitering som leder till en snabbare återgång i arbete. Fler personer som går från sjukskrivning till arbete innebär lägre utgifter för staten över sjukpenninganslaget. Eftersom arbetsinkomster i genomsnitt är högre än ersättningen från sjukpenningen medför det även högre skatteintäkter, trots att arbetsinkomster genom jobbskatteavdraget numera är lägre beskattade än sjukpenninginkomster.

I överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti anslår regeringen 600 miljoner kronor för 2009 och

1 miljard kronor för 2010, varav 40 miljoner kronor per år ska gå till forskning och resten ska vara ersättning till landstingen för rehabiliteringsinsatser. Utredningen menar att det är viktigt att staten fortsätter att genom ekonomiska incitament stimulera landstingen att ägna sig åt rehabiliteringsverksamhet som leder till återgång i arbete. Dock behöver detta inte nödvändigtvis ske genom överenskommelser med SKL. Om ingen ny överenskommelse sluts kan staten använda närmare en miljard kronor till andra former av ekonomiska stimulanser och forskning, utan att öka sina kostnader. Utredningen föreslår att det inom den ram som anges också fortsättningsvis avsätts särskilda resurser för forskning, uppföljning och utvärdering, bland annat organisering av ett särskilt program för mångvetenskapliga studier kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring.

Utredningen föreslår att Försäkringskassan får överlåta sin samordningsroll till andra, exempelvis genom en ”rehabiliteringspeng” till primärvården, eller genom upphandling av privata samordnare. Det förutsätter att Försäkringskassan kan använda sitt organisationsanslag på ett mer flexibelt sätt. Vår bedömning är att denna möjlighet sammantaget inte ökar kostnaderna.

9.2 Landstingens organisering och finansiering

Utredningen har redan i ett tidigare betänkande (SOU 2008:127) föreslagit att vårdgarantin ska lagregleras och därmed gjort en bedömning av vad det får för konsekvenser för landstingens organisering och autonomi i detta betänkande. När utredningen nu föreslår att det explicit ska skrivas in i lagen att medicinsk rehabilitering ingår i landstingens uppdrag, och därmed även i vårdgarantin, får det inga ytterligare konsekvenser utöver de som nämndes i förra betänkandet och som återges i korthet nedan.

Ett införande av en lagstadgad nationell vårdgaranti innebär att det som i dag är ett frivilligt åtagande från landstingens sida blir obligatoriskt. I och med detta måste den kommunala finansieringsprincipen beaktas. En vårdgaranti behöver dock inte innebära att landstingens kostnader långsiktigt ökar. Om ett vård- eller rehabiliteringsbehov väl konstaterats, blir kostnaderna för landstinget inte lägre av att starten av den beslutade åtgärden eller behandlingen senareläggs. På motsvarande sätt blir kostnaderna inte heller högre om vården ges i tid.

9.3 Konsekvenser för glesbygd

Genom att tydliggöra landstingens skyldigheter stärker den föreslagna vårdgarantin förutsättningarna för en jämlik tillgång till medicinsk rehabilitering, även för invånare i glesbygdslän. Även utredningens övriga förslag är avsedda att minska regionala skillnader avseende tillgänglighet och kvalitet av medicinsk rehabilitering.

9.4 Konsekvenser för små företag

Sedan halvårsskiftet 2008, då den första överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti trädde i kraft och Försäkringskassan upphörde att köpa rehabiliteringstjänster, har efterfrågan på rehabiliteringstjänster av privata utförare sjunkit dramatiskt. Flera företag, oftast små, har gått i konkurs.

Överenskommelsen mellan staten och SKL om en rehabiliteringsgaranti har inte ställt som krav att landstingen ska utsätta den verksamhet som genererar extra ersättning från staten för konkurrens. Endast 8 av 21 landsting angav i april 2009 att de har beslutat att konkurrensutsätta den egna rehabiliteringsverksamheten eller att de redan har gjort det sedan tidigare. Övriga landsting angav att de inte kommer att göra det eller att de ännu inte har bestämt sig.

Utredningen anser att fortsatt statlig ekonomisk stimulans till landstingen för rehabiliteringsverksamhet bör ställa krav på att denna är effektiv, det vill säga att den leder till bästa möjliga resultat till en given kostnad. Med resultat avses i det här fallet att insatsen leder till återgång i arbete. Ökad effektivitet kan ofta åstadkommas genom konkurrensutsättning av verksamheten.

De privata rehabiliteringsföretag som verkar i dag är oftast relativt små. Konkurrensutsättning av landstingens rehabiliteringsverksamhet skulle därmed medföra att fler små företag tillåts uppstå och verka.

9.5 Konsekvenser för företagens administration

Utredningen förutser inte att dess förslag får några kännbara konsekvenser för företagens administration.

9.6 Konsekvenser för jämställdhet

Två tredjedelar av alla sjukpenningdagar avser kvinnor. Det gäller även för de två diagnosgrupper som omfattas av överenskommelsen om en rehabiliteringsgaranti. De förslag som utredningen lägger fram syftar till att förbättra möjligheten för den enskilde att skyndsamt få medicinsk rehabilitering, som leder till en snabbare återgång i arbete. Utredningens förslag kan därmed komma att gynna kvinnor.

Då utredningen även föreslår att staten ska ställa krav på landstingen att konkurrensutsätta den verksamhet som genererar ersättning från staten, och då fler kvinnor än män arbetar inom vård- och rehabiliteringsverksamhet, kan utredningens förslag medföra att fler kvinnor får möjlighet att starta eller arbeta i privata rehabiliteringsföretag.

10 Genomförandeaspekter och ikraftträdande

Utredningens förslag: Författningsförslaget rörande *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* föreslås träda i kraft samtidigt som utredningens tidigare lämnade förslag till ändring i denna lag (SOU 2008:127) träder i kraft. Författningsförslaget rörande *lagen (1962:381) om allmän försäkring* föreslås träda i kraft samma datum. Övriga förslag bör genomföras successivt, dock senast i samband med att nuvarande överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti löper ut (31 december 2010).

Författningsförslaget rörande ett förtydligande av vårdgarantin föreslås träda i kraft samtidigt som tidigare föreslagna ändringar rörande vårdgarantin träder i kraft. Författningsförslaget rörande en möjlighet för Försäkringskassan att överlåta delar av sitt samordningsansvar föreslås träda i kraft samma datum. Vad gäller övriga förslag krävs ett förberedelsearbete hos landstingen, regeringen och berörda myndigheter. Detta gäller inte minst förslaget om en fortsatt satsning på kunskapsuppbyggnad på området. Dessa förslag bör emellertid senast vara införda då nuvarande överenskommelse om rehabiliteringsgarantin löper ut.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 f §

Paragrafen är ny och behandlas i sin helhet i kap. 7.2 i utredningens delbetänkande *Patientens rätt* (SOU 2008:127). I detta delbetänkande ges förslag om att 3 f § första stycket 4 utvidgas och detta berörs i kap. 8. Utvidgningen innebär att det tydliggörs att medicinsk rehabilitering omfattas av vårdgarantin. Paragrafen i övrigt innebär att landstinget obligatoriskt måste besluta om en vårdgaranti som består av fyra delar:

1. Tillgänglighetsgaranti för den enskildes kontakter med primärvården.
2. Besöksgaranti för patientens planerade besök hos primärvårdsläkare.
3. Besöksgaranti till den specialiserade vården.
4. Behandlingsgaranti inom landstingets planerade vård av patienten, vilket även innefattar rehabiliteringsåtgärder.

