

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

– vägledning för sjukskrivning
reviderad 2012

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

– vägledning för sjukskrivning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN: 978-91-87169-38-0

Artikelnr 2012-6-14

Omslag Maria Aspelin

Sättning Edita Västra Aros AB

Tryck Tryck Edita Västra Aros AB, reviderad upplaga juni 2012

Förord

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd består av två delar. Dels den här vägledningen för sjukskrivning och dels diagnos-specifika rekommendationer om sjukskrivningslängd som finns på Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod.

Vägledningen tar upp en del övergripande principer som gäller i sjukskrivningsprocessen, t.ex. samsjuklighet, patientens delaktighet och sjukskrivning av personer som är arbetslösa.

Sommaren 2012 gjordes några mindre ändringar i texten. Begreppet ”medicinsktunderlag” ändrades till ”läkarintyg” och begreppen ”funktionsnedsättning” och ”aktivitetsbegränsning” används genomgående istället för begrepp som ”nedsatt funktionstillstånd”, som förekom i den tidigare versionen. Dessutom hade några nya lagar och en föreskrift tillkommit, Socialförsäkringsbalken (2010:110), Patientsäkerhetslagen (2010:659) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Sedan 2007 då Socialstyrelsen först publicerade den här vägledningen, har det hänt en hel del när det gäller sjukförsäkringen och när det gäller processen kring sjukskrivning i landstingen. Socialstyrelsen kommer därför att se över och revidera hela vägledningen under 2013. Områden som kommer att beaktas i översynen är bland annat skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivning och olika sätt att förbättra kommunikationen mellan sjukvården och Försäkringskassan t.ex. ett mer enhetligt sätt att beskriva funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning på.

2012-12-12

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Inledning	7
Beslutsstöd i två delar	7
Övergripande principer	9
De specifika rekommendationerna	15
Rekommendationerna ett stöd för dialog	15
Samsjuklighet	15
Medicinsk information i de specifika rekommendationerna	16
Belastningar och krav i arbetet	16
Egen sjukanmälan	16
Förnyad sjukskrivning	17
Diagnoskoder	17
Socialstyrelsens utgångspunkter och arbete med beslutsstödet	18
Arbetet med beslutsstödet	18
Validering och utvärdering	19
Beslutsstödet och Socialstyrelsens myndighetsutövning	20
Referenser	21

Inledning

Socialstyrelsen och Försäkringskassan fick i november 2005 av dåvarande regeringen i uppdrag [1] att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. I uppdraget ingick att

- ta fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd på nationell nivå
- vidareutveckla metoder för att bedöma försäkrades funktions- och arbetsförmåga
- utreda om de beslutsunderlag som idag finns behöver utvecklas
- se över försäkringsläkarnas roll i processen.

De två myndigheternas gemensamma svar på uppdraget [2] redovisades i december 2006 tillsammans med Socialstyrelsens rapport med förslag på modell för och inriktning på arbetet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet [4]. Detta resulterade i att regeringen gav myndigheterna i uppdrag att slutföra arbetet, bland annat genom att färdigställa ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd med rekommendationer för sjukskrivningstider för olika tillstånd [3]. I uppdraget angavs att ett beslutsstöd enligt tidigare beskriven modell skulle vara framtaget senast 1 oktober 2007. Rekommendationer för psykiska diagnoser och symtom ska vara klara till årsskiftet 2007/08.

Socialstyrelsen har ett huvudansvar för att i samråd med Försäkringskassan färdigställa beslutstödet samt kontinuerligt utvärdera och kvalitetssäkra det.

Beslutsstöd i två delar

Beslutsstödet är indelat i två delar: den här delen som är av övergripande karaktär som publiceras i tryckt form och en del som består av specifika rekommendationer för olika diagnoser som publiceras elektroniskt. Den här delen av beslutsstödet omfattar

- övergripande principer som gäller vid alla sjukskrivningsbedömningar
- vägledning för hur de specifika rekommendationerna skall användas
- en redogörelse för hur beslutsstödet arbetats fram och hur det är planerat att utvecklas

Beslutsstödet anger de grundläggande förhållnings- och arbetssätt som ska präglade inblandade aktörers arbete med sjukskrivning som behandlingsmetod och som socialförsäkringsinstrument. De specifika rekommendationerna ska användas som stöd vid sjukskrivningsbedömningar, det vill säga vara utgångspunkt och referens vid bedömningar av arbetsförmåga.

