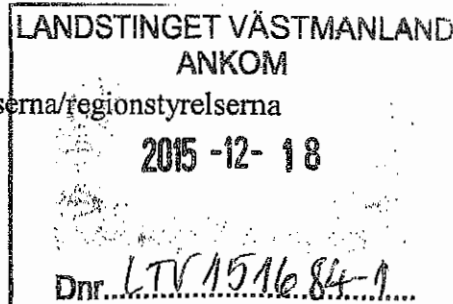


Avdelningen för vård och omsorg  
Sektionen för hälsa och jämställdhet  
Anna Östbom

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna



## Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016

Dnr 15/06296

### Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 18 december 2015 beslutat

**att** godkänna förslaget till överenskommelse om En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016

**att** i en skrivelse informera landsting och regioner om överenskommelsen.

### Bakgrund

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera förbättringar.

Sedan 2006 har staten och SKL ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen, den s.k. sjukskrivningsmiljarden. Syftet med överenskommelsen har varit att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.

För att stimulera hälso- och sjukvårdens utbud av medicinska rehabiliteringsinsatser har staten och Sveriges Kommuner och Landsting sedan 2008 tecknat en överenskommelse som ger landstingen ersättning för evidensbaserade behandlingsinsatser, den s.k. rehabiliteringsgarantin. Rehabiliteringsgarantin har haft en positiv påverkan på att öka tillgången på rehabilitering/behandlingsinsatser samt att patienterna har fått en förbättrad hälsa. Däremot har insatserna inte bidragit till att flera personer återgår i arbete. Därmed avslutas rehabiliteringsgarantin. Däremot ges ett fortsatt ekonomisk stöd för psykologisk behandling och rehabiliteringsinsatser vid långvarig smärta i överenskommelsen och särskild stimulansersättning utgår om vården kontaktar arbetsgivare/arbetsförmedling om patienten givit sitt samtycke.

Sveriges Kommuner och Landsting

Post: 118 82 Stockholm, Besök: Hornsgatan 20

Tfn: växel 08-452 70 00, Fax: 08-452 70 50

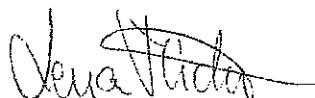
info@skl.se, Org nr: 222000-0315, www.skl.se

Överenskommelsen omfattar 1.5 miljarder för år 2016 som ska stimulera utveckling inom följande områden

- En jämställd sjukskrivningsprocess
- Kompetenssatsning i försäkringsmedicin
- Funktion för koordinering
- Insatser för psykisk ohälsa och smärta
- Utökad elektroniskt informationsutbyte
- Teknisk plattform för stöd och behandling
- Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning

Överenskommelsen 2016 redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting



Lena Micko  
Ordförande



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

# **En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliterings- process**

Överenskommelse mellan staten och  
Sveriges Kommuner och Landsting  
2016

## INNEHÅLL

EN KVALITETSSÄKER OCH EFFEKTIV SJKSKRIVNINGS- OCH REHABILITERINGSPROCESS	1
1. INLEDNING	3
2. SKÄLEN TILL EN ÖVERENSKOMMELSE	3
3. MÅL	5
4. INSATSER	6
<b>VILLKOR 1. EN JÄMSTÄLLD SJKSKRIVNINGSPROCESS</b>	<b>6</b>
<b>VILLKOR 2. KOMPETENSATSNING I FÖRSÄKRINGSMEDICIN</b>	<b>8</b>
<b>VILLKOR 3. FUNKTION FÖR KOORDINERING</b>	<b>10</b>
<b>VILLKOR 4. INSATSER FÖR LINDRIG OCH MEDELSVÅR PSYKISK OHÄLSA OCH LÅNGVARIG SMÄRTA</b>	<b>13</b>
<b>VILLKOR 5. UTÖKAT ELEKTRONISKT INFORMATIONSMYCKE</b>	<b>15</b>
<b>VILLKOR 6. TEKNISK PLATTFORM FÖR STÖD OCH BEHANDLING</b>	<b>19</b>
<b>VILLKOR 7. UTVECKLINGSMEDEL FÖR STÖD TILL RÄTT SJKSKRIVNING</b>	<b>20</b>
<b>FORSKNING, UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING</b>	<b>20</b>
<b>MEDICINSK SERVICE</b>	<b>22</b>
5. SAMORDNING OCH STÖD	22
6. DEN EKONOMISKA OMFATTNINGEN	23
7. FINANSIERING	24
8. UPPFÖLJNING OCH UTBETALNING	24
9. REDOVISNING	25
10. GODKÄNNANDE AV ÖVERENSKOMMELSEN	25

## 1. Inledning

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser sker insatser på nationell, regional och lokal nivå koordinerat. På detta sätt minskar mängden styr signaler och risken för överlapp i val av insatser, samtidigt som förutsättningarna att utveckla verksamheterna i kommuner, landsting och regioner förbättras. Samtidigt ger arbetssättet utrymme för nytänkande och för att systematiskt prova nya arbetsformer i syfte att utveckla verksamheten på bästa sätt.

Den uppkomna flyktingsituationen i Sverige ställer nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen accentuerar behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att åstadkomma en sådan eftersträvd samverkan.

Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Värdet av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna. Överenskommelserna mellan staten och SKL ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta förutsätter att könsmonster klarläggs och analyseras i förhållande till de jämställdhetspolitiska målen<sup>1</sup> liksom att eventuella brister i jämställdhetshänseende fortlöpande åtgärdas. Statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, sexuell läggning/identitet, funktionsförmåga m.fl. ska beaktas i analysarbetet.

## 2. Skälen till en överenskommelse

Sedan 2006 har staten och SKL ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen,

---

<sup>1</sup> Dvs. en jämn fördelning av makt och inflytande, ekonomisk jämställdhet, en jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet samt att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (prop. 2005/06:155, skr. 2011/12:3).

den s.k. sjukskrivningsmiljarden. Syftet med överenskommelserna har varit att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.

De åtgärder som har vidtagits inom ramen för sjukskrivningsmiljarden har bidragit till att stärka vårdens arbete med att effektivisera sjukskrivningsprocessen genom ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt.<sup>2</sup> Ledningsnivåerna inom hälso- och sjukvården bedöms i större utsträckning se sjukskrivning som en del av vård och behandling och följer även upp arbetet.

För att stimulera hälso- och sjukvårdens utbud av medicinska rehabiliteringsinsatser har staten och SKL sedan 2008 tecknat en överenskommelse som ger landstingen ersättning för evidensbaserade behandlingsinsatser, den s.k. rehabiliteringsgarantin. De behandlingsmetoder som har inkluderats är multimodal rehabilitering vid icke specifika rygg- och nackbesvär samt kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa.

Under 2015 har regeringen genomfört en översyn av rehabiliteringsgarantin. I översynen har regeringen tagit del av de utvärderingar som gjorts.<sup>3</sup> Regeringen har också tagit del av de granskningar som Riksrevisionens har gjort.<sup>4</sup> I granskningarna har Riksrevisionen bl.a. kritiserat den höga detaljeringsgraden i överenskommelsen. En slutsats från översynen är att rehabiliteringsgarantin har påverkat vårdens förutsättningar på ett sätt som inte är önskvärt och den förväntade effekten på sjukfrånvaron har uteblivit. Överenskommelsen Rehabiliteringsgarantin kommer därför att avvecklas.

Det kan samtidigt konstateras att rehabiliteringsgarantin har ökat tillgången till psykologisk behandling och rehabiliteringsinsatser för patienter med psykisk ohälsa eller långvarig smärta och lett till förbättrad hälsa hos patienter. Därför bedöms att förekomsten av behandlingar av dessa diagnosgrupper fortsatt behöver stimuleras och att detta behöver göras utan detaljstyrning. Sådana stimulansmedel kommer att lämnas inom denna överenskommelse. Likaså ingår medel som syftar till att stimulera en ökad kontakt mellan hälso- och

---

<sup>2</sup> Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, Karolinska Institutet, 2013.

<sup>3</sup> Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro, ISF 2014:12. En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport, Karolinska Institutet 2014.

<sup>4</sup> Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej, RIR 2014:20, Riksrevisionen och Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner, RIR 2015:19, Riksrevisionen.

sjukvården och patientens arbetagivare eller Arbetsförmedlingen (om patientens är arbetslös) för att främja återgång i arbete.

Behov av fortsatta insatser

Sedan 2010 har sjukfrånvaron ökat och Försäkringskassans prognoser visar en fortsatt uppgång under de kommande åren. Det är framförallt kvinnors sjukfrånvaro som ökar och psykisk ohälsa är idag den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män.

Regeringen anser att den stigande sjukfrånvaron är mycket oroande. Att bryta utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron är en av regeringens mest prioriterade frågor. Regeringen har beslutat om ett brett åtgärds-program för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.<sup>5</sup> Programmet innehåller åtgärder inom sju områden som behöver utvecklas för att öka hälsan, bryta den negativa utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron.

I åtgärdsprogrammet tydliggörs att hälso- och sjukvården är en nyckelaktör för att främja hälsa och förebygga ohälsa och som därmed kan bidra till att minska sjukfrånvaron. Ett av de sju prioriterade områdena är att primärvårdens verksamhet i högre grad behöver anpassas för personer med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta. Syftet med regeringens arbete på detta område är att främja primärvårdens förutsättningar att erbjuda adekvat vård och behandling i rätt tid så att människor så snart som möjligt kan återfå hälsa och återgå i arbete.

De insatser som ingår i denna överenskommelse är viktiga delar för att uppnå detta syfte. Även de insatser som vidtas inom överenskommelserna *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa* respektive *Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m.* är viktiga för att främja primärvårdens förutsättningar att erbjuda adekvat vård och behandling.

### 3. Mål

Hälso- och sjukvårdens engagemang i sjukskrivningsprocessen har ökat genom överenskommelserna mellan staten och SKL. Regeringen och SKL bedömer att det är angeläget att fortsatt stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bl.a. om hur hälso- och sjukvården kan bidra till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess samt utveckla samverkan/samarbetet

<sup>5</sup> Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro, Regeringskansliet, 2015-09-24.

med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen i syfte att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främja kvinnors och mäns återgång i arbete.

Mot denna bakgrund är regeringen och SKL överens om att genom denna överenskommelse avsätta 1 500 000 000 kronor för insatser som bidrar till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

#### **4. Insatser**

Denna överenskommelse består av insatser som ska vidtas inom prioriterade områden för att medel ska betalas ut. Följande insatsområden ("villkor") ingår i denna överenskommelse:

1. En jämställd sjukskrivningsprocess
2. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin
3. Funktion för koordinering
4. Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta
5. Utökat elektroniskt informationsutbyte
6. Teknisk plattform för stöd och behandling
7. Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning

Insatserna bedöms sammantaget höja kvaliteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen både inom hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen. Det bedöms vara till gagn för den enskilde patienten.

Därutöver reserveras medel för forskning, uppföljning och utvärdering. Dessutom finansieras bidrag till företagshälsovården för köp av medicinsk service inom ramen för denna överenskommelse.

#### **Villkor 1. En jämställd sjukskrivningsprocess**

##### **Syfte**

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Sjukskrivning är en del av vård och behandling och bör därmed ske utifrån jämlika och jämställda förutsättningar.

Sjukskrivningarna har ökat de senaste åren och skillnaderna mellan kvinnor och män har ökat. Kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män. De psykiska diagnoserna har ökat mest och är idag de vanligaste diagnoserna för både kvinnor och män. Detta pekar på behovet av att fortsatt följa utvecklingen av sjukskrivningsmönster för kvinnor och män och att säkerställa en god kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för både kvinnor och män.



Jämställdhetsperspektivet har integrerats tydligare i de olika områdena i denna överenskommelse. Perspektivet lyfts t.ex. fram inom kompetens-satsningen i försäkringsmedicin och koordineringsfunktionen samt inom ramen för elektronisk informationsöverföring, bl.a. genom den fram-tagna statistiktjänsten som möjliggör könsuppdelad statistik inom hälso- och sjukvården. SKL och regeringen bedömer att det även behövs särskilda stimulansmedel för landstingens arbete att utveckla jämställdhetsperspektivet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet är att jämställdhetsperspektivet blir en integrerad del i landstingens kvalitetsarbete med sjukskrivning och rehabilitering. Ett område som fortsatt behöver uppmärksammas inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är våld i nära relationer. Landstingen har under 2015 tagit fram handlingsplaner och riktlinjer inom detta område och detta arbete behöver fortsätta utvecklas och implementeras under 2016.

#### Villkor

Med hjälp av den nationella statistiktjänsten och andra relevanta underlag ska landstingen analysera sjukskrivningsmönster som en del i kvalitetsarbetet.

Landstingen implementerar de handlingsplaner och riktlinjer som har utarbetats avseende området våld i nära relation i arbetet med patienters sjukskrivning.

#### Redovisnings- och utbetalningskrav

Landstingen redovisar resultatet av de analyser som har genomförts utifrån könsuppdelad statistik och annat relevant underlag samt hur resultatet kommer att beaktas i den fortsatta verksamhetsutvecklingen för att åstadkomma en jämställd sjukskrivningsprocess. Landstingen återrappporterar arbetet med att implementera riktlinjer och handlingsplaner som har utarbetats under 2015 avseende våld i nära relation i arbetet med patienters sjukskrivning. Återrappportering sker till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016.

