



FOTO: NICKLAS BLOM/BILDARKIVET

## Klart med ny sjukskrivningsmiljard

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har kommit överens om nya sjukskrivningsmiljarder. Maximalt två miljarder för perioden 2010–2011 ska regeringen betala ut.

**E**n del av pengarna fördelas utifrån folkmängd, men först om vissa villkor har uppfyllts.

Ett sådant villkor är att hälso- och sjukvården ska ta in sjukskrivningsprocessen i sina ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

### Jämställd process

För att få del av pengarna ska landstingen också analysera den könsuppdelade statistiken

och utarbeta handlingsplaner för att utveckla en jämställd sjukskrivningsprocess där hög kvalitet för både kvinnor och män säkerställs. Det är nödvändigt att undersöka processen så att diagnoser och sjukskrivningar bestäms utifrån individen, inte utifrån omedvetna uppfattningar om vad som är kvinnligt och manligt.

I oktober 2009 var 80 756 kvinnor sjukskrivna, mot 50 472 män. Kvinnorna utgör

alltså 62 procent av de sjukskrivna.

Att kvaliteten på de medicinska underlagen förbättras är också ett villkor. Här trappas kraven upp under de två åren. De landsting vars läkare skriver godkända underlag i 50 procent av de nya sjukpenningssärendena under 2010 får dela på 75 miljoner. De som lyckas nå nivån 70 procent får dela på ytterligare 75 miljoner. Under 2011 krävs det godtagbar kvalitet i 80 procent av de nya ärendena för att få några pengar.

### Elektronisk överföring

Vidare ska landstingen tillhandahålla fördjupade medicinska utredningar när Försäkringskassan begär det.

Ytterligare ett villkor är att landstingen under 2010 ska förbereda och under 2011 ansluta sig för att kunna överföra underlagen elektroniskt.

En rörlig del av sjukskrivningsmiljarden fördelas utifrån hur mycket sjukfrånvaron har minskat i länet.

Överenskommelsen mellan regeringen och SKL undertecknades den 11 december.

TEXT: Annika Lindqvist

## Landstingen är beredda

Den nya överenskommelsen är ett stort åtagande för landstingen och det kan behövas resursförstärkning för att klara av arbetet de två närmsta åren. En stor fördel är att alla landsting har arbetat systematisk med att utveckla sjukskrivningsprocessen sedan 2006. Arbetet bedrivs på ett helt annat sätt i dag och läkarna är medvetna om att långa sjukskrivningar kan vara skadliga för patienten. SKL och Försäkringskassan har under hösten träffat samtliga landstingsledningar och gått igenom överenskommelsen vilket bidrar att landstingen är beredda på de krav som ställs.



Anna Östbom,  
expert sjukskrivningsfrågor  
på SKL.

## Positivt att vi får fortsätta jobba ihop med staten

Lite för detaljerade regler, men i huvuddrag positivt. Det tycker SKL:s Göran Stiernstedt om den nya sjukskrivningsmiljarden.

**D**et är positivt att vi får fortsätta jobba tillsammans med staten i denna viktiga fråga. Vi tror att det gagnar vården och patienterna, säger Göran Stiernstedt, chef för avdelningen för vård och omsorg på Sveriges Kommuner och Landsting.

Men han är inte helt nöjd med överenskommelsens alla delar.

### Lite snårigt

– Vår huvudinvändning är att reglerna är väl detaljerade och uppdelade i för många delar med tio miljoner här och trettio miljoner där. Våra politiker tycker att det är för snårigt och svårbegripligt. De många detaljerna ger intrycket att staten inte riktigt litat på att landstingen gör det de ska.

Detaljstyrningen är inget nytt för den nya överenskommelsen, anser Göran Stiernstedt.

– Den tendensen har funnits hela tiden.

Under perioden 2006–2008 har sjukfrånvaron minskat i samtliga landsting med i genomsnitt 27 procent.

