

Uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen

En förstudie

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-1-7183

Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2021

Förord

Hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen är ett viktigt stöd för individens stöd för att återfå och bibehålla hälsa och förmåga till arbete eller annan sysselsättning.

År 2019 ingick staten och SKR en överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för 2020.

Ett av uppdragen som Socialstyrelsen fick inom ramen för denna överenskommelse gällde att stödja regionerna med uppföljningsmått för försäkringsmedicin. Med stöd av sådana mått ska uppföljningar kunna göras som ett led i regionernas egna regionala uppföljningssystem men även nationellt.

Denna rapport är en förstudie där Socialstyrelsen tillsammans med SKR, Nationellt programområde för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt försäkringsmedicinska experter inom regionerna identifierat angelägna hälso- och sjukvårdsinsatser inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen som behöver följas upp.

Rapporten är avsedd att utgöra ett underlag för vårdgivare, huvudmän och nationella aktörer i arbetet med uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Rapporten är också relevant för verksamhetschefer, professioner och patienter.

Utredaren Sevim Barbasso har varit projektledare för förstudien under perioden juni till augusti 2020. Max Köster har varit projektledare augusti till december 2020 och är huvudansvarig för sammanställning av rapporten. Från Socialstyrelsen har utredarna Sara Sjölund Andoff och Anders Dahlqvist ingått i projektgruppen. Externa experter har varit Anja Nyberg, Anne-Marie Norén, Birgitta Rosberg, Catarina Bremström, Lisbeth Alfredsson, Marine Sturesson och Mattias Cloudt. Ansvariga enhetschefer har varit Björn Nilsson och Anders Bengtsson.

Natalia Borg
Avdelningschef
Avdelningen för analys

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Metod och genomförande	9
Uppföljningsområden och uppföljningsmått	11
1. Hälso- och sjukvårdens bedömning och utlåtanden om patientens tillstånd och behov	11
1. Begäran om komplettering av läkarintyg	12
2. Påminnelse till vårdgivaren från Försäkringskassan	12
2. Koordinerande insatser och stöd från rehabiliteringskoordinator	13
1. Rehabiliteringskoordinator finns tillgänglig i verksamheten	13
2. Andel av patienterna som fick koordinering i primärvården	14
3. Försäkringsmedicinsk kompetens inom vården	16
1. Tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin	16
2. Tillgång till utbildning i försäkringsmedicin	17
4. Plan och åtgärder för förbättrad hälsa och återgång i arbete eller annan sysselsättning	18
1. Patienten har en tydlig plan för förbättrad hälsa och återgång till arbete	18
5. Hälso- och sjukvårdens samverkan med andra aktörer	19
1. Arbetsgivarens involvering	19
2. Antal meddelanden till Försäkringskassan	20
6. Personcentrerad vård. Patientens upplevelse av vården och delaktighet	21
1. Upplevelse av hälso- och sjukvårdens bemötande under sjukskrivningsprocessen	21
2. Stöd från rehabkoordinator vid sjukskrivning	22
7. Utfall av hela rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen	22
1. Antal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person	23
2. Andel långa sjukskrivningsfall	24
3. Andel kvinnor av alla sjukskrivna personer	24
4. Andel deltidssjukskrivna av alla sjukskrivna	24
5. Andel återsjukskrivningar	25
Närliggande mått och fördelningsvariabler	26
Datakällor	27
Patientadministrativa data	27
Koder för försäkringsmedicinska åtgärder	27

Patientregistret vid Socialstyrelsen	28
Intygsstatistik hos Inera	29
Nationell patientenkät	30
Försäkringskassans databaser	30
Nyckeltal för rehabiliteringskoordinatorer (SKR)	31
Referenspersonernas synpunkter	33
Fortsatta utvecklingsbehov	35
Projektmedverkan	36
Arbets- och expertgrupp för förstudien	36
Referenspersoner	36
Referenser	37

Sammanfattning

Socialstyrelsen har bedrivit en förstudie för att ta fram förslag på utformningen av uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Förstudien har genomförts i samverkan med SKR, Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt med regionföreträdare.

Med rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen avses här hälso- och sjukvårdens behandling med start när en person på grund av sjukdom eller skada riskerar att inte klara av sin sysselsättning och blir sjukskriven. Den innefattar här dessutom den bedömning som leder till sjukskrivning eller eventuellt andra åtgärder till dess att personen har återfått sin förmåga till sysselsättning eller lönearbete.

Förstudien har identifierat ett antal angelägna uppföljningsområden för rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen och tagit fram förslag på utformning av mått för dessa. Prioriterade uppföljningsområden för hälso- och sjukvården är:

1. Hälso- och sjukvårdens bedömning och utlåtanden om patientens tillstånd och behov.
2. Koordinerande insatser och stöd från rehabiliteringskoordinator
3. Försäkringsmedicinsk kunskap inom hälso- och sjukvården
4. Plan och åtgärder för förbättrad hälsa och återgång i arbete eller annan sysselsättning
5. Hälso- och sjukvårdens samverkan med andra aktörer
6. Patientens upplevelse av vården och delaktighet under rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen
7. Utfallet av hela rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen

För de olika områdena föreslås ett antal mått. Avsikten med uppföljningsområdena och måtten är att de ska spegla grundläggande strukturer och processer samt väsentliga resultat. För respektive mått föreslås också möjliga datakällor.

I avsaknad av heltäckande administrativa register baseras de föreslagna uppföljningsmåtten inte bara på patientadministrativa system utan även på Ineras intygsstatistik, SKR:s Nationell patientenkät och Försäkringskassans register. Intressant är här också SKR:s arbete som rör nyckeltal för funktionen för koordineringsinsatser under rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen.

Avsikten med de föreslagna uppföljningsområdena och tillhörande måtten är att de ska ge ett stöd för nationell, regional och lokal uppföljning. Förstudien har identifierat ett antal aktiviteter för att utveckla detta stöd:

- Operationalisering av måtten i de olika uppföljningsområdena. Här ingår att undersöka i vilken utsträckning uppföljningsområdena kan följas med tillgängliga datakällor. I detta sammanhang är det också värdefullt att utveckla kunskapsstödet för de prioriterade uppföljningsområdena.

- Inleda arbetet med mått för uppföljning av patientens upplevelse av och delaktighet i vården inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen.
- Etablering i vården av en liten men effektiv uppsättning av åtgärds-koder (KVÅ) avsedda att spegla vårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen.
- Regionalt arbete med uppföljning av de områden som föreslås i denna rapport. Socialstyrelsen kan ge stöd till regioner och vårdgivare i detta arbete för uppföljning av verksamheten på ett enhetligt sätt.

Inledning

Socialstyrelsen har under flera år haft regeringsuppdrag inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Målet med överenskommelsen är en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och att dessa frågor ska få högre prioritet inom hälso- och sjukvården. I december 2019 fattades beslut om en ny överenskommelse för 2020 [1].

Att utveckla regionernas ledning och styrning inom försäkringsmedicin är syftet med villkor 1 i överenskommelsen 2020. Det bedöms där som viktigt att uppföljning av det försäkringsmedicinska uppdraget ingår i regionernas uppföljningssystem för vårdinsatser. I överenskommelsen anges att regionerna med stöd av SKR och Socialstyrelsen, och i samverkan med det nationella programområdet (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, ska utveckla uppföljningsmått för försäkringsmedicin. Som ett stöd till regionerna har Socialstyrelsens i samverkan med SKR och NPO inlett ett nationellt utvecklingsarbete av uppföljningsmått. I arbetet har också ingått att kartlägga relevant data och att föreslå hur Socialstyrelsen bör arbeta och stödja hälso- och sjukvården på det här området framöver.

Det har tidigare saknats fastställda gemensamma uppföljningsmått inom området, men behovet har tidigare lyfts bland annat av det nationella programområdet (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Sjukskrivning ska ses som en integrerad del av vård och behandling och ska därför också utföras utifrån jämlika och kunskapsbaserade förutsättningar.

Det är en fördel om uppföljningsmått utformas så att de kan vara stabila och tillgängliga nationellt, för att möjliggöra jämförelser både mellan regioner och över tid.

Metod och genomförande

Socialstyrelsen har bedrivit en förstudie för att ta fram förslag på utformningen av uppföljningsmått och kartläggning av befintliga datakällor. Förstudien har gjorts tillsammans med företrädare för SKR, NPO samt med försäkringsmedicinskt sakkunniga i regionerna.

Arbetet har i förstudien avgränsats till hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Patienterna i processen omfattar sjukskrivna med insatser för återgång i arbete men även de som får insatser för att återgå till annan sysselsättning.