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag av regeringen att följa upp villkoren och besluta om utbetalning av ersättning om villkoret är uppfyllt. Försäkringskassan kommer att utbetala landstingens andel av 30 miljoner kronor, i förhållande till befolkningmängd den 1 november 2015, om villkoret är uppfyllt. Utbetalning av medel sker senast den 27 januari 2017.

## Villkor 2. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin

### Syfte

Det försäkringsmedicinska området är en av grunderna för att säkerställa god kvalitet i arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för att det finns system och lednings-strukturer för kompetensutveckling och kvalitetsuppföljning av sjuk-skrivningsprocessen. Vidare har sjukvårdshuvudmännen ansvar för att säkra kompetensen för att klara uppdraget med en långsiktig och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess i hälso- och sjukvården. Enligt de övergripande principerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska sjukskrivning ses som en integrerad del av vård och behandling.<sup>6</sup>

Läkaren har ett medicinskt ansvar för patientens behandling, rehabilitering och sjukskrivning, vilket ska ske utifrån jämlika förutsättningar, bl.a. mellan kvinnor och män. Läkaren ansvarar för att bedöma kvinnors och mäns sjukdom respektive diagnos och hur denna påverkar funktionsförmågan samt i vilken utsträckning det innebär en aktivitetsbegränsning. Läkaren har även möjlighet att ta stöd av andra professioner såsom arbetsterapeuter, sjukgymnaster, psykolog, kurator och koordinators för sjukskrivning och rehabilitering. I uppdraget ingår också att förse andra aktörer som arbetsgivare och myndigheter med medicinska underlag i form av utlåtanden och intyg.

För att säkerställa samsyn och kontinuerlig kvalitetsförbättring inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det viktigt att landstingen håller samman och ansvarar för det försäkringsmedicinska området när det gäller kompetensutveckling och kompetensstöd samt information om förändringar i regelverk och annan utveckling för läkare, koordinators och andra yrkeskategorier.

Allt sedan Sjukskrivningsmiljarden infördes 2006 har landstingen genomfört olika kompetenssatsningar inom det försäkringsmedicinska området och även insatser för att förbättra kvaliteten i läkarintygen. Under 2014 – 2015 har landstingen bl.a. infört och utvecklat det försäkringsmedicinska området (utbildning och handledning) inom allmän-tjänstgöringsutbildningar och berörda specialisttjänstgöringsutbildningar utifrån aktuella lärandemål.

Landstingen har arbetat med att integrera den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen i landstingens ordinarie system och lednings-strukturer för kompetensutveckling, samt vidareutvecklat

<sup>6</sup>[www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandepri nciperforsjukskrivning](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/overgripandepri nciperforsjukskrivning)

uppbyggnaden av en struktur för att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning och kompetensstöd i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper.

SKL och regeringen bedömer att det är betydelsefullt att fortsatt understödja den försäkringsmedicinska kompetensutvecklingen i hälso- och sjukvården.

#### Villkor

Landstingen ska vidmakthålla och vidareutveckla den försäkringsmedicinska kompetensförsörjningen i landstingens ordinarie system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling. Det ska finnas en struktur för långsiktig kompetensförsörjning och kompetensstöd i försäkringsmedicin för läkare och andra berörda yrkesgrupper. Strukturen ska utgöra ett kontinuerligt kompetensstöd i form av fortbildning och handledning för läkare och andra professioner som är involverade i försäkringsmedicin, såsom sjukgymnaster, arbetsterapeuter, psykologer samt koordinatörer inom sjukskrivning och rehabilitering.

Landstingen ska anpassa utbildning och handledning inom försäkringsmedicin till de nya kompetenskraven och rekommendationerna i målbeskrivningar om läkarnas specialiseringstjänstgöring<sup>7</sup> samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd<sup>8</sup>.

Kunskap om jämställdhet och våld i nära relationer ska ingå i kompetensutvecklingen i försäkringsmedicin som en del i kvalitetsarbetet med sjukskrivningsfrågan. Likaså ska det ingå, som en del i fortbildningen och handledningen, att bedöma behovet av sjukskrivning som en del av vård och behandling samt att undvika medikalisering av normala livshändelser. Dessutom ska ingå hur dialogen med patienten i dessa frågor kan utvecklas.

#### Redovisnings- och utbetalningskrav

Landstingen återrapporterar till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016 det som anges i detta villkor. Försäkringskassan ska i samråd med Socialstyrelsen granska landstingens återrapporteringar. Ersättningen utbetalas i enlighet med de krav och redovisningsrutiner som fastställs av Försäkringskassan efter samråd med SKL.

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag av regeringen att följa upp villkoret och besluta om utbetalning av ersättning om villkoret är uppfyllt. Försäkringskassan kommer att utbetala landstingens andel av 150

<sup>7</sup> Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2015.

<sup>8</sup> SOSFS 2015:8.

miljoner kronor, i förhållande till befolkningsmängd den 1 november 2015, om villkoret är uppfyllt. Utbetalning av medel sker senast den 27 januari 2017.

### Villkor 3. Funktion för koordinering

#### Syfte

Hälso- och sjukvården är tillsammans med arbetsgivaren de aktörer som tidigt, ibland redan före det att en sjukskrivning blir aktuell, får kännedom om patientens situation. Hälso- och sjukvården kan därmed skapa möjligheter att vid behov tidigt samverka kring kvinnor och män i sjukskrivningsprocessen genom att hitta former för samverka internt inom vården och externt med andra aktuella aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun.

För att möjliggöra en god samverka kring patienten har landstingen, med stöd av överenskommelsen, infört en funktion för koordinering (rehabiliteringskoordinatorer eller liknande). Denna funktion verkar för att stödja kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att underlätta för patienten att återgå i arbete eller vara kvar i arbete. Funktionen arbetar med stöd till patienten/individ, intern samordning/stöd inom hälso- och sjukvården samt extern samverka gentemot andra aktörer. Funktionen är relativt etablerad inom primärvården, men finns även inom delar av specialistvården. Succesivt har även arbetssättet inriktats på arbete med förebyggande insatser för att motverka behov av sjukskrivning.

I landstingens redovisningar från 2015 konstateras att alla landsting har en koordineringsfunktion på plats, men att omfattningen och funktionens uppdrag och arbetssätt varierar mellan landstingen. Samtliga landsting bedöms av Försäkringskassan ha uppnått en nivå för koordineringsfunktionen som uppfyller villkoret i överenskommelsen för 2015.<sup>9</sup> Femton landsting bedöms dessutom ha uppnått en högre nivå för koordinering.<sup>10</sup>

Betydelsen av funktionen har lyfts fram i flera aktuella studier.<sup>11</sup> Det framkommer att funktionen för koordinering har positiva effekter på

<sup>9</sup> Dvs motsvarande minst nivå 5-6, ReKoord-projektet (Nationell utvärdering av koordinationsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013).

<sup>10</sup> Dvs motsvarande nivå 7-8, ReKoord-projektet (Nationell utvärdering av koordinationsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013).

<sup>11</sup> ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinationsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, Västerbottens läns landsting, Umeå Universitet och Mittuniversitetet, 2013.

patientens rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering samt för samverkan med externa parter. Koordineringsfunktionen bedöms fungera som bäst när mer omfattande uppgifter ingår inom följande tre områden: individuellt stöd/coachning, intern samordning/stöd inom hälso- och sjukvården samt extern samverkan med andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och kommunen. Koordinatören bedöms vara en nyckelfunktion för att få långsiktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och kunna bidra till en effektiv sjukskrivningsprocess.

Regeringen och SKL bedömer att det är viktigt att vidmakthålla och vidareutveckla en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården. En sådan funktion ska bidra till ett ändamålsenligt stöd för kvinnor och män, möjliggöra tidig bedömning samt utveckla samordning och samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, där arbetsgivare är en särskilt viktig aktör.

Det är viktigt att säkerställa att koordineringsfunktionen har kompetens inom jämställda sjukskrivningar som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering, i syfte att göra rätt bedömningar om sjukskrivning, hitta rätt åtgärder samt undvika omotiverade skillnader mellan kvinnor och män.

#### Villkor

Koordineringsfunktionen ska omfatta befolkningen som berörs av sjukförsäkringen för att stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Koordineringsfunktionen har kompetens inom jämställda sjukskrivningar som en del i kvalitetsarbetet med patienters sjukskrivning och rehabilitering.

Det totala beloppet som betalas ut för villkoret är maximalt 360 miljoner kronor fördelat enligt vad som anges nedan.

#### *Grundnivå för koordineringsfunktionen*

Landsting som, i enlighet med villkoret för 2015 i överenskommelsen för 2014 - 2015 har en funktion för koordinering på plats, får ta del av 30 miljoner kronor. Koordineringsfunktionen ska ha ansvar för att vara rådgivare och kunskapsförmedlare, kontaktperson eller samarbetspartner till andra aktörer samt kontaktperson eller coach till sjukskrivna. Funktionen ska ha både en intern och extern roll i

samverkan, t.ex. verka för tidig kontakt inom vården samt möjliggöra tidig samverkan och samarbete runt individen med andra aktörer såsom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommun, dvs. motsvarande nivå 5-6 ReKoord-projektet.<sup>12</sup>

I de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande är det önskvärt att direktkontakter tas med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det ska finnas uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå. Landstingen ska redogöra för hur de har säkerställt att koordineringsfunktionen har jämställdhetskompetens.

#### *Utökad nivå för koordineringsfunktionen*

Landsting som, i enlighet med villkoret för 2015 i överenskommelsen för 2014-2015, har en funktion för koordinering på plats som fungerar i ännu högre grad inom samordning och stöd, får ta del av 315 miljoner kronor. En sådan koordineringsfunktion har, utöver den första nivån (grundnivån), ett uppdrag som i ännu högre grad innebär samordning och stöd, t.ex. coaching av patienter, analys av statistik, kartläggning av rehabiliteringsbehov, samarbete med andra aktörer och utveckling av rehabiliteringsteam, dvs. motsvarande nivå 7-8, ReKoord-projektet.<sup>13</sup>

I de fall det är lämpligt och patienten har gett sitt medgivande tas direktkontakter med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.

Det ska finnas uppdragsbeskrivning/direktiv för koordineringsfunktionen på landstingsnivå. Landstingen ska redogöra för hur de har säkerställt att koordineringsfunktionen har jämställdhetskompetens.

#### *Särskild stimulans*

Som en särskild stimulans får de landsting, som i enlighet med villkoret för 2015 har en koordineringsfunktion motsvarande grundnivån och som under 2016 inför en koordineringsfunktion motsvarande den utökade nivån (enligt villkor ovan), ta del av 15 miljoner kronor.

#### *Redovisnings- och utbetalningskrav*

<sup>12</sup> Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

<sup>13</sup> Nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet, 2013.

Landstingen återrapporterar till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016 det som anges i villkoret. Ersättningen utbetalas i enlighet med de krav och redovisningsrutiner som fastställs av Försäkringskassan efter samråd med SKL.

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag av regeringen att följa upp villkoret och besluta om utbetalning av ersättning om villkoret är uppfyllt. Försäkringskassan kommer att utbetala landstingens andel, i förhållande till befolkningens mängd den 1 november 2015, av 30, 315 och 15 miljoner kronor om respektive delvillkor uppfyllts. Utbetalning av medlen sker senast den 27 januari 2017.

#### **Villkor 4. Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta**

##### Syfte

Inom ramen för överenskommelsen om rehabiliteringsgarantin har landstingen sedan 2008 kunnat få ersättning för vissa medicinska rehabiliteringsinsatser. Syftet har varit att åstadkomma en ökad återgång i arbete eller att förebygga sjukskrivning bland kvinnor och män i arbetsför ålder. Riskrevisionen har i två rapporter riktat kritik mot rehabiliteringsgarantin, bland annat avseende den höga detaljeringsgraden i överenskommelsen. Riksrevisionen har också framfört att det saknas fokus på att aktivt främja återgång i arbete i de behandlingar som finansieras med medel från rehabiliteringsgarantin. Karolinska Institutets uppföljning av förekomsten av kontakter med arbetsgivaren inom rehabiliteringsgarantin ger en liknande bild.<sup>14</sup>

Regeringen och SKL bedömer att tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser för patienter med smärtproblematik eller lindrig och medelsvår psykisk ohälsa behöver fortsatt stimuleras. För att i ökad utsträckning främja patientens återgång i arbete behöver kontakterna med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen stimuleras särskilt. Samtidigt bedöms det nödvändigt att minska detaljeringsgraden i styrningen. Vårdens möjligheter till anpassning efter patientens behov bör stå i centrum och tillgången till medicinska rehabiliterings- och behandlingsinstanser bör därför omfatta fler behandlingsmetoder än idag. Dessa ska vara evidensbaserade.

Inom ramen för rehabiliteringsgarantin har det tidigare reserverats medel för att utveckla ett kvalitetsregister för smärtrehabilitering i

<sup>14</sup> Björk Brämberg E., Jensen I.B., Hagberg J., Bonnevier H., Kwak L. Kartläggning av förutsättningar för arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, 2015.

primärvården. Regeringen och SKL bedömer att det bör reserveras medel även för 2016. Därefter upphör den statliga ersättningen.