De specifika rekommendationerna publiceras endast elektroniskt. Det skapar bra förutsättningar för att på ett enkelt sätt kunna komplettera och revidera rekommendationerna. Tanken är också att berörda parter hela tiden skall ha tillgång till uppdaterade rekommendationer. Rekommendationerna publiceras på Socialstyrelsens webbsida: www.socialstyrelsen.se/sjukskrivning.

Övergripande principer

De övergripande principerna ska användas som vägledning för de frågor som läkare, Försäkringskassan och andra aktörer stöter på i samband med sjukskrivningar. Principerna sammanfattar bland annat de författningsstöd som kan tillämpas på sjukskrivning [21-26].

De negativa konsekvenser som en sjukskrivning kan ha för individen gör att praxis bör stödjas och styras med samma kvalitetsanspråk som hälso- och sjukvårdens övriga aktiviteter. Det vilar på sjukvårdshuvudmännen och på Försäkringskassan att se till att det finns system och ledningsstrukturer för detta. Beslutsstödet bör ses som en del i en sådan struktur.

1. Bedömning och beslut

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har skilda roller i sjukskrivningsprocessen. Hälso- och sjukvården är ansvarig för att dokumentera diagnos, funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar, uppgivna arbetskrav och bedömd arbetsförmåga i ett medicinskt underlag, bland annat *läkarintyg*.

Försäkringskassan fattar beslut om sjukpenning. Informationen i läkarintyget ligger till grund för detta beslut. En läkares bedömningar i ett läkarintyg innebär ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning utan är ett underlag för beslut.

De båda parterna har ett ansvar för att i nära samverkan bidra till en process som har patientens bästa som mål. Det innebär bland annat att om frågor uppstår rörande behandlande läkares bedömning måste dessa hanteras i en konstruktiv dialog. Dialogen bör präglas av en långt gående ambition att nå samförstånd.

2. Ett verktyg vid vård och behandling

Läkares bedömning av funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning och påverkan på arbetsförmåga är ett verktyg vid vård och behandling. Det betyder att bedömningen ska ske med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder.

En viktig utgångspunkt är att en *väl avvägd belastning* ofta leder till optimal läkning. För många åkommor innebär fullständig inaktivitet eller passiv vila att läkning förhindras eller försenas. Men det är också viktigt att ha i åtanke att för korta sjukskrivningar kan medföra bakslag med förlängd sjukskrivning och negativ påverkan på den långsiktiga arbetsförmågan och hälsan som följd (exempelvis vid hjärnskada).

3. Individuell bedömning - beslutsstödet endast vägledande

Den del av beslutsstödet som består av specifika rekommendationer för olika diagnoser ska vara en vägledning för läkare och för Försäkringskassans tjänstemän i arbetet med sjukskrivning. Att de är vägledande betyder att de ska tolkas och användas utifrån *de unika förutsättningar* som råder i varje situation där sjukskrivning är aktuell. Rekommendationerna skall tillföra kompletterande information till både individ och läkare.

Läkarens slutliga bedömningar måste ske *individbaserat* och med respekt för individens integritet och unika förhållanden. Bedömningar måste göras på ett sådant sätt att de är tydliga, transparenta, och begripliga för den enskilde.

Avsteg ifrån rekommendationerna bör motiveras och dokumenteras. Det finns en individuell spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga. Detta kan vara grund för avsteg. Samsjuklighet kan vara en annan.

4. Patientens delaktighet

En ambition med beslutsstödet är att det ska ge bättre förutsägbarhet för patienten. Rekommendationerna skall användas så att patienten blir delaktig i processen [22]. En väl avvägd bedömning förutsätter en bra dialog mellan patient och läkare. Patientens uppfattning om sina besvär och vad de har för konsekvenser för hans eller hennes förmåga till aktivitet och arbete är centrala. Alternativ rörande eventuell sjukskrivningsgrad, möjligheter till anpassning av arbetsuppgifter, färdväg till och från arbetet etc. bör diskuteras. Om det finns specifika rekommendationer för aktuell åkomma bör dessa tas upp.