Med annan sysselsättning avses här annan verksamhet där en person kan bli sjukskriven vid sjukdom eller skada. Sådan annan sysselsättning är tex. studier, deltagande i arbetsförberedande verksamhet eller arbetsmarknadspolitiska program eller föräldraledighet. Uppföljningsområdena i denna rapport gäller därmed sjukskrivna personer som får insatser i hälso- och sjukvården för att kunna återgå till arbete eller annan sysselsättning. Processen anses starta när en person på grund av sjukdom eller skada inte längre klarar av sin sysselsättning och blir sjukskriven, men denna förstudie omfattar dessutom

även den bedömning som kan leda till sjukskrivning eller eventuellt andra åtgärder för att förebygga sjukskrivning.

Arbetet med förstudien har bedrivits i form av en workshopserie som Socialstyrelsen bjudit in till under våren och hösten 2020. Vid samtliga sammankomster har försäkringsmedicinska experter från SKR, Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt fyra regioner deltagit. Dessa har utgjort förstudiens expertgrupp. Socialstyrelsen bedömer att de prioriterade uppföljningsområdena och föreslagna måtten på detta sätt är väl förankrade i regionerna och i sådana verksamheter inom hälso- och sjukvården som arbetar med försäkringsmedicin.

För att få in externa synpunkter har i ett skede en grupp referenspersoner fått möjlighet att bedöma de föreslagna uppföljningsmåtten. Referenspersonerna representerade patienter genom föreningen Funktionsrätt, rehabiliteringskoordinatorer och försäkringsmedicinskt sakkunniga i regionerna.

Uppföljningsområden och uppföljningsmått

Förstudien har identifierat ett antal viktiga uppföljningsområden för rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen och tagit fram förslag på utformning av mått för dessa. Uppföljningsområdena speglar i olika utsträckning de olika dimensionerna av god vård och omsorg [2]. De dimensioner som Socialstyrelsen anger är: kunskapsbaserad, jämlik, effektiv, tillgänglig, säker och personcentrerad.

De prioriterade uppföljningsområdena omfattar olika kvalitetsaspekter och kan utgöra ett underlag för bedömningar av om vården uppfyller kraven på god vård och omsorg. Samtliga föreslagna uppföljningsmått inom de olika områdena kan däremot inte utan vidare betraktas som indikatorer på god vård [3]. I många fall saknas till exempel både en önskvärd riktning och mål för nivån på måtten. Flera av måtten föreslås för att de ändå är viktiga vid bedömning av centrala delar av rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen.

Datatillgången skiftar för de mått som föreslås. Flera av måtten betecknas som utvecklingsmått vilket innebär att datakällorna behöver utvecklas.

Av de 7 uppföljningsområdena nedan rör de fem första mer eller mindre väl avgränsade komponenter inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Det sjätte området behandlar patientperspektivet som innebär att vården ska vara personcentrerad. Detta perspektiv skär genom alla delar av rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Slutligen har resultatet av alla insatser i hela rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen fått utgöra ett eget uppföljningsområde.

1. Hälso- och sjukvårdens bedömning och utlåtanden om patientens tillstånd och behov

Hälso- och sjukvårdens bedömning av patienten vid en eventuell sjukskrivning behöver vara av hög kvalitet. Detta gäller oavsett om bedömningen resulterar i en rekommendation om sjukskrivning eller inte. Förstudiens expertgrupp har kommit fram till att de viktigaste bedömningarna i det försäkringsmedicinska arbetet handlar om att bedöma funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och individens förmåga till aktuellt arbete samt att bedöma behov av insatser. Bedömningen är därmed avgörande för den kommande rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen då den inverkar på patientens efterföljande behandling och vårdplan och därmed återhämtning. Hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska bedömning ska vara kunskapsbaserad och bidra till att patienten får en säker vård och rättssäker hantering av försäkringsförmåner.

En bedömning kan resultera i att läkaren rekommenderar sjukskrivning och utfärdar ett sjukintyg. Om Försäkringskassan har behov av ytterligare

medicinsk information för att handlägga försäkringsärendet kan de begära komplettering av intyget. I en del fall har hälso- och sjukvården lämnat otillräcklig information i intyget. I andra fall beror begäran om komplettering på Försäkringskassans handläggning av försäkringsärendet.

1. Begäran om komplettering av läkarintyg

Beskrivning:

Andel av alla läkarintyg för sjukpenning där Försäkringskassan begär in komplettering från vårdgivaren.

Täljare: Antal läkarintyg i nämnaren där Försäkringskassan har skickat en förfrågan om komplettering.

Nämnare: Samtliga läkarintyg för sjukpenning

Datatillgång

Ineras intygsstatistik eller Försäkringskassans data.

Kommentar

Utfallet på måttet måste diskuteras och analyseras. Det är inte enkelt att tolka resultatet och det finns ingen "gold standard" för rätt nivå. Delvis mäts genom måttet god kvalitet i både hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans handläggning.

Ett syfte är att följa antal kompletteringar lokalt för att långsiktigt uppnå en stabil och rimlig nivå. Redovisning kan ske på regional och lokal nivå med den nationella nivån som referens.

2. Påminnelse till vårdgivaren från Försäkringskassan

Beskrivning

Andel av alla Försäkringskassans förfrågningar om komplettering av läkarintyg för sjukskrivning som kräver påminnelse.

Täljare: Antal läkarintyg i nämnaren som har följts av en påminnelse om att inkomma komplettering.

Nämnare: Samtliga läkarintyg för sjukpenning där Försäkringskassan har bitt om komplettering.

Datatillgång

Ineras intygsstatistik eller Försäkringskassans data.

Kommentar

Ett syfte med måttet är att nå och bibehålla en smidig och säker handläggning av läkarintyg. Påminnelser om att svara på begäran om komplettering fördröjer Försäkringskassans möjlighet att utreda rätten till ersättning för patienten

Arbetsplatser med många påminnelser behöver se över sina rutiner för en patient- och rättssäker hantering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Uppföljning och redovisning kan ske på regional och lokal nivå.

2. Koordinerande insatser och stöd från rehabiliteringskoordinator

Den 1 februari 2020 började lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297) att gälla. Enligt denna lag ska alla regioner vid behov erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna personer. Samtliga regioner hade dock sedan tidigare utvecklat någon form av koordineringsfunktion i verksamheter där sjukskrivning är vanligt förekommande.

Funktionen för koordinering, rehabiliteringskoordinatorn ska utgöra ett stöd i vården för de patienter som är sjukskrivna. Ett syfte med en rehabiliteringskoordinator är att verka för tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen och på så sätt försöka minska långtidssjukskrivning. Syftet är också att underlätta för patienten att inträda i, återgå till, eller vara kvar i arbete.

Rehabiliteringskoordinatorn ska främja samverkan i hälso- och sjukvården, men också vara kontaktperson till externa aktörer som på olika sätt är involverade i patientens vård och rehabiliteringsprocess. Viktiga sådana aktörer är arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst. Under rehabiliteringsprocessen ska funktionen ge stöd för patienten att vara aktiv och delaktig i sin plan samt verka för att nästa steg är känt för patienten.

Funktionen har visat ge positiva effekter både på patientens rehabilitering och för läkares och andra medarbetares arbete med sjukskrivning och rehabilitering, samt för samverkan med externa parter. En studie gjord i Region Stockholm 2018 indikerar att patienter som fått stöd av en koordinator har en lägre genomsnittlig sjukskrivningsgrad över tid, lämnar sjukskrivningen snabbare, i högre grad lämnar sjukskrivningen helt efter första sjukskrivningen och har färre återsjukskrivningar jämfört med en kontrollgrupp [4].

Koordination utgör en central komponent i en effektiv och kunskapsbaserad rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess.

1. Rehabiliteringskoordinator finns tillgänglig i verksamheten

Beskrivning

Antingen:

a) **Täljare:** Antal rehabiliteringskoordinatorer med av regionen godkänd kompetens omräknat till heltidsekvivalenter vid nämnarens tidpunkt.

Nämnare: Antal sjukfall vid viss tidpunkt.

eller

b) **Täljare:** Antal enheter (vårdcentraler, specialistmottagningar) med minst en rehabiliteringskoordinator i någon omfattning.

Nämnare: Samtliga enheter som ingår i uppföljningen.

Datatillgång

Uppgift om antalet heltidsekvivalenter för rehabiliteringskoordinatorer samlas in via SKR och regionernas ”Nyckeltal för funktionen koordineringsinsatser”. Data har samlats in för kvartal 2 och 4 år 2019 samt kvartal 2 år 2020. Uppgifterna planeras att samlas in även för kvartal 4 år 2020.