#### Villkor

Landstingen får 500 miljoner kronor för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser, i enlighet med nationella riktlinjer och bästa tillgängliga kunskap, av somatisk och psykologisk karaktär som ges för icke specificerad långvarig smärta i rygg, axlar och nacke samt lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress till personer i åldrarna 16 – 67 år. Insatserna ska vara definierade t.ex. i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 eller SBU:s rapport Rehabilitering vid långvarig smärta. Landstingen säkerställer en hög kvalitet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna.

Landstingen får dela på ytterligare 50 miljoner kronor, 3 000 kronor per patient, för behandlingar där kontakt, efter samtycke med patienten, har tagits med arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen (om patienten är arbetslös). Avsikten med kontakten är i första hand att uppmärksamma arbetsgivaren om att det kan finnas behov av att anpassa arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller rehabiliteringsinsatser och därigenom främja patientens återgång i arbete. Syftet med ersättningen är att stimulera ökade kontakter med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen. De faktiska kostnaderna för sådana kontakter kan således vara både högre och lägre.

#### Redovisnings- och utbetalningskrav

Försäkringskassan betalar vid ett tillfälle landstingens andel, i förhållande till befolkningens mängd den 1 november 2015, av 500 miljoner kronor senast den 1 februari 2016.

Landstingen redovisar underlag om antalet genomförda behandlingar, könsuppdelat, till Försäkringskassan tre gånger enligt instruktion och blanketter från Försäkringskassan. Redovisningen ska inkomma till Försäkringskassan:

Kvartal 1: redovisning senast den 29 april 2016.

Kvartal 2: redovisning senast den 29 augusti 2016.

Kvartal 3-4: redovisning senast den 31 mars 2017.

Av redovisningen ska det framgå vilka behandlingar som genomförts, inom vilken tid, vem som genomfört dessa samt om kontakt har tagits med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen.

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att granska underlagen, fatta beslut och utbetala ersättning till landstingen i de fall där kontakt har tagits med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen. Utbetalning av landstingens andel av 50 miljoner kronor ska ske vid ett tillfälle 2017



när samtliga redovisningar har inkommit. Utbetalning ska ske senast den 28 april 2017.

Högsta ersättningen per landsting motsvarar länets befolkningsandel av den totala befolkningen den 1 november 2015 i förhållande till det totala beloppet för ändamålet, 500 miljoner för 2016 och 50 miljoner kronor för 2017. Medel som ej förbrukats vid kvartal fyra p.g.a. att det finns landsting som genomfört färre kontakter än den ekonomiska ramen medger, ska fördelas till de landsting som har tagit fler kontakter än vad de får ersättning för utifrån sin befolkningsandel. Det är dock inte möjligt att få högre ersättning än vad som motsvarar antalet genomförda kontakter.

SKL lämnar en slutrapport för arbetet med att utveckla kvalitetsregistret till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2017. Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att betala SKL högst 2 miljoner kronor som ersättning för arbetet med kvalitetsregistret senast den 27 januari 2017.

#### **Villkor 5. Utökat elektroniskt informationsutbyte**

##### Syfte

Till följd av överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden 2010–2011 inleddes ett utvecklingsarbete om elektronisk överföring av läkarintyg mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Inom ramen för de fortsatta överenskommelserna om sjukskrivningsmiljarden 2013 och 2014–2015 har arbetet vidareutvecklats, med målet att etablera effektiva processer och bygga en flexibel teknisk infrastruktur som skapar förutsättningar för en effektiv kommunikation mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Regeringen och SKL bedömer att ett utvecklingsarbete kring elektronisk informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan effektiviserar hanteringen och ökar kvaliteten på läkarintygen. Det fortsatta arbetet innebär ett förbättrat stöd för inblandade parter, såsom patienten eller den försäkrade, läkaren och annan vårdpersonal samt handläggare vid Försäkringskassan. Detta stärker också kvaliteten, effektiviteten och likformigheten i Försäkringskassans handläggning, genererar bättre service och delaktighet för patienten/den försäkrade och innebär lägre kostnader för stat och landsting.

Regeringen och SKL bedömer att ett fortsatt utvecklingsarbete är mycket betydelsefullt för att effektivisera hanteringen och kvaliteten i sjukskrivningsprocessen för inblandade aktörer. Parterna ser det som

nödvändigt med fortsatt satsning ytterligare några år för att nå de förväntade effekterna och nyttorna utifrån de gemensamma målsättningarna.

Villkoret i denna överenskommelse är en del av den fortsatta satsningen. Regeringen och SKL bedömer att utvecklingsarbetet behöver bedrivas såväl 2017 som 2018 för att slutföra det nödvändiga utvecklingsarbetet. Arbetet med att införa de nya elektroniska intygen i landstingen och i Försäkringskassans interna system kan påbörjas först efter att den tekniska lösningen driftsatts i slutet av 2016.

Villkor

*Nationellt utvecklingsarbete*

SKL ska, tillsammans med Försäkringskassan och i tillämpliga delar Socialstyrelsen, fortsätta det arbete som påbörjades under 2014-2015 genom att under 2016 genomföra fördjupade analyser samt utveckla och kvalitetsförbättra framtagna tjänster. Målet är att etablera effektiva processer och bygga en flexibel teknisk infrastruktur som skapar förutsättningar för en gemensam verksamhetsutveckling inom följande områden och genom följande åtgärder:

1. Integration av det försäkringsmedicinska beslutstödet i journalsystemen inklusive åtkomst till Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i hälso- och sjukvården (HoSp).
  - Utredda och vidareutveckla innehåll och informatik när det gäller det försäkringsmedicinska beslutsstödet.
  - Utredda och påbörja utveckling av dödsorsaksbevis och dödsorsaksintyg.
  - Testa, följa upp och integrera HoSp-tjänsterna så att de svarar mot användarnas behov.
2. E-Hälsotjänster, självbetjäning och utökad intressentinvolvering i syfte att skapa en effektivare kommunikation och samverkan mellan olika aktörer
  - Genomföra förstudie och påbörja utveckling av ett kodverksstödsystem för det nationella fackspråket.
  - Ena och ensa hur informationen i olika intyg och medicinska utlåtanden uttrycks med hjälp av det nationella fackspråket.
  - Fortsätta att utveckla individens möjlighet till självbetjäning samt delning av sina intyg till flera aktörer.
  - Genomföra fördjupad förstudie i syfte att ta fram förslag till hur individen och aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, i första hand hälso- och sjukvården och arbetsgivare, kan samverka genom att utbyta information med hjälp av digitala informationstjänster.
3. Vidareutveckling av statistiktjänsten för att möjliggöra uppföljning av hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsmönster, bl.a. skillnader mellan kvinnor och män, på verksamhetsnivå samt på lokal, regional och nationell nivå.

- Möjliggöra statistik utifrån tillkommande intygstyper (t.ex. utifrån arbetet inom område 5 och 6 i detta villkor) samt uppföljning av ärendekommunikation.
  - Införa ett stöd för hälso- och sjukvårdens verksamhet att följa upp pågående behandlingar och sjukskrivningar.
4. Vidareutveckling av elektroniska intyg och därtill hörande elektronisk ärendekommunikation för olika intressenter.
- Skapa generell integrationslösning mellan journalsystem och referensapplikation för utfärdande av elektroniska intyg samt elektronisk ärendekommunikation.
  - Möjliggöra lagring av elektronisk ärendekommunikation i Intygstjänsten.
  - Utveckla och införa flera intygstyper samt säkerställa att referensapplikationen lagrar och kommunicerar både kod och kodverk vid intygsutfärdande.
  - Utredda och planera utveckling av ny funktionalitet för anslutning till de nya federationerna för e-legitimation (påverkar även område 2 och 3 i detta villkor).
  - Utredda och använda standardformat för representation av regeluttryck för det försäkringsmedicinska beslutsstödet.
5. Utökat elektroniskt informationsutbyte genom realisering av strukturerad överföring av medicinsk information och därtill hörande kommunikation.
- Arbetet syftar till att skapa helt nya elektroniska lösningar för fler intyg inom Försäkringskassans förmåner. Den föreslagna lösningen omfattar i ett första steg digitalisering av tre förmåner: Sjukersättning 2016, Sjukpenning och Aktivitetsersättning 2017. I samband med digitaliseringen av sjukersättning 2016 konstruerar Försäkringskassan en plattform som är användbar för Försäkringskassans samtliga förmåner.
6. Gemensamt elektroniskt administrations- och ekonomistöd för försäkringsmedicinska utredningar (FMU) med tillhörande intyg.
- Utveckla IT-stöd för beställning, betalning och uppföljning av leveranser av försäkringsmedicinska utredningar (särskilt läkarutlåtande [SLU], teambaserade medicinska underlag [TMU] och aktivitetsförmågeutredningar [AFU]) till Försäkringskassan med tillhörande intyg.

För ovanstående områden reserveras 171 miljoner kronor för SKL:s, Försäkringskassans respektive Socialstyrelsens arbete. Arbetet ska i relevanta delar genomföras i nära samarbete med företrädare för professionens organisationer.

*Landstingens utvecklingsarbete  
Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*

Enligt tidigare överenskommelse för 2014-2015 ska landstingen senast den 22 december 2015 redovisa en införandeplan för att integrera det

försäkringsmedicinska beslutsstödet i journalsystemen eller andra system för intygsskrivande. Kommande år ska det försäkringsmedicinska beslutsstödet integreras i dessa system utifrån de redovisade införandeplanerna. För att uppfylla villkoret ska landstingen senast den 1 december 2016 ha integrerat det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sin elektroniska intygshantering (t.ex. i sina journalsystem).

#### *Strukturerad överföring av medicinsk information*

Landstingen ska redovisa att man kommer att införa en elektronisk lösning för överföring av medicinsk information avseende förmånerna sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning senast i oktober 2018. Redovisningen ska utgå från de införandeplaner som landstingen redovisat i december 2015 och som innehåller milstolpar, vilka beskriver hur landstingen avser att införa lösningen i sin helhet senast oktober 2018. Som en delredovisning ska landstingen redovisa en statusrapport till Försäkringskassan senast den 16 december 2016 i vilken det ska framgå att milstolpe 1-2<sup>15</sup> i införandeplanerna har genomförts.

Utifrån en genomgång av landstingens införandeplaner från december 2015 kan innehållet i milstolparna revideras under kvartal 1 2016, om behov finns efter ett gemensamt beslut av SKL och Försäkringskassan. Övriga milstolpar ska uppnås senast oktober 2018.

#### Redovisningskrav

##### *Nationellt utvecklingsarbete*

Inom samtliga områden ska tekniska, juridiska och administrativa konsekvenser utredas parallellt med att utvecklingsinsatser genomförs. Redovisning i form av delrapporter från SKL och Socialstyrelsen sker senast den 15 juni 2016 till Försäkringskassan. En slutrapport från SKL och Socialstyrelsen ska lämnas senast den 15 december 2016.

##### *Landstingens utvecklingsarbete*

De landsting som har integrerat det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sin elektroniska intygshantering enligt ovan får, i förhållande till befolkningens mängd den 1 november 2015, dela på 25 miljoner kronor.

Landstingen ska senast den 16 december 2016 lämna en statusrapport till Försäkringskassan som beskriver att milstolpe 1-2 i

---

<sup>15</sup> Milstolpe 1: Godkänd projektplan/projektspecifikation. Milstolpe 2: Avtal om utveckling av tekniska lösningar som krävs för att skapa, översända och hantera strukturerad medicinsk information mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och därtill hörande elektronisk ärendekommunikation för de tre förmånerna, samt att planer för systemleveranser är framtagna och godkända.

införandeplanerna från december 2015 har genomförts. De landsting som har uppfyllt detta får, i förhållande till befolkningens mängd den 1 november 2015, dela på 75 miljoner kronor.

#### Utbetalningskrav

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att följa upp villkoren och besluta om utbetalning av ersättning om villkoren är uppfyllda. För 2016 reserveras 100 miljoner kronor som ersättning till landstingen enligt ovan samt 96 miljoner kronor till SKL, 61 miljoner kronor till Försäkringskassan och 14 miljoner kronor till Socialstyrelsen för myndigheternas måluppfyllelse av villkoret. Utbetalning av medlen sker senast den 27 januari 2017.

#### **Villkor 6. Teknisk plattform för stöd och behandling**

##### Syfte

Regeringen har under perioden 2013–2015 avsatt särskilda medel för utveckling av en infrastruktur i form av en teknisk plattform för internetbaserat stöd och behandling. Under 2015 har landstingen börjat ansluta sig till plattformen och erbjuder bland annat internetbaserad KBT-behandling vid ångestsyndrom och depression.

Regeringen och SKL bedömer att en utveckling av plattformen bör stimuleras. Inriktningen bör vara att flera aktörer kring den enskilda patienten ska kunna omfattas av den internetbaserade kommunikationen. Det är särskilt angeläget att på sikt möjliggöra en kommunikation med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Vidare bör det finnas en möjlighet att bedriva forskning via plattformen.

##### Villkor

SKL får använda högst 20 miljoner kronor för att utveckla plattformen för internetbaserat stöd och behandling så att den blir tillgänglig för flera aktörer och för forskning.

##### Redovisnings- och utbetalningskrav

SKL ska inkomma med en redogörelse av utvecklingsinsatserna till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016. Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att granska redogörelsen och besluta om utbetalning av medel till SKL. Utbetalning av högst 20 miljoner kronor sker senast den 27 januari 2017.