Garantin ska därmed täcka i stort sett alla icke akuta besök inom primärvården, samt planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården. Tillgänglighetsgarantin enligt p. 1 uttrycker primärvårdens skyldighet att erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök samma dag som vården kontaktas. Besöksgarantin till primärvårdsläkaren enligt p. 2 gäller den tid man som längst ska behöva vänta på avtalade besök. Patienten bör inte få vänta mer än maximalt sju dagar från det att besöket inbokats. Utredningen föreslår dock inte en lagreglering av maximitiden. Inte heller när det gäller besöksgarantin till den specialiserade vården och behand-

lingsgarantin beträffande den planerade vården (p. 3–4 ovan) innebär lagförslaget någon fixering av längsta godtagbara väntetider m.m. I alla dessa fall förutsätter utredningen att regeringen genom föreskrift meddelar vårdgarantins yttre tidsramar enligt ett särskilt bemyndigande, se också kommentar till bestämmelsens fjärde stycke. Det konkreta innehållet i vårdgarantin ska framgå av det beslut som landstingsfullmäktige fattar.

Vårdgarantin förutsätts omfatta all behandling inom landstingets planerade vård, således även rehabiliteringsåtgärder och region- och högspecialiserad vård via avtal med andra vårdgivare. Vårdutbudet i patientens hemlandsting sätter en gräns för garantins innehåll. Landstingen bör sträva efter att innehållet harmoniseras och att skälen till eventuella skillnader och begränsningar i vårdutbud tydligt anges.

Bestämmelsen uttrycker i andra stycket ett krav på landstinget att ombesörja att patienten kan få vård hos en annan vårdgivare i vissa fall. Detta gäller om det, vid tiden för remissen till den specialiserade vården respektive beslutet om planerad vård, är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överträdas. Självfallet ska detsamma gälla om sannolikheten för att vårdgarantins längsta godtagbara tider överträds inträder först när det gått en tid efter det att beslut om remiss eller planerad vård fattats. Patienten ska kunna lita på att han eller hon får besök till specialiserad vård och beslutad behandling inom de tider och andra förutsättningar som bestäms. Landstinget ska hjälpa till med kontakter och det får inte innebära extra kostnader för patienten. I formuleringen att landstinget ska ... ”ombesörja att patienten kan få vård hos annan vårdgivare” ligger ett lagstöd för landstinget att besluta om ersättning för exempelvis merkostnader i samband med garantin. Patienten kan liksom hittills medge att den längsta godtagbara väntetiden överskrids i ett enskilt fall.

Patientens valmöjligheter och önskemål om vårdgivare ska tillmätas avgörande betydelse. Beroende på omständigheterna i det enskilda fallet och hur landstinget genomför de krav staten ställer, se nedan, kan patienten ges rätt att själv och mer fritt välja en vårdgivare, kopplat till vårdgarantin. Lagregleringen i HSL är emellertid inte så preciserad att den lägger fast någon tvingande form i detta avseende. Skälen för detta liksom att rättighetsbaserade förmåner inte föreslås när det gäller vårdgarantin och det fria vårdvalet behandlas i kap. 7.2 och 7.5 i *Patientens rätt* (SOU 2008:127).

Att patienten ska ges individuell information om vårdgarantin, rådande kösituation och de valmöjligheter landstinget tillämpar när det gäller offentligt finansierad vård inom riket framgår av tredje stycket i 3 f §. Motsvarande åligganden för berörd hälso- och sjukvårdspersonal skrivs in i 2 kap. 2 § *lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Härutöver förutsätts landstinget också ge publik information om vårdgarantin m.m. Informationen ska vara saklig, lätt tillgänglig och begriplig utifrån de skiftande förutsättningar att ta den till sig som finns hos befolkningen. Någon särskild bestämmelse om sådan allmän information till invånarna i landstinget bedöms dock inte vara nödvändig.

I bestämmelsens fjärde stycke förs en skyldighet in för landstinget att inrapportera uppgifter om väntetidsdata enligt de närmare föreskrifter som regeringen eller den myndighet regeringen utser bestämmer. I dag sker denna rapportering till Sveriges Kommuner och Landsting. Slutligen ges regeringen ett bemyndigande att meddela föreskrifter om längsta godtagbara väntetider och ytterligare föreskrifter om vårdgarantins närmare innehåll. Bemyndigandena bedöms vara förenliga med 8 kap. 5, 7 och 11 § *regeringsformen (1974:152)*.

Ikraftträdande m.m.

Genomförandeaspekter och ikraftträdande har berörts i kap. 10. Förslaget ska träda i kraft den 1 januari 2010. Enligt en övergångsbestämmelse ska landstinget senast före utgången av juni 2010 inrätta en vårdgaranti enligt 3 f §.

11.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

22 kap. 5 a §

Paragrafen är ny och förslaget den grundar sig på behandlas i kap. 8. Bestämmelsen innebär att Försäkringskassan ges en möjlighet att köpa samordning av annan aktör. Enligt 22 kap. 5 § har Försäkringskassan ett samordningsansvar för rehabiliteringsverksamhet enligt denna lag och det är delar av detta ansvar som ska kunna utföras av annan aktör. Ansvaret för att driva arbetsprocessen kring

en enskilds rehabilitering framåt ska kunna utföras av annan aktör, medan det formella, myndighetsorienterade samordningsansvaret dock ska ligga kvar på Försäkringskassan. De särskilda villkor som gäller för överlämnandet ska Försäkringskassan ange.

I de fall ett landsting har infört valmöjlighet av rehabiliteringsinsatser ska Försäkringskassan kunna köpa samordningstjänsten av den aktör som individen har valt eller av annan aktör med särskild kompetens avseende rehabilitering. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får inte med stöd av den nya bestämmelsen överlämnas till någon annan, förutom till annan myndighet.

Bestämmelsen uttrycker i andra stycket ett krav på tystnadsplikt vad gäller den som är eller har varit verksam inom enskild verksamhet som utövar samordning av rehabiliteringsinsatser enligt denna bestämmelse. Uppgifter om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden som han eller hon har fått veta i sin verksamhet får inte obehörigen röjas. För vad som ska anses vara ett obehörigt röjande kan ledning sökas i sekretessregleringen. Exempelvis styr sådana uppgifter som enligt 7 kap. 7 § *sekretesslagen (1980:100)* är sekretessbelagda hos Försäkringskassan hur obehörighetsrekviritet ska uppfattas. Sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning ska inte anses utgöra obehörigt röjande.

Överlämnas samordningsansvaret däremot till en annan myndighet så gäller de bestämmelser som rör tystnadsplikt i det allmännas verksamhet, då samordningen av rehabiliteringsinsatser bör vara att betrakta som handläggning av ärende enligt *lagen (1962:381) om allmän försäkring*.

I bestämmelsens tredje stycke påpekas att sekretessen också gäller i förhållande till den enskilde själv, i fråga om uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till den enskilde.

Innehållet i denna paragraf bör framöver införas i den nya socialförsäkringsbalken som är tänkt att träda i kraft den 1 januari 2011.

Ikraftträdande m.m.

Genomförandenaspekter och ikraftträdande har berörts i kap. 10. Förslaget ska träda i kraft den 1 januari 2010.

Kommittédirektiv



Patientens rätt i vården

Dir.
2007:90

Beslut vid regeringssammanträde den 20 juni 2007

Sammanfattning av uppdraget

Utredaren skall lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Utredaren skall särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare skall utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ligger också att lämna förslag till nödvändiga kompletteringar av det lagförslag om patientlagstiftning som lämnats i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

För att stärka rätten till valfrihet skall utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens skall ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren skall föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Bakgrund

Alla medborgare skall känna sig trygga i att vården finns lätt tillgänglig när den behövs. Det är därför viktigt att fortsätta och intensifiera det arbete som pågår med att förbättra tillgängligheten och stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. En förutsättning för detta är en god tillgång och närhet till hälso- och sjukvård.