5. Tidigt engagemang

Det inledande engagemanget när någon drabbas av sjukdom är ofta avgörande för den fortsatta utvecklingen [16]. Det finns en risk att normala livsprocesser medikaliseras. Det är angeläget att individens egna resurser tas tillvara. Det är också viktigt att understryka att en individ som befinner sig i en svår livssituation kan behöva stöd på annat sätt än genom sjukskrivning. Individen bör exempelvis informeras om att

- arbetsförmågan avgör om sjukskrivning är motiverad
- utgångspunkten är att individen ofta har arbetsförmåga trots en medicinsk diagnos
- återvinnande av funktion ofta främjas av viss aktivitet snarare än inaktivitet.

Ett viktigt inslag i det initiala engagemanget är *tidiga kontakter med arbetsgivaren*. Försäkringskassan har ansvar att så snabbt som möjligt engagera aktörer knutna till arbetsplatsen exempelvis i form av avstämningmöten. Arbetsgivare, företagshälsovård och fackliga företrädare kan göra mycket för att bidra till konstruktiva lösningar. Det kan handla om att modifiera arbetsuppgifter, förändra arbetsbelastning, ge adekvat stöttning etc.

6. Sjukskrivning en aktiv åtgärd

Sjukskrivning ska vara en *aktiv åtgärd*. En sjukskrivning ska, i kombination med råd och stöd, bidra till att en individ kan använda sin förmåga trots eventuella begränsningar. Det är viktigt att det finns ett *tydligt syfte* med en sjukskrivning. Dessutom har läkaren tillsammans med Försäkringskassan ett ansvar att följa upp att individen är aktivt engagerad i sin rehabilitering. Individen bör, utifrån vad sjukdomen tillåter, på olika sätt vara delaktig i rehabiliteringsprocessen, till exempel i form av arbete på deltid, motion, sjukgymnastik, arbetsresor istället för sjukskrivning etc. Berörda aktörer har ett ansvar för att verkningsfulla åtgärder och rehabiliteringsalternativ erbjuds.

7. Kontakt med arbetsplatsen

Individen bör så långt som möjligt upprätthålla kontakten med sin arbetsplats, exempelvis i form av arbete på deltid. En deltidssjukskrivning måste dock i normalfallet ha som mål att avslutas enligt samma kriterier som heltidssjukskrivningar.

I vissa fall, vid svår påfrestning och då jobbyte är mindre aktuellt, kan dock även längre tiders deltidssjukskrivning vara adekvat för att undvika heltidssjukskrivning.

I situationer där läkaren bedömer att hel sjukskrivning är nödvändig bör individen uppmuntras att i lämplig form ha fortsatt social kontakt med arbetsplatsen. Läkaren bör dock vara uppmärksam på om kontakter med arbetsplatsen kan befaras fördjupa sjukdomen, exempelvis vid depression.

8. Bedömning av arbetsförmåga

Överväganden om en sjukskrivning ska alltid grundas i bedömningar av hur sjukdom påverkar arbetsförmågan. Det är en sjukdoms *konsekvens* i form av funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning och påverkad arbetsförmåga som kan motivera sjukskrivning, inte sjukdomen i sig.

En sjukskrivning kan tillfälligt vara motiverad som ett led i en anpassningsprocess trots att funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning i sig inte hindrar arbete (exempelvis en nydebuterad astma hos en person i

en utpräglat dammig arbetsmiljö). En utgångspunkt är dock att en sådan situation i första hand ska lösas med hjälp av anpassning av arbetsuppgifter eller byte av arbete. Arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen är i det sammanhanget viktiga aktörer.

9. Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, arbetets krav och arbetsförmåga

För att kunna göra en bedömning av individens arbetsförmåga bör läkaren ha dels en klar uppfattning om individens *funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning*, dels information om individens *arbetsituation* och vilka möjligheter det finns att anpassa den.

Bedömningar av funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning och påverkad arbetsförmåga kan vinna på att inbegripa team med annan kompetens än läkares – exempelvis sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer.

Bedömningar om funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning bör uttryckas i termer av vad individer inte förväntas klara att utföra. Det är viktigt att läkaren begränsar sin bedömning till det som han eller hon verkligen kan bedöma och ta ansvar för. I vissa fall kan det leda till att det inte går att bedöma arbetsförmågan. Detta ska läkaren i så fall tydligt göra klart för Försäkringskassan och för individen.