## **Villkor 7. Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning**

### Syfte

SKL och Försäkringskassan har under 2014 och 2015, med stöd av medel från denna överenskommelse för 2014 - 2015, genomfört en första etapp i projektet Stöd till rätt sjukskrivning (SRS). Syftet har varit att utveckla ett IT-baserat bedömningsstöd så att man med större träffsäkerhet och tidigare än idag ska kunna identifiera individer med ökad risk för längre sjukskrivning, samt de som har behov av insatser. Ambitionen har också varit att löpande kunna utvärdera vilka olika konkreta åtgärder som är effektiva och främjar återgång i arbete.

Projektet har under 2014 - 2015 genomfört en förstudie som har utrett förutsättningarna för att skapa ett sådant samlat bedömningsstöd för olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Enligt förstudien är det möjligt att utveckla ett bedömningsstöd i enlighet med projektidén och det finns förslag på fortsatt arbete i linje med detta. Samtidigt konstateras att ett bedömningsstöd som ska användas av såväl hälso- och sjukvården och flera aktörer, såsom myndigheter och arbetsgivare behöver en juridiskt fungerande lösning för IT-arkitektur och förvaltningsansvar.

Regeringen och SKL bedömer att ansvarsfördelningen mellan, och uppdrag till, berörda aktörer behöver klarläggas innan utvecklingen av ett bedömningsstöd påbörjas.

### Villkor

SKL får använda högst 5 miljoner kronor för att tillsammans med Försäkringskassan och i tillämpliga delar Socialstyrelsen vidta de insatser som bedöms nödvändiga för att utarbeta ett förslag om hur ansvaret för utveckling, drift och förvaltning av bedömningsstödet kan utformas. De juridiska konsekvenserna av förslaget ska redovisas, liksom kostnads-, nytto- och verksamhetsanalyser.

### Redovisnings- och utbetalningskrav

SKL och Försäkringskassan ska redovisa resultatet av arbetet enligt villkoret till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 3 oktober 2016. Högst 5 miljoner kronor utbetalas av Försäkringskassan efter beslut av regeringen senast den 27 januari 2017.

### **Forskning, uppföljning och utvärdering**

Psykiska och muskuloskeletala besvär har länge varit den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning i Sverige och en stor del av västvärlden. Under åren 2009 - 2011 avsatte regeringen särskilda medel

för verksamhetsnära forskning i programmet Rehabilitering i samverkan (Rehsam) i syfte att öka kunskaperna om vilka metoder för vård och rehabilitering som även främjar återgång i arbete. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) fick 2014 i uppdrag att utvärdera Rehsam-satsningen, att genomföra en internationell kunskapssammanställning inom detta forskningsområde och att utveckla en modell för målgruppsanpassad kommunikation av forskningsresultat. Arbetet med att utvärdera Rehsam-satsningen pågår.

Forte redovisade våren 2015 den internationella kunskapssammanställningen, med fokus på verkningsbara metoder för återgång i arbete.<sup>16</sup> Forte anger att det är en viktig fråga hur återgång i arbete efter långtidssjukskrivning kan främjas. Slutsatserna från översikten var att multimodala interventioner som även omfattar insatser på arbetsplatsen är mer effektiva för återgång i arbete än andra enskilda insatser eller sedvanlig behandling vad gäller ryggbesvär och blandade besvär. Flera av översiktsartiklarna pekade också på att insatserna bör sättas in tidigt. Frågor om vilka specifika insatser som är mest effektiva, exakt när de bör sättas in och när de förväntas ge bäst resultat fick inget klart svar i de granskade översiktsanalyserna.

Omfattande forskning finns kring rehabiliteringsmodeller och olika initiativ har tagits för att främja samverkan mellan hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och arbetsmarknadsmyndigheterna. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig om vilka åtgärder som bör vidtas av olika aktörer, och hur dessa bäst kan samverka för att främja återgång i arbete. Huvudskälet är att få studier har på ett bra sätt kunna mäta återgång i arbete – förbättrat hälsotillstånd och funktionsförmåga har varit dominerande utfallsmått.

Regeringen och SKL bedömer att den verksamhetsnära forskningen behöver fortsatt stimuleras för att få bättre kunskaper om hur hälso- och sjukvården i ökad utsträckning kan bidra till återgång i arbete i första hand i samarbete med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen. Regeringen avser att under 2016 ge Forte i uppdrag att i samverkan med SKL och Försäkringskassan förbereda och genomföra en utlysning av forskningsmedel i syfte att öka kunskaperna om vilka faktorer och åtgärder av hälso- och sjukvård och arbetsliv som bidrar till att möta utmaningarna med det stigande antalet sjukskrivningar till följd av psykiska problem och smärtproblematik. Vidare avser regeringen att ge Försäkringskassan i uppdrag att i samverkan med Forte fastställa utfallsmått för återgång i arbete. I uppdraget ska ingå att ta fram anvisningar för hur de kommande forskningsprojekteten ska

---

<sup>16</sup> Rehabilitering och samordning – ett regeringsuppdrag om att utvärdera, sammanställa och analysera resultat från forskningsprogrammet Rehsam (S2014/5621/SF)

genomföra ekonomiska beräkningar av de åtgärder man avser att beforska i förhållande till effekter på hälsa, funktionsförmåga och återgång i arbete. Inriktningen är att landstingen tillsammans med högskolor och universitet, efter ansökan i enlighet med utlysningen ovan, bedriver forskningen under åren 2017 – 2019.

För forskning reserveras 40 miljoner kronor 2017. Landstingen kan var för sig eller tillsammans ansöka om projektmedel med forskare från högskolor och universitet. Forte kommer att få i uppdrag att betala ut medlen till godkända projekt och kan bevilja viss ersättning för landstingens kostnader i samband med forskningsansökan.

För 2017 reserveras 12 miljoner kronor för uppföljning och utvärdering av landstingens arbete med sjukskrivningsprocessen, kunskapsstöd till landstingen i enlighet med regeringens åtgärdsprogram samt för att täcka kostnader som är hänförliga till forskningssatsningen. Hur dessa medel ska användas beslutas av regeringen.

#### **Medicinsk service**

I förordning (2014:68) om bidrag till företagshälsovården för köp av medicinsk service finns bestämmelser om bidrag till anordnare av företagshälsovård för dennes kostnader för köp av medicinsk service från offentliga eller privata vårdgivare. Med medicinsk service avses undersökning och analys inom laboratoriemedicin, radiologi samt klinisk fysiologi som utgör ett led i bedömningen av en anställds arbetsförmåga.

Syftet med bidraget är att förebygga sjukskrivning respektive att vid sjukskrivning öka arbetstagares möjligheter att återgå i arbete. Detta ska uppnås genom att bidrag lämnas för företagshälsovårdens kostnader för köp av sådan medicinsk service som ingår som ett led i bedömningen av en arbetstagares arbetsförmåga.

Bidrag för ersättning för kostnader för medicinsk service ingår i denna överenskommelse och 55 miljoner kronor reserveras 2017 för detta ändamål. Försäkringskassan beslutar, enligt förordning (2014:68) om bidrag till företagshälsovården för köp av medicinsk service, om utbetalning av bidrag till anordnare av företagshälsovård.

#### **5. Samordning och stöd**

För genomförandet av insatserna i nuvarande överenskommelser om sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin är SKL ett nationellt stöd för landstingens arbete.



Regeringen och SKL bedömer att ett fortsatt nationellt stöd från SKL är en förutsättning för att de insatser som ingår i denna överenskommelse ska kunna få avsett genomslag i landstingens arbete med att utveckla en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivning- och rehabiliteringsprocess.

I åtgärdsprogrammet för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro aviserar regeringen att det kommer att tas initiativ till att utveckla ett kunskapsstöd för primärvården avseende vård och behandling av de sjukdomar som i hög grad leder till sjukskrivning. Återgång i arbete kommer att ingå i detta arbete. Regeringen och SKL bedömer att SKL behöver delta i detta arbete.

För SKL:s arbete med samordning och stöd av ovanstående insatser reserveras 5 miljoner kronor.

SKL ska lämna en rapport till Försäkringskassan senast den 3 oktober 2016. Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att utbetala högst 5 miljoner kronor till SKL som ersättning för arbetet med samordning och stöd senast den 27 januari 2017.

#### 6. Den ekonomiska omfattningen

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting är överens om att staten genom denna överenskommelse utbetalar högst 1 500 000 000 kronor, varav 500 000 000 kronor 2016 och 1 000 000 000 kronor 2017.

Överenskommelsen består av ett antal villkor som ska uppfyllas för att medlen ska utbetalas. Medlen utbetalas efter det att respektive landsting genomfört insatser enligt överenskommelsen och fördelas mellan landstingen med utgångspunkt i antalet invånare i respektive län den 1 november 2015.

Medlen för det nationella utvecklingsarbetet utbetalas efter det att SKL, Försäkringskassan och Socialstyrelsen har vidtagit insatser enligt överenskommelsen.

Utöver villkoren reserveras medel dels för utveckling av teknisk plattform för stöd och behandling, dels för forskning, uppföljning och utvärdering. Desutom reserveras medel för bidrag till företagshälsvården för köp av medicinsk service samt för SKL:s arbete med samordning och stöd.

Tabell 1 Fördelning av medlen inom ramen för överenskommelsen En kvalitetssäker och effektiv sjuk- och rehabiliteringsprocess 2016.

	Mnkr	Utbet.	Sida
Medel till landstingen			

Villkor 1 Jämställd sjukskrivningsprocess	30	170127	6
Villkor 2 Kompetenssatsning i försäkringsmedicin	150	170127	7
Villkor 3 Funktion för koordinering	360	170127	10
Villkor 4 Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta	500	160201	13
Villkor 5 Utökad elektroniskt informationsutbyte	50	170428	13
	100	170127	15
<b>Totalt till landstingen</b>	<b>1190</b>		
<b>Medel till SKL (inkl. särskilda insatser)</b>			
Villkor 5 Utökad elektroniskt informationsutbyte	96		15
Kvalitetsregister	2		13
Teknisk plattform för stöd och behandling	20		18
Utvecklingsmedel för stöd till rätt sjukskrivning	5		19
Samordning och stöd	5		22
<b>Totalt till SKL</b>	<b>128</b>	<b>170127</b>	
<b>Medel till Försäkringskassan</b>			
Villkor 5 Utökad elektroniskt informationsutbyte	61	170127	15
<b>Medel till Socialstyrelsen</b>			
Villkor 5 Utökad elektroniskt informationsutbyte	14	170127	15
<b>Forskning, uppföljning och utvärdering</b>	<b>52</b>	<b>2017</b>	<b>20</b>
<b>Medicinsk service</b>	<b>55</b>	<b>2017</b>	<b>21</b>
<b>Totalt för överenskommelsen</b>	<b>1500</b>		

## 7. Finansiering

Kostnaderna ska belasta utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen anslagspost 1 Rehabiliteringsgarantin med 500 000 000 kronor 2016 och anslagspost 10 Bidrag till hälso- och sjukvården med 1 000 000 000 kronor 2017.

## 8. Uppföljning och utbetalning

Försäkringskassan kommer att svara för uppföljning, bedömning, beräkning och utbetalning av medlen i denna överenskommelse.

Redovisnings- och utbetalningskrav anges i avsnittet för respektive område i denna överenskommelse. Försäkringskassan utbetalar medlen senast det datum som anges i tabell 1.

#### 9. Redovisning

Försäkringskassan kommer att få i uppdrag att sammanställa landstingens underlag och resultat och lämna en samlad redovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet).

#### 10. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting samt att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

För staten genom  
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och  
Landsting

Stockholm  
den 15 december 2015

Stockholm  
den 15 december 2015

Therese Svanström Andersson  
Statssekreterare

Håkan Sörman  
Verkställande direktör

LANDSTINGET VÄSTMANLAND  
ANKOM

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna  
Länsstyrelserna 2015 -12- 21

Avd för vård och omsorg  
Sektionen för vård och omsorg  
Ing-Marie Wieselgren

Dnr. LT 15/1685-1

## Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2016

Dnr 15/06292

### Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 18 december 2015 beslutat

att godkänna förslaget till överenskommelse om Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2016, samt

att i en skrivelse informera landsting, regioner och länsstyrelser om överenskommelsen.

### Bakgrund

Syftet med denna överenskommelse är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer.

Staten och SKL har en gemensam målsättning om att befolkningen ska erbjudas behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser, som medicinsk behandling och sociala insatser.

Staten och SKL är eniga om behovet av en långsiktig plan för området psykisk hälsa med gemensamma strukturer för utvecklingsarbete som skapar förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap. Inriktningen i denna överenskommelse ska vara utgångspunkten för arbetet de närmaste tre åren. Målsättningen är att överenskommelsen 2016 ska följas av överenskommelser under 2017 och 2018 med en likartad inriktning, förutsatt att det inte bedöms nödvändigt att revidera innehållet, samt under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

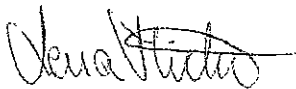
## Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen

För 2016 har 845 miljoner kronor avsatts för överenskommelsen.

Ersättningen fördelar sig på följande insatsområden:

- 780 miljoner kr sammanlagt i stimulansmedel till landsting/kommuner
- 300 miljoner fördelas till landstingen och 200 miljoner till kommunerna för att göra analyser, sätta upp mål och utforma handlingsplaner lokalt och regionalt, samt att påbörja ett långsiktigt arbete.
- 150 miljoner tillförs landstingen för att stimulera och rusta nya initiativ för att nå unga.
- 130 miljoner kronor som tillförs kommuner och landsting för att användas till satsning på ungdomsmottagningar.
- SKL får disponera 60 miljoner kronor till en samordningsfunktion, utvecklingsstödjande arbete samt analysstöd. Ytterligare fem miljoner får disponeras av SKL för att utreda formerna avseende en nationell infrastruktur.