Patienternas valfrihet skall öka och personalens engagemang skall tas till vara. De som inte kan föra sin egen talan skall särskilt värnas.

Trygghet, tillgänglighet och en helhetssyn på patientens behov skall prioriteras i hela vårdkedjan. Vården skall utgå från individens rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Patienten skall ha rätt att välja såväl läkare och vårdenhet som tidpunkt för behandling.

Många insatser har gjorts under senare år för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Till exempel genom ny lagstiftning, såsom införande i hälso- och sjukvårdslagen av regler om patientens rätt till en så kallad "second opinion" och rätten till fast läkarkontakt, men också genom nationella överenskommelser och rekommendationer om fritt vårdval och en nationell vårdgaranti.

Utvärderingar visar dock på bristande tillgänglighet och att patienterna trots dessa insatser i vissa delar fortfarande saknar tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin situation.

Tillgången till läkare är samtidigt en viktig förutsättning för en stark primärvård och möjligheten att erbjuda patienterna en fast vårdkontakt. I dag råder brist på läkare inom vissa specialiteter, t.ex. läkare med allmänmedicinsk kompetens. Ett sätt att förbättra situationen är att införa fri etableringsrätt inom primärvården.

Patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver stärkas ytterligare. En viktig del i ett sådant arbete är en vidareutveckling och lagreglering av den nationella vårdgarantin och av det fria vårdvalet. Genom en sådan reglering blir vårdens åtagande mot patienten tydligare både för patienten och för vårdgivaren.

Samtidigt är en förutsättning för ett väl fungerande fritt vårdval och en väl fungerande vårdgaranti det pågående utvecklingsarbete som bedrivs av sjukvårdshuvudmännen för att korta köer och organisera vården på ett effektivt sätt. En annan förutsättning är det utvecklings- och uppföljningsarbete som bedrivs av de centrala

myndigheterna, t.ex. när det gäller evidensbaserad vård och nationella riktlinjer för behandling och prioritering i vården.

För att säkerställa att vårdgarantin tillämpas på samma sätt i hela landet är det också viktigt att arbetet med att ta fram medicinska indikatorer för olika behandlingar fortsätter. Sådana tydliga medicinska indikatorer i kombination med öppna redovisningar av väntetider och kvalitet i vården utgör grunden för likabehandling och ger patienterna den information som de behöver för att fatta rationella beslut om var i landet de vill söka vård.

Den lagstiftning som rör patienten regleras i dag genom flera olika lagar. Detta bidrar till att lagstiftningen blir svåröverskådlig både för patienter och vårdgivare. För att tydliggöra vilka regler som gäller har Ansvarskommittén i sitt betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10), avsnitt 4.2 Medborgaren och den framtida hälso- och sjukvården, lämnat förslag om att bestämmelser som har betydelse för patientens ställning skall samlas i en egen lag, patientlagen. Lagen skall syfta till att stärka patientens ställning samt öka överskådligheten och tillgängligheten för medborgarna. Lagen skall också syfta till att ge en mer patientfokuserad hälso- och sjukvård. Den föreslagna lagen, som är under beredning i Regeringskansliet, kommer att kompletteras med bestämmelser på ett antal områden.

I hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om patientansvarig läkare (PAL). Syftet med patientansvarig läkare är att främja kontinuiteten och säkerheten för patienterna genom att en särskilt utsedd läkare har ansvar för patienten genom hela vårdprocessen. En utvärdering från Socialstyrelsen (S2000/2567/HS) tyder på att bestämmelserna i lagstiftningen och tillämpningen av densamma i vissa fall brister. I samband med utvärdering av PAL-bestämmelsen föreslog Socialstyrelsen att 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, skulle kompletteras med bestämmelser om att god vård skall innebära att den tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet samt att olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. I samband med propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (2005/06:115) föreslog regeringen att dessa bestämmelser skulle införas i HSL. Bestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 2007. Det finns dock behov av att överväga ytterligare ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare.

Uppdraget

Utredaren skall lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur de regleras i nuvarande lagstiftning. I denna del bör utredaren även beakta hur relevant lagstiftning är utformad i Norge t.ex. avseende sådant som rätt till fri etablering. Utredaren skall även studera och analysera utformningen av olika svenska modeller för organisering av primärvården.

Utredaren skall särskilt granska hur de ändringar som gjorts i hälso- och sjukvårdslagen under senare år för att stärka patientens ställning, såsom rätten till fast läkarkontakt, ”second opinion” m.m., efterföljs av sjukvårdshuvudmännen.

Utredaren skall även lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

För att stärka rätten till valfrihet skall utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens skall ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren skall föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Dessutom skall utredaren överväga vilka krav som kan ställas på läkare med annan specialisering än allmänmedicin som skall kunna etablera sig fritt inom primärvården och verka som fast vårdkontakt samt huruvida andra yrkesgrupper inom sjukvården, till exempel sjuksköterskor, kan ges motsvarande möjligheter.

Utredaren skall särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet.

Vidare skall utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som regleras i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (tidigare Landstingsförbundet), samt lämna förslag till lagreglering av densamma. Förslagen till lagreglering skall ta sin utgångspunkt i överenskommelserna om fritt vårdval och nationell vårdgaranti. Regleringen skall också omfatta vårdgivarens skyldighet att informera patienten om valmöjligheter och kösituation samt om behandlingsalternativ som är av betydelse för patientens möjlighet att fritt välja vård och utnyttja vårdgarantin.

Utredaren skall därutöver analysera vilka kompletteringar som behöver göras av den patientlagstiftning som föreslagits av Ansvarskommittén i betänkandet Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10), samt lämna förslag till sådana nödvändiga kompletteringar i syfte att ytterligare stärka patientens ställning.

I utredarens uppdrag ingår vidare att överväga behovet av ytterligare ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare (PAL) samt om utredaren finner det befogat föreslå sådana ändringar.

Utredningens genomförande

Utgångspunkt för utredningens arbete skall vara sjukvårdshuvudmännens rätt att i huvudsak lokalt besluta om organisations- och finansieringsmodeller för sjukvården och därigenom möjliggöra utveckling av hälso- och sjukvården genom att olika modeller prövas mot varandra. Utredaren bör därför noga följa den utveckling av hälso- och vårdens organisation som sker hos sjukvårdshuvudmännen och eftersträva att förslagen på ett ändamålsenligt sätt understödjer det lokala utvecklingsarbetet.

Utredaren skall i arbetet samråda med myndigheter, intresseorganisationer och huvudmän inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredaren skall beakta det pågående arbetet med att bereda de förslag om en samlad patientlagstiftning som lämnats i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

Vidare skall utredaren beakta det pågående arbetet med en ny patientdatalag i enlighet med förslagen i betänkandet Patientdatalag (SOU 2006:82), samt beakta det arbete som bedrivs av utredningen om Fritt val inom äldre- och handikappomsorgen (dir. 2007:38).

Särskild vikt skall läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen.

Utredningen skall lämna delbetänkande rörande etableringsfrihet under våren 2008, dock senast den 15 april 2008. Utredningens arbete skall slutredovisas senast den 15 december 2008.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07)

**Dir.
2008:72**

Beslut vid regeringssammanträde den 29 maj 2008

Sammanfattning av uppdraget

Utredaren ska bl.a. utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. En utgångspunkt ska vara att systemet med samverkansavtal för läkare och sjukgymnaster enligt de s.k. ersättningslagarna ska upphöra. Utredaren ska särskilt analysera behovet av eventuella övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan och då även beakta de förslag regeringen slutligen lägger fram med anledning av förslagen i departementspromemorian (Ds 2007:22) Ersättnings-etablering m.m. för vissa privata vårdgivare. Utredaren ska också lämna förslag som innebär att en patient ska kunna vända sig till valfri vårdgivare om ett landsting inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för en lagreglerad vårdgaranti.