Bedömningar om arbetsförmåga förutsätter information om vilka krav arbetet ställer på individen. Sådana krav kan definieras exempelvis som *fysiska krav*, *kognitiva krav*, *emotionella krav*, *sociala krav*, i linje med systematiken i WHO:s klassifikation av funktionstillstånd [27]. Individen ansvarar för att information om arbetets krav ges till läkaren. Detta kan ske på olika sätt: muntligt inom ramen för konsultationen, via någon form av frågeformulär som individen får fylla i, eller med hjälp av ett dokument där arbetsgivaren uppgett individens arbetsuppgifter. Särskilt angeläget är det att läkaren får information om det finns möjligheter att anpassa arbetssituationen. Det är läkarens ansvar att sådan information dokumenteras i det medicinska underlaget.

10. Sjukdomsbegreppet

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har ett ansvar för att inte bidra till en glidning och vidgning av sjukdomsbegreppet.

Läkarens uppgift är att uttala sig om individens sjukdom och hur de funktionsnedsättningar med aktivitetsbegränsningar den medför påverkar arbetsförmågan. Definitioner av vad som *är* respektive vad som *inte är* sjukdom är därmed centrala.

Socialförsäkringsbalken (2010:110) [23] utgår från gällande läkarve-

tenskapliga uppfattning. Enligt den utgångspunkten är sjukdom onormala kropps- eller själstillstånd som inte hänger samman med den normala livsprocessen. Trots ett förtydligande 1995, som säger att arbetsmarknads- mässiga, ekonomiska och sociala förhållanden inte ska påverka bedömning av om sjukdom föreligger, ger definitionen otillräcklig vägledning

Traditionella sjukdomsdefinitioner som fokuserar på iakttagbara förändringar på organnivå är också uppenbart otillräckliga. De bygger dock på en strävan efter *verifierbarhet* som bör vara vägledande. Det är viktigt att läkaren i varje enskilt patientmöte så långt som det är möjligt baserar sina bedömningar på observationer och undersökningsfynd. Läkaren bör fastslå art och grad av iakttagna symtom. Konsultation och undersökning måste präglas av systematik.

Karaktern på, och förekomsten av, kliniska fynd, varierar mellan olika typer av medicinska besvär. Alla individer har oavsett detta samma rätt till en adekvat undersökning och eventuell behandling.

11. Varje bedömning viktig

Läkaren ska tydligt dokumentera sin bedömning i läkarintyget och i patientjournalen. Det samma gäller vid förnyat ställningstagande. Förlängning av en sjukskrivning ska alltid ske på grundval av *ny bedömning* av sjukdom, funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning, värdering av terapi och förlopp. Sjukskrivning efter telefonkonsultation eller retroaktiva sjukskrivningar bör endast i undantagsfall förekomma. En läkare som handlägger en sjukskrivning som tidigare har handlagts av annan läkare ska särskilt uppmärksamma den tidigare läkarens syfte med sjukskrivningen.

12. Förnyad bedömning av arbetsförmåga

I de fall en förnyad bedömning av arbetsförmåga (längre fram i en sjukskrivning) blir aktuell, måste bedömningsunderlaget vara ännu utförligare exempelvis när det gäller patientens arbete och motivation att återvända i arbete. Behandlande läkare behöver kunna väga samman de olika faktorer som inverkar på funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning och därmed återhämtning av arbetsförmåga för att hitta fram till optimal behandlingsstrategi. Det handlar både om individuella faktorer som motivation och personlighet, liksom resurser i omgivningen i form av träningsmöjligheter samt krav och stöd i familjeliv och på arbetsplatsen.

Insatserna för att individen ska kunna gå tillbaka till arbete måste bygga på en tydlig målmedvetenhet med väl definierade faser och avstämningpunkter. Processen kan stödjas av olika former av skattningsinstrument.

Om det finns oklarheter eller riskfaktorer för långtidssjukskrivning kan

läkaren i tid remittera till företagshälsovård, rehabiliteringsmedicin eller arbets- och miljömedicin. Tidiga avstämningsmöten kan anordnas. Försäkringskassan har samordningsansvar.

I fall där total återhämtning inte bedöms vara rimlig måste återhämtningen i lämplig takt inriktas mot en nyorientering till en annan arbets-situation, alternativt till byte av arbetsgivare. Här är det viktigt att ha en konstruktiv dialog med arbetsgivare och företagshälsovård. Patientens begränsning måste vara noggrant dokumenterad. En tidig kontakt med Arbetsförmedlingen är i sådana fall också av stor vikt.