Sveriges Kommuner och Landsting



Lena Micko  
Ordförande



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

# Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016

---

Överenskommelse mellan staten och  
Sveriges Kommuner och Landsting 2016

## Innehåll

1. Inledning.....	3
2. Bakgrund .....	5
3. Överenskommelsens inriktning.....	6
4. Fördelning av stimulansmedel i denna överenskommelse .....	7
5. Villkor för att ta del av stimulansmedlen .....	8
6. Utvecklingsstöd .....	9
Analys- och metod- och uppföljningsstöd.....	10
Nationell struktur för kunskapsutveckling och kunskapsspridning .....	11
7. Uppföljning av överenskommelsen.....	11
8. Utbetalningsvillkor .....	12
9. Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning.....	12
10. Ekonomisk sammanställning .....	13
11. Godkännande av överenskommelsen.....	13

Bilaga 1:1	Ekonomisk redovisning
Bilaga 1:2	Fem fokusområden fem år framåt
Bilaga 1:3	Samordning med andra överenskommelser och satsningar

## 1. Inledning

Sverige har en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Internationella jämförelser fortsätter att visa att svensk sjukvård står sig väl i jämförelse med andra länder, särskilt när det gäller insatser inom den specialiserade vården. Medellivslängden i Sveriges befolkning ökar och antal döda i bland annat cancer och hjärt- och kärlsjukdom minskar.

Samtidigt som hälso- och sjukvården och socialtjänsten i Sverige uppvisar ett gott resultat överlag finns det behov av att fortsätta utveckla verksamheterna. Framtidens utmaningar kan motivera ett ökat fokus på prevention och hälsofrämjande insatser. Vidare visar mätningar och uppföljningar av vårdresultat och öppna jämförelser att det finns obefogade skillnader i både hälsa, vård- och stödinsatser mellan olika grupper.

Det behöver skapas mer sammanhållna vård- och stödprocesser som utgår från den enskildes behov och rättigheter. Vården och socialtjänsten behöver samordna sina insatser i större utsträckning. Det gäller såväl mellan olika delar av vården som mellan kommuner och landsting. Enskildas delaktighet i den egna vården och omsorgen behöver också öka, inte minst när det gäller barn och unga. Det offentliga ledare och medarbetare har en nyckelroll i att utveckla hälso- och sjukvården och socialtjänsten i denna riktning. Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens medarbetare är dess viktigaste resurs och en förutsättning för en effektiv vård av hög kvalitet. Överenskommelserna stödjer en strategisk och långsiktig kompetensförsörjning.

Överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) används inom områden där båda parter identifierat ett utvecklingsbehov, för att stimulera en förbättring i verksamheterna. Genom överenskommelser sker insatser på nationell, regional och lokal nivå koordinerat. På detta sätt minskar mängden styr signaler och risken för överlapp i val av insatser, samtidigt som förutsättningarna att utveckla verksamheterna i kommuner, landsting och regioner förbättras. Samtidigt ger arbetssättet utrymme för nytänkande och för att systematiskt prova nya arbetsformer i syfte att utveckla verksamheten på bästa sätt.

Den uppkomna flyktingsituationen i Sverige ställer nya krav på samhällets förmåga till samverkan. Situationen accentuerar behovet av fungerande samverkan, både mellan myndigheter inom staten, mellan stat, kommun och landsting och mellan den offentliga och



privata/ideella sektorn. Överenskommelser mellan regeringen och SKL kan bidra till att åstadkomma en sådan eftersträvd samverkan.

Överenskommelserna ska också utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv, med utgångspunkten att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Detta förutsätter att könsmonster klarläggs och analyseras i förhållande till de jämställdhetspolitiska målen liksom att eventuella brister i jämställdhetskänseende fortlöpande åtgärdas. Statistik som ingår i överenskommelserna ska redovisas och analyseras uppdelat på kön där så är möjligt. Även skillnader i förutsättningar och möjligheter som beror på exempelvis ålder, etnicitet, sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, funktionsförmåga m.fl. ska beaktas i analysarbetet. Vidare ska det samiska folkets och de nationella minoriteternas situation beaktas.

På hälso- och sjukvårdsområdet syftar överenskommelserna under 2016 till att bidra till utvecklingen av en vård som utgår från patientens behov samt är tillgänglig, säker och av god kvalitet. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska vara jämlik och ges utifrån behov oberoende av kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadort, socioekonomisk bakgrund eller födelseland. Verksamhetsutveckling förutsätter ett kontinuerligt arbete med implementering av bästa tillgängliga kunskap. Värde av forskning och innovation ska beaktas inom de verksamheter som ingår i överenskommelserna.

Överenskommelserna omfattar all vård och omsorg som är offentligt finansierad, oavsett vem som utför vården och omsorgen. Det betyder att såväl landsting/kommuner som privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård och omsorg och som finansieras av landstingen kan komma att omfattas.

För 2016 avsätter regeringen 845 000 000 kronor för denna överenskommelse. Syftet med denna överenskommelse är att stimulera utvecklingsarbete och skapa bättre förutsättningar för lokala och regionala analyser av de utmaningar som respektive län står inför och att identifiera behov och utvecklingsmål lokalt och regionalt samt att förbättra ungas psykiska hälsa. Analysen ska resultera i målsättningar på fem års sikt inom fem fokusområden och lokala och/eller regionala handlingsplaner för att nå målen.

## 2. Bakgrund

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för allt ifrån nedsatt psykiskt välbefinnande till olika former av psykisk sjukdom och psykiska funktionsnedsättningar. Lätt till medelsvår psykisk ohälsa används ofta som ett samlingsbegrepp för de tillstånd som kan behandlas inom primärvården – oftast mildare form av depression, ångest och stressrelaterade tillstånd. Vid mer allvarliga och komplicerade tillstånd ansvarar psykiatrien för en mer kvalificerad utredning och behandling.

I dag är psykisk ohälsa den främsta orsaken till sjukfrånvaro i stora delar av västvärlden. Ett av tio barn mellan 10 och 18 år har upplevt psykisk ohälsa och nästan dubbelt så många har upplevt psykosomatiska besvär. Det är också den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder står utanför arbetsmarknaden inom OECD. I Sverige står psykiska diagnoser för cirka 40 procent av alla pågående sjukskrivningar som ersätts av Försäkringskassan. Kostnaden för psykisk ohälsa i Sverige är ungefär 70 miljarder kronor om året enligt OECD.

Människor med psykisk ohälsa är den grupp som är mest utsatt vad gäller socioekonomiska faktorer såsom ekonomi, boende, tillgång till arbete och delaktighet i sociala nätverk, både i jämförelse med den övriga befolkningen och i jämförelse med andra patient- eller funktionshindergrupper. En stor andel saknar daglig sysselsättning, deltar inte aktivt i fritids- och kulturlivet och har ofta få, eller inga, andra kontakter än med personal inom stödsystemet. Människor med psykisk ohälsa är även en utsatt grupp när det gäller somatisk hälsa och de har sämre tillgång till hälso- och sjukvård. Att i unga år insjukna i psykisk sjukdom medför allvarliga konsekvenser senare i livet, inte enbart vad gäller hälsa och dödlighet, utan även för vilken utbildning den enskilde uppnår.

Psykiatri och psykisk hälsa har de senaste åren varit en av statens mest prioriterade frågor inom hälso- och sjukvårdsområdet. Under åren 2012–2015 har ca 850 miljoner kronor per år avsatts inom ramen för det så kallade PRIO-arbetet. Av dessa medel har cirka 700 miljoner fördelats till kommuner och landsting genom överenskommelser med SKL. SKL har också inom ramen för de årliga överenskommelserna bedrivit ett utvecklingsarbete och utgjort ett stöd till kommuner och landsting. Utvecklingsarbetet har bidragit med verktyg och strategier inom skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård och spänner över såväl tidiga insatser som högspecialiserad vård. Utvecklingsarbetet har också synliggjort viktiga utmaningar för huvudmännen i det fortsatta arbetet. I den budgetöverenskommelse som regeringen har slutit med

Västerpartiet för 2016 ingår också en satsning som syftar till att förbättra ungas psykiska hälsa.

Det stora antalet människor som i dag flyr till Europa påverkar det svenska samhället. Bland de människor som väljer att söka asyl i Sverige beräknas cirka 30 procent lida av posttraumatisk stress och ytterligare cirka 30 procent av lätta till medelsvåra psykiska besvär. Denna situation ställer betydande och delvis nya krav på skolväsendet, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inriktningen av det långsiktiga utvecklingsarbetet inom området psykisk hälsa måste därför delvis anpassas till denna nya situation och de utmaningar som följer av detta.

### **3. Överenskommelsens inriktning**

Staten och SKL har en gemensam målsättning om att befolkningen ska erbjudas behovsanpassade och effektiva insatser av god kvalitet, såväl vad gäller förebyggande och främjande insatser, som medicinsk behandling och sociala insatser. Sådana insatser ska vara jämlika, jämställda och tillgängliga. Insatserna bör utformas med beaktande av regeringens mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Staten och SKL är eniga om behovet av en långsiktig plan för området psykisk hälsa (se bilaga 1:2) med gemensamma strukturer för utvecklingsarbete som skapar förutsättningar för huvudmännen att erbjuda insatser med utgångspunkt i bästa tillgängliga kunskap. Inriktningen i denna överenskommelse ska vara utgångspunkten för arbetet de närmaste tre åren. Målsättningen är att överenskommelsen 2016 ska följas av överenskommelser under 2017 och 2018 med en likartad inriktning, förutsatt att det inte bedöms nödvändigt att revidera innehållet, samt under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

Syftet med denna överenskommelse är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete på området psykisk hälsa med ett gemensamt ansvarstagande från berörda aktörer. Det övergripande syftet är att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa. En central utgångspunkt är att förstärka kommuners och landstings kapacitet och möjligheter att göra analyser av behov och utmaningar, lokalt och regionalt, på området psykisk hälsa. Analyserna ska ligga till grund för arbetet med att identifiera lokala och regionala utmaningar på kort och lång sikt. Den därav följande handlingsplanen skapar förutsättningar för en ändamålsenlig implementering av bästa tillgängliga kunskap för att främja psykisk hälsa och ge rätt insatser, på rätt sätt och i rätt tid. SKL

ska utgöra stöd till huvudmännen i arbetet. En särskild del av överenskommelsen utgörs av en satsning på ungas psykiska hälsa med 280 miljoner kronor som följer av regeringens budgetöverenskommelse med Vänsterpartiet. Medlen ska användas dels för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete, dels för att stimulera nya initiativ.

#### **4. Fördelning av stimulansmedel i denna överenskommelse**

Staten och SKL är överens om att de 780 000 000 kronor som utgör stimulansmedel till kommuner och landsting/regioner ska användas av huvudmännen, enskilt eller i samverkan, för att påbörja ett långsiktigt hållbart arbete på området. Medlen utbetalas i tre olika delar:

- 300 000 000 kronor fördelas till landstingen/regionerna, och 200 000 000 kronor fördelas till kommunerna för att göra analyser, sätta upp mål och utforma handlingsplaner lokalt och regionalt, samt att påbörja ett långsiktigt arbete för att utveckla insatserna inom de fem fokusområdena som anges i bilaga 1:2. Landstingen och de i länet ingående kommunerna ansvarar för att stimulera länsgemensamt arbete med en bred analys av utmaningar och behov i samverkan med brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt övriga berörda aktörer på länsnivå.
- I den budgetöverenskommelse som regeringen slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på 150 000 000 kronor som tillförs landstingen för att användas av dem för att stimulera nya och rusta nya initiativ för att nå unga, det kan till exempel handla om självinläggningsprojekt och första linjens psykiatri. Behoven ser olika ut på olika platser i landet och det är viktigt att de lokala behoven får styra så att pengarna används där de gör bäst nytta.
- I den budgetöverenskommelse som regeringen slutit med Vänsterpartiet ingår en satsning på 130 000 000 kronor som tillförs kommuner och landsting för att användas till satsning på ungdomsmottagningar och som kan gå till utökade öppettider, förstärkt kompetens, ökad tillgänglighet, eller att starta upp nya mottagningar. Dessa medel betalas ut av SKL till landsting och kommuner som inkommer med en gemensam redovisning av hur medlen ska användas för att förstärka eller starta ungdomsmottagningar. Medel som inte använts för ändamålet under året återbetalas till SKL, som i sin tur betalar

tillbaka medlen till Kammarkollegiet i enlighet med de villkor som anges i avsnitt 9.

Analysen och tillhörande handlingsplaner syftar till att stimulera landsting och kommuner att:

- uppmärksamma befolkningens behov inom de fokusområden som överenskommelsen omfattar (bilaga 2),
- ange ansvarsfördelning för de behov som finns och vid behov överväga möjligheten till samorganisering där behoven är av komplex karaktär, i syfte att verka för att enskilda får de samordnade vård- och stödinsatser som behövs,
- sätta upp mål och planera sin verksamhet, var för sig och gemensamt,
- samverka med varandra, berörda brukar- och intresseföreningar samt andra berörda aktörer på området.