Bakgrund och behov av tilläggsdirektiv

För att patienterna ska kunna tillvarata rätten till ett fritt och individuellt val inom hälso- och sjukvården är det nödvändigt att vården präglas av öppenhet och mångfald i fråga om innehåll, form och vårdgivare. En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande, kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet.

Vårdavtal och samverkansavtal

I dag kan man vara verksam som privat vårdgivare med ersättning från landstinget genom att sluta ett vårdavtal med landstinget. I vårdavtalet, som kan ingås med fysiska eller juridiska personer, kommer parterna överens om verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden, former för rapportering m.m. Avtalen ska föregås av ett upphandlingsförfarande enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU).

Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster kan dessutom vara verksamma med offentlig ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Enligt lagstiftningen krävs att läkaren eller sjukgymnasten har ett samverkansavtal med landstinget. Ett samverkansavtal innebär att en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast kommer överens med landstinget om att bedriva verksamheten med ersättning enligt LOL respektive LOS. Ersättningen utgår enligt en nationell taxa som beslutas av regeringen utifrån ett gemensamt underlag från Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Den nationella taxan regleras i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik.

Europeiska gemenskapernas kommission har i en formell underrättelse den 21 mars 2007 ifrågasatt de svenska regionala och lokala myndigheternas förfarande för tilldelning av samverkansavtal för sjukgymnaster utan föregående annonsering. Kommissionen anser att de svenska myndigheternas tilldelningsförfarande för samverkansavtal till sjukgymnaster inte står i överensstämmelse vare sig med artikel 43 om etableringsfrihet i fördraget eller artikel 2 om de grundläggande principerna om öppenhet, likabehandling och icke-diskriminering i direktiv 2004/18/EG.

Sveriges regering lämnade den 12 juni 2007 svar på den formella underrättelsen.

Europeiska gemenskapernas kommissionen överlämnade den 23 oktober 2007 till Sveriges ständiga representation en skrivelse med en uppföljning av den första formella underrättelsen (ref. SG (2007) D/201520).

Regeringen medgav i svar till kommissionen den 20 februari 2008 (S2007/11086/RS) att EG-fördragets grundläggande principer om bl.a. icke-diskriminering och insyn enligt artikel 43 EG om

etableringsfrihet är tillämpliga på tilldelning av samverkansavtal. För det fall att avtalen skulle ses som tjänstekontrakt mellan landstingen och de enskilda sjukgymnasterna har regeringen uttalat att även artikel 2 i direktiv 2004/18/EG är tillämplig på förfarandet. Mot denna bakgrund instämmer regeringen i kommissionens bedömning att det finns vissa brister i det svenska systemet med tilldelning av samverkansavtal för sjukgymnaster och att systemet därför behöver ändras.

I dag sluts ytterst få samverkansavtal med privata vårdgivare. Det har fått till följd att antalet privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan i princip har halverats under en tioårsperiod. Landstingen föredrar att sluta vårdavtal med de privata vårdgivarna eftersom det ger landstingen större möjligheter att styra över den vård de finansierar. De privata vårdgivarna menar dock att vårdavtalen inte ger långsiktiga förutsättningar för att bygga upp och driva en verksamhet eftersom vårdavtalen är tidsbegränsade.

Privata vårdgivare

Vårdgivarutredningen (S 2001:10) uppmärksammade i betänkandet Åldersgränser och ersättningsetablering (SOU 2003:7) att Sverige, i motsats till andra nordiska länder, saknar ett hållbart system för privata vårdgivare att vara verksamma. Utredningen menade att formerna för hur privata vårdgivare ska kunna vara verksamma med offentlig ersättning bör ses över. Något sådant uppdrag ingick emellertid inte i Vårdgivarutredningens direktiv.

En roll för privata vårdgivare skulle kunna vara att i större utsträckning bidra till landstingens möjligheter att uppfylla vårdgarantin. Patienter har redan i dag rätt att vända sig till valfri klinik i ett annat EES-land för planerad vård, oavsett driftsform. Någon motsvarande rätt att vända sig till privata vårdgivare finns inte inom landet. Till skillnad från många andra länder har Sverige inte en sjukvårdsförsäkring. Det är i stället landstingen som står för bedömning av vårdbehov och som ansvarar för utförandet, i egen regi eller genom avtal. Systemet leder till en god kostnadskontroll, men kan samtidigt ge en begränsad flexibilitet vilket kan vara en bidragande orsak till köer i vården. Om privata vårdgivare med eller utan avtal med landstinget får bidra till att landstinget kan uppfylla

vårdgarantin så kan principen om vård efter behov bibehållas och kombineras med en bättre flexibilitet och tillgänglighet i vården.

Utredningens tidigare uppdrag

Med stöd av regeringens bemyndigande den 20 juni 2007 (dir. 2007:90) tillkallade chefen för Socialdepartementet en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om patientens rätt (S 2007:07), ska enligt direktiven bl.a. föreslå hur fri etableringsrätt kan införas i primärvården.

Dessutom ska utredaren överväga vilka krav som kan ställas på läkare med annan specialisering än allmänmedicin för att dessa ska kunna etablera sig fritt inom primärvården och verka som fast vårdkontakt samt om andra yrkesgrupper inom sjukvården, t.ex. sjuksköterskor, kan ges motsvarande möjligheter. Utredaren ska vidare lämna förslag bl.a. till lagreglering av den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet.

Tilläggsuppdrag om etablering inom öppenvård

Det förslag som utredningen lämnat i delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) i fråga om fri etablering inom primärvården omfattar bl.a. de vårdgivare som är verksamma enligt den nationella taxan. Därutöver finns det såväl specialistläkare som sjukgymnaster som får ersättning enligt LOL respektive LOS och som arbetar inom annan öppenvård än primärvård.

Kommissionen har ifrågasatt det svenska systemet med tilldelning av samverkansavtal för vårdgivares rätt till offentlig ersättning för sina hälso- och sjukvårdstjänster. För att hitta ett system som helt kan ersätta det nuvarande systemet med samverkansavtal i LOL respektive LOS behöver det utredas hur ett system för etablering med offentlig ersättning kan införas utanför primärvården.

Det finns även andra skäl än de rent juridiska att ersätta det nuvarande systemet med samverkansavtal. Ett är att det vore önskvärt om patienternas valfrihet kunde tillgodoses i högre utsträckning. Ett annat är att det vore bra att stimulera utvecklingen av den öppna hälso- och sjukvården och möjliggöra aktörsnätverk som

täcker patienternas vårdbehov och därmed förbättrar deras möjligheter att åtnjuta rätten till bästa uppnåeliga hälsa.

Utredarens uppdrag utökas mot denna bakgrund till att se över etableringsregler för privata vårdgivare med offentlig ersättning i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Utredaren ska:

- Utredda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. I uppdraget ingår att vid behov lämna lagförslag om landstingens anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster från dessa vårdgivare.
- Analysera om det finns behov av övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan och vid behov lämna förslag till sådana regler. De förslag regeringen slutligen lägger fram med anledning av förslagen i departementspromemorian (Ds 2007:22) Ersättningsetablering m.m. för vissa privata vårdgivare ska beaktas.
- Utredda och lämna förslag som innebär att patienten ska kunna vända sig till valfri vårdgivare, även sådana som inte har avtal med något landsting, om landstinget inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för en lagreglerad vårdgaranti.
- Analysera och redovisa vilka ekonomiska konsekvenser som kan uppstå för sjukvårdshuvudmännen vid införande av ett nytt system för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Utredningens genomförande

Utredaren ska i sina förslag särskilt beakta landstingens möjligheter att upprätthålla kostnadskontroll samt följa tillämplig EG-rätt. Utgångspunkten för ett nytt system ska vara att det står i överensstämmelse med art. 43 om etableringsrätt och art. 49 om fri rörlighet för tjänster i EG-fördraget samt de grundläggande EG-rättsliga principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, proportionalitet och ömsesidigt erkännande. För det fall att det är

aktuellt ska systemet även stå i överensstämmelse med tillämpliga bestämmelser i Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/18/EG av den 31 mars 2004 om samordning av förfarandena vid offentlig upphandling av byggtreprenader, varor och tjänster samt artikel 87 om statsstöd i EG-fördraget.