13. Arbetsförmåga hos arbetslösa

Det kan uppfattas som svårt att bedöma arbetsförmågan hos den som inte har något arbete. Arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det kan vara en svår uppgift att definiera de krav som dessa tänkbara arbeten ställer.

14. Sjukskrivningsmetodik

Kunskap om sjukskrivningsförfarande har vuxit fram ur tradition och erfarenhet. Kunskapen måste användas på bästa sätt i varje enskilt fall. Det innebär till exempel:

- Sjukskrivningar kan med fördel avslutas i mitten av patientens arbetsvecka i stället för i slutet av den. Detta för att bidra till en mjukare återgång i arbete.
- En längre tids heltidssjukskrivning kan avslutas med en period av upp-trappning i form av deltidarbete.
- Återbesök hos läkare bör inte automatiskt förläggas till sjukskrivnings-tidens avslut. Patienten bör inte uppfatta sitt läkarbesök som ett tillfälle för förlängd sjukskrivning utan som ett tillfälle att värdera insatser och åtgärder.
- Redan vid inledningen av en sjukskrivning bör sjukskrivningens av-slutning planeras och dokumenteras.

15. Uppföljning och kvalitetssäkring

Aktörerna i sjukskrivningsprocessen har ett stort och viktigt ansvar för uppföljning och kvalitetssäkring. Praxis bör granskas, utvärderas och ut-vecklas. Det vilar på sjukvårdshuvudmännen och på Försäkringskassan att se till att det finns system och ledningsstrukturer för kompetensutveck-ling och kvalitetsuppföljning av sjukskrivningsprocessen.

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har ett ansvar för att den

information som samlas i register har god kvalitet vad avser diagnos och angiven diagnoskod. Detta förutsätter bland annat att medicinska underlag och journaler är korrekt ifyllda

I läkarintyget anges den diagnoskod som är mest relevant för eventuell nedsättning av arbetsförmåga.

De specifika rekommendationerna

De övergripande principerna slår bland annat fast att läkaren ska genomföra och dokumentera bedömningar av en sjukskrivning utifrån samma krav på säkerhet och ändamålsenlighet som andra åtgärder inom hälso- och sjukvården. I detta ingår att bedömningar ska göras med specifika rekommendationer som stöd. Rekommendationerna ska vara *vägledande* för bedömningarna som ska vara individuella och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd. De bygger på kunskaper om sjukdomars naturalförlopp och funktionspåverkan samt kategoriseringar av arbetets typ av belastning och krav. Rekommendationerna är därmed tänkta att beskriva en tankekedja möjlig att applicera på den individuella situationen.

Rekommendationerna ett stöd för dialog

De specifika rekommendationerna ska vara ett stöd både för hälso- och sjukvården och för Försäkringskassans tjänstemän. Tanken är att behandlande läkare ska finna vägledning i uppgifter om i normalfallet rimliga sjukskrivningstider för olika situationer, samt att läkaren ska uppfatta rekommendationerna som ett stöd i dialogen med patienten. Förhoppningen är att Försäkringskassans tjänstemän ska finna stöd i rekommendationerna när det gäller att förstå den bedömning läkaren angivit i läkarintyget. En central ambition med detta är att kvaliteten i dialogen de två aktörerna emellan därmed ska förbättras.

Beslutsstödet är inte tänkt att ersätta dialogen utan att förbättra den. En förutsättning för att detta ska uppnås är att båda parter ser på och använder instrumentet på ett samstämmigt sätt. Det betyder bland annat att rekommendationerna inte får uppfattas som nya styrande regler för hur sjukskrivningar ska bedömas. Varje enskilt fall ska fortfarande bedömas individuellt.

Detta betyder att avsteg alltid kan göras. För vissa diagnoser kan sådana avsteg förväntas bli mer vanliga än för andra. Den eftersträlvade kvalitetshöjningen ligger i dessa fall i den motivering som läkaren då ska göra. Detta förväntas bidra till att andelen sjukskrivningar som är koplade till en medveten och uttalad behandlingsstrategi ökar.