Analysen ska göras i samverkan mellan berörda huvudmän, med utgångspunkt i tillgängliga nationella och lokala data samt utifrån professionsföreträdares, brukares, patienters och anhörigas erfarenheter. Analysen ska resultera i en sammanfattning av ett eller flera prioriterade åtgärdsområden inom vart och ett av de fem fokusområden som anges i bilaga 1:2. Landstingen kan med fördel samordna analys och åtgärdsplaner med de villkor som finns i statens och SKL:s överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016, främst inom fokusområde 1 och 2 (se bilaga 1:2). Kommunerna kan med fördel samordna analys och åtgärdsplaner med villkor i överenskommelse om en evidensbaserad praktik i socialtjänsten och näraliggande områden inom hälso- och sjukvården. Även andra överenskommelser och statliga satsningar kan med fördel integreras i arbetet, se bilaga 1:3.

#### **5. Villkor för att ta del av stimulansmedlen**

Senast den 31 oktober 2016 ska kommuner och landsting inkomma med en redogörelse för analys, långsiktiga mål och handlingsplan samt en redovisning av användning av de medel de erhållit. SKL tillhandahåller en inmatningsfunktion där länen/kommuner och landsting/regioner lämnar sina redovisningar. SKL sammanställer underlaget för nationella jämförelser.

Redovisningen ska innehålla:

- en beskrivning av hur 2016 års stimulansmedel används,

- en gemensam analys utifrån nationella och lokala data kring läget i länet och så långt möjligt belysa olikheter i länets kommuner/ länsdelar avseende befolkningens behov, insatser som ges och de resultat för psykisk hälsa och ohälsa som insatserna bedömts ge,
- en handlingsplan som belyser regeringens fem fokusområden med långsiktiga mål på fem års sikt samt kortsiktiga mål och aktiviteter under 2017,
- mätbara indikatorer för de långsiktiga och kortsiktiga mål som länet/kommuner/landsting/regioner avser att använda för uppföljning, samt
- en översiktlig beräkning av vilka kostnader som handlingsplanen för 2017 kommer att innebära.

Om en redovisning med delmomenten enligt ovan inte inrapporterats senast den 31 oktober 2016 ska medlen återbetalas. För stimulansmedlen till ungdomsmottagningar (130 miljoner kronor) gäller även ytterligare villkor för återbetalning, se avsnitt 4. Det är parternas gemensamma avsikt att de medel som landsting/regioner och kommuner erhåller ska användas för utvecklings- och förbättringsarbete inom området psykisk hälsa.

SKL åtar sig att sammanställa resultaten länsvis och rapportera till regeringen (Socialdepartementet) eller annan, av regeringen utpekad, myndighet senast den 31 januari 2017.

#### **6. Utvecklingsstöd**

SKL åtar sig att fortsätta samordna stödinsatser och bistå kommuner och landsting med lokalt förbättringsarbete i enlighet med tidigare överenskommelser. SKL åtar sig vidare att driva en utvecklingsverksamhet som kan bistå kommuner och landsting/regioner med att ta fram befintliga data samt vid behov ge ytterligare stöd för en fördjupad analys. SKL åtar sig också att stödja kommuner och landsting/regioner när det gäller att identifiera bästa tillgängliga kunskap och metodstöd för att utforma en åtgärdsplan för utveckling på de områden som analysen ger vid handen.

Utöver detta, och nytt i denna överenskommelse jämfört med tidigare överenskommelser, får SKL medel för att inventera och beskriva möjligheten att inrätta en långsiktigt hållbar gemensam struktur med kunskapsnoder för att stödja implementering av ny kunskap lokalt och regionalt.

SKL åtar sig också att ta fram en mall för insamling av data från analyser och handlingsplaner med syftet att göra nationella jämförelser som i sin tur kan vara ett stöd för kommuner och landsting i det lokala förbättringsarbetet. Denna mall ska finnas tillgänglig senast den 1 mars 2016.

#### **Analys- och metod- och uppföljningsstöd**

SKL tillförs 60 000 000 kronor 2016 för att stödja kommuner och landsting/regioner i arbetet analysera förhållanden lokalt och regionalt, ge metodstöd och genomföra uppföljning på det sätt som påbörjades inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa 2015.

SKL åtar sig att, utöver metod- och analysstöd, även stödja aktiviteter inom hela området psykisk hälsa. I analysarbetet med kommuner och landsting/regioner kommer olika konkreta behov av utvecklingsaktiviteter att identifieras. Det kan handla om nyskapande arbetssätt och behov av innovationer liksom stöd för införande eller effektivare användning av kända metoder.

Sedan tidigare identifierade utvecklingsområden som SKL även fortsatt ska stödja är:

- Ett hälsofrämjande samhälle för alla åldrar med kunskap och möjlighet till riktad prevention för att minska hälsoklyftorna.
- Tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa med särskilt fokus på synkronisering av insatser från skolväsendet, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt en utveckling av en bred och lätt tillgänglig första linjes insatser med särskilt stöd till ungdomsmottagningarna.
- Primärvårdens möjlighet att effektivt möta psykisk ohälsa och minska sjukskrivningarna för psykisk ohälsa.
- En hälsofrämjande arbetsplats och tidiga insatser för att minska risken för arbetsrelaterad psykisk ohälsa.
- Äldres psykiska hälsa och speciella behov av insatser vid psykisk ohälsa.
- Minska behovet av tvångsåtgärder för alla åldrar, och i alla olika situationer, som regleras enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.
- Studier, arbete och sysselsättning för personer som står långt från arbetsmarknaden på grund av psykisk ohälsa.

- Bättre bemötande av personer med, eller risk för utveckla, självskadebeteende samt utveckling av det suicidpreventiva arbetet.
- Sociala investeringar som en metod för att skapa långsiktigt effektivt resursutnyttjande, genom att flytta insatserna tidigare i processen, skärpa resultatuppföljning och överbrygga olika aktörers organisation och budgethinder.
- Nyanländas psykiska hälsa, från förebyggande och hälsofrämjande insatser till specialiserad traumabehandling.
- Samordning av insatser till personer i behov av sammansatt stöd (till exempel samordnad individuell plan) och integrering/samorganisering av vård och stöd till personer med omfattande behov från flera huvudmän.
- Effektiv styrning och ledning, utvecklingsfrämjande strukturer, god arbetsmiljö och bemötande som främjar delaktighet för alla.

Utvecklingsstödet ska också kunna omfatta områden som finns i närliggande överenskommelser och som har bäring på området psykisk hälsa samt vara en arena för gemensamt utvecklingsarbete.

#### **Nationell struktur för kunskapsutveckling och kunskapspridning**

Staten och SKL är eniga om att det finns ett behov av att utveckla kunskapsutveckling och kunskapspridning inom området. SKL tillförs ytterligare 5 000 000 kronor för att inventera och beskriva förutsättningarna samt ta fram ett förslag på tillvägagångssätt för att bygga upp en nationell struktur med kunskapsnoder, med gemensamt regionalt ansvar, för kunskapsutveckling. Förslaget ska även innehålla en redovisning av kostnader för en sådan struktur på kort och lång sikt samt ett förslag på långsiktig förvaltning och finansiering inom ordinarie strukturer.

SKL ska redovisa ett förslaget till Regeringen (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2016. Utifrån bland annat denna redovisning kan regeringen sedan ta beslut om att fördela ytterligare medel till SKL under 2016 för att påbörja uppbyggnaden av en sådan struktur.

#### **7. Uppföljning av överenskommelsen**

SKL åtar sig att sammanställa resultaten av huvudmännens arbete, såsom anges i avsnitt 5, länsvis och rapportera till Regeringskansliet (Socialdepartementet) eller annan, av regeringen utpekad, myndighet



senast den 31 jan 2017. Redovisningen ska innehålla en sammanställning av respektive län avseende medelsanvändning, analys av lokala behov, handlingsplaner på kort och lång sikt samt indikatorer för att mäta utveckling.

#### **8. Utbetalningsvillkor**

Regeringen och SKL är överens om att medlen ska utbetalas till landstingen och kommunerna under kvartal ett 2016 med undantag för de 130 000 000 kronor som ska användas till att förstärka ungdomsmottagningar, se avsnitt 4. Beslut om utbetalning av samtliga medel i denna överenskommelse görs i Kammarkollegiets regleringsbrev för 2016 avseende anslag 1.8 Bidrag till psykiatri, inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition (formulär *Rekvisition av bidrag*) ställd till Kammarkollegiet. Rekvisition av medel ska ske senast den 1 december 2016. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid.

#### **9. Redovisning av ekonomiska medel och återbetalning**

SKL ska lämna en slutlig verksamhetsrapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet,) eller annan av regeringen utpekad myndighet, senast den 31 mars 2017. I verksamhetsrapporten ska SKL redogöra för den verksamhet som bedrivits med stöd av bidraget.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret som visar hur medlen använts (formulär *Ekonomisk redovisning*) ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017. Ekonomichefen (eller motsvarande) ska granska och intyga uppgifterna under punkt tre i den ekonomiska redovisningen. Underskrift i original samt information om eventuella avvikelser och åtgärdsförslag ska finnas med i redovisningen. Om redovisning inte inkommer i tid kan Regeringskansliet (Socialdepartementet) återkräva stödet. Medel som inte har utnyttjats av SKL ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2017.

Rekvisitionen, den ekonomiska redovisningen och verksamhetsrapporterna ska vara undertecknade i original av en behörig företrädare för SKL. Regeringskansliets diarienummer för överenskommelsen och för regeringsbeslut om utbetalning ska framgå av samtliga handlingar. Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Kammarkollegiet har rätt att begära in kopior av räkenskaper och övrigt underlag som rör bidragets användning.

## 10. Ekonomisk sammanställning

Satsningar 2016	Mnkr	Sidnr.
Stimulansmedel till kommuner	200,0	7
Stimulansmedel till landsting/regioner	300,0	7
Initiativ för bättre psykisk hälsa hos ungdomar	150,0	7
Ungdomsmottagningar	130,0	7
Utvecklingsstöd till SKL	60,0	10
SKL:s arbete med kunskapsnoder	5,0	11
<b>Totalt</b>	<b>845,0</b>	

## 11. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och Sveriges Kommuner och Landstings styrelse samt att riksdagen ställer erforderliga medel till regeringens förfogande.

För staten genom  
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och  
Landsting

Stockholm den 14 december 2015    Stockholm den 14 december 2015

.....  
Agneta Karlsson  
Statssekreterare

.....  
Håkan Sörman  
Verkställande direktör

Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning av icke-prestationsbaserade medel inom ramen för denna överenskommelse

Rekvisition	Ekonomisk redovisning
<p>1. Kontaktuppgifter</p> <p>Bidragsmottagare</p> <p>Organisationsnummer</p> <p>Kontaktperson</p> <p>Postadress</p> <p>Telefon inkl. riktnummer</p> <p>Faxnummer</p> <p>E-postadress</p>	<p>1. Kontaktuppgifter</p> <p>Bidragsmottagare</p> <p>Organisationsnummer</p> <p>Kontaktperson</p> <p>Postadress</p> <p>Telefon inkl. riktnummer</p> <p>Faxnummer</p> <p>E-postadress</p>
<p>2. Bidrag som ansökan avser</p> <p>Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse</p> <p>Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning</p> <p>Överenskommelsens benämning</p> <p>Belopp som rekvideras</p> <p>Rekvisitionen avser perioden</p>	<p>2. Bidrag som ansökan avser</p> <p>Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse</p> <p>Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning</p> <p>Överenskommelsens benämning</p> <p>Summa bidrag enligt överenskommelsen</p> <p>Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet</p> <p>Period som den ekonomiska redovisningen avser</p>
<p>3. Uppgifter för utbetalning</p> <p>Bankgiro/Plusgiro</p> <p>Önskad betalningsreferens</p>	<p>3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet</p> <p>Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet</p> <p>Kostnader</p> <p>Kostnader (specificera större kostnadsposter)</p> <p>Summa kostnader</p> <p>Medel som inte har förbrukats (Bidrag - kostnader)</p>
<p>4. Underskrift i original av behörig företrädare</p> <p>Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen.</p> <p>Datum</p> <p>Underskrift</p> <p>Namnförtydligande</p>	<p>4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen</p> <p>Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt.</p> <p>Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.)</p> <p>Namn</p> <p>Befattning</p> <p>Telefon inkl. riktnummer</p>

	E-postadress
	5. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. Datum Underskrift Namnförtydligande



Socialdepartementet

### Samordning med andra överenskommelser och satsningar

Staten och SKL har parallellt med denna överenskommelse flera andra överenskommelser med ett innehåll som berör insatser för personer som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa. Regeringen har också redovisat förslag i budgetpropositionen för 2016 som kan vara relevanta att beakta i planering och genomförande av lokalt och regionalt utvecklingsarbete. För att uppnå maximal effekt av olika satsningar och underlätta för kommuner och landsting bör de olika initiativen, och de eventuella medel som följer med satsningarna samordnas, så att utvecklingsarbetet kan utformas gemensamt när så är möjligt.

#### **En förstärkt elevhälsa**

I enlighet med vad som aviserades i 2015 års ekonomiska vårproposition föreslår regeringen att 200 000 000 kronor ska avsättas för 2016, i syfte att förstärka och utveckla elevhälsan. Fr.o.m. 2017 beräknas motsvarande belopp årligen för fortsatta insatser på området. I satsningen ingår bland annat statsbidrag för personalförstärkningar inom elevhälsan för personalkategorierna skolläkare, skolsköterska, skolkurator och skolpsykolog inom förskolan, grundskolan och motsvarande skolformer samt gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Ett viktigt motiv för investeringen i elevhälsan är ungas psykiska hälsa.