– Vi kan inte förvänta oss samma drastiska förändringar nu, tror Göran Stiernstedt.

TEXT: Annika Lindqvist



Göran Stiernstedt, chef för avdelningen för vård och omsorg på SKL.



Ylva Elm, allmänläkare i Katrineholm.



Margus Mägi, allmänläkare på vårdcentral i Nyköping.

## Läkare och handläggare går kurs ihop

**"Förstår du om jag skriver så här?". I Sörmland går läkarna på kurs tillsammans med Försäkringskassans handläggare för att lära sig skriva bättre medicinska underlag.**

**Y**lva Elm är allmänläkare på vårdcentralen Linden i Katrineholm och ordförande i landstingets sjuk-skrivningskommitté.

Landstinget i Sörmland har samma problem med ofullständiga medicinska underlag som resten av landet.

– Parterna förstår helt enkelt inte varandra. Läkarna begriper inte vad handläggarna vill ha och handläggarna kan inte förklara för läkarna.

Lösningen blev interaktiva utbildningar tillsammans. På varje kursdag medverkar tio läkare och fem handläggare.

– Helst ska handläggarna vara de personer som läkarna haft kontakt med tidigare, säger Ylva Elm som tillsammans

med sin kollega Margus Mägi har lett heldagsutbildningarna.

### **Interaktivt arbetssätt**

Kursdeltagarna får utgå från två patienter, göra rollspel där de turas om att vara doktor och patient och skriva medicinska underlag utifrån samtalen.

Underlagen diskuteras sedan gemensamt, ruta för ruta. Förstår handläggarna skrivningen? Om inte, vad är det de inte begriper?

– Det interaktiva arbetssättet gör att många försäkringsmedicinska frågor kommer upp under dagen.

Kurserna med namnet "Det goda intyget" bekostas med FINSAM-pengar och har pågått intensivt hela hösten. Totalt kommer Sörmland ha utbildat 170 läkare under 2009.

Läkare är i allmänhet inte förtjusta i att skriva intygen. Många tycker att det är byråkratiskt och tar onödigt lång tid. Många känner sig också

klämda mellan patientens önskemål och Försäkringskassans krav.

– Men jag tycker inte att läkarna är lika frustrerade som för några år sedan. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har underlättat för oss att veta vad vi ska göra.

### **Viktigt få med ledningen**

Ändå har det inte varit lätt att fylla utbildningarna.

– Primärvården har vi lyckats bra med, men andra specialiteterna har varit svårare. Vi fick hit sjuorton ortopederna och håller på att utbilda inom psykiatrin, men jag har verkligen fått ligga på verksamhetsledningarna. Från övriga kliniker har enstaka läkare utbildats.

Det är en ledningsfråga, anser Ylva Elm.

– Om inte chefen tycker det är viktigt går inte doktorn.

Nu ska kurserna utvärderas. Under våren blir det troligen halvdagsutbildningar ute på



På varje kursdag medverkar tio läkare och fem handläggare.

klinikerna, för att fler ska ha lättare att gå ifrån jobbet.

– Vi har nått de viktigaste grupperna bland läkarna, men vi vill komma åt alla! Vi måste få alla att förstå att om vi blir duktiga på att skriva rätt från början så spar vården pengar.

TEXT: Annika Lindqvist  
FOTO: Lasse Skog

– Jag tycker inte att läkarna är lika frustrerade som för några år sedan. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet har underlättat för oss att veta vad vi ska göra.

YLVA ELM

## Bara en fjärdedel av underlagen kompletta

**I 73 procent av de ärenden som Riksrevisionen granskade var de medicinska underlagen otillräckliga.**

**E**tt skäl för Riksrevisionen att granska de medicinska underlagen är att sjukförsäkringen kostar så mycket pengar. Utbetalningarna av de olika typerna av sjukpenning och rehabiliteringspenning uppgick 2008 till 22,6 miljarder kronor. Därav gick 13,2 miljarder till kvinnor och 9,4 miljarder till män. Utbetalningarna av sjuk- och aktivitetsersättning, "för-

tidspension", uppgick till 56,3 miljarder kronor, varav 31,8 miljarder till kvinnor och 24,5 miljarder till män.