Samsjuklighet

De specifika rekommendationerna är skrivna utifrån en tänkt situation där patienten endast har en, väldefinierad, diagnos. I den verklighet som lä-

karkåren möter, är samsjuklighet och svårigheter att sortera olika typer av symtom i tydligt avgränsade diagnoser, vanliga. Individer söker exempelvis ofta vård för symtom som kan härledas till olika diagnoser. I sådana fall ska sjukskrivningsbedömningar göras på grundval av den diagnos som bedöms påverka funktion och aktivitetsförmåga mest. Om läkaren bedömer att samsjuklighet förvärrar nedsättningen ska läkaren ange detta som argument för avsteg från rekommendationen. Om samsjuklighet leder till ett tillstånd där det är svårt eller irrelevant att utse någon huvuddiagnos ska detta anges i läkarintyget.

Medicinsk information i de specifika rekommendationerna

De specifika rekommendationerna är framtagna enligt en struktur som är tänkt att ge vägledning både åt behandlande läkare och åt Försäkringskassans tjänstemän. Språkbruk och innehåll har anpassats till detta.

Viss information är i första hand riktad till hälso- och sjukvården medan annan information är riktad till Försäkringskassan. Ett exempel på information riktad till Försäkringskassan finns under rubriken ”Symtom, prognos och behandling” som i första hand syftar till att tydligt definiera vilken diagnos eller vilka diagnoser rekommendationen gäller för. De avser inte att ge någon direkt vägledning om vård och behandling. Den medicinska informationen utgör bara den *bakgrund* mot vilken bedömningar av funktion och arbetsförmåga kan förstås.

Belastningar och krav i arbetet

De specifika rekommendationerna anger vilka belastningar och krav i arbetet som en individ med viss funktion klarar respektive inte klarar. Ofta anges detta endast i grova kategorier som exempelvis ”fysiskt tungt” respektive ”inte fysiskt tungt” arbete.

Läkaren och tjänstemän vid försäkringskassan måste själva bedöma vilka arbeten som hör till den ena eller andra kategorin. Bedömningarna förutsätter att läkaren har tillgång till information om individens arbete, arbetsuppgifter och vilka typer av krav de ställer.

Egen sjukanmälan

Individen kan oftast sjukanmäla sig själv i upp till en vecka (i vissa fall kan dock arbetsgivare och Försäkringskassa begära läkarintyg redan från första dagen).

När det i rekommendationerna anges att sjukskrivning i normalfallet inte kan anses vara befogad, har hänsyn tagits till att möjligheten till egen sjukanmälan normalt finns. Rekommendationerna gäller från det tillfälle patienten uppsöker hälso- och sjukvården. Det innebär att antal sjukdagar kan skilja något beroende på om patienten sjukanmält sig själv eller inte innan besöket i sjukvården. Detta utifrån tanken att rekommendationerna ska vara så enkla som möjligt att tillämpa.

Förnyad sjukskrivning

Rekommendationerna för sjukskrivningstider gäller den sammanlagda längden på eventuellt upprepade sjukskrivningar i samma sjukfall. Detta innebär att läkaren måste vara uppmärksam på sådan information.

Diagnoskoder

De diagnoser som de specifika rekommendationerna tagits fram för återfinns i det internationella klassificeringssystemet ICD-10 [28]. Socialstyrelsen har utöver den fullständiga förteckningen publicerat en något förenklad version, för bruk i primärvården [29]. I de kodangivelser som finns knutna till rekommendationerna har så långt möjligt primärvårdsversionen används. Ett meningsfullt användande av beslutsstödet förutsätter att läkaren använder och anger en så exakt diagnoskod som möjligt.

Socialstyrelsens utgångspunkter och arbete med beslutsstödet

Rådande sjukskrivningspraxis främjar inte på bästa sätt hälsa [5-14]. Detta har varit Socialstyrelsens utgångspunkt i arbetet med att ta fram det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Erfarenheter visar att det går fort att tappa kontakten med arbetsplatsen och att hamna utanför ett normalt socialt sammanhang. En kritisk gräns har angetts gå redan vid 3 månader [15].

Långa sjukskrivningar innebär ofta bristande livskvalitet och medicinsk och social ohälsa för individen. Medicinska problem kan dessutom uppstå som en följd av sjukskrivning som inte kombineras med andra åtgärder. Tillgänglig kunskap visar att långa sjukskrivningar ofta tenderar att förhindra snarare än att underlätta en återgång i normal livsföring [5-14]. Mekanismerna bakom detta inbegriper såväl medicinska, som psykologiska och sociala faktorer.