#### **Stöd till den sociala barn- och ungdomsvården**

Regeringens satsar 250 000 000 kronor per år 2016–2019 för att förbättra förutsättningarna för socialtjänstens arbete i den sociala barn- och ungdomsvården. Medlen ska i huvudsak gå till att stärka bemanningen samt till satsningar på kompetens och kvalitet.

**Satsning för att stärka kvinnors hälsa**

Regeringen har avsatt 200 000 000 kronor under 2015 och avsätter 400 000 000 kronor per år under perioden 2016–2019 för att förbättra förlossningsvården och stärka insatserna för kvinnors hälsa. I en överenskommelse mellan regeringen och SKL pekas en patientcentrerad och samordnad vård ut som särskilt angelägen för personer som ofta kommer i kontakt med olika delar av hälso- och sjukvården samt angränsande verksamheter. I överenskommelsen lyfts personer med kroniska sjukdomar, personer med psykisk ohälsa, multisjuka äldre samt barn och unga fram.

**Våld i nära relationer**

Sedan 2012 har Socialstyrelsen i uppdrag att årligen fördela utvecklingsmedel till kommuner, landsting och frivilligorganisationer för att motverka våld i nära relationer. Vidare ansvarar myndigheten för ett nationellt och regionalt kompetensstöd för att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer och stödet till våldsutsatta kvinnor, barn som har blivit utsatta för våld eller som har bevittnat våld samt till våldsutövare. Regeringen har aviserat en förlängning av uppdraget i ytterligare tre år och i en omfattning av totalt 109 000 000 kronor per år.

**Nyanländas psykiska hälsa**

Regeringen beslutade den 8 oktober 2015 att bevilja Sveriges Kommuner och Landsting 3 000 000 kronor för en förstudie som syftar till att motverka främst psykisk ohälsa, men även öka förutsättningarna för att upptäcka fysisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända. Syftet är bland annat att öka möjligheterna till etablering.

**Samordning av det nationella suicidförebyggande arbetet**

Regeringen beslutade den 28 maj 2015 att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att samordna det suicidförebyggande arbetet på nationell nivå. Det huvudsakliga syftet med uppdraget är att utveckla och stärka kunskapsstyrningen när det gäller det suicidförebyggande arbetet. Kunskapsstyrning syftar till att skapa förutsättningar för verksamheter att utgå från bästa tillgängliga kunskap.

**Kroniska sjukdomar**

I budgetpropositionen för 2014 aviserades en fyraårig satsning på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Satsningen pågår mellan åren 2014–2017 och omfattar totalt 450 000 000 kronor. Tillsammans med företrädare för professions- och

patientorganisationer, landsting och berörda myndigheter har en Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar tagits fram. Ett övergripande syfte med strategin är att främja en mer hållbar och jämlik hälso- och sjukvård, med särskilt fokus på primärvården.

#### **En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess**

Syftet med överenskommelsen är att skapa en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess genom att stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bland annat om hur hälso- och sjukvården kan bidra till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess samt utveckla samverkan/samarbetet med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen i syfte att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt att främja kvinnors och mäns återgång i arbete. Överenskommelsen omfattar 1,5 miljarder kronor 2016.

#### **Professionsmiljarden**

Regeringen föreslår i budgetpropositionen att det avsätts 1 miljard kronor per år fr.o.m. 2016 för en professionsmiljard. Satsningen syftar till att höja kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården genom att förbättra förutsättningarna för rätt användning av professionernas kompetens och påverka landstingens kompetensförsörjning i positiv riktning. Regeringen anser att satsningen bör ta sin utgångspunkt i följande områden: bättre administrativa stöd för professionerna, mer effektiv och ändamålsenlig organisering av arbetsfördelning och arbetssätt samt förbättrade förutsättningar för och planering av kompetens-försörjningen. Insatserna kommer bygga vidare på det alltmer omfattande kunskapsunderlag som pekar på att professionernas resurser kan användas mer ändamålsenligt och effektivt.

#### **Statligt sommarlovsstöd**

I budgetpropositionen för 2016 föreslår regeringen 200 000 000 kronor per år under 2016–2019 för ett statligt sommarlovsstöd. Meningen med det statliga sommarlovsstödet är att ge barn i åldersgruppen 6 till 15 år en möjlighet till sommaraktiviteter. Kommunen ska med det statliga stödet erbjuda aktiviteter som ger stimulans och personlig utveckling. Stödet ska betalas till kommuner som satsar på att utveckla kostnadsfria sommarlovsaktiviteter.

**Kunskapssatsning inom äldre- och funktionshinderverksamheterna**

Regeringen föreslår i budgetpropositionen för 2016 att 200 000 000 kronor 2016 avsätts för en kunskapssatsning riktad till verksamheter inom äldre- och funktionshindersomsorgen. Satsningen avser bland annat att komplettera bemanningssatsningen inom äldreomsorgen men också pågående utbildningsinsatser inom LSS-området. Satsningen kommer att möjliggöra stöd till kommunerna att fortsätta och utveckla kompetenssatsningar riktad till baspersonal inom äldre- och funktionshindersområdet.

**Ökad bemanning i äldreomsorgen**

Regeringen avsätter 2 miljarder kronor per år mellan 2016–2018 för att öka bemanningen i äldreomsorgen med målet att höja kvaliteten, öka tryggheten för de äldre samt förbättra förutsättningarna för en jämställd, likvärdig och jämlik äldreomsorg i hela landet.





Socialdepartementet

### Fem fokusområden fem år framåt

Regeringen har under 2015 initierat en översyn av behov och utmaningar på området psykisk hälsa. Översynen har gjorts i bred dialog med Sveriges Kommuner och Landsting, sjukvårdens huvudmän, kommuner, relevanta statliga myndigheter, professionsföreningar, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt det civila samhället. Analysen tar sin utgångspunkt i individen och individens behov. Mot bakgrund av denna analys kommer regeringens inriktning på området psykisk hälsa under åren 2016–2020 att ha ett brett perspektiv på psykisk hälsa och ohälsa. Detta innebär ingen förändring av nuvarande ansvarsfördelning men tar fasta på behovet av en samlad analys av de insatser som görs på området.

De huvudsakliga utmaningarna kan sammanfattas som bristande långsiktighet i statens satsningar, överdriven användning av projekt och brist på tillgång till kunskapsbaserade metoder. Dessutom saknas tillräckligt med analyskapacitet på detta område, liksom en för området ändamålsenlig struktur lokalt och regionalt för implementering av den kunskap som finns. Det finns också ett stort behov av ledarskap för förändring i verksamheten i syfte att göra insatserna ändamålsenliga för att motsvara de behov som finns. Dock finns en regional samverkan och stödstruktur när det gäller evidensbaserad praktik inom socialtjänstens områden och näraliggande områden inom hälso- och sjukvården. Huvudmännen har svårt att implementera kunskapen som finns på olika områden, vilket medför att skillnaderna i följsamhet till nationella riktlinjer är betydande mellan landstingen och kommunerna. Myndigheten för vårdanalys konstaterar att rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inte når vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning eftersom processen tenderar att avstanna i en kedja där många olika aktörer ansvarar för olika delar av genomförandet. Vidare

behövs ökad samverkan, integrerade verksamheter och samarbete mellan olika huvudmän.

En viktig slutsats av 2015 års översyn är att psykisk hälsa berör många samhällsområden och aktörer. Det finns bland berörda aktörer en betydande samsyn kring de utmaningar som finns på området. Psykisk hälsa och ohälsa är inte uteslutande en fråga för psykiatri och socialtjänsten, utan även en viktig utmaning på många olika samhällsområden och på många olika sätt.

Översynen visar att det finns fem huvudsakliga områden där det krävs gemensam utveckling, nedan kallat fokusområden. För varje fokusområde behövs både långsiktiga mål och årliga delmål. Denna överenskommelse syftar till att stödja kommuner och landsting att arbeta målinriktat inom de fem fokusområden som regeringen bedömer är prioriterade på området psykisk hälsa under de kommande fem åren.

#### **Fokusområde 1: Förebyggande och främjande arbete**

Psykisk ohälsa är ett av våra största ohälsoproblem. Mätt i förlorade friska levnadsår är psykisk ohälsa en av de dominerande sjukdomskategorierna. Att drabbas av psykisk ohälsa innebär ett lidande för den enskilda individen och hennes eller hans anhöriga, varav många är barn. Därutöver är samhällets kostnader betydande. Att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa är av betydelse för framtiden, för såväl barn och unga som vuxna och äldre personer.

Barn och unga är en viktig grupp. Främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa har särskilt stor effekt innan ohälsan har debuterat. En viktig aspekt av det förebyggande arbetet är därför också att uppmärksamma riskgrupper och erbjuda kunskapsbaserade insatser på grupp- och individnivå.

Även för vuxna är det viktigt att motverka psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa svarar för det största inflödet i sjukförsäkringen. Kommuner och landsting är stora arbetsgivare och i flera av de verksamheter som huvudmännen bedriver är psykisk ohälsa och sjukskrivningar en stor utmaning. Här behövs ökad kunskap hos arbetsgivare och befolkningen i stort om hälsofrämjande faktorer i människors vardag och arbetsliv.

Det är också angeläget att uppmärksamma främjande och förebyggande arbete för äldre i kommunen. Bland annat behöver

äldre, deras anhöriga och professionella som möter dem få en ökad medvetenhet om psykisk ohälsa och psykiska funktionsnedsättningar.

En viktig framtidsutmaning är att skapa samhällsstrukturer som motverkar isolering och ökar möjligheten till delaktighet genom meningsfulla aktiviteter, god fysisk hälsa, ett tillgängligt samhällsutbud samt frånvaro av diskriminering och kränkningar. I detta arbete är civilsamhället av stor betydelse och frivilligorganisationernas aktiviteter ett viktigt komplement till samhällets övriga insatser.

För att nå framgång i det förebyggande arbetet finns det skäl att särskilt uppmärksamma frågor som rör stigma, att motverka fördomar och frågan om hur samhällets kunskap om psykisk hälsa och ohälsa kan öka. Vidare bör suicidprevention som ett samhällsansvar belysas och samordnas, ett arbete där Folkhälsomyndigheten har ett särskilt uppdrag.

#### **Fokusområde 2: Tillgängliga tidiga insatser**

Barn, unga, vuxna och äldre med psykisk ohälsa måste kunna räkna med att kunna få tillgång till rätt insatser i rätt tid. Det gäller såväl vård- som stödinsatser. I dagens system vittnar patient- och brukarorganisationerna om att enskilda inte sällan har svårt att hitta rätt. Även professionsföreträdare uttrycker svårigheter när de ska hjälpa personer med psykisk ohälsa att hamna rätt.

Barnombuds mannen har rapporterat att detta inte minst gäller barn och unga. Det är avgörande att säkerhetsställa att kunskapsbaserade insatser kan erbjudas tidigt i en ohälsoutveckling, när det gäller psykisk ohälsa men också somatisk ohälsa för personer som har en psykisk sjukdom och vid återinsjuknande i psykisk sjukdom. Detta gäller alla åldrar, från mödravård och barnhälsovård till elevhälsa och primärvård.

Såväl primärvården som den högspecialiserade vården behöver också analyseras med avseende på reella väntetider och i vilken utsträckning utbudet av insatser motsvarar behoven. Det är vidare angeläget att landstingen analyserar sin roll när det gäller att erbjuda insatser som motverkar sjukskrivning och stärker möjligheten för enskilda som finns i sjukförsäkringen att återgå i arbete, för att motverka utanförskap och ojämlika levnadsvillkor. Fokus på arbete, studier och sysselsättning gäller även insatser för personer med aktivitetsersättning och sjukersättning. Personer som har en långvarig psykisk sjukdom behöver få tillgång till tidiga insatser vid ett

återinsjuknande, exempelvis genom möjlighet till självinläggning eller förstärkt öppenvårdsstöd.

På det sociala området är det angeläget att identifiera hur socialtjänsten bättre kan möta ett behov av tidigt stöd. En svensk studie av risktecken och insatser för unga vuxna som varit föremål för omfattande interventioner från socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård visar att insatserna dröjer, trots att risktecken ofta syns tidigt. Det är också angeläget att i högre utsträckning ta ett helhetsgrepp kring det enskilda barnet. Om olika aktörers insatser inte samordnas dröjer ofta insatserna tills problemen blivit allvarliga.

Inom äldreomsorgen är det angeläget med ökad kunskap om vad som är psykisk hälsa och vad som kan leda till psykisk ohälsa, liksom en ökad generell förståelse om psykiska funktionsnedsättningar.

### **Fokusområde 3: Enskildas delaktighet och rättigheter**

Vård och omsorg står inför en generell utmaning att förändra synen på den enskilde individen som en passiv mottagare för en medicinsk eller social intervention. Istället bör vård- och omsorgssituationen ses som en överenskommelse som görs mellan den enskilde och den som ger insatserna. För personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning är detta ofta en förutsättning för återhämtning och tillfrisknande. När det gäller barn och unga måste vårdgivaren ta hänsyn till barnets ålder och mognad. Här aktualiseras också frågor som rör barnets rätt till självbestämmande gentemot vårdnadshavare.