Uppgift om antal sjukfall kan hämtas från Försäkringskassans system MIDAS eller Ineras intygsstatistik. De två datakällorna definierar dock sjukfall på skilda sätt. För båda datakällorna kan det också vara svårt att skilja vårdnivåerna primärvård och specialiserad vård åt.

Kommentar

Det finns ingen enhetlig beskrivning av rehabiliteringskoordinatorns kompetens för alla regioner och vårdgivare idag. Man kan därför överväga att vidga definitionen av rehabkoordinator till ”rehabkoordinator eller annan funktion för koordinering”.

Vilken typ av enheter som ska följas upp är viktigt att avgöra. Primärvården men också olika typer av specialiserad vård med sjukskrivningsintensiv verksamhet bör ingå.

Nyckeltalen för funktionen koordineringsinsatser samlas inte in på ett enhetligt sätt i regionerna vilket kan påverka jämförbarheten av resultat.

Måttet är ett strukturmått och mäter därför inte om den enskilde patienten får insats från rehabkoordinator.

Inledningsvis är ett viktigt syfte med måttet att följa förekomsten av rehabkoordinatorer över tid för att fastställa en optimal nivå på denna.

Måttet kan följas upp på regional och nationell nivå.

2. Andel av patienterna som fick koordinering i primärvården

Beskrivning

Antal patienter som fick koordinering i primärvården i relation till totala antalet sjukfall vid viss tidpunkt.

Täljare: Antal unika patienter i regionen som fick rehabiliteringskoordinering i primärvården (vid husläkarmottagningar, vård- eller hälsocentraler) under period enligt nämnaren.

Nämnare: Det totala antalet sjukfall i primärvården per region under en specificerad period.

Datatillgång

Data om insatsen rehabiliteringskoordinering samlas in via SKR:s och regionernas ”Nyckeltal för funktionen koordineringsinsatser”. Data har samlats in för kvartal 2 och 4 år 2019 samt kvartal 2 år 2020. Uppgifterna planeras att samlas in även för kvartal 4 år 2020.

När rehabiliteringskoordinering kodalas med KVÅ i patientadministrativa system kan dessa användas för beräkning av en täljare.

En nämnare för antal sjukfall kan hämtas antingen från Ineras intygsstatistik eller från Försäkringskassans system MiDAS. De två datakällorna definierar dock sjukfall på skilda sätt. För båda datakällorna kan det också vara svårt att skilja vårdnivåerna primärvård och specialiserad vård åt.

Kommentar

Ett högre värde än idag är önskvärt men samtliga patienter kan inte antas ha behov av rehabiliteringskoordinator. Patienten kan också ha avböjt hjälp av en koordinator.

I framtiden ska insamling av uppgiften kunna ske via vårdgivarnas administrativa system. En förutsättning för detta är bl.a. att KVÅ-koden rehabiliteringskoordinering (KVÅ GC001) används. Noggranna anvisningar för användandet av koden kommer då att behövas.

Till en början är det viktigt syfte att följa antalet patienter över tid på lokal nivå för att validera rimligheten i mätningarna. När enhetliga registreringar är på plats kan måttet följas upp på regional och nationell nivå. För att regionala jämförelser ska bli rättvisa är det viktigt att mätningarna uppnår en god täckning även av privata vårdinrättningar.

Det är i framtiden också viktigt att följa upp inte bara primärvården utan även olika typer av specialiserad vård med många sjukskrivningar. Ett önskvärt närliggande mått är andelen av patienterna som fick erbjudande om hjälp med koordinering. Denna andel är idag inte möjlig att mäta med tillgängliga datakällor. Istället föreslås att en fråga om detta ställs i nationell patientenkät (NPE). Se nedan om mått för uppföljning av personcentrerad vård.

3. Försäkringsmedicinsk kompetens inom vården

I överenskommelsen 2020, villkor 1, mellan staten och SKR bedömer man att läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin är viktiga både på central nivå i regionerna och i funktioner på verksamhetsnivå [1].

Nationellt Försäkringsmedicinskt Forums definition av det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar ”medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplat till försäkringsmässiga ställningstagande och hur dessa påverkar individen. Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem” [5].

Enligt SKR:s beskrivning av kompetensutveckling inom området försäkringsmedicin, behöver en försäkringsmedicinskt sakkunnig läkare fördjupad kompetens i ämnet, då man ger stöd inom området försäkringsmedicin på både regionnivå (tidigare landstingsnivå), och till de som är i det praktiska, försäkringsmedicinska arbetet. En läkare som är medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin förväntas bl.a. kunna relatera till lagar och föreskrifter inom området, ha kunskap om intyg, se till jämlikhets- och jämställdhetsaspekter i det försäkringsmedicinska arbetet och införliva forskning och nya rön i ledning och styrning vad gäller försäkringsmedicin [6].

Den försäkringsmedicinska kompetens som behövs kan se olika ut beroende på vilken organisatorisk nivå inom hälso- och sjukvården man är verksam. Förutom läkaren, kan andra vårdprofessioner också behöva en god försäkringsmedicinsk kunskap.

1. Tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin

Beskrivning

Tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin finns i verksamheten. Alternativa möjliga mätningar a) och b):

a) **Täljare:** Antal enheter med tillgång till sakkunnig läkare i en region.

Nämnare: Totala antalet enheter i regionen.

b) **Täljare:** Antal helårsanställda sakkunniga läkare eller ekvivalenter vid datum enligt nämnaren.

Nämnare: Antal sjukfall eller sjukskrivna personer i regionen vid visst datum.

Datatillgång

Det finns för närvarande inga tillgängliga data utan detta blir en fråga till regioner via vårdenheterna att besvara.

För alternativet b) där antal sakkunniga läkare relateras till sjukskrivningsfall kan nämnaren utgöras av sjukfallen eller sjukskrivna personer med sjukpenning antingen enligt Ineras intygsstatistik eller enligt Försäkringskassans MiDAS.

Kommentar

Måttet är ett strukturmått. Vilken typ av enheter som ska omfattas måste definieras. Måttet kan i ett första skede avgränsas till primärvårdsenheter men på sikt är det också viktigt att följa upp specialistkliniker som hanterar många sjukfall.

Vad sakkunnig läkare och fördjupad kunskap innebär i detta sammanhang återstår att definiera.

Redovisning av resultat kan göras på regional och nationell nivå.

2. Tillgång till utbildning i försäkringsmedicin

Beskrivning

Andel av alla primärvårdsenheter eller andra verksamheter med många sjukskrivningar i regionen som har tillgång till försäkringsmedicinsk utbildning och där medarbetare inom olika yrkesgrupper erbjuds sådan utbildning.

Täljare: Antal av nämnares enheter i regionen som erbjuder försäkringsmedicinsk utbildning till aktuell yrkesgrupp (eller att erbjudandet ingår i ledningssystemet).

Nämnare: Antal primärvårdsenheter i regionen.

Datatillgång

Det finns för närvarande inga tillgängliga data utan detta blir en fråga till regioner via vårdenheterna att besvara.

Kommentar

Detta är ett strukturmått och mäter därför inte i vilken utsträckning patienterna möter utbildad personal.

Inte bara primärvårdsenheter utan även andra verksamheter med betydande andel sjukskrivna patienter kan omfattas. Resultaten på måttet bör i så fall fördelas på dessa verksamhetstyper. En fördel är också om resultaten också redovisas per yrkesgrupp både regionalt och nationellt.

Ett viktigt syfte med detta mått är få en uppfattning om regionernas förutsättningar att sprida försäkringsmedicinsk kunskap. För regionerna ger det också kunskap om var det finns svagheter på området som bör åtgärdas. I framtiden bör man kunna följa upp andelen av medarbetarna som faktiskt deltagit i någon utbildning. SKR och vissa regioner bedriver idag sådana utbildningar.

4. Plan och åtgärder för förbättrad hälsa och återgång i arbete eller annan sysselsättning

Sjukskrivning skall anses vara en aktiv åtgärd, där individen bör vara delaktig i rehabiliteringsprocessen och där det ska finnas ett tydligt syfte med sjukskrivningen [7]. Att beskriva vilka åtgärder som skall genomföras och syftet med det bör förstås som att upprätta en plan för sjukskrivningen.

Regionen ansvarar idag för att en individuell plan upprättas vid rehabilitering (8 kap. 7§ hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Detta ska ske i samverkan med patienten. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå. I Socialstyrelsens klassifikation för vårdåtgärder (KVÅ) finns en särskild kod (DV077) för upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning.