Vidare ska utredaren beakta hur ersättningssystemens utformning kan bidra till vårdens effektivitet, kvalitet, tillgänglighet och värde för patienterna. Utredaren ska också överväga hur etableringsregler kan utformas för att särskilt stimulera nyetablering av mottagningar i de delar av landet samt inom de specialiteter där det i dag finns få alternativ inom det offentliga utbudet.

Utredaren ska utgå från att dagens ansvarsförhållanden för hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering ska bestå samtidigt som förutsättningarna för en mångfald av vårdgivare förbättras. En annan utgångspunkt ska vara att den svenska hälso- och sjukvården ska baseras på samverkande system med en välfungerande primärvård som kan tillgodose merparten av befolkningens sjukvårdsbehov kompletterad med öppen specialistvård, slutenvård samt en välfungerande akutsjukvård.

Redovisning av uppdraget

Förslagens konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Särskild vikt ska läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna, liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen.

Utredningens arbete skulle enligt de ursprungliga direktiven slutredovisas senast den 15 december 2008. Med dessa tilläggsdirektiv förlängs tiden för utredningens slutredovisning. De i tidigare direktiv givna uppdragen samt det nya uppdraget om patientens möjligheter att vända sig till valfri vårdgivare om ett landsting inte klarar att uppfylla vårdgarantins tidsgränser, ska redovisas senast den 15 december 2008. Övriga uppdrag som anges i dessa tilläggsdirektiv ska redovisas senast den 1 oktober 2009.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07)

**Dir.
2008:87**

Beslut vid regeringssammanträde den 18 juni 2008

Bakgrund

Regeringen har den 20 juni 2007 gett en särskild utredare i uppdrag (dir. 2007:90) att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården ska stärkas. För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning. Utredaren ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av de fria vårdvalet. I uppdraget ingår även att analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som infördes den 1 november 2005.

Den 29 maj 2009 fick samma utredare i tilläggsdirektiv (dir. 2008:72) att lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen 2008 avsikten att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen genom att införa en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Som ett första steg i att införa en sådan garanti har regeringen den 13 juni 2008 ingått en överenskommelse om detta med Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelsen innebär att hälso- och sjukvården tillförs ökade resurser för sådana rehabiliteringsinsatser. Vidare aviserade regeringen i budgetpropositionen avsikten att utreda en eventuell lagreglering av en sådan garanti.

De vanligaste orsakerna till sjukskrivning är sjukdomar i rörelseorganen och psykisk ohälsa. Sjukdomar i rörelseorganen utgör ca 29 % och psykiska diagnoser ca 32 % av alla pågående sjukfall (siffrorna avser februari 2008). Det är därför av särskilt intresse att förbättra situationen för dessa patientgrupper. Kunskapsläget när det gäller evidens för återgång i arbete är begränsat. Det finns idag viss evidens för behandlingsmetoder och rehabilitering som leder till återgång i arbete. Ytterligare kunskap behöver tas fram så att ny evidens med fokus på återgång i arbete kan ligga till grund för en utvidgad rehabiliteringsgaranti. Internationella och nationella systematiska genomgångar visar att evidens för att komma åter i arbete vid smärta i rygg och nacke finns för multimodala rehabiliteringsprogram med inslag av kognitiv beteendeterapi med inriktning på arbetet och arbetsplatsen. För psykiska diagnoser så visar bl.a. Statens beredning för medicinsk utvärderings kunskapssammanställningar att viss evidens för förbättrad livskvalitet och återkomst av arbetsförmåga finns för flera behandlingsformer när det gäller t.ex. ångest, depression och långvarig smärta.

Tilläggsuppdrag om förslag till en vidareutveckling och förbättring av en nationell rehabiliteringsgaranti

Utredaren ska göra följande.

- Lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt, med utgångspunkt i överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Landsting och staten den 13 juni 2008 om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete.
- Se över regleringen av det statliga ekonomiska stödet för rehabiliteringsgarantin och vid behov lämna förslag till förändringar. Även frågan om eventuella sanktioner till de landsting som inte lever upp till garantin ska beaktas.
- Lämna förslag på hur utvärdering och uppföljning av både insatser inom garantins ram och effekter av insatser bör ske samt belysa frågan om forskning för mer och utvecklade evidens inom de berörda områdena.

- Analysera hur den föreslagna rehabiliteringsgarantin är utformad i förhållande till den nationella vårdgarantin. Vid behov ska förslag till samordning lämnas.
- Om det bedöms lämpligt redovisa förslag till lagreglering av rehabiliteringsgarantin.

Rehabiliteringsgarantin ska i första hand omfatta de stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Garantin ska dock successivt utvecklas till att omfatta även andra diagnosgrupper.

Utredaren ska samråda med Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utredaren ska redovisa tilläggsuppdraget (om vidareutveckling och förbättringar av den överenskomna rehabiliteringsgarantin) senast den 20 april 2009.

(Socialdepartementet)



REGERINGSKANSLIET

Sveriges
Kommuner
och Landsting

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010

Bakgrund och rehabiliteringsgaranti från 1 juli 2008

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting har tecknat en överenskommelse om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade och medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Överenskommelsen innebär att en rehabiliteringsgaranti successivt kan börja att träda ikraft under 2008 för medicinska behandlingsmetoder där vetenskapligt stöd för effekten återvunnen arbetsförmåga kunnat visas. De stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa ska omfattas.

Utgångspunkten för vad som ska betraktas som evidensbaserade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser är Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapporter eller motsvarande internationella systematiska sammanställningar med evidens för att återfå arbetsförmågan. I takt med att nyare forskning kommer ska uppdatering och sammanställning av det aktuella evidensläget ske kontinuerligt så att det alltid erbjuds behandling och rehabilitering enligt nyaste evidens inom ramen för rehabiliteringsgarantin.

Genom en tydlig urvalsprocess ska individer med en sjukdom där det finns behandlingsformer som har evidens för återvunnen arbetsförmåga garanteras skyndsamt behandling inom ramen för det övergripande kravet på en god vård på lika villkor som följer av 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Garantin ska avse tillgänglighet i följande steg:

1. medicinsk bedömning och ställningstagande till om patientens tillstånd innebär att han/hon skulle vara betjänt av medicinsk behandling/rehabilitering enligt ovan.
2. att påbörja och genomföra behandling/rehabilitering.

Garantin ska omfatta ovan angivna steg och erbjudas så att individen snabbt återfår arbetsförmågan. Ambitionen är att insatserna ska ske inom de tidsgränser som bedöms lämpliga med hänsyn till vad som kan utläsas av evidens för snabb återgång i arbete.

För 2008 fördelas statens medel för rehabiliteringsgarantin till de landsting som erbjuder medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser enligt nämnda evidenskrav eller vidtar organisatoriska ändringar eller andra nödvändiga förberedelser att implementera såväl steg 1 som steg 2 ovan.

Medel finns även avsatta för projekt som genom s.k. kontrollerade försök använder metoder som utvecklar och stärker evidensen för behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Landstingen har möjlighet att, i samverkan med forskningsinstitutioner, ansöka om dessa medel.