Personer med allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning har sämre levnadsförhållanden än befolkningen i stort, också i förhållande till andra grupper med funktionsnedsättning. Det är av stor vikt att värna enskildas rättigheter. En viktig åtgärd är att vård- och omsorgsgivare upprättar en samordnad individuell plan för enskilda som har behov av insatser från båda huvudmännen. Detta arbete har utvecklats på senare år och det är viktigt att denna utveckling fortsätter. I synnerhet gäller detta barn, vuxna och äldre med sammansatta behov.

När det gäller omsorgsinsatser har kommunerna det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. När personer med psykisk funktionsnedsättning möter betydande svårigheter i sin livsföring, ska kommunerna verka för att dessa människor får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Det kan handla om att tillgodose behov inom livsområden som är viktiga för deras återhämtning, exempelvis boende,

boendestöd, sysselsättning och stöd till återgång i arbete eller studier. Utbudet måste ta sin utgångspunkt i analyser av de behov som finns lokalt och regionalt. Utifrån analysen ska huvudmännen säkerställa att det finns stöd att få för personer som drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom. Tidiga sociala insatser förbättrar möjligheterna till återhämtning och kan därmed minska ojämlikheter i människors psykiska hälsa och därmed möjligheterna till ett fullgott liv.

Detta arbete har uppmärksammats inom ramen för tidigare överenskommelser på området psykisk ohälsa och behöver vidmakthållas och utvecklas. Tillgången till anpassade insatser, såsom personliga ombud, case managers och integrerade verksamheter behöver analyseras. Detsamma gäller ekonomisk och social trygghet och i övrigt jämlikhet i levnadsvillkor för personer med omfattande behov av stöd.

Barn, unga och vuxna som vårdas med stöd av tvångsvårdslagstiftning är en grupp vars rättigheter behöver säkerställas på många olika sätt. Fastspänning, avskiljning och liknande ska användas mycket restriktivt i enlighet med intentionen i lagstiftningen. Vårdgivare och myndigheter har också en viktig uppgift att förstärka arbetet med att sprida kunskap och kännedom om enskildas rättigheter i samband med tvångsvård och säkerställa att enskildas rättigheter inte kränks.

#### **Fokusområde 4: Utsatta grupper**

Ett av regeringens mål är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. En viktig aspekt för att uppnå detta mål är att alla som drabbas av psykisk ohälsa får tillgång till en jämlik, tillgänglig, god och säker vård och omsorg i enlighet med bästa tillgängliga kunskap.

Med en sådan ambition är det viktigt att vara medveten om att olika grupper och olika individer har olika behov och förutsättningar. Det finns inte en lösning eller modell som passar alla, och alla grupper har inte samma mönster för att söka och få det stöd som behövs. Generellt finns ett behov av att öka kunskapen om skillnader i psykisk hälsa som kan relateras till sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, både hos professionella och hos allmänheten. Det är av stor vikt att synliggöra såväl sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck, i både förebyggande arbete och gällande insatser till individer med psykisk ohälsa, exempelvis är HBT-gruppen utsatt när det gäller psykisk ohälsa.

Barnhälsovården, elevhälsan och tandhälsovården är viktiga för tidig upptäckt av de riskfaktorer och hälsoproblem som kan bidra till en

ogynnsam utveckling. Det krävs analyser av hur verksamheter möter behoven hos barn som lever i riskmiljöer eller med riskbeteende, då barn som anhöriga till personer med psykisk ohälsa och placerade barn löper större risk för egen ohälsa än genomsnittet. Detsamma gäller familjer med våldsutsatta kvinnor och barn.

Personer med andra former av funktionsnedsättning, exempelvis personer med utvecklingsstörning, behöver uppmärksammas då de löper en ökad risk för psykisk ohälsa. Denna grupp får, trots stora behov, inte adekvat vård och behandling i tillräcklig utsträckning. Andra grupper som riskerar hamna i en särskild utsatthet är personer med samsjuklighet av beroendesjukdom och psykiatrisk eller neuropsykiatrisk diagnos, personer som är eller har varit i kontakt med kriminalvården och/eller vårdats inom rättspsykiatri. Många av de risk- och skyddsfaktorer som finns för att utveckla psykisk ohälsa är desamma som för att utveckla olika former av missbruksproblem. Därför kan det vara värdefullt att samordna verksamheter som syftar till att förebygga och motverka psykisk ohälsa och olika former av missbruk.

En sammanställning visar att det finns utmaningar när det gäller hälsoarbetet hos personer tillhörande det samiska folket och de nationella minoriteterna, bland annat saknas tillräcklig kunskap om deras hälsosituation, språk och kultur hos hälso- och sjukvårdspersonal. Enskilda studier har visat att exempelvis renskötande samer har en förhöjd suicidrisk och finlandsfödda män uppgav att de hade färre dagar med god psykisk hälsa jämfört med hela befolkningen. Romernas hälsosituation påverkas starkt av gruppens livssituation, som kännetecknas av hög arbetslöshet, känsla av utanförskap, maktlöshet och diskriminering vilket allt är riskfaktorer för psykisk ohälsa.

En annan grupp som särskilt bör uppmärksammas är nyanlända, som ofta har behov av stöd och/eller vård. Främjande och förebyggande insatser är av stor vikt liksom specialistinsatser med mångkulturell kompetens, och traumabehandling.

Även andra grupper kan ha särskilt behov av att deras förutsättningar löpande analyseras för att kunna möta behoven.

#### **Fokusområde 5: Ledning, styrning och organisation**

För att det ska vara möjligt att ta ett helhetsgrepp när det gäller att förebygga psykisk hälsa, ge rätt insatser tidigt och möta behoven hos personer med omfattande behov krävs engagemang och samordning.

Avgörande för att kunna göra rätt analyser och vidta rätt åtgärder på policynivå är ett samarbete med patient-, brukar- och anhörigrörelsen. En generell princip bör vara att beslut som berör gruppen, inte ska fattas utan deras medverkan.

Arbetet för att stärka den psykiska hälsan och motverka ohälsa involverar många olika departement, myndigheter, kommuner, landsting och civila aktörer. Ansvar finns i allt väsentligt reglerat i lagar och förordningar men för att utveckla arbetet och göra samhällets samlade insatser mer resurseffektiva krävs en utökad samverkan. Organisationer och enskilda professionella måste utveckla samarbete och samordna sig för att motverka fragmentering för den enskilde och suboptimering för samhället.

Ledare måste ha god kunskap om bästa tillgängliga metoder och vilka verktyg som har stöd i forskning och praktik. I en snabbt föränderlig värld är förmågan att leda i förändring grundläggande. För att möta de utmaningar som samhället och enskilda står inför krävs en mobilisering av ledarskap i kombination med en organisering som möjliggör samarbete och skapar förutsättningar för resurseffektivitet.



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

LANDSTINGET VÄSTMANLAND  
MEDDELANDE FRÅN STYRELSEN NR 17  
2015-12-18

2015 -12- 2 1

LT V 151686-1

Avdelningen för vård och omsorg  
Sektionen för hälsa och jämställdhet  
Anna Östbom

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

## Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om Försäkringsmedicinska utredningar i form av TMU och SLU

Dnr 15/06293

### Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 18 december 2015 beslutat

att godkänna förslaget till överenskommelse om Försäkringsmedicinska utredningar i form av TMU och SLU 2016

att i en skrivelse informera landsting och regioner om överenskommelsen.

### Bakgrund

SKL och Regeringen har haft en överenskommelse om att genomföra försäkringsmedicinska utredningar i form av särskilt läkarutlåtande om hälsotillstånd (SLU) och teambaserad medicinsk utredning (TMU) under perioden 2010-2015 där samtliga landsting/regioner har tillhandhållit utredningar.

I mars 2014 beslutade Regeringen om direktiv för en utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag på hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Utredningen lämnade sitt betänkande För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) den 2 mars, där föreslogs att landstingen ges ett lagstadgat ansvar för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Betänkandet har remitterats och den övervägande delen av remissinstanserna tillstyrker förslaget. Avsikten är att en ny lagstiftning i enlighet med utredningens förslag ska träda i kraft den 1 november 2016.

Mot bakgrund av ovanstående bedömer Regeringen och SKL att överenskommelsen med försäkringsmedicinska utredningar bör förlängas fram till den 31 oktober 2016.

Överenskommelsen Försäkringsmedicinska utredningar i form av TMU och SLU 2016 redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting

Lena Micko  
Ordförande



## 1. Inledning

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är överens om att reservera 167 miljoner kronor för perioden den 1 januari 2016-31 oktober 2016 för ersättning till landsting som inom föreskriven tid, fastställd av Försäkringskassan, levererar försäkringsmedicinska utredningar efter beställning från Försäkringskassan. Regeringen och SKL har sedan 2010 ingått överenskommelser om sådana försäkringsmedicinska utredningar.

## 2. Bakgrund

Inom ramen för rehabiliteringskedjan ställs höga krav på kvalificerade medicinska beslutsunderlag i sjukpenningärenden samtidigt som tidsgränserna också ökar betydelsen för Försäkringskassan att snabbt och i rätt tid få tillgång till sådana beslutsunderlag.

För en rättssäker prövning av sjukpenningärenden behöver Försäkringskassan i vissa fall fördjupade underlag i form av försäkringsmedicinska utredningar. Underlagen ska ge en fördjupad beskrivning av sjukdomens konsekvenser för individens funktionstillstånd och förmåga till aktivitet. De kan därigenom ligga till grund för Försäkringskassans bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. I vissa ärenden finns det behov av försäkringsmedicinska utredningar som baseras på enbart en läkares utredning, s.k. särskilt läkarutlåtande (SLU). I andra ärenden finns det behov av en teambaserad medicinsk utredning (TMU) med inslag av flera kompetenser inom hälso- och sjukvården.

I mars 2014 beslutade regeringen direktiv för en utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag till hur behovet av kvalificerade försäkringsmedicinska utredningar inom relevanta socialförsäkringsområden ska tillgodoses. Utredningen lämnade sitt betänkande För kvalitet – Med gemensamt ansvar (SOU 2015:17) den 2 mars 2015. Där föreslogs att landstingen ges ett lagstadgat ansvar för att utföra de försäkringsmedicinska utredningarna. Betänkandet har remitterats och en övervägande del av remissinstanserna tillstyrker förslaget. Avsikten är att en författningsreglering av den aktuella frågan ska börja gälla den 1 november 2016..

---

<sup>1</sup> FörMed-utredningen (S 2014:09).

### 3. Ersättning för försäkringsmedicinska utredningar

Regeringen och SKL är överens om att staten reserverar medel under perioden den 1 januari-31 oktober 2016 för ersättning till landsting som, inom föreskriven tid, levererar SLU och TMU efter beställning från Försäkringskassan. Ersättningen utbetalas i enlighet med de krav och redovisningsrutiner som fastställs av Försäkringskassan efter samråd med SKL. Överenskommelsen gäller för beställningar av TMU och SLU fram till och med den nya lagen träder ikraft. Utbetalningsdatum:

- 27 maj 2016
- 9 september 2016
- 16 december 2016
- 17 februari 2017

#### Styckersättning inklusive tolk

Styckersättning inklusive tolkersättning utgår enligt följande:

#### Belopp i kronor

Utredning	Ersättning per utredning	Ersättning för tolk per utredning
Teambaserad medicinsk utredning (TMU)	28 000	6 000
Särskilt läkarutlåtande (SLU)	14 500	-

#### Central administration

För att kunna tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar krävs att resurser tas i anspråk från landstingens centrala administration. Ersättning för landstingens centrala administration utgår med 830 000 kronor för 10 månader (1 000 000 kronor helår) till vardera Stockholms läns landsting, Västra Götalandsregionen och Region Skåne. För de övriga 18 landsting utgår motsvarande ersättning med 625 000 kronor (750 000 kronor för helår) per landsting. Avsatta medel för ersättningen för central administration till samtliga landsting för perioden den 1 januari-31 oktober uppgår till 13 740 000 kronor (för helår 16 500 000 kronor).

#### Utbildningsinsatser

För grundutbildning av personal som arbetar med de försäkringsmedicinska utredningarna avsätts 2 400 000 kronor. Medlen disponeras av Försäkringskassan och landstinget får ansöka om ersättning i de fall de haft kostnader för att utbilda personal i behörighetsutbildningarna för SLU, TMU och AFU.

#### 4. Den ekonomiska omfattningen

Nedan redovisas den totala omfattningen av överenskommelsen, liksom fördelningen över olika insatser.

Fördelning av medlen inom ramen för överenskommelsen avseende TMU och SLU.

<b>Medel till landstingen</b>	<b>mnkr</b>
Styckersättning inkl. tolk	150,9
Central administration	13,7
Utbildningsinsatser	2,4
<b>Totalt för överenskommelsen</b>	<b>167,0</b>

Kostnaderna ska under 2016 belasta utgiftsområde 10 Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning, anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivnings-processen, anslagsposten 9 Försäkringsmedicinska utredningar.

#### 5. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig under förutsättning att den godkänns av regeringen och SKL:s styrelse.

För staten genom  
Socialdepartementet

För Sveriges Kommuner och  
Landsting

Stockholm  
den XXX december 2015

Stockholm  
den XX december 2015

Therese Svanström Andersson  
Statssekreterare

Håkan Sörman  
Verkställande direktör