### 355 ärenden granskade

Riksrevisionens granskning omfattade 355 sjukpenningsärenden, samtliga avslutade under 2007.

Riksrevisionen konstaterar att i 73 procent av de granskade ärendena var en eller flera av de sju obligatoriska uppgifterna i underlaget otillräckliga. Den uppgift som oftast saknades eller var bristfällig var arbetsuppgifternas innehåll.

Försäkringskassans handläggare begärde kompletteringar i endast fyra procent av de granskade fallen.

Riksrevisionen konstaterar att de bristfälliga underlagen kan leda till att personer som har rätt till sjukpenning inte blir beviljade det, medan sådana som inte har rätt till sjukpenning får det ändå. Men bristerna var större i de ärendena som fått bifall än de som fått avslag, och risken är därmed relativt sett mindre att en individ felaktigt har nekats sjukpenning än tvärtom.

TEXT: Annika Lindqvist

## Anmärkningsvärt dåligt, tycker Försäkringskassan

– Det är anmärkningsvärt att så många medicinska underlag inte var kompletta. Och ännu mer besvärande att vi så sällan begärde kompletteringar.

**Siwert Gårdestig, programdirektör på Försäkringskassan, är lite skakad av Riksrevisionens rapport. Men han understryker att det har gått ett tag sedan den gjordes.**

**J**ag tror att både sjukvården och vi har förbättrat oss nu, säger Siwert Gårdestig. Ändå tar han rapporten på stort allvar och lyfter särskilt fram en punkt.

– I det försäkringsmedicinska beslutsstödet står uttryckligen att om läkarens rekommendation avviker från den sjukskrivningstid som rekommenderas i beslutsstödet så ska det motiveras i underlaget. Ändå är bortfallet ganska stort även i dessa fall.

Att läkarna skriver ofullständiga underlag är en sak.

– Men det är ännu mer besvärande att vi begärde kompletteringar bara i fyra procent av de fall som Riksrevisionen granskade. Om inte Försäkringskassan begär kompletteringar så uppfattar

läkaren det naturligtvis som att intyget är tillräckligt som beslutsunderlag, säger Siwert Gårdestig.

På sitt sätt tycker han det är förstäligt att Försäkringskassans handläggare låter ofullständiga intyg gå igenom.

– Handläggarna ska hantera många ärenden under kort tid, och de vet ju att individen vill och måste få ut sina pengar snabbt. Begär man kompletteringar så tar ärendet längre tid.

### Skapar osäkerhet

Besluten blir inte nödvändigtvis felaktiga för att ett underlag inte är komplett.

– Handläggaren har oftast tillgång till annan dokumenterad information. Men det blir en viss osäkerhet när det medicinska underlaget inte är komplett.

En annan punkt i kritiken gäller blanketterna. Revisionen vill förändra dem så att det blir lättare för läkaren att beskriva patientens arbetsförmåga.

– Det har vi gjort successivt tillsammans med Socialstyrelsen, och vi är beredda att göra det igen. Vi får ett gyllene tillfälle inför hösten 2011 när alla medicinska underlag ska överföras elektroniskt.

– Men det är angeläget att vi redan nu blir tydligare på vilken information vi behöver. Behovet av komplettering ska minimeras i och med att underlaget blir rätt från första början. Och det som står på det medicinska underlaget måste vara begripligt också för patienten.

Riksrevisionens rapport kom i maj.

– Sedan dess har vi bland annat pratat med varenda landstingsledning. Det är nödvändigt att ledningen ställer sig på scenen och markerar att det här är viktigt. Och vi måste tydligt visa utåt att Försäkringskassan och landstingen är eniga om vad som ska göras och varför.