Åtgärderna kan vara i form av förebyggande, behandlande eller rehabiliterande insatser, nedtrappning av sjukskrivning samt insatser som genomförs tillsammans med andra parter som arbetsgivare, Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen.

1. Patienten har en tydlig plan för förbättrad hälsa och återgång till arbete.

Beskrivning

Andel patienter som har fått en plan för återgång till arbete.

Täljare: Antal patienter i nämnaren med upprättad rehabiliteringsplan.

Nämnare: Antal patienter som var sjukskrivna visst datum eller under viss tidsperiod.

Datatillgång

Detta är ett utvecklingsmått. Måttets täljare kan möjligen gå att mäta med vårdgivarens journalsystem eller regionernas patientadministrativa system. Kodning av KVÅ-koder är då nödvändig.

En lämplig nämnare kan hämtas ur Försäkringskassans MiDAS över sjukfall och sjukskrivna personer eller Ineras intygsstatistik.

Försäkringskassans uppgifter har personnummer till skillnad från Ineras statistik. Det är därför tekniskt möjligt att sambearbeta uppgifter från Försäkringskassan om sjukskrivna personer med uppgifter ur de patientadministrativa systemen. Uppföljningen blir därmed personbunden.

Kommentar

KVÅ-koden DV077 kan anges för Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbetslivet. Dock är det osäkert i vilken omfattning denna används. Initialt kan därför antal vårdbesök med KVÅ-kod DV077 per arbetsför patient vara värt att mäta.

En framtida insamling via administrativa system beror på hur och i vilken utsträckning regionen använder koden.

Det är inte klarlagt hur stor andel av patienterna som ska ha en upprättad rehabiliteringsplan. I ett första steg syftar därför måttet till att följa andelen patienter som fått rehabiliteringsplan för att hitta en rimlig nivå för regionledningarnas mål.

5. Hälso- och sjukvårdens samverkan med andra aktörer

Vid sjukskrivning behöver hälso- och sjukvården samverka med flera aktörer. Viktiga sådana aktörer är främst arbetsgivaren (inklusive företags-hälsovård), Försäkringskassan, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen [8]. Uppdrag och ansvar är fördelade mellan dessa på ett sådant sätt att samverkan behövs för att uppnå en god sjukskrivningsprocess för individen.

I överenskommelse mellan staten och SKR om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess år 2017 och 2018, framhölls särskilt betydelsen av kontakt mellan funktionen för koordinering och arbetsgivare. Enligt arbetsmiljölagen är det arbetsgivaren som ska se till att det finns en lämplig organisation för arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering på arbetsplatsen. Detta regleras av Arbetsmiljöverkets föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:01). Att arbetsgivaren vet sitt ansvar för individen vad gäller rehabilitering och arbetsanpassning har bedömts vara avgörande för att individen ges rätt stöd [8].

1. Arbetsgivarens involvering

Beskrivning

Andelen bland sjukskrivna patienter där hälso- och sjukvården involverade arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen.

Täljare: Antal sjukskrivna patienter där hälso- och sjukvården involverade arbetsgivaren i rehabiliteringsprocessen.

Nämnare: Antal patienter som hade anställning och var sjukskrivna vid visst datum eller viss tidsperiod.

Datatillgång

Detta är ett utvecklingsmätt. För täljaren bör regionernas patientadministrativa system kunna användas. Vid registrering kan KVÅ-koden ZV506 användas. En lämplig nämnare kan hämtas ur Försäkringskassans MiDAS över sjukfall och sjukskrivna personer eller Ineras intygsstatistik.

Försäkringskassans uppgifter har personnummer till skillnad från Ineras statistik. Under förutsättning att det finns lagligt stöd för personuppgiftsbehandlingen är det tekniskt möjligt att sambearbeta uppgifter från Försäkringskassan om sjukskrivna personer med uppgifter ur de patientadministrativa systemen. Uppföljningen skulle därmed ske på personnivå, vilket är en fördel. Om endast aggregerade data från olika datakällor används kan det bli svårt att fastställa att täljare och nämnare härrör från precis samma population.

Ineras statistik omfattar även de sjukintyg som går till arbetsgivaren under de första 14 dagarna medan Försäkringskassans data omfattar endast de som får sjukpenning.

Kommentar

Medverkan av företrädare för arbetsgivare kan kodas med KVÅ-kod ZV506. Det är dock oklart i vilken utsträckning denna används i vården och förekommer i de patientadministrativa systemen. Med ovanstående konstruktion av måttet blir kvoten inte en andel eftersom nämnaren skattas med en annan datakälla. Resultatet blir då en ungefärlig beräkning av andelen.

För en god rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess behöver de inblandade aktörerna samverka. Hur detta sker behöver följas upp. Ett annat syfte med måttet är att hitta nivåer som underlag för regionledningarna vid bestämning av mål för patienter i olika diagnosområden och för patienter med olika sjukskrivningslängder.

Andra aktörers medverkan och inblandning i processen kan också behöva följas, tex. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Patienter som själva håller kontakt med arbetsgivaren utan direkt medverkan av hälso- och sjukvården ingår inte i måttet.

2. Antal meddelanden till Försäkringskassan

Beskrivning

Antal impulser om behov av rehabiliteringsåtgärder som skickas från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan.

Täljare: Antal impulser om behov av rehabiliteringsåtgärder som skickas från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan i verksamhet eller region enligt nämnaren.

Nämnare: Totala antalet sjukfall eller sjukskrivna personer under ett år.

Datatillgång

Ineras intygsstatistik eller Försäkringskassan. Båda aktörerna har dock brister i registrering och statistik över ärendehantering.

Kommentar

Impulser kallas de meddelanden som skickas mellan vården och Försäkringskassan för att påtala behov. Dessa kan meddelas antingen i läkarintyget, från rehabiliteringskoordinator med särskild blankett eller också muntligt.

Regionen ska informera Försäkringskassan om patienten kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken, om patienten samtycker till det. Försäkringskassan ansvarar för att klarlägga patientens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering och för att se till att åtgärder vidtas för en effektiv rehabilitering av patientens arbetsförmåga.

Impulser till Försäkringskassan från rehabiliteringskoordinator via blankett ”FK7429 - Information om antaget behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB” sker idag inte digitalt och ingår därför inte heller i intygsstatistiken.

Muntliga impulser registreras heller inte i Ineras intygsstatistik och kommer därför inte att ingå i ett mått som baseras på denna statistik.

Även Försäkringskassan registrerar impulser från hälso- och sjukvården. Hur kvaliteten på dessa uppgifter är måste undersökas vidare.

Ineras intygsstatistik medger idag inte publicering av aggregerade uppgifter om impulser på region- eller vårdgivarenivå. Försäkringskassans uppgifter kan efter bearbetning fördelas på region baserat på patientens hemort. Se nedan i kapitlet om datakällor.

Andelen av impulserna som leder till åtgärd hos Försäkringskassan kan också övervägas att tas fram som komplement.

På sikt kan måttet ge god kunskap om andelen av patienterna som hälso- och sjukvården bedömer har behov av Försäkringskassans samordning för arbetslivsinriktad rehabilitering inom olika diagnosområden, sjukskrivningslängder, ålder, kön.

Inom överenskommelsen 2020 har SKR, Inera och Försäkringskassan tillsammans tagit fram ett lösningsförslag för digitalisering av dessa meddelanden [9].

6. Personcentrerad vård. Patientens upplevelse av vården och delaktighet

En av de sex centrala dimensionerna i Socialstyrelsens ramverk för God vård och omsorg är att vården ska vara personcentrerad. Detta innebär att patienten ska vara i centrum och att vården ska ges med respekt för individens specifika behov samt förväntningar och integritet. Detta uppföljningsområde rör samtliga aspekter i områdena 1-5 ovan eftersom vården för alla dessa ska vara personcentrerad.

Individen ska också ges möjlighet att vara delaktig. En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med vård och behandling uppnås. Patientens eget agerande och ansvar är av stor vikt för att målen ska uppnås. Detta bör vården stödja och uppmuntra.

Det är angeläget att vården följer upp hur väl man möter dessa krav. Ett vanligt sätt att mäta dessa aspekter är genom att fråga patienten. Sådana mått på patientens upplevelse av den givna vården kallas ofta patientrapporterade upplevelsemått eller PREM (Patient-Reported Experience Measures).