Rehabiliteringsgaranti för 2009 och 2010

Genom en tydlig urvalsprocess ska de individer som är betjänta av rehabilitering/behandlingsformer som har evidens för återvunnen arbetsförmåga garanteras skyndsam behandling inom ramen för det övergripande kravet på en god vård på lika villkor som följer av 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Följande utgångspunkter ska gälla för att landstingen ska få ersättning för rehabiliteringsgarantin från 1 januari 2009:

1. Med medicinsk rehabilitering avses evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser av somatisk och psykologisk karaktär som tillhandahålles på individnivå med evidens för att återfå arbetsförmågan.
2. De åtgärder som berättigar till ersättning ska vara definierade i Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) rapporter om bästa tänkbara vetenskapliga underlag med evidens för att återfå arbetsförmågan samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer

och försäkringsmedicinska beslutsstöd. Vad det innebär beträffande behandling och ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin preciseras i bifogad bilaga. I takt med att nyare forskning kommer ska uppdatering och sammanställning av det aktuella evidensläget ske kontinuerligt så att det alltid erbjuds behandling och rehabilitering inom ramen för rehabiliteringsgarantin enligt senaste evidens.

3. Personer i åldern 16–67 år med icke specificerad smärta i rygg, axlar och nacke och/eller lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress ska omfattas.
4. För 2009 regleras tidsgränserna för medicinsk bedömning och ställningstagande samt att påbörja och genomföra rehabilitering/behandlingar inom ramen för vårdgarantin. Det finns för diagnoserna inom gruppen diffus smärta evidens för att bättre resultat uppnås om behandling sätts in inom åtta veckor. För lättare eller medelsvåra psykiska diagnoser är det angeläget att åtgärder sätts in tidigt för att stödja personer att återgå i arbete. Målsättningen är att berörda patienter ska få behandling/rehabilitering inom 6–8 veckor från sjukskrivningens början. För 2010 ska tidsgränserna bl.a. utifrån vad som framgår av ny evidens, utredningsförslag och eventuellt nya tider i vårdgarantin ses över.

Ersättning till landstingen under 2009 och 2010

Regeringen kommer, med förbehåll om riksdagens godkännande, att avsätta medel för rehabiliteringsgarantin för 2009 med 600 miljoner kronor och för 2010 med 1 miljard kronor. Av dessa medel ska 40 miljoner kronor per år avsättas för forskning.

Landstingen får ersättning per patient som påbörjat rehabiliterings- eller behandlingsinsatser inom ramen för ovan angivna utgångspunkter. Rehabiliterings-/behandlingsinsatserna kan genomföras antingen i egen regi i landstingen eller av privata leverantörer i enlighet med LOU eller LOV.

Ersättningen per patient och påbörjad eller genomförd behandling uppgår till följande belopp;

- 40 000 kr för multimodal rehabilitering vid diffus smärta i rygg, axlar och nacke

- 10 000 kr för kognitiv beteendeterapi vid lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress.

(Då kunskapsläget och evidensen för nya rehabiliterings/behandlingsinsatser kan förändras under perioden 2009–2010 kan även dessa komma att omfattas av rehabiliteringsgarantin. Om så är fallet görs kompletteringar i bilagan och vilken ersättning som utgår för dessa åtgärder.)

Utöver denna ersättning får landstingen ett 25-procentigt påslag på den beräknade faktiska kostnaden. Det 25-procentiga påslaget per patient och påbörjad eller genomförd behandling uppgår till:

- 10 000 kr för multimodal rehabilitering vid diffus smärta i rygg, axlar och nacke
- 2 500 kr för kognitiv beteendeterapi vid lätt eller medelsvår ångest, depression eller stress.

Dessa extramedel som landstingen på så sätt erhåller ska användas till organisatoriska ändringar eller andra nödvändiga förberedelser för en fullt utbyggd rehabiliteringsgaranti.

För att få ersättning lämnar landstingen underlag om antalet genomförda eller påbörjade behandlingar till Försäkringskassan. Av redovisningen ska framgå vilka insatser som påbörjats/genomförts, inom vilken tid och vem som genomfört dessa. Utbetalning av ersättningen sker per kvartal i efterskott.

Maximal ersättning per landsting är länets befolkningsandelen i förhållande till det totala beloppet för rehabiliteringsgarantin, vilket, med avdrag för forskningsmedlen, uppgår till 560 miljoner kronor för 2009 och 960 miljoner kronor för 2010. Den kvartalsvisa utbetalningen upphör när landstinget nått sin nivå för maximal ersättning.

De medel som ej förbrukats vid årets slut p.g.a. att det finns landsting som inte påbörjat/genomfört några behandlingar inom ramen för rehabiliteringsgarantin, ska fördelas till de landsting som påbörjat fler rehabiliterings- eller behandlingsinsatser än de får ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Ersättning kommer att betalas ut i proportion till respektive landstings andel av det som totalt "överproduceras" dvs. det som produceras utöver det samlade värdet för landstingens befolkningsandel.

Uppföljning

I samband med det första kvartalets redovisning ska landstingen göra en bedömning av i vilken omfattning som patienterna i länet kan komma att omfattas av rehabiliteringsgarantin. Om det i denna redovisning visar sig att alla medel inte kommer att förbrukas avser regeringen att vidta ytterligare åtgärder för att stärka möjligheten för patienter att få behandling. Landstingen ska vid årets slut redovisa hur de använt det 25-procentiga påslaget för förberedande/utvecklande insatser.

Uppföljning av rehabiliteringsgarantin ska göras så att en första rapport kan lämnas till Socialdepartementet i januari 2010. Uppföljningen ska bl.a. fokusera på i vilken omfattning de som omfattas av rehabiliteringsgarantin återfått arbetsförmågan.

Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig när den godkänns av regeringen och styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting samt under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionen för respektive år. Överenskommelsen gäller till och med den 31 december 2010.

Stockholm den 12 december 2008

För staten genom
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner
och Landsting

Bettina Kashefi

Håkan Sörman

Bilaga

2008-12-12

Behandlingar/rehabilitering som berättigar till ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin

Det primära målet med rehabiliteringsgarantin och härmed den multimodala rehabiliteringen är arbetsåtergång. Detta utesluter inte andra samtidigt mål som reducerad smärtintensitet, mindre depressivitet, större samhällelig delaktighet, bättre hälsa och livskvalitet.

Vilka patienter med icke specifik smärta i rygg, nacke och axlar ?

Garantin riktar sig till personer som helt uppföljer följande kriterier:

- i yrkesför ålder dvs. 16–67 år
- har långvarig smärta (minst 3 månaders varaktighet) från:
 - nacke-skuldror och/eller
 - ländrygg eller
 - generaliserad smärta (t.ex. fibromyalgi)
- arbetsåtergång efter genomgången multimodalt rehabiliteringsprogram bedöms rimligt/troligt.

Patienter med smärta i huvudsak på grund av sjukdomstillstånden osteoartros eller reumatoid eller annan artrit ingår ej i rehabiliteringsgarantin.

Vad menas med multimodal rehabilitering?

I SBU rapporten ”Metoder för behandling av långvarig smärta” från 2006 definierades schematiskt tre olika rehabiliteringsnivåer eller processer vid kronisk smärta utifrån behov och mängd av insatta åtgärder:

1. Unimodal rehabilitering

2. Intermediär rehabilitering
3. Multimodal rehabilitering

De två förstnämnda intensitetsnivåerna omfattas ej av rehabiliteringsgarantin. *Unimodal rehabilitering* innebär att en enstaka åtgärd (modalitet) tillgrips t.ex. sjukgymnastik, samtal etc. Den insatta åtgärden kan i sig vara komplex men kräver inte aktiviteter från flera olika professioner. Den *intermediära rehabiliteringen* är en nivå där fler åtgärder måste vidtas. Personalen arbetar inte regelmässigt i team, utan arbetet är mer uppbyggt på regelbundna kontakter mellan inblandad behandlingspersonal (läkare, paramedicinare eller omvårdnadspersonal).