Förutsättningarna att undvika långa sjukskrivningar är störst i början av en sjukskrivning. Korrekt sjukskrivningstid tillsammans med tidigt insatt behandling och rehabilitering är avgörande för detta. Socialstyrelsen avser att följa och stödja en utveckling baserad på vetenskaplig evidens inom detta område.

Socialstyrelsens verksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet utgår ifrån myndighetens uttolkning av hälso- och sjukvårdslagens begrepp *god vård*. God vård ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik, patientfokuserad och ges i rimlig tid [17].

Det betyder att bedömningar som kan leda till sjukskrivningar ska grundas i medvetna ställningstaganden om en eventuell sjukskrivnings effektivitet och ändamålsenlighet. Centrala frågor är om sjukskrivningen leder till bästa möjliga tillfrisknandeprocess och minimerar riskerna för skador. Det betyder vidare att bedömningsgrunderna bör vara lika över hela landet och lika för patienter i likartad situation. En målsättning med beslutsstödet är att det ska bidra till tydlighet och förutsägbarhet.

Arbetet med beslutsstödet

Tillgången till vetenskaplig kunskap om exempelvis mest lämpliga sjukskrivningstider för olika åkommor i relation till olika form av belastning och krav i arbetet är i dagsläget begränsad [18]. Rekommendationerna

baseras därför företrädesvis på kunskap och erfarenhet av *sjukdomsförlopp* och olika sjukdomstillstånds inverkan på människors *funktion och aktivitetsförmåga*. Arbetsprocessen har därför kommit att avvika markant från de processer som följs vid utarbetande av Nationella riktlinjer för god vård [19].

Det konkreta arbetet med att formulera specifika rekommendationer har skett i flera steg. Det första steget har inneburit att ett stort antal medicinskt sakkunniga har formulerat rekommendationer för diagnoser som är vanliga som sjukskrivningsorsak [20]. De sakkunniga har utsetts av styrelserna för specialitetsföreningar inom Sveriges läkarförbund och för Svenska Läkaresällskapets sektioner. Strukturen för arbetet är fastslagen i en rapport till regeringen i december 2006 [4].

Rekommendationerna har därefter granskats av representanter för aktuell specialitet, samt av primärvårdsläkare och företrädare för berörd specialistförening. Inom diagnosområdet rörelseapparatus sjukdomar har arbetsgrupperna varit större eftersom detta område står för en stor del av det totala antalet sjukdagar. En hearing med företrädare för patientorganisationer på det området har genomförts.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har kontinuerligt kommunicerat beslutsstödet med övriga nationella aktörer (Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, Sveriges Kommuner och Landsting och SBU).

Validering och utvärdering

Eftersom de specifika rekommendationerna i stor utsträckning bygger på beprövad erfarenhet är behovet av att kvalitetssäkra dem genom uppföljningar och revideringar stort. Förfinad kunskap om god sjukskrivningspraxis förutsätts på detta sätt snabbt öka. Socialstyrelsen bör kontinuerligt bland annat följa upp om rekommenderade tidsramar ligger på rätt nivå samt om man behöver vara mer generell för vissa rekommendationer och eventuellt mer specifik i andra fall. En organisatorisk struktur för att bygga ut, underhålla och utveckla beslutsstödet ska etableras vid Socialstyrelsen. Ett inslag i en sådan struktur kan vara att rekrytera en panel av yrkesverksamma läkare som är beredda att ta ansvar för att vara observanta på hur de uppfattar att rekommendationerna faller ut i praktiken och som ges i uppgift att rapportera uppmärksammade problem.

Utöver kvalitetsjusteringar av rekommendationerna uppfattar Socialstyrelsen det som mycket angeläget att introduktionen av beslutsstödet utvärderas med en bred ansats. Det handlar dels om att besvara frågor om hur beslutsstödet tagits emot och använts (processmått) och dels om att analysera vad stödet fått för konsekvens för sjukskrivningsmönster och

patientupplevelser (resultatmått). I detta syfte, och för att på sikt ge möjligheter till öppna jämförelser, ska kvalitetsindikatorer utvecklas.

Beslutsstödet och Socialstyrelsens myndighetsutövning

Enligt 7 kap. 1 § Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, står hälso- och sjukvården och dess personal under tillsyn av Socialstyrelsen [21]. Enligt 7 kap. 3 § PSL ska Socialstyrelsens tillsyn främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. 2 och 3 §§ PSL, där vårdgivarens ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete beskrivs. Vårdgivaren är skyldig att vidta åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador, att upprätta en tidsplan för åtgärder som inte kan vidtas omedelbart samt att utreda händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Socialstyrelsen ska genom sin tillsyn stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder. När patientsäkerheten påverkas av ett sjukskrivningsförfarande kan tillsynsåtgärder från Socialstyrelsen bli aktuella.