1. Upplevelse av hälso- och sjukvårdens bemötande under sjukskrivningsprocessen

Beskrivning

Fråga ställd i tex. nationell patientenkät (NPE) där patienten får bedöma vårdens bemötande på en skala som går från negativ till positiv.

Täljare: Antal patienter i nämnaren som besvarat frågan i NPE positivt.

Nämnare: Antal patienter som har varit sjukskrivna under det senaste året (eller annan tidsperiod som anges i frågan) och som besvarat frågan i NPE.

Datatillgång

Detta är ett utvecklingsmätt. Nationell patientenkät (NPE) för primärvård eller NPE för den öppna psykiatri skulle kunna användas.

Kommentar

Uppgifter om vårdens bemötande finns redan idag i NPE men inte specifikt för sjukskrivna patienter. Detta mått utgör ett förslag på framtida förändring av enkäterna.

Hälso- och sjukvårdens bemötande är en viktig del av en individanpassad vård. Ett mått på andelen som är nöjda med bemötandet ger även ett underlag för regionledningar vid kravställning på verksamheten.

2. Stöd från rehabkoordinator vid sjukskrivning

Beskrivning

Fråga ställd i tex. nationell patientenkät (NPE) där sjukskrivna patienter besvarar frågor om de:

- a) upplevde sig ha behov av koordinering av insatser vid sjukskrivning. T ex genom frågan ”Har du upplevt att du behöver stöd för att koordinera insatser inom vården och med andra myndigheter under din sjukskrivning?”
- b) blev erbjudna stöd med koordinering av dina kontakter med olika delar av hälso- och sjukvården eller andra myndigheter:
- c) blev hjälpta genom att få stöd för att komma tillbaka i arbete eller annan sysselsättning.

Täljare: Respondenter som svarar jakande på fråga a-c

Nämnare: Alla respondenter som har varit sjukskrivna och som besvarat frågan i NPE

Datatillgång

Detta är ett utvecklingsmätt. Nationell patientenkät (NPE) för primärvård eller NPE för den öppna psykiatri skulle kunna användas.

Kommentar

Detta innebär ett förslag på framtida förändring av enkäterna. Under en övergångsperiod skulle det vara värdefullt att genomföra lokala eller regionala uppföljningar av behov och stöd av rehabiliteringskoordinator. Förslagsvis kan detta göras genom enkäter från enheterna till sjukskrivna under en fastställd period.

En särskild utmaning med frågeställningen gäller om patienten förstår att det var någon med ansvar för koordinering som denne träffade.

7. Utfall av hela rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen

Rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen har som mål en god hälsa samt att stärka och bibehålla förmåga till arbete eller annan sysselsättning. Resultat

taten för en patient kan ses som en sammanfattning av utfallen av alla de insatser som gjorts, i det här fallet under hela rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Området omfattar därmed resultaten av samtliga processer som beskrivs i ovanstående områden men även andra processer som påverkar hur det går för patienten. Resultaten anger då hur väl hälso- och sjukvården har uppnått det uppsatta målet för patienterna.

Alla resultat är inte alltid mätbara men exempel på önskvärda patientnära resultat för rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen är:

- att patienten blir rehabiliterad inom önskvärd tid
- att patienten varaktigt återgår i arbetslivet
- att patienten upplever en bättre eller lika god hälsa som före sjukskrivning

I de fall enkäter till patienter används för att mäta hälsoreultat brukar dessa kallas patientrapporterade utfallsmått; PROM (Patient-Reported Outcome Measures).

1. Antal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person

Beskrivning

Antal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person

Täljare: Antal sjukskrivningsdagar bland fallen i nämnaren.

Nämnare: Antal sjukfall eller personer med viss sjukskrivningsdiagnos som under året avslutat sin sjukskrivning efter att ha varit sjukskrivna 15 dagar eller mer.

Datatillgång

Ineras intygsstatistik över sjukfall innehåller uppgift om antal sjukfall och tidslängd. Även Försäkringskassans MiDAS-register för sjukfall och personer med sjukpenning kan användas.

Kommentar

Måttet bör redovisas regionalt och nationellt samt per diagnoskategori. Det är här viktigt att betona skillnaden mellan nämnarens sjukfall och sjukskriven person.

I Ineras statistik över sjukfall utgörs sjukfallen av patienternas sammanhängande sjukskrivningsperioder hos en vårdgivare. Även sjukskrivningar kortare än 15 dagar ingår i denna statistik och kan därför användas för beräkning av en alternativ nämnare som även omfattar korttidssjukskrivningar. För sjukskrivningar kortare än 15 dagar finns vanligen läkarintyget

AG1-14 utfärdat för att uppvisa för arbetsgivaren. Försäkringskassans statistikuppgifter omfattar inte dessa sjukskrivningar. Vid val av datakälla är det viktigt att beakta skillnaden mellan den rekommenderade sjukskrivningslängden i läkarintyg och de dagar som ersätts av Försäkringskassan.

Måttet kan följas över tid för att jämföra med och studera avvikelser mot rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

2. Andel långa sjukskrivningsfall

Beskrivning

Andel sjukskrivningsfall i olika tidsintervall. Måttet beräknas per diagnoskategori (analogt med måttet ”Antal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person” ovan).

Täljare: Antal sjukfall eller personer i nämnaren som varit

- a) sjukskrivna i 91-180 dagar
- b) sjukskrivna i 181-365 dagar
- c) sjukskrivna i 366 dagar eller mer

Nämnare: Antal sjukfall eller personer som under året avslutat sin sjukskrivning och varit sjukskrivna 15 dagar eller mer i given diagnoskategori.

Datatillgång

Ineras intygsstatistik över sjukfall har dessa uppgifter. Även Försäkringskassans MiDAS för personer med sjukpenning kan användas.

Kommentar

Se kommentarer för måttet 1 ovan.

Sjukskrivningslängderna per diagnos kan jämföras med rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

3. Andel kvinnor av alla sjukskrivna personer

Beskrivning

Fördelningen av sjukskrivna män och kvinnor. Andel sjukskrivna kvinnor av alla sjukskrivna personer med olika sjukskrivningsdiagnoserna.

Täljare: Antal kvinnor i nämnaren.

Nämnare: Antal kvinnor och män med sjukskrivning i relevanta och viktiga diagnoser vid viss tidsperiod.

Datatillgång

Ineras intygsstatistik alternativt Försäkringskassans data.

Kommentar

Bör följas och analyseras nationellt över tid men också avseende regionala skillnader.

På samma sätt bör jämförelser av andelen kvinnor göras för socioekonomiska och demografiska grupper. Sådan bakgrundsinformation, annan än sjukskrivningsdiagnos, ingår för närvarande inte i Ineras intygsstatistik.

4. Andel deltidssjukskrivna av alla sjukskrivna

Beskrivning

Andel deltidssjukskrivna av alla deltids- eller heltidssjukskrivna

Täljare: Antal sjukfall(/personer) med deltidssjukskrivning.

Nämnare: Antal sjukfall(/personer) med deltidssjuk- eller heltidssjukskrivning.

Datatillgång

Ineras intygsstatistik alternativt Försäkringskassans data.

Kommentar

Det är önskvärt att andel deltidssjukskrivna ökar på bekostnad av heltidssjukskrivningar. Måttet är viktigt att följa över tid.

Andelen deltidssjukskrivna kan spegla resultatet av patientens behandling och en god samverkan mellan patienten, hälso- och sjukvården, arbetsgivare och andra myndigheter. En fördel med deltidssjukskrivning kan utgöras av den bibehållna kontakten med arbetsgivare och arbetskamrater. Flera faktorer kan påverka andelen som sjukskrivs på deltid vilket gör att måttet inte entydigt tolkas som en effekt av god vård.

Fördelning bör göras på kvinnor och män samt följas över tid. Måttet kan ge ett stöd för att fastställa tillfredsställande nivåer för andelen deltidssjukskrivna patienter med olika diagnoser och andra bakgrundsfaktorer.

5. Andel återsjukskrivningar

Beskrivning

Antal återsjukskrivningar inom 2 år.

Täljare: Antal återsjukskrivningar inom 2 år bland nämnares patienter.

Nämnare: Antal personer med tidigare deltidssjuk- eller heltidssjukskrivning som avslutat sin sjukskrivning och återgått till arbete eller annan sysselsättning.

Datatillgång

Möjligen kan Försäkringskassans statistik över sjukskrivna med sjukpenning användas som en skattning.

Kommentar

Andelen återsjukskrivningar bör vara låg men måttet bör ändå tolkas med viss försiktighet.