Den *multimodala rehabiliteringen* tillgrips i situationer med förhållandevis stora och komplexa behov. Den innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid och kräver att personalen arbetar i team och är tränade att arbeta i team.

Den multimodala rehabiliteringens innehåll?

Enligt SBU rapporten från 2006 finns det evidens för att multimodal rehabilitering långsiktigt leder till positiva resultat t.ex. på smärta och på arbetsåtergång vid sjukskrivning.

För att avgöra om den drabbade individen har förutsättningar att tillägna sig innehållet i det multimodala rehabiliteringsprogrammet och för att säkerställa att arbetsåtergång efter genomgången rehabiliteringsprogram är rimligt/troligt förutsätts att teamets medlemmar genomför en bred utredning. Vid denna utredning kan patienter diagnostiseras som har tecken på annan allvarlig sjukdom eller sjukdom med känd specifik organbehandling. Dessa patienter omhändertas på annat sätt lokalt eller remitteras till lämplig instans.

Både den breda utredningen som föregår rehabiliteringen och den multimodala rehabiliteringen i sig utgår från nödvändigheten av att förstå och rehabilitera smärtans hela komplexitet och dess negativa konsekvenser; dvs. ett bio-psyko-socialt synsätt tillämpas genomgående. Denna komplexitet nödvändiggör teamarbete.

Hur det multimodala rehabiliteringsprogrammets exakt ska vara uppbyggt finns det i dag inte tillräcklig kunskap om men utifrån SBU rapporten från 2006 kan man konkludera följande viktiga egenskaper:

- Ett bio-psyko-socialt synsätt
- Tillräcklig intensitet (oftast 2–3 dagar i veckan under 6–8 veckor; kan inkludera olika hemuppgifter för patienten)
- Välplanerade och synkroniserade åtgärder i form av
 - Genomtänkt psykologiskt¹ förhållningssätt och insats
 - Fysisk träning och/eller gradvis ökad fysisk aktivitet
 - Undervisning t.ex. om smärta, dess konsekvenser och hanteringsstrategier
 - Stärka den drabbade individens handlingskraft och ansvarstagande genom t.ex. olika hem- och tillämpningsuppgifter
 - Planering för framtiden-arbetsåtergång t.ex. via kontakter med arbetsplats

Ofta är det både ekonomiskt och personalmässigt effektivt samt uppskattat av patienter att i huvudsak genomföra den multimodala rehabiliteringen gruppbaserat (8–10 patienter) där patienten deltar utifrån sina individuella förutsättningar och där olika helt individuella tillägg kan adderas vid behov.

Teamarbetet vid multimodal rehabilitering?

Teamen kan bestå av olika professioner men typiskt ingår 3–4 professioner t.ex. sjukgymnast, arbetsterapeut, beteendevetare (socionom eller psykolog) samt en läkare. Den exakta uppbyggnaden kan variera något beroende på lokala traditioner och ibland kan t.ex. också sjuksköterska/undersköterska eller friskvårdspersonal ingå. Teamets uppbyggnad står således i samklang med rehabiliteringsprogrammets uppbyggnad.

Teamet har regelbundna möten för att diskutera utredning och rehabiliteringsprogress- och resultat. Teamet har också ett utvecklat och genomtänkt sätt att låta patienten vara en del av teamarbetet för att säkerställa att patientens vilja och självständighet beaktas samt säkerställa långsiktiga rehabiliteringsresultat.

¹ Det fanns i nuläget ingen evidens för att någon särskild psykologisk hållning/ideologi skulle vara överlägsen någon annan som del i ett multimodalt rehabiliteringsprogram. I Sverige i dag oftast benämnt kognitivt beteendeoriktat, eller beteendeoriktat förhållningssätt.

Vilka vårdnivåer vid multimodal rehabilitering?

Multimodala rehabiliteringsprogram kan finnas både inom primärvård (inkl. företagshälsovård) och specialistvård (t.ex. rehabiliteringsmedicinska kliniker, multidisciplinära smärtkliniker).

Lätt eller medelsvår psykiska ohälsa

Här följer en sammanfattning över vad som innefattas i lätt eller medelsvår psykisk ohälsa för depressioner, ångest och stress samt vilka krav som ska vara uppfyllda för att behandling/rehabilitering ska ge ersättning enligt rehabiliteringsgarantin. Det finns dock inte särskilt många studier som strikt har haft som syfte att undersöka personers återgång i arbete. I detta sammanhang innebär det att återfå funktion som kan bidra till återgång i arbete.

Farmakologisk behandling omfattas inte i rehabiliteringsgarantin. Det förutsätts att en noggrann diagnostik och nödvändiga utredningar för bedömning av behandlingsbehov är gjort.

Tre områden omfattas av rehabiliteringsgarantin:

- *Ångestsyndrom*
Tillstånd där flera symtom på ångest förekommer samtidigt på ett specifikt sätt och med en viss varaktighet. Ångesten ska vara så svår att den leder till stora inskränkningar i patientens dagliga liv eller andra funktionsnedsättningar. Ångesttillstånd kan medföra panikattacker, fobier och tvångstankar/tvångshandlingar.
- *Depression*
Här omfattas depressionstillstånd ned en nedstämdhet av den svårighetsgraden att den påverkar personens funktionsförmåga och orsakar svårigheter i arbete och privatliv. Någon strikt gräns mellan det normala och det sjukliga kan ibland vara svårt att dra. En skattningsskala kan underlätta diagnostiseringen.
- *Stress*
Att vara ”stressad” är ingen sjukdom, utan en naturlig och livsviktig psykologisk och biologisk reaktion på yttre påfrestningar. Hur individen reagerar beror på påfrestningens styrka och varaktighet och möjligheten till återhämtning. Stress kan dock leda till sjukdom och ohälsa, både kroppsligt och psy-

kiskt. Det är uppenbart att psykiska sjukdomar kan förvärras av stress, men stress kan också vara en väsentlig bakgrundsfaktor.

Kognitiv beteendeterapi, KBT

Kognitiv terapi inriktar sig på att påverka tankemönster. Kognitiv beteendeterapi, KBT, kombinerar inslag från både beteendeterapi och kognitiv terapi med syfte att påverka tankar, känslor och beteende i en positiv riktning. Olika strategier med övningar och hemuppgifter är en viktig del. Det finns ett flertal metoder. Gränsdragningen mellan de olika terapierna är inte entydig och ofta är det svårt att avgöra vilken terapiform som använts i studier.

Krav på behandlingsmetoder för ångestsyndrom, depressionssjukdomar och stress inom ramen för rehabiliteringsgarantin

För samtliga ångestsyndrom har Kognitiv beteendeterapi, KBT, dokumenterad effekt oftast med evidensstyrka 1.² Vid paniksyndrom gäller att om inslaget av agorafobi saknas, är lindrigt eller måttligt har KBT som inkluderar exponering dokumenterad effekt. Vid specifik fobi har beteendeterapi med exponering säkerställd effekt. Vid tvångssyndrom har beteendeterapi med responsprevention den bästa dokumenterade behandlingen, framförallt för tvångshandlingar.

För depression har psykoterapiformer mest omfattande stöd. I kliniska studier är beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av dessa båda dvs. Kognitiv beteendeterapi, KBT.³ Enligt överenskommelsen är utgångspunkten att evidens ska råda enligt SBU:s rapporter, nationella riktlinjer och hänsyn ska tas till Försäkringsmedicinska beslutstödet. Behandlarna ska ha tillräcklig kompetens för att utföra behandlingar i överensstämmelse med de evidensbaserade metoderna.