Referenser

1. Socialdepartementet 2005, Uppdrag att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.
2. Försäkringskassan & Socialstyrelsen 2006, Svar på regeringsuppdrag – Uppdrag att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.
3. Socialdepartementet, 2007, Uppdrag att fullfölja arbetet med de försäkringsmedicinska riktlinjerna.
4. Socialstyrelsen, 2006, Beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer – En del av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess.
5. Alexandersson K, mfl, 2005, Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning, Karolinska Institutet, Stockholm
6. Alexandersson K, mfl, 2005, Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie. Landstinget Östergötland, Stockholms Läns landsting
7. Engblom M, m.fl. 2005, ”Inte doktors bord”: ett vanligt dilemma i sjukskrivningskonsultationen. Läkartidningen, 102:48, s 3666-3674.
8. Englund L, Svärdsudd K, 2000, Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care 2000;18:81-86
9. Palmer E (red), 2006, Sjukförsäkring, Kulturer och Attityder. Försäkringskassan analyserar 2006:16, Stockholm.
10. Socialstyrelsen, 2003, Sjukskrivningstider efter hjärtinfarkt eller bröstcancer – finns det någon skillnad? EpC, Socialstyrelsen, Stockholm
11. Socialstyrelsen, 2004, Sjukskrivningsprocessen i primärvården – återföring av tillsynsbesök 2004
12. Socialstyrelsen 2005, Sjukskrivningsprocessen i företagshälsovården – återföring av tillsynsbesök 2005
13. Socialstyrelsen, 2005, Sjukskrivningsprocessen hos privatläkare inom specialiteterna allmänmedicin, ortopedi och psykiatri – återföring av tillsynsbesök 2005
14. Socialstyrelsen, 2007, Sjukskrivningsprocessen i psykiatrisk öppenvård och primärvård – Patienter med vissa psykiatriska diagnoser. Återföring av tillsynsbesök 2006-2007.
15. Socialstyrelsen, 1992, Socialstyrelsens allmänna råd om sjukskrivning, Socialstyrelsens författningssamling 1992:16
16. RFV, 2004, Sjukskrivning ett år eller längre – riskfaktorer, RFV analyserar 2004:18

17. Socialstyrelsen, 2006, God vård – om ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården.
18. SBU, 2003, Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt, Stockholm
19. Socialstyrelsen, 2007, Styrdokument för Nationella riktlinjer för god vård.
20. Data hämtade ur Försäkringskassans register över sjukskrivningar avslutade 2005
21. Patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL)
22. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), (HSL)
23. Socialförsäkringsbalken (2010:110)
24. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
25. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården mm.
26. Patientjournalagen – PjL 1985:562
27. Socialstyrelsen/WHO, 2003, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.
28. Socialstyrelsen/WHO, 1997, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 – Systematisk förteckning.
29. Socialstyrelsen, 1997, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 – Primärvård

Socialstyrelsen har tillsammans med Försäkringskassan fått uppdraget att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess. Socialstyrelsens ansvar har i huvudsak varit att ta fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

Detta dokument beskriver principerna för beslutsstödet och hur det ska användas. Beslutsstödet anger de grundläggande förhållningssätt och arbetssätt som ska prägla alla sjukskrivningar.

De specifika rekommendationerna, som återfinns på Socialstyrelsens webbplats, ska användas som ett stöd vid sjukskrivningsbedömningar, det vill säga vara utgångspunkt och referens vid bedömningar av arbetsförmåga. Rekommendationerna är byggda på kunskaper kring sjukdomsförlopp i de fall patienten har en diagnos med typiskt förlopp.

Beslutsstödet vänder sig till läkare, som bedömer arbetsförmåga vid sjukskrivningar, och tjänstemän inom Försäkringskassan som beviljar sjukpenning.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning

reviderad upplaga 2012 (artikelnummer 2012-6-14) kan beställas från

Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: socialstyrelsen@strd.se

Fax: 08-779 96 67

Publikationen kan också laddas ner på

www.socialstyrelsen.se