Att patienten verkligen har återgått till arbete eller annan sysselsättning kan vara svårt att fastställa i tillgängliga data. Nämnaren får då beräknas som de patienter som avslutat sin sjukskrivning.

Måttet bör följas nationellt och regionalt över tid. Andelen återsjukskrivningar bör också fördelas på bakomliggande sjukskrivningsdiagnoser.

Ett syfte med måttet är både att identifiera rimliga nivåer för återsjukskrivningar och sådana nivåer som hälso- och sjukvården bör reagera på.

Närliggande mått och fördelningsvariabler

Under arbetet med uppföljningsmått har ytterligare mått med nära anknytning till den försäkringsmedicinska verksamheten övervägts. Några exempel på sådana uppföljningsmått som inte direkt utgör en del av hälso- och sjukvårdens arbete i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen presenteras nedan:

- Annan vård under sjukskrivningsperioden. T.ex. akutbesök, inskrivningar i slutenvård och annan vård som inte direkt utgör del i rehabiliteringsarbetet. Måttet kan delvis spegla effektiviteten i samordningen under rehabiliteringsprocessen.
- Andelen av alla personer, eller antal per 100 000, med viss diagnos som sjukskrivs per år. Här ses alltså sjukskrivningen som ett utfall av hälso- och sjukvårdens processer. Detta kan utgöra ett viktigt bakgrundsmått för det försäkringsmedicinska arbetet men är samtidigt ett mått på hälso- och sjukvårdens förebyggande verksamhet. Diagnosspecifika populationer kan beräknas med hjälp av register med uppgifter om vårdkonsumtion, tex. patientregistret vid Socialstyrelsen eller regionernas egna data.
- Analogt med ovanstående kan andelen sjukskrivna fördelas på andra kategorier, tex yrke och utbildningsnivåer.

För att kunna dra bra slutsatser av en mätning bör resultaten kunna jämföras mellan kategorier på olika bakgrundsvariabler. I datainsamlingen och analysen är det viktigt att tillförsäkra sig om att dessa uppgifter finns med på individnivå. Vilka variabler som det är viktigt att fördela på beror förstås på om uppföljningen görs på nationell, regional eller lokal nivå. Vanligen används åtminstone variablerna år, kön och ålder vid uppföljningar av hälso- och sjukvården. Andra exempel på viktiga fördelningsvariabler för uppföljning av vårdens arbete inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen är:

- Patientens hemortslän
- Vårdgivare och vårdenheter
- Vårdsnivåer och specialiteter, primärvård, specialiserad somatisk vård, psykiatri
- Födelseland
- Utbildning
- Diagnos vid sjukskrivning
- Patientkategorier efter sjukdomsbörda och vårdbehov

Datakällor

Patientadministrativa data

Idag saknas en enskild övergripande datakälla för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Vårdgivarnas patientadministrativa system och journalsystem omfattar i och för sig den vård som bedrivs inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen oavsett om den utförs inom primärvård eller specialiserad vård. Ett hinder för att dessa system fullt ut ska kunna användas för uppföljning av försäkringsmedicinska insatser är de kodverk som används inom hälso- och sjukvården. Kodverken, inte minst de som används för att ange åtgärder utförda inom hälso- och sjukvården (Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ), behöver utvecklas för att bättre kunna ge hälso- och sjukvården möjlighet att registrera försäkringsmedicinska insatser. Under 2020 och 2021 reviderar Socialstyrelsen två relevanta koder i KVÅ och tillför även en kod av särskild betydelse för rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen (se nedan).

Ett särskilt hinder för regionernas egna uppföljningar via administrativa system är att man på regional nivå inte har tillgång patientdata från de skilda vårdgivare som är verksamma i regionen. Sådana hinder försvårar möjligheten att följa patientens väg mellan olika vårdgivare. För närvarande pågår en statlig utredning som syftar till att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen ska slutredovisas under 2021. Slutsatserna från utredningen kan komma att påverka regionernas lagliga möjligheter att framöver behandla uppgifter på personnivå från andra vårdgivare [10].

Koder för försäkringsmedicinska åtgärder

I Socialstyrelsens Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ fanns år 2020 två explicita koder för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Dessa rörde upprättandet av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan (KVÅ DV077) samt rehabiliteringskoordinering (KVÅ GC001). Koderna avser insatser som är centrala för en god rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess. Socialstyrelsen har under 2020 beslutat att vidga innebörden av båda koderna något så att de from 2020 förutom återgång till arbete (och för GC001 inträde i arbetslivet) numera gäller *återgång till arbete eller annan sysselsättning*.

Under 2020 har dessutom en kod tillförts som rör uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning (KVÅ AW026).

Relevanta koder och deras beskrivningstexter som gäller from 2021:

GC001 Rehabiliteringskoordinering.

Beskrivning: Koordinering av rehabiliterande insatser för återgång i arbete, annan sysselsättning eller inträde i arbetslivet. Insats i form av personligt

stöd, intern samordning inom hälso- och sjukvården, extern samverkan med arbetsgivare, försäkringskassa, arbetsförmedling och kommunens socialtjänst samt uppföljning utifrån den enskilda patientens behov. Meddela samordningsbehov av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser till Försäkringskassan om patientens samtycke finns. Åtgärden kan utföras med eller utan patientens närvaro.

DV077 Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning.

Beskrivningstext: Planering och framtagande av plan för rehabiliterande insatser under sjukskrivningsperioden med fokus på återgång i arbete eller annan sysselsättning, innefattande även nedtrappning av sjukskrivning, samt eventuella behov av samverkan med externa parter.

Den angränsande KVÅ-koden DV093 utgör en allmän kod för upprättande av rehabiliteringsplan. Koderna gäller inte specifikt sjukskrivna patienter och syftet återgång i arbete eller annan sysselsättning nämns inte i beskrivningen av rehabiliteringsplanen.

AW026 Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning.

Koden utesluter AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan.

Ytterligare en kod som bör användas i samband med rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen är den som rör arbetsgivarens medverkan:

ZV506 Medverkan av företrädare för arbetsgivare.

Detta är en tilläggskod som anger medverkan av företrädare för arbetsgivare vid exempelvis konferens eller upprättande av vård- och omsorgsplan.

Att koderna finns och går att välja vid vårddokumentationen är förstås en viktig förutsättning. För att kodningen ska bli användbar för statistik och uppföljning behöver hälso- och sjukvården och dess personal också använda koderna konsekvent och på ett enhetligt sätt.

För ett uppföljningsändmål behöver dokumentation följa den enskilda patienten. De försäkringsmedicinska koderna rör insatser som inte alltid utförs med patienten närvarande. Om man i de patientadministrativa systemen endast registrerar insatser utförda vid patientbesöken finns det risk för en underrapportering av dessa insatser.

Patientregistret vid Socialstyrelsen

Socialstyrelsens patientregister utgörs av ett utdrag ur vårdgivarnas patientadministrativa system. Registret omfattar idag inte uppgifter från primärvården. Primärvården står för en stor del av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Socialstyrelsen har under 2019 och 2020 i uppdrag av regeringen att utreda förutsättningarna för inrättandet av ett register för primärvården vid myndigheten [11]. Dessutom saknas i nuvarande patientregister även åtgärder i specialiserad somatisk öppen vård utförda av andra än läkare.

Insatser inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen utförs av många yrkesgrupper i såväl primärvård som den specialiserade vården. Socialstyrelsens patientregister kan alltså idag inte användas för att mäta sådana insatser.

Intygsstatistik hos Inera

Företaget Inera ägs av regionerna, kommunerna samt Sveriges Kommuner och Regioner gemensamt. Företaget har som uppdrag att ta fram digitala stöd för regioner och kommuner. Ett av dessa stöd, intygstjänsten Webcert, utgörs av digitala intygstjänster som omfattar bla. läkarintyg för sjukpenning till Försäkringskassan men även andra intyg till Försäkringskassan, Transportstyrelsen och arbetsgivare. Baserat på sådana elektroniskt inskickade intyg samt ärendekommunikationen mellan Försäkringskassan och sjukvården har Inera byggt upp en databas för intygsstatistiken. I oktober 2020 utgjorde läkarintygen för sjukpenning 96 procent av de 158 000 intygen i databasen.

Genom en bearbetning av levererade sjukintyg har statistik tagits fram över antalet sjukfall. Ett sjukfall omfattar en patients alla elektroniska läkarintyg som följer på varandra med max fem dagars uppehåll. Intygen måste även vara utfärdade av samma vårdgivare. Om det är mer än fem dagar mellan två intyg eller om två intyg är utfärdade av olika vårdgivare räknas två sjukfall. I intygsstatistikens läkarintyg för sjukpenning ingår läkarintyg, oberoende av om dessa ledde till att sjukpenning betalats ut eller inte.