TEXT: Annika Lindqvist



Siwert Gårdestig, nationellt samverkansansvarig med vården på Försäkringskassan.



## STÄLL FRÅGAN TVÄRTOM!

# Hur hade vi behandlat en patient av motsatt kön?

– Vi måste ha en individuell plan och ett individuellt bemötande för varje patient, oavsett om det är en kvinna eller man, säger Kerstin Jigmo, resursteamläkare och koordinator i sjukskrivningsfrågor på Vårdcentralen i Skurup.

Vårdcentralen i Skurup har sedan 2002 haft resursteam för patienter som varit sjukskrivna i mer än fyra veckor. I teamet ingår arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog och sjukgymnast utöver en representant från Försäkringskassan och arbetsförmedlingen. 2007 antog vårdcentralen en handlingsplan för att säkra att sjukskrivningsprocessen var rätt, lagom och säker. Resultatet lät inte vänta på sig: När man började räkna 2002 var 74 patienter långtids-sjukskrivna – 2008 var motsvarande siffra 32.

Men genusperspektivet saknades, enligt Kerstin Jigmo.

– I Försäkringskassans decembermätning 2008 över dem som varit sjukskrivna i mer än 60 dagar var 16 av 19 kvinnor. Med den uppenbara snedfördelningen på pränt såg vi möjligheten att kvalitetssäkra verksamheten genom satsningen Jämt sjukskriven. Vi började ställa frågor som: Gör vi livets bekymmer till en diagnos och medikaliserar kvinnor? Eller underdiagnostiserar vi mäns depression?

### Kartlade bemötande

På vårdcentralen började man nu kartlägga bemötandet.

– Till exempel upptäckte vi att kvinnor som har varit utsatta för psykiskt eller fysiskt våld under uppväxten och/eller levt i en sådan relation kunde hittas hos oss med symtom som diffus smärta eller diffus ångest, vilket kan leda till sjukskrivning och försvårad rehabilitering.

Enligt Kerstin Jigmo handlar det om att våga se och våga fråga.

– Vi bestämde oss för att göra rätt från början – vi ska göra en jämställd handlingsplan och den ska fungera som ett levande dokument som årligen revideras.

Erfarenheten är att kvinnor och män uttrycker sig olika vilket kan leda till skillnader i bemötande, behandling och åtgärd.

### Olika diagnoser

– Vi är dåliga på att se mäns psykiska symtom – män får exempelvis i högre grad smärtdiagnoser än kvinnor trots att de har samma problembild. Kvinnor får frågor om den sociala situationen. Vidare frågar vi män om alkoholvanor, men sällan kvinnor.

Frågebatteriet har nu standardiserats. När resursteamet träffas veckovis gås varje patient igenom laget runt. Sedan reflekterar varje teammedlem över om patienten behandlats annorlunda om den varit av motsatt kön.

I flera fall har detta lett till förändrad behandling.

Genusperspektivet har gett nya insikter, menar Kerstin Jigmo.

– Det har i allra högsta grad blivit en lärande process också för oss i teamet. En så enkel sak som könsuppdelad statistik är ovärderlig för att hitta skillnaderna, få oss att fundera och därefter åtgärda bristerna. Självt bär jag med mig genusglasögonen i mötet med alla patienter på ett annat sätt än tidigare.

TEXT: Bengt Nilsson



Kerstin Jigmo, resursteamläkare på vårdcentralen i Skurup.

## NYHETSREV

OM sjukskrivning & rehabilitering

#1/2010 • UTGES AV SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

REDAKTÖR: Anna Östbom, 08-452 76 96. ARBETSGRUPP: Anna Östbom, Cecilia Unge, Ulrika Eklund SKL, Annika Lindqvist. LAYOUT: Kombinera.

För mer information [www.skl.se/sjukskrivningar](http://www.skl.se/sjukskrivningar)