För att få ersättning inom ramen för rehabiliteringsgarantin krävs att utredning och behandling individuellt eller i grupp genomförs av:

1. leg psykolog med KBT-inriktning

² Behandling av ångestsyndrom – en systematisk litteraturöversikt. SBU.

³ Behandling av depressionssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt. SBU.

2. leg psykolog med annan inriktning men som använder KBT-metoder eller IPT
3. behandlare som har en adekvat grundutbildning som t.ex. sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare, pedagog med påbyggnadsutbildning i KBT eller IPT i omfattning som motsvarar en steg 1-utbildning
4. behandlare som har en adekvat grundutbildning som t.ex. sjuksköterska, socionom, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare med påbyggnadsutbildning i KBT med en omfattning om minst 7,5 högskolepoäng eller psykolog under utbildning. Dessa behandlaren ska ha kontinuerlig handledning, minst 2 ggr/månad, av handledarkompetent psykolog. Behandlingsmetoderna ska vara uppföljningsbara.

Behandlingar inom ramen för punkt 4 ovan ska successivt fasas ut till förmån för behandlingar av steg 1-utbildade behandlare.

Statens offentliga utredningar 2009

Kronologisk förteckning

1. En mer rättssäker inhämtning av elektronisk kommunikation i brottsbekämpningen. Ju.
2. Nya nät för förnybar el. N.
3. Ransonering och prisreglering i krig och fred. Fö.
4. Sekretess vid anställning av myndighetschefer. Fi.
5. Säkerhetskopiors rättsliga status. Ju.
6. Återkrav inom välfärdssystemen. – Förslag till lagstiftning. Fi.
7. Den svenska administrationen av jordbruksstöd. Jo.
8. Trygg med vad du äter – nya myndigheter för säkra livsmedel och hållbar produktion. Jo.
9. Säkerhetskontroller vid fullmäktige- och nämndsammanträden. Fi.
10. Miljöprocessen. M.
11. En nationell cancerstrategi för framtiden. S.
12. Skatt i retur. Fi.
13. Effektiviteten i Kriminalvårdens lokal-försörjning. Ju.
14. Grundlagsskydd för digital bio och andra yttrandefrihetsrättsliga frågor. Ju.
15. Kraftsamling!
– museisamverkan ger resultat.
+ Bilagor. Ku.
16. Betänkande av Kulturutredningen.
Grundanalys
Förnyelseprogram
Kulturpolitikens arkitektur. Ku.
17. Kommunal kompetenscatalog.
En problemorientering. Ju.
18. Två rapporter till Grundlagsutredningen. Ju.
19. Aktiv väntan – asylökande i Sverige. Ju.
20. Mer järnväg för pengarna. N.
21. Redovisning av kommunal medfinansiering. Fi.
22. En ny alkohollag. S.
23. Olovlig tobaksförsäljning. S.
24. De statliga beställarfunktionerna och anläggningsmarknaden. N.
25. Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning. Fi.
26. Det växande vattenbrukslandet. Jo.
27. Ta klass. U.
28. Stärkt stöd för studier – tryggt, enkelt och flexibelt. + Bilagor. U.
29. Fritid på egna villkor. IJ.
30. Skog utan gräns? Jo.
31. Effektiva transporter och samhällsbyggande – en ny struktur för sjö, luft, väg och järnväg. N.
32. Socialtjänsten. Integritet – Effektivitet. S.
33. Skatterabatt på aktieförvärv och vinstutdelningar. Fi.
34. Förenklingar i aktiebolagslagen m.m. Ju.
35. Moderna hyreslagar. Ju.
36. Främja, Skydda, Övervaka
– FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. IJ.
37. Enklare beslutsfattande i ekonomiska föreningar. Ju.
38. Ingen får vara Svarte Petter. Tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänsten. S.
39. En ny kollektivtrafiklag. + Bilagor. N.
40. En ny modell för arbetsmiljötillsyn. A.
41. Bättre och snabbare insättningsgaranti. Fi.
42. Vattenverksamhet. M.
43. Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården. U.
44. Integritetsskydd i arbetslivet. A.
45. Områden av riksintresse och Miljökonsekvensbeskrivningar. M.
46. Försenad årsredovisning och bokföringsbrott, m.m. Ju.
47. God arbetsmiljö - en framgångsfaktor? A
48. Koncessioner för el- och gasnät. N.
49. Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring. S.

Statens offentliga utredningar 2009

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- En mer rättssäker inhämtning av elektronisk kommunikation i brottsbekämpningen. [1]
Säkerhetskopiers rättsliga status. [5]
Effektiviteten i Kriminalvårdens lokalförsörjning. [13]
Grundlagsskydd för digital bio och andra yttrandefrihetsrättsliga frågor. [14]
Kommunal kompetenscatalog.
En problemorientering. [17]
Två rapporter till Grundlagsutredningen. [18]
Aktiv väntan – asylsökande i Sverige. [19]
Förenklingar i aktiebolagslagen m.m. [34]
Moderna hyreslagar. [35]
Enklare beslutsfattande i ekonomiska föreningar. [37]
Försenad årsredovisning och bokföringsbrott, m.m. [46]

Försvarsdepartementet

- Ransonering och prisreglering i krig och fred. [3]

Socialdepartementet

- En nationell cancerstrategi för framtiden. [11]
En ny alkohollag. [22]
Olovlig tobaksförsäljning. [23]
Socialtjänsten. Integritet – Effektivitet. [32]
Ingen får vara Svarte Petter. Tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänsten. [38]
Bättre samverkan. Några frågor kring samspelen mellan sjukvård och socialförsäkring. [49]

Finansdepartementet

- Sekretess vid anställning av myndighetschefer. [4]
Återkrav inom välfärdssystemen.
– Förslag till lagstiftning. [6]

- Säkerhetskontroller vid fullmäktige- och nämndsammanträden. [9]
Skatt i retur. [12]
Redovisning av kommunal medfinansiering. [21]
Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning. [25]
Skatterabatt på aktieförvärv och vinstutdelningar. [33]
Bättre och snabbare insättningsgaranti. [41]

Utbildningsdepartementet

- Ta klass. [27]
Stärkt stöd för studier – tryggt, enkelt och flexibelt. + Bilagor. [28]
Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården. [43]

Jordbruksdepartementet

- Den svenska administrationen av jordbruksstöd. [7]
Trygg med vad du äter – nya myndigheter för säkra livsmedel och hållbar produktion. [8]
Det växande vattenbrukslandet. [26]
Skog utan gräns? [30]

Miljödepartementet

- Miljöprocessen. [10]
Vattenverksamhet. [42]
Områden av riksintresse och Miljökonsekvensbeskrivningar. [45]

Näringsdepartementet

- Nya nät för förnybar el. [2]
Mer järnväg för pengarna. [20]
De statliga beställarfunktionerna och anläggningsmarknaden. [24]
Effektiva transporter och samhällsbyggande
– en ny struktur för sjö, luft, väg och

järnväg. [31]
En ny kollektivtrafiklag. + Bilagor. [39]
Koncessioner för el- och gasnät. [48]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

Fritid på egna villkor. [29]
Främja, Skydda, Övervaka
– FN:s konvention om rättigheter för
personer med funktionsnedsättning. [36]

Kulturdepartementet

Kraftsamling!
– museisamverkan ger resultat. + Bilagor.
[15]
Betänkande av Kulturutredningen.
Grundanalys
Förnyelseprogram
Kulturpolitikens arkitektur. [16]

Arbetsmarknadsdepartementet

En ny modell för arbetsmiljötillsyn. [40]
Integritetsskydd i arbetslivet. [44]
God arbetsmiljö - en framgångsfaktor? [47]