Intygsstatistiken är till för att följa upp sjukskrivning på gruppnivå och över tid. Det är möjligt att följa om antalet sjukskrivningar ökat eller minskat, skillnader mellan könen och vilka diagnoser som är vanligast i läkarintygen. Viss statistik över ärendekommunikationen från Försäkringskassan till vården omfattas också av statistiken, tex. behov av komplettering och påminnelser. För närvarande ingår inte meddelande till Försäkringskassan från rehabiliteringskoordinator via blankett ”FK7429 - Information om antaget behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB”. Dessa meddelanden skickas inte digitalt och ingår därför inte heller i intygsstatistiken.

Intygsstatistiken tillgängliggörs dels som nationell statistik som är tillgänglig för alla och dels som verksamhetsstatistik på regions- och vårdenhetsnivå som kräver behörighet.

Internt i systemet hanteras endast avidentifierade personuppgifter. Det är därför tex. inte möjligt att följa sjukskrivna personer över tid med avseende på återsjukskrivningar om dessa sker mer än 5 dagar efter en tidigare sjukskrivning eller om patienten bytt vårdgivare. Det är då inte heller möjligt att följa sjukskrivna personer utanför intygsstatistiken, tex. i Försäkringskassans register eller i Socialstyrelsens patientregister. Intygsstatistiken är inte ämnat för att följa upp processer utanför det som omfattas av statistiken och inte de långsiktiga resultaten för patienten.

Det är för närvarande oklart hur väl Intygsstatistiken täcker Sveriges sjukskrivna patienter. Företaget presenterar ingen statistik över vilka vårdgivare i varje region som använder stödet och i vilken omfattning detta sker. Det är därför osäkert om statistiken lämpar sig för uppföljning över tid och för jämförelser av regioner.

Privata vårdgivare som inte har ett vårdavtal med en region eller kommun omfattas i princip inte av Ineras tjänster och ingår alltså inte i intygsstatistiken. Eftersom intygsstatistiken baseras helt på de intyg som samlas in via en digital tjänst omfattas inte heller de läkarintyg för sjukskrivning som skickas från vården i pappersform.

Sammantaget finns i intygsstatistiken data över sjukfall och sjukskrivningslängd för sjukfallen samt läkarintyg för sjukpenning som baseras på digitala inskickade intygsblanketter. Dessutom ingår statistik över ärendekommunikation med Försäkringskassan. Grunddata för statistiken är avidentifierad. För personer med behörighet, tex inom region, kommun, vårdgivare eller verksamhet finns möjlighet att få tillgång till data på finare nivå än den som presenteras som nationell statistik.

Verktöget Rehabstöd som också tillhandahålls av Inera, används av rehabkoordinatorer och läkare för att samordna och följa upp sjukskrivna patienters rehabilitering. I Rehabstöd visas bara sjukfall som pågår just nu och som inte har avslutats än. Informationen i Rehabstöd hämtas från de intyg som utfärdas elektroniskt när en patient sjukskrivs. Rehabstöd berör centrala delar av hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen men statistik genererad från verktöget ingår idag inte Ineras tjänster.

Nationell patientenkät

Genom Nationell patientenkät (NPE) genomför SKR återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Samtliga regioner deltar i NPE. För närvarande genomförs nationella undersökningar som är gemensamma för alla regioner för områdena primärvård, akutmottagningar, specialiserad somatisk öppen- och slutenvård samt specialiserad psykiatrisk öppen- och slutenvård.

Enkätundersökningarna genomförs i slumpmässiga urval av patienter som nyligen besökt hälso- och sjukvården. Enkätfrågorna avser att mäta olika dimensioner av patientens erfarenheter och bemötandet vid mötet med vården. Nationellt heltäckande undersökningar görs vartannat år för primärvård, specialiserad somatisk vård och psykiatrisk vård. Undersökningen bland patienter i primärvården hade ca 100 000 respondenter 2019. Svarsfrekvensen var då drygt 41 procent.

Eftersom patienterna utgörs av slumpmässiga urval omfattas även patienter i såväl primärvård som specialiserad vård som är eller har varit sjukskrivna. Idag ingår varken några försäkringsmedicinska frågor eller någon fråga som påvisar vilka patienter som är eller har varit sjukskrivna.

Försäkringskassans databaser

Försäkringskassans databas MiDAS innehåller personbundna data för personer med sjukpenning, rehabiliteringspenning, förebyggande sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning samt föräldrapenning. Uppgifter i MiDAS om sjukskrivna personer begränsas till dem som också fått beviljat sjukpenning eller annan ersättning från Försäkringskassan. Registret ger mycket goda

möjligheter att följa utbetalningar av sjukpenning och andra ersättningar på individnivå över tid.

MiDAS innehåller uppgifter om bla. sjukfall, delsjukfall och sjukskrivningsgrad och förmånstyp. Annan information rör ersättningar och sjukpenninggrundande inkomst. Ett sjukfall utgörs här av sammanhängande sjukperioder med någon typ av ersättning. Sjukperioder som inleds inom 5 dagar efter den föregående räknas som en fortsättning på den tidigare och ingår i samma sjukfall. I ett sjukfall ingår även de inledande 14 dagarna med sjuklön. Delsjukfallen utgörs av delperioder inom sjukfallen med annan ersättning, sjukskrivningsgrad eller ersättningstyp, tex sjukpenning eller förebyggande sjukpenning.

Definitionen av sjukfall liknar motsvarande uppgift om sjukfall i Ineras intygsstatistik. En skillnad är att Ineras statistik baseras på sjukintyg oavsett om dessa resulterar i en ersättning. En annan viktig skillnad är att Försäkringskassans sjukfall avser individens sammanhängande sjukperioder. I Ineras fall inleds nya sjukfall för varje vårdgivare som skriver intyget.

Vid sidan om MiDAS finns hos Försäkringskassan individbaserade uppgifter från den ärendehantering som sker före och under en sjukskrivning. För personer med läkarintyg med rekommenderad sjukskrivning finns bla. information om

- Beviljad sjukpenning, avslag vid annan bedömning av arbetsförmågan samt avvisade rekommendationer om sjukpenning när formella krav inte uppfylls
- Begäran om komplettering av läkarintyg samt påminnelser om detta
- Meddelanden, så kallade impulser från hälso- och sjukvården om antaget behov av rehabiliteringskoordinator
- Annan ärendekommunikation med vården, arbetsgivare, patient etc.

Eftersom Försäkringskassans data generellt sett är personnummerbaserade är det möjligt att länka bakgrundsinformation och tex vårduppgifter från andra källor till individen. Dessa data skulle då kunna tjäna som en population att följa upp med avseende på försäkringsmedicinska insatser i vården. Uppföljningen kan då ske i andra system och register, tex Socialstyrelsens register och regionernas egna administrativa system.

En möjligen övergripande begränsning vid uppföljning av vårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen är att uppgifterna främst täcker personer med förmåner från Försäkringskassan

Nyckeltal för rehabiliteringskoordinatorer (SKR)

Inom den statliga överenskommelsen för en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och dess föregångare har SKR givit stöd åt regionerna med utvecklingsinsatser sedan 2006. En särskild arbetsgrupp som har varierat över tid har avsatts för överenskommelsens många olika områden under åren sedan dess.

I samarbete med regionernas processledare har förslag på två uppföljningsmått, nyckeltal för rehabiliteringskoordinatorer, ett strukturmått och ett processmått tagits fram.

De flesta regioner kan ta fram dessa uppgifter i någon form idag. En nackdel är att regionerna tar fram dem på olika sätt. Många har uppgifterna i de egna systemen men i flera regioner måste de tas fram manuellt. En förhoppning är att den KVÅ-kod som används för att ange koordineringsinsatser kommer att användas av regionerna och att detta sker på ett enhetligt sätt.

Nyckeltalen för rehabiliteringskoordinatorer har samlats in för kvartal två och fyra 2019 samt för andra kvartalet 2020. De kommer också att samlas in för kvartal fyra 2020. SKR har när detta skrivs, inte tagit beslut på om nyckeltalen ska samlas in även under kommande år.

Referenspersonernas synpunkter

Projektet har låtit referenspersoner från tre olika grupperingar ge synpunkter på och bedöma merparten av de föreslagna måtten och uppföljningsområden. Förslagen presenterades dock på en något mer principiell nivå.

För förstudien var det viktigt att få synpunkter på om måtten, ur referenspersonernas perspektiv speglar de viktiga delarna av rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen.

Referenspersonerna representerade vårdpersonal verksamma som rehabiliteringskoordinatorer (2 st.), medicinskt sakkunniga i försäkringsmedicin (2 st.) samt representanter från patientorganisationen Funktionsrätt (4 st.).

Socialstyrelsen uppfattar att de tre referenskategorierna hade överlag positiva omdömen om måtten och om de dimensioner av vårdens insatser som föreslogs för uppföljning. Flera referenspersoner uttryckte att det är bra att området följs upp. Referenspersoner i olika kategorier betonade också att det är viktigt med definitioner av olika termer. Exempel som angavs var kunskap, tydlig plan och koordinerande insatser. Att mäta patientens upplevelse av vården ansågs angeläget men den låga svarsfrekvensen i nationell patientenkät ansågs i något fall som ett problem för att få en bra bild av patientupplevelsen.

Några ytterligare mått och en viss modifiering av enstaka mått föreslogs också. Dessa förslag har beaktats i den slutliga listan på uppföljningsmått i denna rapport.

Bland synpunkterna från Funktionsrätt:

- En synpunkt som framfördes var att uppföljning av rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen bör integreras med uppföljning av även andra aktörers arbete. Det är en brist att de föreslagna måtten endast gäller hälso- och sjukvården. En framgångsrikt rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess omfattar flera aktörer och det är viktigt att uppföljningsmått tas fram som inbegriper alla dessa.
- Uppföljningsmålet om begäran om komplettering av läkarintyg säger inget om var bristerna i processen finns.
- Begäran om komplettering av läkarintyg är ett svårtolkat mått men ändå viktigt att följa upp detta.
- Försäkringskassans krav på och hantering av läkarintyg påverkar vårdens insatser.
- Alla patientgrupper har inte nytta av rehabiliteringsinsatserna som beskrivs för uppföljningsområdena för koordinerande insatser och plan för återgång i arbete eller annan sysselsättning.
- För de koordinerande insatserna vore det bra om man undersöker vad som fungerar och vad som fungerar sämre
- Företrädare för patientorganisationerna betonade att områdena rehabiliteringskoordinator och plan för återgång till arbete är särskilt viktiga att följa upp. Även frågorna om vårdens bemötande sågs som viktigt.

- De insatser som föreslås måste ges till de patientgrupper som är i störst behov.

Några synpunkter från rehabiliteringskoordinatorer och medicinskt sakkunniga:

- Andelen förfrågningar från Försäkringskassan om kompletteringar av läkarintyg mäter inte tydligt kvalitet hos vårdgivaren. Detta mått är svårtolkat menade man.
- Flera av referenspersonerna såg svårigheter i att mäta och definiera centrala termer, tex sakkunnig läkare, rehabiliteringsplan, försäkringsmedicinsk utbildning och koordinering.
- Det är viktigt att mäta att patienter får rehabiliteringskoordinering men mätningen påverkas av hur koderna används. Alla som är sjukskrivna har kanske heller inte behov av koordinering.
- För flera av måtten behöver användandet och möjligheten att koda med KVÅ-koder förbättras.
- Enhetlig registrering är viktigt.
- Resultat på måtten bör fördelas på primärvård och specialiserad vård.

Fortsatta utvecklingsbehov

Avsikten med de föreslagna uppföljningsområdena och uppföljningsmåten är att de ska utgöra ett stöd för regionernas arbete med uppföljning av de försäkringsmedicinska insatserna. Uppföljningsmåten ska kunna användas både för nationell, regional och lokal uppföljning över tid. För att uppnå detta har ett antal behov av aktiviteter identifierats:

- a) Fördjupat arbete med operationalisering av måten i de olika uppföljningsområdena. Här ingår att undersöka i vilken utsträckning uppföljningsområdena kan följas med tillgängliga datakällor och om de försäkringsmedicinska frågeställningarna kan besvaras. Inklusionskriterier, täckning och validitet behöver undersökas för datakällorna. Av särskild vikt är att säkerställa jämförbarheten mellan regioner och olika typer av verksamheter. I detta sammanhang är det också värdefullt att utveckla kunskapsunderlaget för de prioriterade uppföljningsområdena. Socialstyrelsen kan fortsättningsvis stödja regionerna med att ta fram underlag för uppföljning av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete.
- b) Utredda hur Nationell patientenkät (NPE) vid SKR kan användas utvecklas för uppföljning av patientens upplevelse av och delaktighet i vården inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Särskilda versioner av enkäten genomförs idag bl.a. för primärvården och för både den specialiserade somatiska och psykiatriska öppenvården. För närvarande saknas särskilda frågor för patienter inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Utvecklingen av NPE sker i ett samarbete mellan Sveriges regioner.
- c) Fortsatt arbete med etablering i hälso- och sjukvården av en liten men effektiv uppsättning av åtgärds-koder (KVÅ) avsedda att spegla vårdens viktigaste insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. I detta arbete bör också användandet av de koder som är centrala för försäkringsmedicin följas upp. Socialstyrelsen tar idag fram anvisningar om hur koderna ska användas och tar också ta fram informationsmaterial om detta till vården. Regionerna har sedan ansvaret för lokalt och regionalt införande samt hur KVÅ-koderna används för lokal och regional uppföljning och som en del i systematiskt kvalitetsarbete enligt föreskrifterna om ledningssystem.
- d) Det är angeläget att uppföljningar av hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen sker i regionerna. Regionerna har ett viktigt ansvar för att uppföljning sker och att uppföljningsmått implementeras på lokal och regional nivå. Socialstyrelsen kan i takt med att uppföljningsmåten formuleras och i dialog med regionerna stödja dem i arbetet med att följa upp verksamheten på ett strukturerat sätt.

Projektmedverkan

Arbets- och expertgrupp för förstudien

Experter:

Anja Nyberg, regionrepresentant, Skåne

Anne-Marie Norén, SKR

Birgitta Rosberg, regionrepresentant, Uppsala

Catarina Bremström, regionrepresentant, Västra Götaland

Lisbeth Alfredsson, regionrepresentant, Värmland

Marine Stureson, ledamot i NPO och regionrepresentant för Västerbotten

Mattias Cloudt, ledamot i NPO och regionrepresentant för Kronoberg

Från Socialstyrelsen:

Sara Sjölund Andoff, Socialstyrelsen, försäkringsmedicinsk sakkunnig

Sevim Barbasso, Socialstyrelsen, projektledare maj-augusti 2020

Max Köster, Socialstyrelsen, projektledare september-december 2020

Anders Dahlqvist, Socialstyrelsen, samordnare och övergripande projektledare för uppdrag inom överenskommelsen 2020

Referenspersoner

Medicinskt sakkunniga i försäkringsmedicin:

Monika Engblom, Med Dr, Specialist i allmänmedicin, Region Stockholm

Pia Östryd, Medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin, Region Östergötland

Rehabiliteringskoordinatorer:

Ann-Sofie Cato, Rehabkoordinator, Vårdcentralerna Kolla och Kungsbacka, Närsjukvården Halland

Caroline Andersson, Rehabkoordinator, VC Oxelösund, Enheten för Försäkringsmedicin, Region Sörmland

Organisationen Funktionsrätt Sverige:

Elisabeth Wallenius, Ordförande, Funktionsrätt Sverige

Ann Ander, Afasiförbundet

Malin Falknert, HIV-Sverige

Sture Eriksson, Riksförbundet för ME/CFS patienter

Referenser

1. Regeringskansliet, Sveriges Kommuner och Regioner. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020 2020:
2. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning, Rapport från ett utvecklingsprojekt. Socialstyrelsen; 2013.
3. Handbok för utveckling av indikatorer för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2020.
4. Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator. Slutrapport april 2018. Utvärdering och utveckling av rehabkoordinator för patienter med långvarig smärta och/eller lätt medelsvår psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting . Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting; 2018.
5. SKR. Kunskapsområdet försäkringsmedicin. 2020. Hämtad 2021 18:e januari från:
<https://skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/forsakringssmedicin.1031.html>
6. Kompetensutveckling i försäkringsmedicin. Sveriges Kommuner och Landsting; 2018.
7. Socialstyrelsen. Övergripande principer för sjukskrivning. 2012.
8. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Betänkande av Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess (SOU 2020:24). 2020:
9. Rapport – tekniskt lösningsförslag för elektronisk ärendekommunikation mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan utifrån lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. SKR; Försäkringskassan; 2020.
10. Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01). 2019.
11. Uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården - del 1 (S2019/03056/FS). 2019: