

Grunderna för ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin

Nationellt kunskapsstöd om försäkringsmedicin i
hälso- och sjukvården

Remissversion

Remissversion

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

Förord

Socialstyrelsens roll inom det försäkringsmedicinska området är:

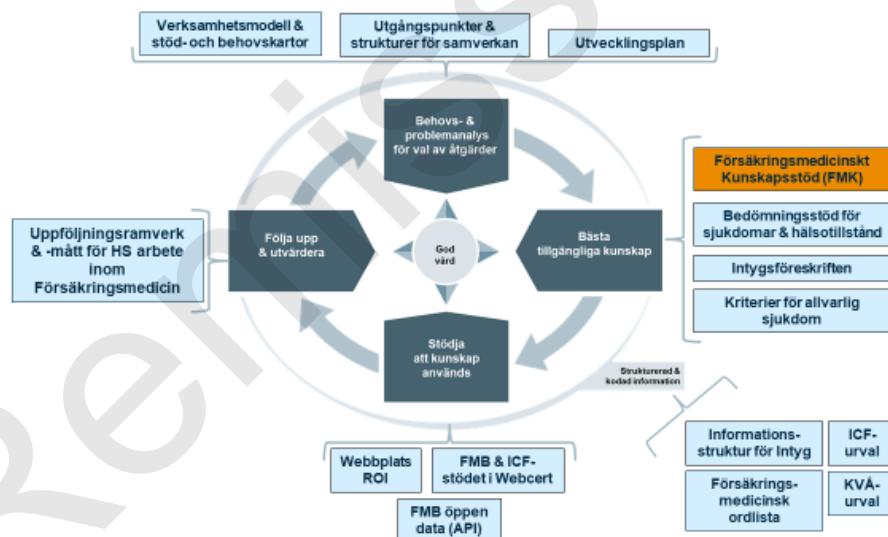
Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg stödjer och bidrar till utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete och bidrar till en god rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess [1].¹

Ett försäkringsmedicinskt kunskapsstöd

Det här kunskapsstödet tar sin utgångspunkt i de tidigare övergripande principerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd som fokuserade på sjukskrivning generellt och en förstudie som genomfördes 2020 inom ramen för överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess [2]. Förstudien syftade till att utveckla de nuvarande övergripande principerna till ett digitalt och bredare försäkringsmedicinskt kunskapsstöd. I Socialstyrelsens utvecklingsplan ingår att myndigheten ska ge ett bredare försäkringsmedicinskt stöd [1].

Socialstyrelsens stöd inom försäkringsmedicin innehåller flera olika delar (figur 1) som kompletterar detta kunskapsstöd.

Figur 1. Socialstyrelsens kunskapsstyrningshjul för försäkringsmedicin



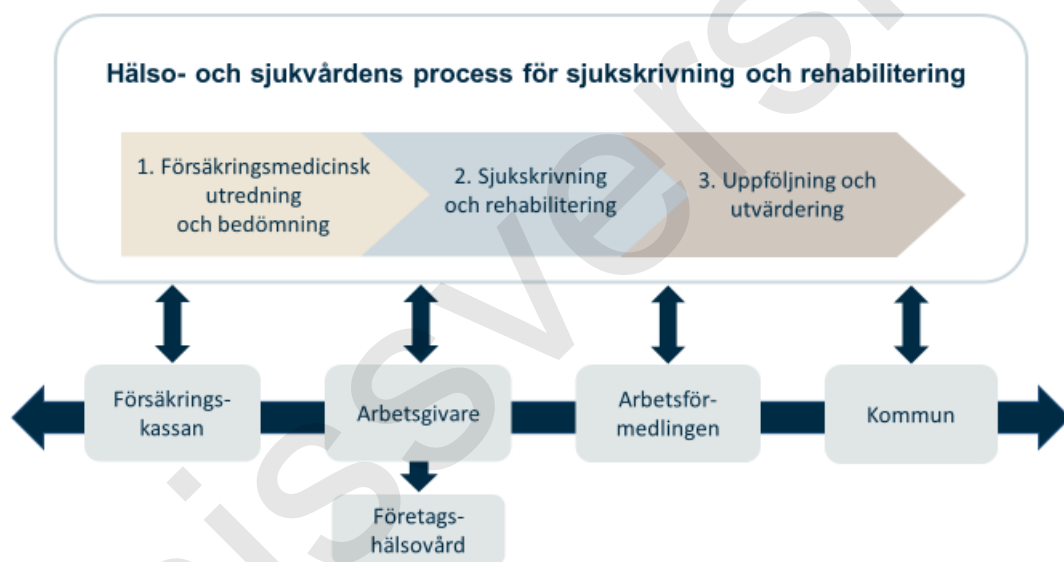
¹ Formuleringen innehåller tre komponenter:

- Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg är myndighetens beskrivning av sitt ansvar. Utifrån uppdrag och verktyg som Socialstyrelsen har som kunskapsmyndighet agerar myndigheten även inom försäkringsmedicin genom bland annat kunskap, regler, uppföljningar och utvärderingar.
- Fokus för Socialstyrelsens insatser är att stödja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Socialstyrelsen är en förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet.
- Socialstyrelsens stöd kan i vissa fall vara utformat så att det kan ge stöd även till andra aktörer, men syftet är också då att stödja hälso- och sjukvårdens arbete, främja samarbete och att bidra till att nå målbilden en god rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess

Syftet med det försäkringsmedicinska kunskapsstödet
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska kunskapsstöd riktar sig till hälso- och sjukvårdens verksamhet. Syftet är att stödja hälso- och sjukvården i det försäkringsmedicinska arbetet. I sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det individen som är i centrum och ska ges möjligheter att vara delaktig enligt 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

Utöver kunskapsstödet fokus på hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering vill Socialstyrelsen bidra med kunskap om hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete till andra aktörer som i olika sammanhang och situationer blir involverade i frågor som har anknytning till en individs sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, men även ge en översiktlig kännedom om andra aktörers roll och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (figur 2).

Figur 2. Kunskapsstödet fokus



För ett kvalitetssäkert och effektivt arbete i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering behövs kunskap om försäkringsmedicin, kännedom om de samverkande aktörernas uppdrag och roller, strukturer för samverkan och goda kommunikationsvägar mellan hälso- och sjukvård, myndigheter och arbetsgivare. I kunskapsstödet beskrivs arbetsgivares, Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens och kommunens roller och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Målet med Socialstyrelsens försäkringsmedicinska kunskapsstöd är att det ska bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet i det försäkringsmedicinska arbetet. Det inkluderar en jämlik sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess som främjar individens hälsa och ökar individens möjligheter att bibehålla eller återfå arbetsförmåga eller möjligheter att inträda i arbetslivet eller annan sysselsättning. Målet är även att det ska bidra till förståelse och samsyn i hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete med sjukskrivning och rehabilitering.

Det här är en remissversion av *Nationellt kunskapsstöd om försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården*. Syftet med att publicera en

remissversion är att ge möjlighet för intressenter att i en bred och öppen process diskutera och komma med synpunkter på Socialstyrelsens arbete med att ge stöd i försäkringsmedicinska frågor, innan vi tar slutlig ställning.

Berörda kan senast den 24 april 2023 lämna skriftliga synpunkter på riktlinjerna till Socialstyrelsen. Den slutliga versionen kommer att publiceras under sommaren 2023.

Projektledare har varit Cecilia Stävberg och Regina Ylvén. Ansvarig enhetschef Anders Berg. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Remissversion

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	9
En kortversion av kunskapsstödet	10
Inledning	22
Introduktion till området försäkringsmedicin	22
Hälso- och sjukvårdens uppdrag	27
Ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin	31
Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering	31
Del 1. Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning	33
Medicinsk bedömning	33
Försäkringsmedicinsk bedömning	38
Bedömning av behov av sjukskrivning eller rehabilitering	48
Dokumentation	53
Del 2. Sjukskrivning och rehabilitering	59
Sjukskrivning som åtgärd	59
Rehabiliteringsåtgärder	61
Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan	64
Samordning inom hälso- och sjukvården	65
Åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga	65
Åtgärder för arbetsåtergång	66
Extern samverkan	71
Del 3. Uppföljning och utvärdering	77
Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen	77
Avslut av sjukskrivning eller beslut om vidare åtgärder	78
Ledning och styrning	81
Samverkan mellan aktörer	87
Olika aktörer och deras roller och ansvar	92
Hälso- och sjukvården	93
Försäkringskassan	95
Arbetsgivaren	97
Arbetsförmedlingen	101
Kommunen	103
Individen	105
Exempel på samverkan mellan aktörer	106
Personcentrerat arbetssätt	108
Kompletterande stöd	117

Referenser	119
Bilaga 1. Lagrum	129
Bilaga 2. Begrepp i kunskapsstödet	132
Bilaga 3. ICF:s uppbyggnad	133
Bilaga 4. Funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och omgivningsfaktorer	136
Bilaga 5. KVÅ-koder inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ...	140
Bilaga 6. Stöd till individen	142
Bilaga 7. Metodbilaga	143

Sammanfattning

Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som hälso- och sjukvården i övrigt. En aktiv sjukskrivning kännetecknas av att den är väl genomtänkt och baserad på en försäkringsmedicinsk bedömning. Dessutom behövs det en plan för sjukskrivning och rehabilitering som följs upp kontinuerligt. Det behöver finnas ett tydligt syfte med sjukskrivningen som tillsammans med behandlings- och rehabiliteringsinsatser bidrar till att individen återfår hälsa och arbetsförmåga. Detta kunskapsstöd innehåller grunderna för ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin.

Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering

Kunskapsstödet huvudfokus är *hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering* som innehåller stöd för det försäkringsmedicinska arbetet. Processen är indelad i tre delar:

1. Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning
2. Sjukskrivning och rehabilitering
3. Uppföljning och utvärdering.

Kapitlet *Ledning och styrning* beskriver de förutsättningar som måste finnas för att det försäkringsmedicinska arbetet ska kunna genomföras kvalitets- och patientsäkert (exempelvis resurser, kompetens, arbetsbeskrivningar, rutiner mm). I kapitlet *Samverkan mellan aktörer* beskrivs aktörerna, samt deras roller och ansvar, som utifrån individens behov samverkar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Grunden i det försäkringsmedicinska arbetet kan sammanfattas i dessa fem punkter:

- Tillvarata patientens resurser.
- Gör en noggrann försäkringsmedicinsk bedömning.
- Överväg om möjligt partiell sjukskrivning vid bedömning av behov av sjukskrivning.
- Planera sjukskrivningens innehåll och avslutning tillsammans med patienten när sjukskrivningen påbörjas.
- Utfärda intyg med omsorg.

En kortversion av kunskapsstödet

Socialstyrelsen har tagit fram grunderna för ett systematiskt försäkringsmedicinskt arbete för att ge stöd till hälso- och sjukvården i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering. För att uppnå ett kvalitets- och patientsäkert arbete behövs rätt förutsättningar från hälso- och sjukvårdens ledning. Samverkan med andra aktörer är också en viktig faktor.

Här presenterar vi hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering i korthet utifrån *Nationellt kunskapsstöd om försäkringsmedicinsk i hälso- och sjukvården*. Denna process är grunden för ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och består av tre delar:

- försäkringsmedicinsk utredning och bedömning
- sjukskrivning och rehabilitering
- uppföljning och utvärdering.

Vi vänder oss främst till personal och ledning inom hälso- och sjukvården. För att nå en god och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess behöver hälso- och sjukvården samverka med olika aktörer. Eftersom arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen samverkar på olika sätt riktar sig en del i kunskapsstödet även till dem.

➔ **Läs mer:** Detta är en kortversion av kunskapsstödet. I Socialstyrelsens kunskapsstöd *Grunderna för ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin* finns fördjupad information och referenser.

Försäkringsmedicin – med hälsan i fokus

Läkare behöver god kunskap i försäkringsmedicin för att arbeta kvalitets- och patientsäkert i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering. I den kliniska verksamheten handlar försäkringsmedicin om hälso- och sjukvårdens utredningar, bedömningar och insatser, samt de intyg som är en länk till socialförsäkringen för att ta ställning till ersättning vid sjukdom.

I kunskapsstödet beskriver vi hur hälso- och sjukvården utgår från ett personcentrerat arbetssätt för att involvera individen och stärka delaktigheten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, samt bidra till att individen återfår hälsa och arbetsförmåga.

Försäkringsmedicin



Målet med kunskapsstödet

Målet med *Nationellt kunskapsstöd om försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården* är att stödja hälso- och sjukvården i det systematiska försäkringsmedicinska arbetet.

Kunskapsstödet ska bidra till

- förståelse och samsyn i hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete med sjukskrivning och rehabilitering
- ökad kvalitet i det försäkringsmedicinska arbetet
- en jämlik sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Grunden i det försäkringsmedicinska arbetet

En meningsfull sysselsättning betyder mycket för hälsan. Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som hälso- och sjukvården i övrigt.

En aktiv sjukskrivning kännetecknas av att den är väl genomtänkt och baserad på en försäkringsmedicinsk bedömning. Dessutom behövs det en plan för sjukskrivning och rehabilitering som följs upp kontinuerligt. Ett tydligt syfte med sjukskrivningen tillsammans med behandlings- och rehabiliteringsinsatser bidrar till att individen får tillbaka sin hälsa och arbetsförmåga. Grunden i det försäkringsmedicinska arbetet kan sammanfattas i dessa fem punkter:

- Tillvarata patientens resurser.
- Gör en noggrann försäkringsmedicinsk bedömning.
- Överväg om möjligt partiell sjukskrivning vid bedömning av behov av sjukskrivning.
- Planera sjukskrivningens innehåll och avslutning tillsammans med patienten när sjukskrivningen påbörjas.
- Utfärda intyg med omsorg.

Hälsofrämjande insatser stärker självtilliten

Hälsofrämjande arbete kan beskrivas som en process som tar tillvara människors resurser och därmed stärker motivationen och tilltron till den egna förmågan, vilket främjar och förbättrar hälsan. För att individen ska kunna vara delaktig i sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess måste målen motsvara individens förutsättningar.

Processens början och avslut

Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering börjar när läkaren gör en försäkringsmedicinsk bedömning för att ta ställning till behovet av sjukskrivning eller andra behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Processen avslutas när individen inte längre behöver hälso- och sjukvård.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen avslutas dock inte alltid när individen börjar arbeta igen. Dels kan det finnas ett kvarstående rehabiliteringsbehov, dels kan hälso- och sjukvården behöva följa upp att återgången till arbetet eller en annan sysselsättning blir hållbar. Även om arbetsförmågan är varaktigt nedsatt kan rehabilitering fortsätta för att stärka funktions- och aktivitetsförmågor, förhindra försämring och öka livskvaliteten.

Processen: Från utredning till utvärdering

Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering består av tre delar:

1. Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning
2. Sjukskrivning och rehabilitering
3. Uppföljning och utvärdering.

Den här bilden visar vad som ingår i varje del av processen. Med pilen längst ner vill vi understryka att den sista delens utvärdering kan vid behov leda till en ny försäkringsmedicinsk utredning och bedömning och att processen då börjar om.

Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering



Utöver processens tre huvuddelar lyfter vi två områden som ger nödvändiga förutsättningar för ett kvalitets- och patientsäkert arbete med försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen:

- Ledning och styrning
- Samverkan mellan aktörer.

Del 1: Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning

Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning är den första delen i processen för sjukskrivning och rehabilitering. Här beskriver vi hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska bedömning, som börjar med en utredning av individens hälsotillstånd och avslutas med en bedömning av om det finns behov av sjukskrivning eller rehabiliteringsinsatser.

Checklista för del 1: Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning

Det är viktigt att läkaren begränsar bedömningen till det som hen kan bedöma och ansvara för. Det betyder att bedömningen ska ske med samma objektivitet, medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder inom hälso- och sjukvården.

- ✓ Utred och bedöm patientens sjukdom, skada eller annat tillstånd och ställ diagnos enligt kriterier.
- ✓ Beskriv och gradera funktionsnedsättningar som orsakats av sjukdomen (somatiskt respektive psykiskt status).
- ✓ Beskriv kraven: Vilka krav ställs i patientens arbete eller sysselsättning?
- ✓ Beskriv och gradera aktivitetsbegränsningarna: Vilka aktivitetsbegränsningar bedöms patienten ha i förhållande till sina arbetsuppgifter eller annan sysselsättning på grund av diagnosen och funktionsnedsättningen?
- ✓ Bedöm arbetsförmågans nedsättning: Kan patienten trots diagnos och aktivitetsbegränsningar utföra sitt arbete helt eller delvis? Kan arbetsanpassning rekommenderas i syfte att bibehålla eller främja arbetsförmågan?
- ✓ Vid oklarheter och en tydlig frågeställning kan den försäkringsmedicinska bedömningen utvidgas med testning av funktions- eller aktivitetsförmåga, av till exempel fysioterapeut eller arbetsterapeut.

Observera: Ta endast hänsyn till medicinska faktorer när du bedömer arbetsförmågan – inte andra faktorer som ekonomiska, sociala, arbetsmarknadsmässiga.

- ✓ Bedöm behovet av sjukskrivning, inklusive grad och längd.
- ✓ Bedöm behovet av behandlings-, rehabiliterings- eller koordineringsinsatser.
- ✓ Dokumentera resultatet av den försäkringsmedicinska bedömningen i journal och i intyg.

Samsjuklighet – flera medicinska behov samtidigt

Under den individuella bedömningen behöver läkaren avgöra hur olika diagnoser påverkar varandra vid samsjuklighet. Olika sjukdomar och skador kan vid samsjuklighet innebära olika konsekvenser och rehabiliteringsförlopp. Det är viktigt att säkerställa god och säker vård för samtliga diagnoser.

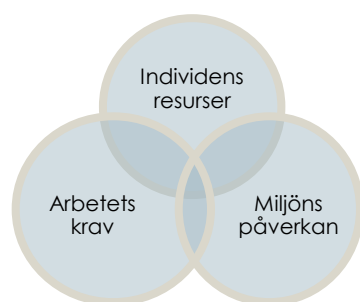
Kombinationen av sjukdomar kan påverka såväl psykologiska som fysiologiska kroppsfunktioner. I läkarintyget anges den diagnos som

påverkar arbetsförmågan mest först. Diagnoser som inte påverkar arbetsförmågan anges inte i läkarintyget.

Arbetsförmågan är en balans mellan olika faktorer

Sjukdomens eller skadans påverkan på arbetsförmågan är grundläggande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Arbetsförmåga avgörs i balansen mellan individens resurser och de krav som arbetet ställer, det vill säga vad förmågan ska relateras till.

Genom att göra en så kallad biopsykosocial bedömning kan läkaren få en förståelse för vilka olika faktorer som påverkar individens arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov.



Del 2: Sjukskrivning och rehabilitering

Sjukskrivning och rehabilitering är den andra delen i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering. Här beskriver vi hälso- och sjukvårdens arbete när individen bedömts ha behov av sjukskrivning och rehabiliteringsinsatser.

Sjukskrivning är en aktiv åtgärd

Det behövs ett tydligt syfte med sjukskrivningen. Sjukskrivningen planeras tillsammans med patienten, baserat på en prognos för hur länge begränsningen av aktivitets- och arbetsförmågan bedöms kvarstå, samt i vilken grad arbetsförmågan bedöms vara nedsatt. Det är bra om en sjukskrivning kan begränsas till partiell, eftersom det minskar risken för att bli långtidssjukskriven på heltid. Under sjukskrivningen är det ofta lämpligt att individen behåller kontakten med arbetet. Det är också viktigt att ha kvar så många vardagliga rutiner som möjligt.

Enkla eller komplicerade sjukskrivningar

En enkel och okomplicerad sjukskrivning innebär att patienten bedöms kunna återgå till arbetet efter det första sjukskrivningstillfället. En komplicerad sjukskrivning däremot kan innefatta helt olika medicinska situationer. Det kan till exempel råda oklarheter kring diagnosen eller biopsykosociala faktorer, som då behöver utredas. Ibland behövs det en längre sjukskrivning. Långa sjukskrivningar behöver inte vara komplicerade.

Rehabilitering är en del av behandlingen

Inom hälso- och sjukvården är rehabilitering en integrerad del av vård och behandling, ett specialitetsöverskridande kunskapsområde oavsett diagnos, patientgrupp eller ålder. Så här definierar Socialstyrelsen rehabilitering:

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

Nationellt programområde inom rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin (NPO) har tagit fram en generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete som beskriver centrala delar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Modellen ligger i linje med detta kunskapsstöd.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan

Planeringen för sjukskrivning och rehabilitering ska alltid dokumenteras. Vid sjukskrivning och behov av rehabilitering ska hälso- och sjukvården upprätta en individuell rehabiliteringsplan i samverkan med patienten. Där ska de planerade och beslutade behandlings- och rehabiliteringsinsatserna framgå. I enkla och okomplicerade fall handlar det om en enkel planering som dokumenteras i journal och intyg.

Innehåll i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan

Den läkare som är behandlingsansvarig har huvudansvaret för att en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan upprättas, uppdateras och följs upp kontinuerligt. Planen ska innehålla följande:

- ✓ Bedömning av sjukdomstillståndet.
- ✓ Bedömning av åtgärder. Vad ska göras, av vem och när?
- ✓ Mål och delmål med planerade behandlings- och rehabiliteringsinsatser under sjukskrivningen.
- ✓ Planering för sjukskrivning, grad och längd.
- ✓ Planering för uppföljning av sjukskrivning och behandlings- och rehabiliteringsinsatser.
- ✓ Vid behov planering av koordineringsinsatser i form av personligt stöd, intern samordning eller extern samverkan.
- ✓ Vid behov, föreslå lämpliga arbetsanpassningar för att möjliggöra tidigare återgång till arbete.
- ✓ Överenskommelse om vad patienten förväntas göra.

Hälso- och sjukvården ska underlätta processen

Åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmågan (medicinsk rehabilitering) och åtgärder för arbetsåtergång är integrerade i patientens rehabilitering. Individens diagnos och sjukdomstillstånd bestämmer vilka åtgärder som det finns behov av. Behandlings- och rehabiliteringsinsatser ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vid återgång till arbetet ansvarar hälso- och sjukvården för att

- behandla och rehabilitera individen
- underlätta processen tillbaka till arbetslivet
- samverka med andra aktörer, för att återgången till arbete ska bli så effektiv och bra som möjligt för individen.

Åtgärder för återgång till arbete

En viktig del i patientens rehabilitering är olika åtgärder för återgång till arbete. Det kan exempelvis handla om planering för återgång till arbete, nedtrappning av sjukskrivning, förslag till anpassning av arbetssituation eller att besöka arbetsplatsen. Läkaren har det övergripande behandlingsansvaret, men bedömer ofta åtgärderna i samarbete med andra legitimerade rehabiliteringsprofessioner, som arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller psykologer.

Observera: Hälso- och sjukvården kan föreslå åtgärder för att underlätta återgång till arbete till andra aktörer utifrån sin expertis, men har inget ansvar för att åtgärderna utförs.

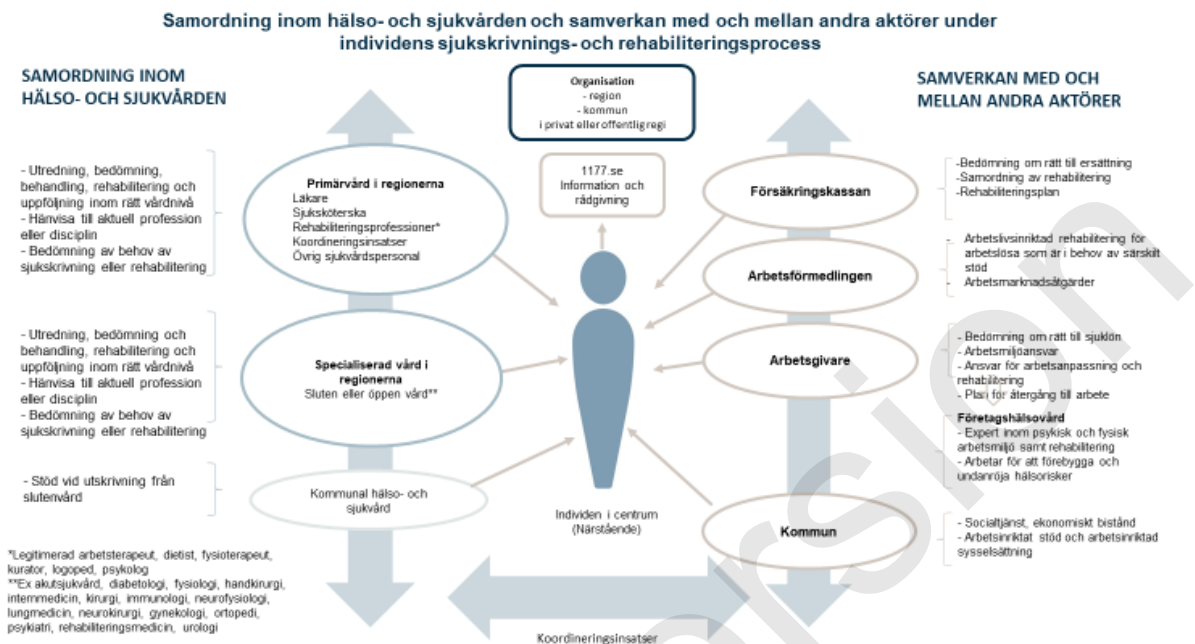
Koordineringsinsatser

Sjukskrivna patienter har vid behov rätt till koordineringsinsatser för att främja återgång eller inträde i arbetslivet. Det är viktigt att det finns rutiner för när koordineringsinsatserna ska erbjudas för att det ska vara patientsäkert och jämlikt. Koordineringsinsatserna kan utföras inom tre områden:

- personligt stöd
- intern samordning av hälso- och sjukvårdens insatser
- extern samverkan med andra aktörer, som arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen.

Observera: Behoven av stöd för att komma åter i arbete ska tillgodoses för sjukskrivna patienter oavsett om verksamheten har en person utsedd för att utföra koordineringsinsatser eller inte.

Översiktsbild på aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



Intern samordning

Intern samordning handlar om att samordna individens behandlings- och rehabiliteringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Det behöver finnas rutiner som säkerställer att mottagande enhet får den information om patientens tillstånd, prognos och behandling som behövs för ett bra övertagande då sjukskrivning ska tas över av en annan enhet.

Extern samverkan

För att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska bli effektiv behöver hälso- och sjukvården ofta samverka med Försäkringskassan, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och kommunen. Alla aktörer ska vid behov samordna de insatser som de ansvarar för utifrån sin roll för att uppnå målet: att den som varit sjukskriven återfår arbetsförmåga och kan återgå till sitt arbete eller en annan sysselsättning.

Checklista för del 2: Sjukskrivning och rehabilitering

Läkaren har det övergripande ansvaret för de planerade behandlings- och rehabiliteringsinsatserna under sjukskrivningen. Respektive legitimerad profession har ansvar för sina insatser.

- ✓ Upprätta och dokumentera en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång till arbete.
Läs mer i rutan Innehåll i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan.
- ✓ Basera rehabiliteringsåtgärderna på vetenskap och beprövad erfarenhet (åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga och åtgärder för arbetsåtergång).
- ✓ Samordna olika insatser för patienten på ett ändamålsenligt sätt. Säkerställ koordineringsinsatser som personligt stöd, intern samordning och extern samverkan efter behov.
- ✓ Använd ett iterativt arbetssätt vid utredning, behandling och uppföljning – det bidrar till ett gott resultat.

Del 3: Uppföljning och utvärdering

För att nå uppsatta delmål och mål i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det viktigt att vid behov kontinuerligt följa upp och utvärdera sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen.

Checklista för del 3: Kontinuerlig uppföljning under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Läkaren har ansvar för att följa upp planen för sjukskrivning och rehabilitering. Andra legitimerade professioner har ansvar för att följa upp sina delar av insatserna.

- ✓ Säkerställ att det finns en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång till arbete eller annan sysselsättning.
- ✓ Utvärdera och följ upp resultatet av rekommenderade behandlings- och rehabiliteringsinsatser tillsammans med patienten utifrån den biopsykosociala modellen.
- ✓ Följ upp att patienten medverkar i sin rehabiliteringsplan.
- ✓ Säkerställ den medicinska bedömningen, att diagnosen är rätt och att inget ytterligare behöver utredas.
- ✓ Gör en förnyad försäkringsmedicinsk bedömning av behovet av fortsatt sjukskrivning.
- ✓ Vid behov revidera planen för behandlings- och rehabiliteringsinsatser, samt delmål och mål.
- ✓ Planera återbesök till läkare med utgångspunkt från medicinska behov och – förlägg inte automatiskt besöket till sjukskrivningstidens avslut
- ✓ Följ alltid aktivt upp sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen, om det inte är uppenbart obehövligt.

Ledning och styrning

Ledning och styrning är en nödvändig förutsättning för att det försäkringsmedicinska arbetet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska fungera. Innehållet i denna del tar fasta på ledningens ansvar och kan sammanfattas i följande punkter:

- Säkerställ att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens och att det finns tillräckligt med tid att utföra det försäkringsmedicinska arbetet
- Fastställ de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Särskilt viktigt är rutiner för att säkerställa kvalitet och

- patientsäkerhet avseende försäkringsmedicinsk bedömning, upprättande och uppföljning av plan för sjukskrivning och rehabilitering.
- Följ upp och utvärdera det försäkringsmedicinska arbetet i verksamheten kontinuerligt med uppföljningsmått respektive uppföljningsramverk.

Samverkan mellan aktörer under sjukskrivning och rehabilitering

Samverkan mellan olika aktörer är, liksom ledning och styrning, en förutsättning för att processen ska fungera. Syftet med denna del är att främja samverkan och att bidra till att nå målbilden: en god sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Samverkan gör det möjligt för aktörer att gemensamt nå ett mål som inte är inom räckhåll för respektive aktör var för sig. Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i lag.

Samverkande aktörer

I kunskapsstödet beskriver vi följande aktörer samt deras roller och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen:

- hälso- och sjukvården
- arbetsgivaren
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- kommunen
- individen.

Olika lagar och begrepp hos aktörerna

Vid samverkan mellan de olika aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver aktörerna beakta att var och en styrs av olika lagrum. Samma begrepp kan ha olika betydelse för de olika aktörerna. Det kan göra det svårt att förstå processen och att aktörerna inte förstår varandra.

Inledning

Introduktion till området försäkringsmedicin

Försäkringsmedicin är ett omfattande område där medicinska och juridiska bedömningar möts genom det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och olika försäkringssystem. Kunskapsområdet omfattar flera former av försäkringar, både allmänna som regleras av staten och privata som regleras via avtal (exempelvis via arbetsgivare eller fackförbund). Försäkringarna aktualiseras i situationer då patienter har behov av att använda försäkringar när det krävs medicinsk och försäkringsmedicinsk bedömning (figur 3). Området har sin utgångspunkt i tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet.

Figur 3. Försäkringsmedicin



Bedömning och utfärdande av läkarintyg vid sjukskrivning är den vanligaste försäkringsmedicinska åtgärden inom hälso- och sjukvården [3]. Utöver medicinsk kunskap, behöver läkare ha god kunskap om försäkringsmedicin som behövs när läkare gör överväganden som har betydelse för en individs behov av försäkringsförmåner. I den kliniska verksamheten handlar det om utredningar, bedömningar, åtgärder och intyg som sedan används vid handläggning av försäkringar och i kontakt med andra aktörer. Utöver hälso- och sjukvård kan individen ha behov av att bland annat Försäkringskassan, arbetsgivare, Arbetsförmedling, socialtjänst och rättsväsende involveras i samverkan [4].

Nationellt Försäkringsmedicinskt forum (NFF)² tog 2017 fram en definition av försäkringsmedicin kopplat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum (NFF) antog i november 2017 följande definition av försäkringsmedicin:

"Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplat till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen.

Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem."

Läsanvisningar

Beroende på din roll är olika delar av kunskapsstödet mer relevanta:

Du som är...	Fokusera framför allt på...
Personal inom hälso- och sjukvård till exempel sjukskrivande läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut, psykolog, eller profession som utför koordineringsinsatser	• Inledningen till kunskapsstödet • Kapitlet <i>Ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin</i>, samt de tre delarna i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering • Kapitlet Personcentrerat arbetssätt • Kapitlet Samverkan mellan aktörer
Samverkansaktör inom sjukskrivning och rehabilitering, Försäkringskassan, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen, kommun	• Inledningen till kunskapsstödet • Avsnittet <i>Extern samverkan</i> i del 2 i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering • Kapitlet Samverkan mellan aktörer
Beslutsfattare, till exempel regionschef	• Kapitlet Ledning och styrning
Verksamhetschef	• Kapitlet Ledning och styrning
Studerande till läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut och psykolog med flera	• Hela kunskapsstödet

² Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF) har funnits sedan 2002, en informell sammanslutning, som verkar för en ökad kunskapsbyggnad inom det försäkringsmedicinska området samt för att stimulera aktörer till aktiv samverkan. Forumet består av Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Regioner, Socialstyrelsen, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, representant från försäkringsmedicinsk forskning (för närvarande Karolinska Institutet). SBU och Arbetsförmedlingen är för närvarande vilande medlemmar.

Medicinskt och juridiskt perspektiv

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

Försäkringskassan ansvarar för att bedöma om individen har rätt till ersättning i relation till regelverket vid nedsatt arbetsförmåga. Informationen i läkarintyg och utlåtanden utgör en viktig medicinsk grund för beslut om ersättning. En läkares bedömningar i ett läkarintyg innebär ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning utan är ett underlag för beslut från Försäkringskassan. De båda parterna har ett ansvar för att i nära samverkan bidra till en process som har individens bästa i fokus. 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. Systemet kräver att aktörerna både kan samverka och strikt hålla sig till den del av processen som de har kompetens och ansvar för.

SKR har tagit fram en bild (figur 4) som tydliggör skillnader i förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystemet [5]. Den visar att medicin och juridik har olika perspektiv på beslut och insatser och de olika disciplinerna använder skilda termer, begrepp och förutsättningar. Det är angeläget att vara medveten om att båda perspektiven påverkar individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Inom medicin är det viktigt att beslut och insatser anpassas efter den enskilda individens behov, medan beslut och insatser inom försäkringsjuridik har en konsekvent tillämpning och alla individer ska få samma bedömning. I arbetet med försäkringsmedicin har läkaren olika roller, utifrån ett medicinskt perspektiv är läkaren vårdansvarig och utifrån ett juridiskt perspektiv har läkaren en bedömarroll. Dessa roller kan komma i konflikt med varandra.

Figur 4. Beslut och insatser ur ett medicinskt respektive juridiskt perspektiv.
Källa: SKR med tillåtelse att använda bilden

MEDICINSKA BESLUT OCH INSATSER KARAKTÄRISERAS AV:	JURIDISKA BESLUT OCH INSATSER KARAKTÄRISERAS AV:
- Mångdimensionalitet, beroende av påverkan av många faktorer - Tillämpning anpassas efter patienten - Fortlöpande justering - Mångtydighet och svårighet att förutse - Variation över tid - Ofrånkomlig påverkan av ett flertal icke-medicinska faktorer - Patienten har rätt att utforma sin vård - Osäkra utfall, finns inga garantier - Informationen måste anpassas till patientens förmåga att förstå och ta till sig - Patientsäkerhet och rättssäkerhet skall garanteras - Olikhet i behandlingar på grund av att vetenskap och beprövad erfarenhet anpassas till patientens unika förutsättning	- Tvådimensionalitet, det blir antingen bifall eller avslag - Konsekvent tillämpning - Giltighet om det inte överklagas - Entydighet och förutsägbart - Stabilitet över tid - Hänsyn tas enbart till ett fåtal juridiskt fastlagda faktorer - Den försäkrade kan inte påverka lagen - Säkra utfall - Information får inte kunna missförstås och görs utifrån lagtexten - Rättssäkerhet skall garanteras - Likhet inför lagen

Kunskapsstödet struktur

Figur 5. Kunskapsstödet struktur med ingående kapitel



Kunskapsstödet huvudfokus är *hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering* som innehåller stöd för det försäkringsmedicinska arbetet (figur 5). Processen är indelad i tre delar:

1. Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning
2. Sjukskrivning och rehabilitering

3. Uppföljning och utvärdering.

I kunskapsstödet börjar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, ur hälso- och sjukvårdens perspektiv, när läkaren gör en försäkringsmedicinsk bedömning för att ta ställning till individens funktions- och aktivitetsförmåga, arbetsförmåga och behov av sjukskrivning eller andra behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska vara jämlik, men kan se olika ut beroende på om individen har en fast anställning, är arbetssökande eller har annan sysselsättning. Om individen har ett arbete har arbetsgivaren ett rehabiliteringsansvar och i de fall där det inte finns någon arbetsgivare kan andra aktörer behöva genomföra insatser för att individen ska komma tillbaka till arbete eller inträda i arbetslivet eller annan sysselsättning.

Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som hälso- och sjukvården i övrigt. En aktiv sjukskrivning kännetecknas av att den är väl genomtänkt, som baseras på en försäkringsmedicinsk bedömning, att en plan för sjukskrivning och rehabilitering upprättas och kontinuerligt följs upp. Det behöver finnas ett tydligt syfte med sjukskrivningen som tillsammans med behandlings- och rehabiliteringsinsatser bidrar till att individen återfår hälsa och arbetsförmåga.

I kunskapsstödet ingår kunskap om vad som kan utgöra hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande insatser, som är en viktig del i hälso- och sjukvårdens arbete. Målet är att främja individens hälsa, exempelvis om individen behöver hjälp och stöd att förändra ohälsosamma levnadsvanor eller har drabbats av sjukdom [6]. Ett personcentrerat förhållningssätt möjliggör individens delaktighet och involvering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, m.m.

Ledning, styrning och samverkan

Kunskapsstödet består även av kapitlet *Ledning och styrning*. Där beskrivs förutsättningar för att det försäkringsmedicinska arbetet ska kunna genomföras kvalitets- och patientsäkert (exempelvis resurser, kompetens, arbetsbeskrivningar, rutiner mm). I kapitlet, *Samverkan med andra aktörer*, beskrivs de olika aktörerna, samt deras roller och ansvar i individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Hur kunskapsstödet har tagits fram

Kunskapsstödet bygger på bästa tillgängliga kunskap och beprövad erfarenhet. Det är ett brett underlag som innehåller lagstiftning, rapporter, utredningar, vetenskaplig evidens, expertkunskap m.m. (se bilaga 7 Metodbilaga). Relevanta skrivningar från Socialstyrelsens övergripande principer har integrerats i kunskapsstödet.

Det här kunskapsstödet ska inte ses som ett kliniskt vårdprogram, som ger stöd för samtliga tänkbara situationer som kan vara aktuella i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, utan ger en ram för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering, som sedan kan kompletteras med lokala eller regionala vårdprogram, rutiner eller liknande.

Socialstyrelsens perspektiv på försäkringsmedicin

Socialstyrelsen har valt att använda ett bredare perspektiv på försäkringsmedicin. Med det menas att försäkringsmedicin inte enbart fokuserar på en viss förmån (exempelvis sjukpenning), en viss insats (exempelvis sjukskrivning) eller en specifik handläggande myndighet (exempelvis Försäkringskassan).

Det finns flera skäl att använda en generell beskrivning av begreppet försäkringsmedicin. Det första skälet är att den generella beskrivningen har en tydlig koppling till hälso- och sjukvårdens grunduppdrag, vilket gör det lättare att förstå hälso- och sjukvårdens roll. Det andra skälet är att fokus på specifika förmåner eller insatser kan leda till ett för smalt fokus och inte ge en fullständig bild av hälso- och sjukvårdens arbete. Ett starkt fokus på sjukskrivning riskerar att reducera hälso- och sjukvårdens arbete till att enbart handla om sjukskrivande läkares arbete med läkarintyg [1].

Samtliga aktörer som är involverade i individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, såsom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och kommunen ska vid behov samordna de insatser som de ansvarar för utifrån sin roll, för att ge stöd till den som blivit sjuk och behöver stöd att återfå hälsa och arbetsförmåga.

Hälso- och sjukvårdens uppdrag

Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att i samråd med patienten ge god vård och behandling samt att bidra till att patienten får adekvat stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen [4]. Även hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete ska uppfylla kravet på god vård och omfattas av bestämmelser för kvalitet och patientsäkerhet enligt Socialstyrelsens nationella indikatorer [7]. Ett fungerande ledningssystem, kvalitetsarbete och ständiga förbättringar är strategier som behövs för att göra det möjligt [4].

Att ha en meningsfull sysselsättning är en viktig komponent för att uppnå en god hälsa. För individer som har en sjukdom eller skada kan sjukskrivning vara en motiverad åtgärd för läkning och återhämtning, men inte alltid. Sjukskrivning ska därför vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som hälso- och sjukvården i övrigt har [8].

Hälsa

Socialstyrelsens definition av hälsa är hämtad från WHO³. Definitionen lyder: *hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning* [9].

Utifrån ett biopsykosocialt perspektiv utgår synen på hälsa från ett biologiskt, psykiskt och socialt perspektiv. Kännedom om den biopsykosociala modellen underlättar när individens arbetsförmåga ska bedömas eftersom modellen omfattar hälso- och funktionstillstånd och hur de

³ <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=64&SrcLang=sv>

påverkar förmågan att utföra aktiviteter och vara delaktig i relation till omgivning och personfaktorer [10, 11].

Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. Otillräcklig fysisk aktivitet, tobaksbruk, ohälsosamma kostvanor samt riskbruk av alkohol och narkotika leder till ohälsa och kan i förlängningen leda till sjukdom eller skada, nedsatt arbetsförmåga och risk för sjukskrivning. För vissa grupper är ohälsosamma levnadsvanor mer riskfyllda än för andra, med ökad risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död [12, 13].

Om fler individer får hjälp och stöd att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor kan också ojämlikheter i befolkningens hälsa minska. En av förutsättningarna att uppnå detta är att hälso- och sjukvården arbetar med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete [6].

Hälsofrämjande insatser

Hälsofrämjande insatser syftar till att främja och förbättra individens egenupplevda hälsa och hälsorelaterade livskvalitet, samt förebygga sjukskrivning. Ett hälsofrämjande förhållningssätt innebär att stärka individens egen förmåga. Det handlar om att välja bemötande och åtgärder som stödjer individen att formulera och sätta upp realistiska mål i arbetslivet och det sociala livet. För att kunna vara delaktig i sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess måste målen motsvara individens förutsättningar och möjliggöra eget initiativtagande. Hälsofrämjande arbete kan beskrivas som en process där individens resurser tillvaratas och ger människor möjligheter att öka sin motivation och tilltro till egen förmåga, vilket främjar och förbättrar hälsa [14].

Sjukdomsförebyggande insatser

Att förebygga ohälsa är en av hälso- och sjukvårdens uppgifter enligt 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Patienter ska även informeras om metoder för att förebygga sjukdom eller skada enligt PL. Att förebygga ohälsa ska ske genom såväl miljöinriktade som individinriktade åtgärder. Enligt förarbetena⁴ handlar individinriktade förebyggande åtgärder bland annat om att identifiera hälsoproblem, genomföra allmänna riktade hälsokontroller och ge hälsouppllysning. Hälso- och sjukvården behöver i större utsträckning integrera ett sjukdomsförebyggande perspektiv i det löpande arbetet i den ordinarie verksamheten⁵.

Sjukdomsförebyggande insatser avser att förhindra att sjukdom utvecklas. Det kan handla om insatser för att förebygga riskfaktorer. Flera levnadsvanor, som alkohol- och tobaksbruk, fysisk inaktivitet och felaktiga kostvanor är gemensamma riskfaktorer för en rad sjukdomar [6]. Exempelvis, påverkar fysisk aktivitet hälsan positivt och i vissa fall kan fysisk aktivitet förebygga stress, sömnproblem och ohälsa eller minska risken för kroniska sjukdomar, såsom typ 2-diabetes, hjärt-kärlsjukdom, cancer och

⁴ Prop. 1981/82:97 s. 110 f.

⁵ Prop. 2007/08:110

depression. Fysisk aktivitet kan ges som en form av skriftlig ordination i Sverige, så kallat fysisk aktivitet på recept⁶ (FaR®) [6].

Betydelsen av att ha ett arbete

Att ha ett arbete är generellt sett en hälsofaktor. Arbetet strukturerar tiden, det skapar mening och sammanhang, ger status, identitet, försörjning och uppmuntrar till aktivitet och kreativitet [15-18]. Att inte kunna arbeta på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning kan därför upplevas som mycket tungt. Utöver sjukdomsbesvär och ett betydande inkomstbortfall, kan individen också förlora känslan av att höra till.

Trots positiva aspekter av arbete, finns det arbeten och arbetsmiljöer som påverkar individen negativt och utgör då en riskfaktor [19]. Drygt var femte kvinna och var fjärde man har någon form av besvär till följd av arbetet, som gör det svårt att fungera på arbetet eller utföra det dagliga hemarbetet [18]. De vanligaste orsakerna till besvär från arbetet är stress och psykiska påfrestningar, påfrestande arbetsställningar samt tung manuell hantering [20]. Begreppet ergonomi innebär att anpassa arbetet till människan för att förebygga risker för ohälsa och olycksfall. Faktorer i arbetsmiljön får olika betydelse för hälsan beroende på individen, sammanhanget och arbetsuppgifterna. Flera olika teoretiska modeller har utvecklats för att förklara detta, till exempel krav-kontrollmodellen [21, 22].

Den viktigaste åtgärden för att minska sjukfrånvaron hos anställda är att förbättra arbetsmiljön och arbetets villkor både avseende den fysiska och den psykiska miljön [23]. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete innebär att undersöka, genomföra och följa upp verksamheten för att förebygga olyckor och ohälsa.

Forskning visar att arbetsplatser med ett aktivt rehabiliteringsarbete och som arbetar förebyggande med arbetsanpassningar är friskare arbetsplatser [24]. När signaler uppmärksammas som kan tyda på ohälsa hos en anställd kan ett tidigt agerande, exempelvis arbetsanpassningar som genomförs under en kortare eller längre tid, bidra till att sjukfrånvaro undviks [24] (läs mer under Samverkan mellan aktörer, Arbetsgivarens ansvar). Arbetslöshet har visat sig vara relaterat till sämre upplevd livskvalitet samt symtom på ångest och depression [25].

Ett hållbart arbetsliv

Många besvär i arbetslivet går att undvika genom att individen redan vid val av utbildning eller yrke tar hänsyn till sin egen hälsa och medicinska förutsättningar och utifrån sin egen situation tar reda på regler och lagar om

⁶ Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är ett recept som kan förskrivas av legitimerad vårdpersonal. Behandling med FaR® består av tre delar: samtal om fysisk aktivitet; skriftlig ordination av en eller flera fysiska aktiviteter som är anpassade till individens hälsotillstånd, livssituation och intressen; uppföljning utifrån individuella behov. Utgångspunkten för FaR® är en personcentrerad dialog mellan hälso- och sjukvårdens personal och individen. Det rådgivande samtalet anpassas till den specifika individens ålder, hälsa, risknivå och aktuell aktivitetsnivå, samt en kartläggning av individens behov av stöd. Samtalen kan inkludera motiverande strategier och olika verktyg och hjälpmedel. Det rådgivande samtalet kompletteras med en skriftlig ordination om fysisk aktivitet, vilket ges i samråd med patienten. Ordinationen ska vara individuellt anpassad när det gäller typ av aktivitet, aktivitetens intensitet och frekvens och behandlingsperiodens längd. En konkret målsättning som är möjlig att uppnå formuleras och kan ses som en form av överenskommelse mellan vårdgivare och patient. Även uppföljningen individanpassas utifrån patientens behov och är en viktig del för att kunna justera ordinationen, erbjuda ytterligare motivationsstöd samt utvärdera effekten av behandlingen. Den överenskomna aktiviteten kan utföras på egen hand eller som en organiserad aktivitet.

arbetsmiljö [26]. Regeringen har en arbetsmiljöstrategi för 2021 till 2025, *en god arbetsmiljö för framtiden*⁷ [27]. I denna ingår fyra prioriterade områden för ett arbetsliv som ger trygghet, utveckling och god hälsa. Dessa områden är:

- Ett hållbart arbetsliv: alla ska kunna, orka och vilja jobba ett helt arbetsliv
- Ett hälsosamt arbetsliv: arbetslivet ska bidra till utveckling och välbefinnande
- Ett tryggt arbetsliv: ingen ska riskera liv eller hälsa på grund av jobbet
- En arbetsmarknad utan fusk och brott: en bristfällig arbetsmiljö ska aldrig vara ett konkurrensmedel [27].

Det som ökar hälsa och arbetslust benämns som frisk- och skyddsfaktorer och är därmed hälsofrämjande [28]. Friskfaktorerna finns såväl i som utanför arbetet. Eftersom både människor och arbetsplatser är olika blir även friskfaktorerna unika för varje person. Både Arbetsgivarverket [29] och SKR [30] beskriver att arbetsplatser med låg sjukfrånvaro ofta kännetecknas av väl utvecklade friskfaktorer, exempelvis: rimliga arbetstider, närvarande ledarskap, tillitsfullt och engagerat ledarskap, delaktighet och påverkansmöjligheter, kommunikation och återkoppling, systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM), samt rehabiliteringsarbete för lång- och korttidssjukfrånvaro.

⁷ Skr. 2020/21:92

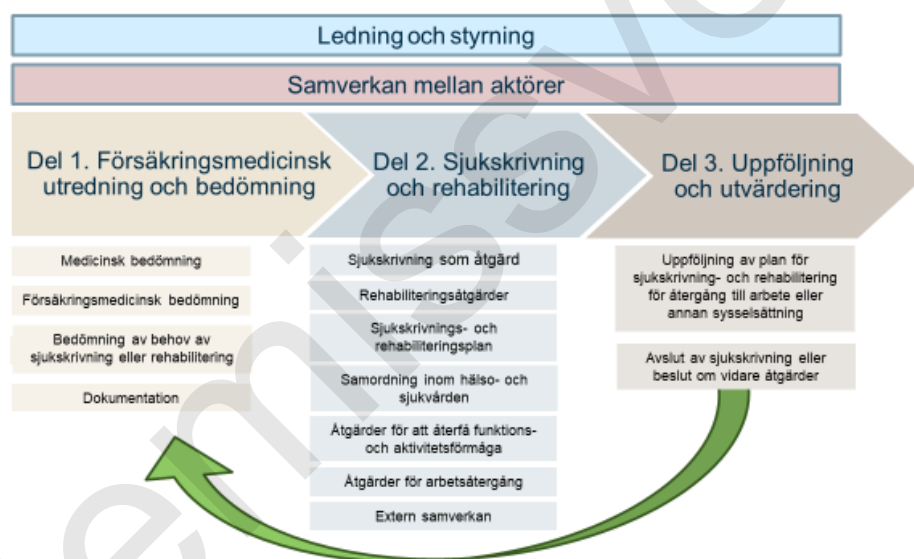
Ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin

Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering är grunden för ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin. Processen består av tre delar och i varje del beskrivs utförligt centrala moment för det praktiska arbetet (figur 6). De tre delarna är:

- försäkringsmedicinsk utredning och bedömning
- sjukskrivning och rehabilitering, samt
- uppföljning och utvärdering.

Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering

Figur 6. Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering, inkl. återgång till arbete



Det övergripande syftet med hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering är gemensamt även för andra involverade aktörer och innehåller insatser för att främja individens förmåga att bibehålla eller återfå arbetsförmåga och att individen därmed ska kunna återgå till arbete eller söka nytt arbete. Involverade aktörer behöver även bidra för att på olika sätt ta tillvara och öka individens förmåga till arbete trots sjukdom [31]. Samtidigt bygger rätten till ersättning från sjukförsäkringen på oförmåga kopplat till sjukdom eller skada. Det innebär att man i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver växla mellan att se till

individens oförmåga respektive förmåga. Denna paradox brukar kallas sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox [31, 32].

Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering börjar när läkaren gör en försäkringsmedicinsk bedömning för att ta ställning till behovet av sjukskrivning eller andra behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering avslutas då individen inte längre har behov av hälso- och sjukvård. Individen kan då ha återfått arbetsförmåga och vara åter i sitt ordinarie arbete/sysselsättning, ibland med andra arbetsuppgifter eller i ett annat arbete.

Sjukskrivnings och rehabiliteringsprocessen avslutas dock inte alltid när individen börjar arbeta igen. Dels kan det finnas ett kvarstående rehabiliteringsbehov, dels kan hälso- och sjukvården behöva följa upp att återgången till arbetet eller en annan sysselsättning blir hållbar.

Även om arbetsförmågan är varaktigt nedsatt kan rehabilitering fortsätta för att stärka funktions- och aktivitetsförmågor, förhindra försämring och öka livskvaliteten.

Nationellt programområde inom rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin (NPO) har tagit fram en generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete som beskriver centrala delar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Modellen ligger i linje med detta kunskapsstöd [33].

Del 1. Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning

Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning

Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning är den första delen i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering [34]. I denna del beskrivs hälso- och sjukvårdens arbete från att individens hälsotillstånd utreds till bedömning om det finns behov av sjukskrivning eller rehabiliteringsinsatser. De moment som ingår i denna första del är:

- **Medicinsk bedömning** (göra rätt från början, systematisk utredning, att ställa rätt diagnos enligt kriterier, samsjuklighet)
- **Försäkringsmedicinsk bedömning** (utreda och bedöma funktionstillstånd, bedöma arbetsförmåga i relation till arbete eller annan sysselsättning, försäkringsmedicinsk bedömning via digitala vårdbesök)
- **Bedömning av behov av sjukskrivning eller rehabilitering** (är sjukskrivning en adekvat åtgärd, vilka behandlings- och rehabiliteringsinsatser behövs för att individen ska återfå funktionsförmåga)
- **Dokumentation** (i journal, intyg) [35].

Typ av sjukdom eller skada påverkar individens behov

Generellt sett har olika sjukdomar och skador, samt samsjuklighet, olika förlopp och påverkar funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning på skilda sätt, också vid en och samma diagnos. Det innebär att det finns stora skillnader i behov mellan enskilda individer. Exempelvis kan många sjukdomar eller skador behandlas med läkemedel, annan medicinsk behandling eller rehabiliteringsinsatser för att återfå funktions- och arbetsförmåga. Andra sjukdomar kan ge kroniska eller varaktiga begränsningar, en del kan ha ett flukturerande förlopp, där arbetsförmågan periodvis är nedsatt i samband med sjukdomsskov, sedan finns det sjukdomar som är progredierande vilket innebär att funktionerna sakta försämras. Vid multitrauma eller allvarligare sjukdomstillstånd kan individen drabbas av stora skador som påverkar funktions- och aktivitetsförmåga och kräver långvarig teambaserad rehabilitering för att, när det är möjligt, komma tillbaka till arbete till någon del. För vissa sjukdomsgrupper kan behov av sjukskrivning och rehabilitering vara återkommande.

Medicinsk bedömning

När individer besöker hälso- och sjukvården för att de blivit sjuka, skadat sig, har ett eller flera symtom eller aktivitetsbegränsningar ska de enligt 2 kap. 2

§ PL, om det inte är uppenbart obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Hälsotillstånd är ett paraplybegrepp för somatisk eller psykisk sjukdom som kan vara akut eller kronisk, det kan även handla om en störning⁸, skada eller ett trauma. Bedömning av hälsotillståndet ska göras av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.⁹

Innan den medicinska bedömningen kan göras behöver läkaren genomföra en medicinsk utredning med fokus på att systematiskt utreda individens hälsotillstånd och ställa diagnos. I utredningen ingår en grundlig anamnes för att tidigt få en hypotes om vilken eller vilka diagnos/diagnoser som individen eventuellt drabbats av samt kan behöva behandling för. Anamnesen utgår från individens kontaktorsak, huvudproblem eller anledning till att patienten söker vård. Utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt ställs frågor som är relevanta och anpassas utifrån de symtom som patienten uppvisar eller beskriver, till exempel:

- *Somatisk* anamnes kan innehålla frågor om individens aktuella besvär, symtom, vad som hänt innan besöket, tidigare genomgångna sjukdomar, operationer, hereditet, smärta, sönmönster, medicinering.
- *Psykisk* anamnes kan innehålla frågor om bland annat psykiskt mående, oro, när besvären debuterade, utlösande faktorer, förlopp, tidigare genomgångna psykiska sjukdomar, hereditet, missbruk.
- *Social* anamnes kan innehålla frågor om bland annat familje-, arbetssituation och fritid, individens levnadsvanor (exempelvis om fysisk aktivitet, kostvanor, tobak, alkohol, substansbruk), sömn, stress, våld i nära relationer.

Anamnesen behöver som regel kompletteras med somatiskt och psykiskt statustagning. Ibland kan observationer göras. Utredningen kan behöva kompletteras med till exempel bilddiagnostik, laboratorietester eller olika funktionstester (exempelvis neuropsykologiska tester eller fysiska funktionstester) m.m. Det är viktigt att diagnostiken och differentialdiagnostiken genomförs på ett noggrant och kunskapsbaserat sätt.

De sammanlagda fynden av anamnes, undersökningar och status avser att resultera i en diagnos. Den kliniska undersökningen är viktig för att komma vidare i sökandet efter rätt diagnos och för att säkra, eller åtminstone kraftfullt minska risken, att ett allvarligt sjukdomstillstånd missas. Om det som framkommit vid den kliniska undersökningen bedöms tala för ett psykiatriskt tillstånd, dokumenteras förutom basalt psykiskt status även den del av anamnesen som bedöms tala för ett psykiatriskt tillstånd. När anamnes och status inte talar för en specifik diagnos behöver läkaren utesluta eller överväga andra diagnoser som ger liknande symtom, så kallad differentialdiagnostik för att säkerställa rätt diagnos. Vid samsjuklighet kan

⁸ Störningar används i ICD-10 om t.ex. lindrig kognitiv störning, synstörning, sömnstörning och konsistitetsstörning, det vill säga hälsotillstånd som inte brukar kategoriseras som sjukdomar, men som ändå är relevanta att bestämma och benämna i hälso- och sjukvårdssammanhang. Andra uttryck för samma sak är rubbning eller avvikelser, men när definitionen i termbanken togs fram var bedömningen att störning var det tydligaste och mest etablerade uttrycket av dessa.

⁹ Prop. 2017/18:83 s. 47.

utredning och diagnostik ta längre tid. En av orsakerna till diagnostiska misstag beror på otillräcklig anamnes- och statustagning [36].

Den medicinska bedömningen handlar om att utifrån utredningens resultat, individens diagnos och förutsättningar, samt individens eget medbestämmande (5 kap. 1 § PL) rekommendera vilka behandlings- och rehabiliteringsinsatser som är relevanta. Att rätt diagnos är ställd är en förutsättning för ställningstagande kring behandlings- och rehabiliteringsinsatser och behov av sjukskrivning ska bli rätt.

Läkaren dokumenterar dels vilka undersökningar som genomförts och dels resultaten från de olika undersökningarna, det vill säga vilka avvikelser som läkaren funnit. Resultatet av utredning och bedömning ska dokumenteras i journalen och i intyg och ligger till grund för vidare bedömningar.

Om diagnosen är oklar tas ställning till vidare utredning utifrån aktuell frågeställning. Nya bedömningar avser exempelvis diagnos, svårighetsgrad, aktivitetsbegränsning, behandlingsalternativ m.m. I bedömningen ingår att göra en prognos för hur lång tid det kan ta för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga och hälsa, om det finns risk för försämring, samt individens möjligheter att tillgodogöra sig behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Vården ska utformas tillsammans med individen (5 kap. 1 § PL), liksom att rehabiliteringsplanen ska tas fram tillsammans med individen (8 kap. 7 § HSL).

Den medicinska bedömningen kan resultera i att individen rekommenderas friskvård, egenvård eller behandlings- eller rehabiliteringsinsatser utan sjukskrivning. Målet för medicinska behandling och rehabilitering är att patienten ska uppnå bästa möjliga funktionsförmåga och fysiskt och psykiskt välbefinnande, det vill säga god livskvalitet. Den medicinska bedömningen kan även resultera i att det kan finnas behov av sjukskrivning och då behöver en försäkringsmedicinsk bedömning göras [37] (se Försäkringsmedicinsk bedömning).

Att ställa diagnos

I kvalitetssäkrande syfte behöver det finnas rutiner för hur diagnostik ska genomföras (jämf patientsäkerhetslag, HSL och ledningssystemsföreskriften och patientsäkerhetsarbete).

I Socialstyrelsens termbank definieras diagnos som en bestämning och benämning av sjukdom, skada, störning¹⁰ eller förändring i kroppsfunction [9]. Vidare skiljer man på ”att ställa diagnos och att klassificera eller koda en diagnos. I det första fallet görs en bestämning av patientens tillstånd baserat på diagnoskriterier för den aktuella diagnosen/de aktuella diagnoserna. I det andra fallet väljer man vilken eller vilka koder som bäst beskriver den ställda diagnosen med hjälp av en statistisk klassifikation såsom ICD-10-SE. Denna klassifikation innehåller även symtom, onormala fynd, besvär och sociala förhållanden, vilka också kan ges en diagnoskod.” [9].

¹⁰ Störningar används i ICD-10 om t.ex. lindrig kognitiv störning, synstörning, sömnstörning och konsidentitetsstörning, det vill säga hälsotillstånd som inte brukar kategoriseras som sjukdomar, men som ändå är relevanta att bestämma och benämna i hälso- och sjukvårdssammanhang. Andra uttryck för samma sak är rubbning eller avvikelse, men när definitionen i termbanken togs fram var bedömningen att störning var det tydligaste och mest etablerade uttrycket av dessa.

Det är avgörande att diagnosen ställs på ett evidensbaserat sätt, vilket innebär att bedöma huruvida gällande diagnoskriterier är uppfyllda eller inte. På det medicinska området är termer huvudsakligen kopplade till det diagnossystem som används. I Sverige används främst ICD-10-SE¹¹ för att ange diagnos inom hälso- och sjukvården.

Den medicinska problematik som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställd vid vårdkontaktens slut, benämns i detta sammanhang huvuddiagnos, medan annat tillstånd än huvuddiagnos som blivit föremål för bedömning, utredning eller behandling under en vårdkontakt betraktas som bidiagnos eller -diagnoser. I läkarintyget anges den diagnos som påverkar arbetsförmågan mest först, medan diagnoser som inte påverkar arbetsförmågan inte anges i läkarintyget.

Den patientnära delen i den diagnostiska processen kan ibland vara teambaserad, där olika roller och kompetenser behövs för att ta fram underlag för att ställa diagnos, beroende på aktuell hypotes. Provtagning, test, bild- och funktionsdiagnostik och konsultationer samt genomgång av redan befintlig information kompletterar anamnes och status. Ett utvecklat teamarbete har också förts fram som en insats för förbättrad diagnostik [36]. Ett teamarbete ställer krav på tydliga roller och ansvarsfördelning, inklusive vem som har det övergripande ansvaret för individens vård.

Diagnostiska fel

Diagnostik kan vara komplicerat. Det finns flera faktorer som kan leda den åt fel håll. Diagnostiska fel beror på brister i den diagnostiska processen, vilket kan leda till att diagnosen inte blir korrekt eller inte ställs i rätt tid så att adekvata åtgärder kan vidtas. När det finns oklarheter kan diagnoser användas i form av arbetshypoteser som omvärderas och revideras eller avskrivs vid behov. Vid samsjuklighet är diagnostiken än mer medicinskt komplex, då kan det behövas en distinktion mellan vad som är samsjuklighet och vad som är en osäker diagnostik [38]. En diagnos kan kontinuerligt behöva omprövas och sättas i relation till individens aktuella kliniska problematik.

När ett diagnostiskt fel upptäcks är det viktigt att försöka minimera risken för skada för patienten. Utöver rutiner för hur diagnostik ska genomföras, behöver verksamheten även ha tydliga rutiner för hur uppdagade diagnosfel ska hanteras och hur man säkerställer att informationen når patient och behandlande läkare, speciellt om dessa finns utanför den egna enheten [36].

Samsjuklighet

Begreppet ”samsjuklighet” betyder att en individ har flera sjukdomstillstånd och uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar samtidigt [38, 39]. Komorbiditet (eng ”comorbidity”) är ett annat relaterat uttryck, där man antingen kan syfta på att en sjukdom bidrar till utvecklingen av en annan, såsom uppkomsten av kärlsjukdom vid diabetes, eller hur andra samtidiga

¹¹ ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Den svenska versionen av heter ICD-10-SE, Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning. Det primära syftet med ICD-10-SE, är att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen).

sjukdomstillstånd påverkar en indexsjukdom [40, 41]. Båda dessa begrepp antyder en association mellan de olika, sammanfallande tillstånden. Begreppet ”multisjuk” har använts på ett flertal sätt i litteraturen. Det kan handla om att man antingen vill beskriva en situation där en person har två eller flera sjukdomar, eller ett antal sjukdomar och dess svårighetsgrad, antal sjukdomar och sjukhusinläggningar samt ålder och komplexa hälsoproblem [42].

Beroende på vilka sjukdomar individen har kan samsjukligheten se olika ut och få olika stora konsekvenser för individen. Långvariga sjukskrivningar orsakas ofta av samsjuklighet [43-45]. Vissa sjukdomar i kombination kan ge fler och allvarigare funktionsnedsättningar än endast en av sjukdomarna separat. Exempelvis finns det en ökad risk för kroppslig ohälsa vid psykiatriska diagnoser, medan en del sjukdomar kan påverka återhämtningen från en annan sjukdom. I den individuella bedömningen behöver läkaren avgöra hur de olika diagnoserna påverkar varandra och att kombinationen av sjukdomar kan bestå av såväl psykiatriska som somatiska diagnoser och påverka såväl psykologiska som fysiologiska kroppsfunktioner. Detta kan även få till följd att aktivitetsförmågan begränsas inom flera områden eftersom samsjukligheten kan bestå av både psykiatriska och somatiska tillstånd som i sin tur påverkar arbetsförmågan i hög grad.

Socialstyrelsens diagnosspecifika vägledningar i det försäkringsmedicinska beslutsstödet ger stöd vid enskilda diagnoser och inte vid flera samtidiga diagnoser (samsjuklighet). Däremot, i vägledningarna för olika diagnoser finns information om vanligt förekommande samsjuklighet under rubriken *Försäkringsmedicinsk information* för diagnoser där samsjuklighet är känd. Vid samsjuklighet behöver läkaren motivera i läkarintyget varför avsteg görs mot den vägledning för sjukskrivning som finns i Socialstyrelsens diagnosspecifika stöd.

Flera medicinska behov samtidigt

Samsjuklighet innebär även att individen har flera medicinska behov samtidigt. När individer har flera sjukdomar är det viktigt att säkerställa god och säker vård, behandling för samtliga diagnoser och vid behov relevanta psykosociala stödinsatser. Ibland kan man behöva prioritera vilken typ av åtgärder som ska genomföras först. När behandlings- och rehabiliteringsinsatser behöver samordnas, kan flera vårdenheter behöva ha en gemensam dialog för att insatserna och planeringen ska kunna genomföras på bästa sätt. Ett samordnat stöd, en god samverkan och rätt stöd till individen kan säkerställa detta.

Samsjuklighet ökar risken för sämre förlopp

Personer med samsjuklighet kan ha en ökad risk för ett längre sjukskrivnings- och rehabiliteringsförlopp. Det är viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med de olika tillstånden samtidigt [46]. Samtidigt kan det finnas behov av annat stöd till individen såsom fast läkarkontakt eller koordineringsinsatser. Det är sedan länge välkänt att personer med substansbrukssyndrom har en förhöjd risk för olika former av psykisk ohälsa. Omvänt så har personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser en ökad risk för beroende.

Likaledes finns det en påtaglig samsjuklighet mellan långvarig smärta och psykiska tillstånd som ångest och depression [47]. Studier som undersökt sambandets riktning visar att ångest och depression ökar risken för att utveckla smärtnproblem, men att även det motsatta gäller, och att smärtnproblem ökar risken för att utveckla ångest och depression. Problemen verkar alltså ömsesidigt förstärka varandra. Personer med långvariga smärntillstånd har också en högre förekomst av allvarliga medicinska tillstånd som till exempel hjärt- och kärlsjukdom och även en högre dödlighet [47].

Det är vårdbehovet som styr om och när en försäkringsmedicinsk bedömning ska göras. Och det är bedömningen som avgör om ett läkarintyg för sjukpenning ska utfärdas eller inte. Inte behov hos myndighet, arbetsgivare eller annan.

Försäkringsmedicinsk bedömning

I den försäkringsmedicinska utredningen bedöms hälso- och funktionstillståndets påverkan på arbetsförmågan, samt i vilken grad och omfattning det finns behov av sjukskrivning i relation till arbetsförmågens nedsättning. För att en försäkringsmedicinsk bedömning avseende behov av sjukskrivning ska kunna göras behöver läkaren ha information om individens arbetssituation, vilka krav som ställs i individens arbete och om det finns möjligheter att anpassa arbetet. Det kan även finnas behov av behandlings- eller rehabiliteringsinsatser för att öka individens funktions- och aktivitetsförmåga.

Detta avsnitt om försäkringsmedicinsk utredning och bedömning innehåller en beskrivning av vad som menas med funktionstillstånd. Därefter ges stöd för: att bedöma individens funktions- och aktivitetsförmåga; att bedöma arbetsförmåga; bedömning av behov av sjukskrivning eller rehabilitering; försäkringsmedicinsk bedömning via digitala vårdbesök; samt stöd för journalföring och utfärdande av medicinska underlag till andra aktörer [35]. Men först ges en introduktion till biopsykosocialt perspektiv.

Introduktion till biopsykosocialt perspektiv

Den biopsykosociala modellen

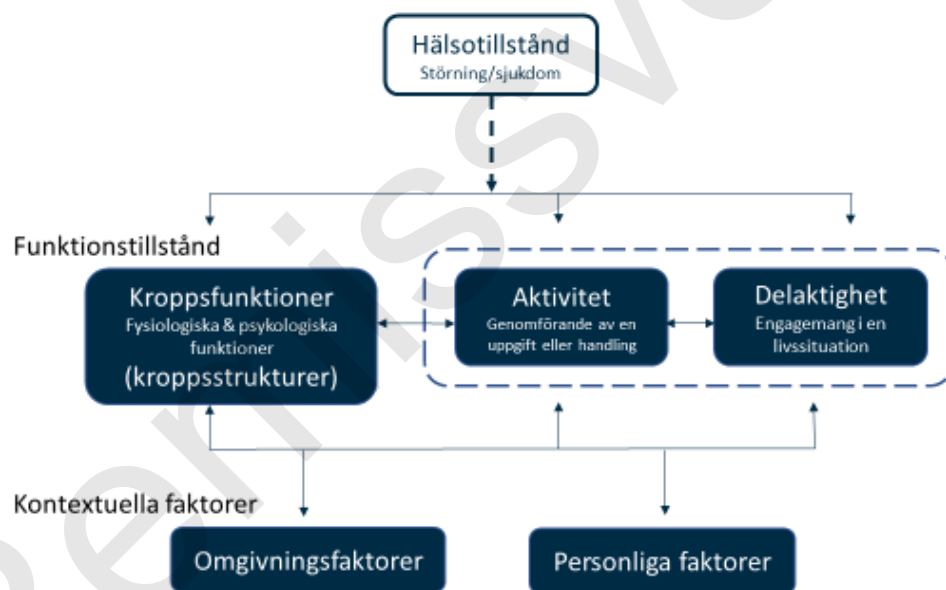
Den biopsykosociala modellen beskriver hälsa ur ett *biologiskt*, *psykologiskt* och *socialt* perspektiv [48]. Modellen kan utgöra en ram när en individs hälsa eller ohälsa ska beskrivas och vid bedömningen av somatisk sjukdom, psykisk ohälsa och sociala problem, då de tre aspekterna behöver beaktas, inte var för sig utan i deras samspel med varandra. Modellen belyser den komplexa interaktionen mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer och hur dessa är relaterade till varandra och samverkar vid sjukdomsutveckling. Vid försäkringsmedicinsk utredning och utredning av behov av behandlings- och rehabiliteringsinsatser är ett biopsykosocialt perspektiv grundläggande om man vill bedöma patienten i hela sin situation [49]. Den biopsykosociala utredningen och bedömningen genomförs med fördel av olika rehabiliteringsprofessioner.

ICF

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)¹² är tänkt att användas för att skapa ett gemensamt språk och en struktur för att jämföra människors hälsa. ICF syftar till att beskriva funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell, som innebär att individens situation och tillstånd ses som en kombination av biologiska, psykologiska och sociala faktorer hos individen och hans eller hennes omgivning. Lite enklare uttryckt betyder biopsykosocial en helhetssyn på människan och inte endast som en biologisk kropp. Även de rent personliga och emotionella egenskaperna hos individen observeras, samt vilken betydelse den fysiska och psykosociala omgivningen har för den uppkomna ohälsan [50].

ICF:s begreppsmodell (figur 7) används för att beskriva hur hälsa och hälsorelaterade tillstånd påverkar en individs funktionstillstånd. Den gör det möjligt att få överblick över medicinska och sociala faktorer som påverkar individens fysiologiska och psykologiska funktioner, förmågan att genomföra olika aktiviteter och att vara delaktig. Komponenterna i ICF påverkar varandra i en interaktiv process och vid beskrivning av sjukdom och hälsotillstånd kan det vara värdefullt att använda sig av dessa vid utredning och bedömning av behov av behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

Figur 7. ICF begreppsmodell



ICF:s begreppsmodell är indelad i *funktionstillstånd* och *kontextuella faktorer*. Dessa kompletteras med hälsotillstånd (ligger överst i modellen figur 7). Hälsotillstånd är ett paraplybegrepp för somatisk eller psykisk sjukdom, skada eller trauma. Hälsotillståndet kan även innefatta andra omständigheter såsom graviditet, åldrande, stress, medfödd missbildning

¹² Eftersom ICF till sin natur är en hälso- och hälsorelaterad klassifikation används den också inom andra områden såsom försäkringsbolag, socialförsäkring, arbetsliv, utbildning, ekonomi, socialpolitik och vid utveckling av allmän lagstiftning och miljöanpassningar. Den har sålunda accepterats som en av Förenta Nationernas sociala klassifikationer och har införlivats i samt hänvisas till i Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet.

eller genetiska anlag. Hälсотillstånd kan kudas med hjälp av Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning (ICD-10-SE) som klassificerar diagnoser och andra hälsotillstånd. En viktig försäkringsmedicinsk utgångspunkt är att en viss diagnos får olika konsekvenser för olika individer, i enlighet med ICF-modellen.

Funktionstillstånd

I den försäkringsmedicinska bedömningen bedöms behov av sjukskrivning eller behandlings- eller rehabiliteringsinsatser i relation till nedsatt hälso- och funktionstillstånd. Funktionstillstånd definieras enligt Socialstyrelsens termbank som ett tillstånd hos en individs *kroppsfunktioner* och *kroppsstrukturer*¹³ samt förmåga till *aktivitet* och *delaktighet* [9].

Kroppsfunktioner beskriver fysiologiska och psykologiska faktorer.

Aktivitet och delaktighet¹⁴ kan vara svåra att särskilja och presenteras därför ofta gemensamt, så även i detta försäkringsmedicinska kunskapsstöd.

Aktivitet avser en individs genomförande av en uppgift eller handling.

Både den biopsykosociala modellen och ICF fokuserar på hälsa och fungerade. Läkaren behöver i sitt försäkringsmedicinska arbete bedöma funktionstillståndet (funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning) som sjukdomen eller skadan orsakar och hur det i sin tur påverkar individens arbetsförmåga.

Funktionsnedsättning

När en individ får problem med kroppsliga funktioner på grund av sjukdom eller till följd av skada, används begreppet *funktionsnedsättning*.

Funktionsnedsättning innebär en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion, vilket innefattar nedsättning av fysiologiska eller psykologiska funktionsförmågor och därmed arbetsförmågan. Exempel på fysiologiska funktioner är problem med fysisk styrka, motorik eller smärta. Exempel på psykologiska funktioner är problem med minne, motivation, uppmärksamhet eller problemlösning.

Stöd för att bedöma funktionsnedsättning

För att kunna bedöma vilka funktionsnedsättningar som individen har behöver läkaren göra en medicinsk undersökning. Där ingår anamnes, det vill säga vad individen berättar om sina besvär och symtom, en klinisk undersökning för att identifiera avvikelser i fysiskt och psykiskt status (stöd för denna bedömning ges under rubriken Medicinskt bedömning). I försäkringsmedicinska sammanhang behöver läkaren tydligt dokumentera dels vilka undersökningar som genomförts och dels resultaten från de olika undersökningarna (undersökningsfynd, observationer, testresultat, läkarens bedömning av det som framkommer vid undersökningen), samt läkarens värdering och bedömning av informationen som framkommer vid undersökningen av patienten. Detta ligger till grund för att komma fram till

¹³ Kroppsstrukturer beskriver kroppens anatomiska delar, men ingår inte i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska kunskapsstöd.

¹⁴ Delaktighet avser individens engagemang i sin livssituation (exempelvis i sitt arbete eller annan sysselsättning förutsatt miljöns tillgänglighet) och förmågan att vara autonom och bestämma över sitt eget liv.

vilka funktioner som är nedsatta på grund av sjukdom eller skada (stöd för denna bedömning ges under rubriken Medicinskt bedömning).

Sjukdomen eller skadan kan orsaka funktionsnedsättningar inom ett eller flera olika funktionsområden. Ange inom vilket eller vilka områden funktionerna är nedsatta:

- Psykiska funktioner
- Sinnesfunktioner och smärta
- Röst- och talfunktioner
- Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner
- Matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner
- Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner
- Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner
- Funktioner i huden och därmed relaterade strukturer [11].

Bedömningen av vilka funktioner som är nedsatta hos individen måste alltid ske individuellt. För att tydliggöra hur stora problem individen har, kan läkaren om möjligt gradera funktionsnedsättningarna¹⁵ eller belysa nedsättningarna med konkreta exempel. Exempel utifrån sömnfunktioner:

- lätt problem med sömnen
- måttligt problem med sömnen
- svårt problem med sömnen
- totalt problem med sömnen

Det är viktigt att bedömning sker på saklig grund och att intygsutfärdaren begränsar bedömningen till det som han eller hon kan bedöma och ansvara för. Det betyder att bedömningen ska ske med samma objektivitet, medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder inom hälso- och sjukvården. Resultatet av patientens beskrivning av sina besvär och läkarens utredning och bedömning ligger till grund för den försäkringsmedicinska bedömningen och dokumenteras i journalen och i intyg.

För vissa diagnoser kan läkaren ta hjälp av Socialstyrelsens diagnosspecifika beslutsstöd **LÄNK**, där det finns beskrivningar av vilka vanliga funktionsnedsättningar som kan förekomma för en specifik diagnos (för en mer utförlig beskrivning av och exempel på funktionsnedsättningar se bilaga 4).

Aktivitetsbegränsning

När en individ har svårigheter att utföra uppgifter eller aktiviteter används begreppet *aktivitetsbegränsning*. Med aktivitetsbegränsning avses hur sjukdomen, skadan eller funktionsnedsättningen påverkar individens förmåga att genomföra aktiviteter i relation till arbetsuppgifter eller annan sysselsättning. Exempel på aktivitetsbegränsningar är svårigheter att fokusera

¹⁵ Bedömningsfaktorer enligt ICF: lätt (litet, lågt...), måttligt (medel, ganska stort...), svårt (gravt, högt, extremt...), totalt (fullständigt...).

uppmärksamhet, att hantera stress, att ta beslut, att lyfta och bära föremål, att gå uppför och nerför i trappor.

Stöd för att bedöma aktivitetsbegränsning

För att bedöma vilka aktivitetsbegränsningar individen har, ska bedömningen göras i relation till vilka krav som ställs i det ordinarie arbetet, för en viss arbetsuppgift eller annan sysselsättning och vad patienten inte klarar av att göra på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning. I försäkringsmedicinska sammanhang behöver läkaren tydligt dokumentera dels statustagning och vilka eventuella undersökningar som genomförts och dels resultaten från de olika undersökningarna, samt läkarens värdering och bedömning av informationen som framkommer vid undersökningen av patienten. Detta ligger till grund för att komma fram till vilka aktivitetsbegränsningar som läkaren bedömer att sjukdomen, skadan eller funktionsnedsättningen orsakar (stöd för denna bedömning ges under rubriken Medicinskt bedömning). En noggrann beskrivning av aktivitetsbegränsningarna ger underlag för bedömning av arbetsförmågan. Sjukdomen, skadan eller funktionsnedsättningen kan orsaka aktivitetsbegränsningar inom ett eller flera aktivitetsområden. Ange inom vilket eller vilka områden aktivitetsbegränsningarna uppstår.

- Lärande och att tillämpa kunskap
- Att hantera allmänna uppgifter och krav
- Kommunikation
- Förflyttning
- Personlig vård
- Hemliv
- Att engagera sig i mellanmännsliga interaktioner och relationer
- Att engagera sig i viktiga livsområden
- Att engagera sig i samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv [11].

Det behöver framgå i vilken grad aktivitetsbegränsningarna påverkar möjligheterna att utföra arbetsuppgifter eller annan sysselsättning. För att tydliggöra hur stora svårigheter individen kan läkaren om möjligt gradera aktivitetsbegränsningarna¹⁶ eller belysa begränsningarna med konkreta exempel. Exempel utifrån att bibehålla kroppsställning:

- lätt svårighet att bibehålla stående kroppsställning
- måttlig svårighet att bibehålla stående kroppsställning
- stor svårighet att bibehålla stående kroppsställning
- total svårighet att bibehålla stående kroppsställning.

Det är även viktigt att ange om det finns någon typ av aktivitet som patienten bör undvika på grund av *medicinsk risk* (exempelvis att arbeta oregelbundet vid diabetes typ 1, att arbeta med billackering vid astma, e.dyl.), *medicinska restriktioner* (exempelvis att lyfta och bära tungt efter höftledsoperation, att arbeta med armarna över axelhöjd vid skulder- och axelbesvär, e.dyl.) eller *allvarlig olycksrisk* (exempelvis att framföra arbetsfordon vid nedsatt

¹⁶ Bedömningsfaktorer enligt ICF: lätt (lätt, låg...), måttlig (medel, ganska stor...), stor (grav, hög, extrem...), total (fullständig...)

synförmåga, att utföra arbete som kräver skärpt uppmärksamhet under medicineringsmedel lugnande läkemedel, e.dyl.).

Vid bedömning av aktivitetsbegränsningar i relation till de krav på aktivitetsförmåga som ställs i det arbete eller den sysselsättning som individen har, kan läkaren ta hjälp av validerade skattningsskalor.

För vissa diagnoser kan läkaren ta hjälp av Socialstyrelsens diagnosspecifika beslutsstöd **LÄNK**, där det finns beskrivningar av vilka vanliga aktivitetsbegränsningar som kan förekomma för en specifik diagnos (för en mer utförlig beskrivning av och exempel på aktivitetsbegränsningar se bilaga 4).

Beroende på sysselsättning ges här några exempel på hur läkaren kan tänka för att bedöma om aktivitetsbegränsningarna medför att individen inte kan utföra sina vanliga aktiviteter inom sitt arbete eller sin sysselsättning (tabell 1).

Tabell 1. Exempel på sysselsättning och frågor om aktiviteter

Sysselsättning	Frågor
Anställd	Här behöver läkaren ställa frågor om inom vilket yrke individen arbetar, vilka krav som ställs i arbetet och vilka arbetsuppgifter individen förväntas klara av i sitt arbete. Viktiga frågor att ställa är i vilka situationer, under vilka arbetsuppgifter och hur ofta begränsningarna uppstår, samt om arbetsanpassningar kan underlätta arbetet.
Arbetssökande	Arbetssökande och andra som bedöms mot normalt förekommande arbete inom en angiven yrkesgrupp. Här behöver läkaren ställa frågor för att kartlägga individens aktivitets- och arbetsförmåga. Det är de individuella förutsättningarna att utföra något arbete eller annan sysselsättning som är avgörande. Kunskapsmaterialet beskriver krav på förmåga till aktivitet i olika yrkesgrupper och kan användas av sjukskrivande läkare för att få en bild av vad ett normalt förekommande arbete kan innebära. Mer om kunskapsmaterialet i detta stöd hittar du här LÄNK . Kunskapsmaterialet finns på Arbetsförmedlingens hemsida LÄNK
Sjukskriven i program hos Arbetsförmedlingen	Hälso- och sjukvården kan behöva ta ställning till behov av sjukskrivning under program eller annan insats på Arbetsförmedlingen. Det är då viktigt att ta reda på vilka aktiviteter som ingår och vad insatsen innebär [ref]. Det görs i intyget för deltagare i program (Af 00251).
Studerande	Här behöver läkaren ställa frågor om vad studierna innebär i omfattning, krav på närvaro, om det ingår praktiska moment, exempelvis om individen kan tillämpa kunskap, fokusera uppmärksamhet, läsa, skriva, lösa problem eller att förflytta sig.
Föräldraledig	Här behöver läkaren ställa frågor om vad som krävs för att individen ska kunna ta hand om sitt barn, exempelvis lyfta, bära, använda hand och arm, förflytta sig, bereda måltider.
Ekonomiskt bistånd	Insatser från kommunen/ekonomiskt bistånd (aktivitetsbegränsning i motsvarande sysselsättning). Här behöver läkaren ställa frågor om vad sysselsättningen/aktiviteten innebär. Undersöka möjligheten om patienten kan ta ett normalt förekommande arbete och vara inskriven AF.

Det är viktigt att bedömningen sker på saklig grund och att läkaren begränsar sin bedömning till det som han eller hon kan bedöma och ansvara för. Det betyder att bedömningen ska ske med samma objektivitet, medvetenhet, systematik och professionalism som vid andra åtgärder inom hälso- och sjukvården. Resultatet av anamnes, utredning och bedömning ligger till

grund för den försäkringsmedicinska bedömningen och dokumenteras i journalen och i intyg.

Kontextuella faktorer

Kontextuella faktorer beskriver sammanhanget som individen ingår i och hur detta kan påverka individen. Här ingår komponenterna *omgivningsfaktorer* och *personliga faktorer*. När individens hälsotillstånd förändras genom sjukdom eller skada som påverkar funktions- eller aktivitetsförmåga eller om kraven i omgivningen blir för stora förändras det dynamiska samspelet mellan dessa faktorer [51].

Omgivningsfaktorer

Omgivningsfaktorer utgörs av den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning eller miljö som individen befinner sig i. Faktorer på arbetsplatsen inbegriper miljö, kultur och socialt klimat och är nyckelfaktorer som påverkar arbetsförmågan. Miljön finns därför med som en egen dimension i ICF.

Omgivningsfaktorer kan vara hindrande eller underlättande.

Arbetsplatsens fysiska miljö kan innehålla riskfaktorer som kan orsaka förslitningsskador, fysisk eller psykisk ohälsa. Det kan handla om att betydelsefull skyddsutrustning helt saknas, såsom redskap, lyfthjälpmedel, skyddskläder, hjälm, m.m.

Tillgängligt socialt stöd på arbetsplatsen, särskilt från kollegor och närmaste chef, är skyddsfaktorer och påverkar arbetsförmågan positivt. Får individen stöd under sjukfrånvaron, är delaktig i beslut kring arbetsåtergång och att det finns förståelse för de svårigheter som följer av sjukdomen eller skadan, underlättar det återgång till arbete. Det behöver även finnas en förståelse för att faktorer som är relaterade till den sociala miljön utanför arbetsplatsen kan påverka individens arbetsförmåga, såsom familj, våld i nära relationer, konflikter eller andra livshändelser.

Omgivningsfaktorer kan även användas för att identifiera behov av eller möjligheter till anpassningar för att bibehålla arbetsförmåga eller ge stöd vid återgång till arbete. Läkaren kan vid intygsskrivande rekommendera åtgärder i arbetsmiljön som kan underlätta för patienten att återgå till arbete. Läkaren kan även beskriva på vilket sätt åtgärderna kan underlätta återgång till arbete (läs mer under rubriken Åtgärder för arbetsåtergång i del 2 Sjukskrivning och rehabilitering).

Samspelet mellan riskfaktorer i arbetsmiljön och individens fysiologiska och psykologiska funktionsförmågor förbises ofta i samband med bedömning av individens arbetsförmåga (för en mer utförlig beskrivning av och exempel på omgivningsfaktorer se bilaga 4).

Personliga faktorer

Personliga faktorer är individuella och påverkar den egna upplevelsen av hälso- och funktionstillståndet. Personliga faktorer är en komponent som inte ska anges i intyget för sjukskrivning. Men, genom att göra en kartläggning av personliga faktorer kan den ge information som behövs när insatser och åtgärder planeras. Individens motivation och tilltro till den egna förmågan (eng. self-efficacy) är betydelsefulla resurser i samband med återgång till

eller inträde i arbetslivet [52]. För hälso- och sjukvården är det av vikt att tillvarata och stärka individens resurser. Utifrån de personliga faktorerna kan behov identifieras som beaktas när ”personligt stöd” utformas, i enlighet med lag om koordineringsinsatser.

Bedömning av arbetsförmåga

I försäkringsmedicinsk utredning och bedömning ingår att bedöma arbetsförmåga utifrån hur sjukdomstillståndet eller skadan påverkar individens funktions- och aktivitetsförmåga, vilket varierar mellan olika diagnoser och även mellan olika individer med samma diagnos. För att kunna bedöma arbetsförmåga behöver läkaren få information om vad patienten arbetar med, vilka arbetsuppgifterna är och vilka krav arbetet eller sysselsättningen ställer. Arbetsförmåga ur ett kliniskt försäkringsmedicinskt perspektiv innebär att när arbetsförmågan ska bedömas tas endast hänsyn till medicinska faktorer och inte andra faktorer såsom ekonomiska, sociala, arbetsmarknadsmässiga.

Bedömningen av arbetsförmågan måste alltid ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. Vid den individuella bedömningen behöver behandlande läkare även ta hänsyn till eventuell samsjuklighet som kan påverka individens arbetsförmåga.

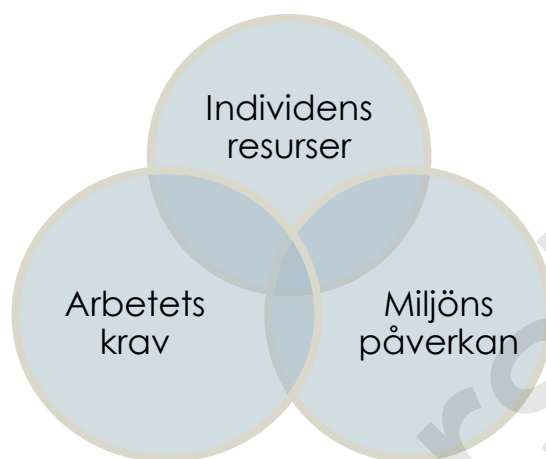
Ur ett medicinskt perspektiv ska läkaren formulera på vilket sätt sjukdomen eller skadan sätter ned individens förmåga att arbeta. En nedsättning av arbetsförmågan kan vara *faktisk* (patienten kan de facto inte arbeta på grund av de aktuella aktivitetsbegränsningarna) eller *terapeutisk* (eller profylaktisk, betyder att patienten bör avstå från arbete/vissa aktiviteter för att underlätta läkning eller förhindra försämring; medicinsk risk) [53].

Arbetsförmåga är alltid kopplat till individen och dennes aktuella hälso- och funktionstillstånd. Hälso- och sjukvården har ett biopsykosocialt perspektiv på arbetsförmåga och vid bedömning av rehabiliteringsbehov är det viktigt att se individen ur ett helhetsperspektiv.

Faktorer som kan påverka arbetsförmågan

Arbetsförmåga avgörs i balansen mellan individens resurser och de krav som arbetet ställer på individen, det vill säga vad förmågan ska relateras till. En individs arbetsförmåga är beroende av individens resurser, arbetets krav och miljöns påverkan. Arbetsförmågan kan förändras om kraven eller förutsättningarna ändras (figur 8).

Figur 8. En individs arbetsförmåga är beroende av individens resurser, arbetets krav och miljöns påverkan. Arbetsförmågan kan förändras om kraven eller förutsättningarna ändras.



Genom att göra en biopsykosocial kartläggning kan läkaren få en förståelse för vilka olika faktorer som påverkar individens arbetsförmåga [54]. Kraven i arbetet kan definieras exempelvis som fysiska, psykiska, emotionella eller sociala (i linje med systematiken i ICF). "Arbetsförmågehuset" speglar den biopsykosociala modellen, vilket innebär att arbetsförmåga inte bara handlar om frånvaro av sjukdom och bibehållen funktion, utan belyser att även andra faktorer spelar in [21, 54].

Arbetsförmågehuset är en modell som beskriver arbetsförmåga som ett hus med fyra våningar och tydliggör arbetsförmågans komplexitet och dess faktorer. Hälso- och funktionstillstånd finns på den första våningen och utgör grunden för individens arbetsförmåga. Kompetens finns på den andra våningen. Den baserar sig på grundläggande utbildning samt yrkesmässiga kunskaper och färdigheter. Den tredje våningen utgörs av personens motivation, värderingar och attityder och den fjärde våningen handlar om arbetsplatsen med arbetsuppgifter, arbetsmiljö och ledarskap.

Arbetsförmågehuset omges av ytterligare faktorer som påverkar individens arbetsförmåga exempelvis personens familj och sociala situation samt krav och förväntningar från omgivningen [54].

Det finns olika perspektiv på arbetsförmåga beroende på vilken aktör som ska bedöma arbetsförmågan [55]. En orsak är att de olika aktörerna styrs av olika lagrum, föreskrifter och andra styrande dokument (se kapitlet Samverkan mellan aktörer).

- Arbetsförmåga ur ett *kliniskt försäkringsmedicinskt perspektiv* när det gäller bedömning av behov av sjukskrivning innebär att när arbetsförmågan ska bedömas försäkringsmedicinskt tas endast hänsyn till de medicinska faktorerna, det vill säga inte ekonomiska, sociala,

arbetsmarknadsmässiga faktorer etc. En biopsykosocial¹⁷ bedömning kan vara en utgångspunkt för att bedöma rehabiliteringsbehov. Perspektivet är kopplat till individens aktuella hälsotillstånd (diagnos) och funktionstillstånd (funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning) i förhållande till aktuella arbetsuppgifter. Den försäkringsmedicinska bedömningen dokumenteras i intyget för sjukpenning och journal.

- Arbetsförmåga ur *Försäkringskassans socialförsäkringsperspektiv* innebär att när arbetsförmågan bedöms i det enskilda fallet tas endast hänsyn till de medicinska faktorerna, det vill säga inte ekonomiska, sociala eller arbetsmarknadsmässiga faktorer. Arbetsförmåga bedöms i förhållande till ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter. Försäkringskassan bedömer rätt till ersättning utifrån medicinska underlag och andra relevanta uppgifter.
- Arbetsförmåga ur *Arbetsförmedlingens perspektiv* handlar om anställningsbarhet. När Arbetsförmedlingen gör en samlad arbetsmarknadspolitisk bedömning tas hänsyn till faktorer som erfarenhet, utbildning och kompetens vilket kan göra att individen inte bedöms vara anställningsbar. Det är i skärningspunkten av individens förutsättningar för arbete, specifika arbetsuppgifter och arbetsmiljön som arbetsförmåga uppstår enligt Arbetsförmedlingen.

Stöd för att bedöma arbetsförmåga

Bedömning av arbetsförmåga måste alltid ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning.¹⁸ I den försäkringsmedicinska utredningen bedöms hälso- och funktionstillståndets påverkan på arbetsförmågan, samt i vilken grad och omfattning det finns behov av sjukskrivning i relation till arbetsförmågans nedsättning.

Vid den individuella bedömningen behöver läkaren även ta hänsyn till eventuell samsjuklighet som kan påverka arbetsförmågan ytterligare. Bedömning av arbetsförmågans nedsättning kan inte enbart baseras på vilket funktionstillstånd individen har. Läkaren behöver ha kunskap om individens arbete, vilka arbetsuppgifter individen har och vilka fysiska och psykosociala krav som ställs i arbetet [57, 58].

Det är utifrån arbetets krav som läkaren därefter bedömer hur aktivitetsbegränsningarna påverkar patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter och vilka uppgifter patienten inte kan eller bör utföra. I vissa fall kanske patienten kan trots nedsatt hälso- och funktionstillstånd utföra sitt arbete helt eller delvis. Anpassningar av arbetssituationen kan föreslås i syfte att bibehålla eller främja arbetsförmåga (se även Frågor att ställa för att få information om individens arbete och arbetsuppgifter i grå rutan nedan).

¹⁷ Se även Arbetsförmågehuset

¹⁸ Utredningen om en översyn av socialförsäkringsskyddet för gravida – ett modernare regelverk (Dir. 2021:94) har i uppdrag att se över socialförsäkringsskyddet för gravida och ska bland annat lämna förslag som syftar till att jämställa försäkringsskyddet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av graviditet med försäkringsskyddet vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Jämlikhetskommissionen har i betänkandet En gemensam angelägenhet (SOU 2020:46) konstaterat att gravida ställs inför högre krav för rätt till sjukpenning än andra arbetstagare (s. 847).

Frågor att ställa för att få information om individens arbete och arbetsuppgifter

- ✓ Vilka arbetsuppgifter har du? Vad gör du, hur gör du och när gör du dem?
- ✓ Vilka arbetsuppgifter är svåra att utföra? Vilka uppgifter går bra att utföra?
- ✓ På vilket sätt skulle anpassningar underlätta möjligheterna att arbeta, exempelvis schema, arbetsuppgifter, arbetsställningar, arbetshjälpmedel eller arbetsbelastning?
- ✓ Hur upplever du din arbetsmiljö, stöd från chef och arbetskamrater i ditt arbete?

Läkaren kan även, efter samtycke från individen, fråga arbetsgivaren vilka arbetsuppgifter individen har och vilka krav som ställs i arbetet. I förekommande fall kan läkaren fråga om individen har någon kännedom om arbetsgivarens möjligheter att anpassa arbetsuppgifter.

Bedömning av behov av sjukskrivning eller rehabilitering

Sjukskrivning ska vara en medveten och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män. Vid försäkringsmedicinsk bedömning bedöms behovet av sjukskrivning i relation till arbetsförmågens nedsättning. Behov av sjukskrivning kan ibland förebyggas genom andra insatser. Det kan exempelvis vara egenvård eller förebyggande åtgärder som sätts in eller rekommenderas för att individen ska bibehålla sin arbetsförmåga, exempelvis fysisk aktivitet på recept (FaR®)¹⁹. Det kan handla om medicinsk behandling (exempelvis läkemedelsbehandling, fysioterapi, arbetsterapi etc.) eller rekommendation om olika åtgärder kopplade till arbetet (exempelvis anpassning av arbetsuppgifter, arbetsplatsens utformning, arbetstiden eller om det finns möjlighet till distansarbete etc.) beroende på vilka behov individen har. Förebyggande sjukpenning kan ibland vara aktuellt. Även arbetsresor till och från arbetet kan vara ett alternativ. **LÄNK** Försäkringskassan.

Bedömning av behov av sjukskrivning

Överväganden om behov av sjukskrivning på heltid eller partiellt ska alltid grundas i bedömningar av hur sjukdomen eller skadan påverkar

¹⁹ Fysisk aktivitet på recept (FaR®) kan förskrivas av läkare, sjuksköterskor eller annan legitimerad vårdpersonal. FaR® består av tre delar: samtal om fysisk aktivitet; skriftlig ordination av fysiska aktiviteter som är anpassade till individens hälsotillstånd, livssituation och intressen; uppföljning utifrån individuella behov. Det rådgivande samtalet anpassas till den specifika individens ålder, hälsa, risknivå och aktuell aktivitetsnivå, samt en kartläggning av individens behov av stöd. Samtalen kan inkludera motiverande strategier, olika verktyg och hjälpmedel, kompletterat med den skriftliga ordinationen. Typ av aktivitet, aktivitetens intensitet och frekvens och behandlingsperiodens längd ska vara individuellt anpassad. En konkret målsättning som är möjlig att uppnå formuleras och kan ses som en form av överenskommelse mellan vårdgivare och patient. Uppföljningen är viktig för att kunna justera ordinationen, erbjuda ytterligare motivationsstöd samt utvärdera effekten av behandlingen [ref].

arbetsförmågan. Utredning av sjukdom eller skada är grundläggande i arbetet med sjukskrivning och rehabilitering eftersom samma diagnos kan få skilda konsekvenser hos olika individer.

Sjukskrivning baseras på *faktisk* nedsättning av arbetsförmågan, vilket betyder att individen inte kan arbeta. Behov av sjukskrivning kan också baseras på att en nedsättning av arbetsförmågan kan vara *terapeutisk* (eller profylaktisk, vilket betyder att patienten bör avstå från arbete/vissa aktiviteter för att underlätta läkning eller förhindra försämring; medicinsk risk).

Att bedöma behov av sjukskrivning kan vara relativt enkelt när behovet är tydligt och att det inte finns några osäkerhets- eller riskfaktorer som behöver utredas närmare, samt att det är sannolikt att individen återgår i arbete efter första sjukskrivningstillfället. I dessa fall kan det förutsättas att sjukskrivningen blir kort och okomplicerad.

Att bedöma behov av sjukskrivning när helt andra medicinska situationer råder kan vara komplicerat, exempelvis när det finns oklarheter kring diagnos eller diagnoser eller när individen redan har pågående medicinska behandlings- eller rehabiliteringsinsatser. Samsjuklighet, stora vårdbehov med många vårdkontakter kan komplicera bedömningen av behov av sjukskrivning ytterligare.

Dialog med patienten

Socialstyrelsens diagnosspecifika beslutsstöd [LÄNK](#) kan användas i dialogen mellan läkaren och individen. Exempelvis kan läkaren använda informationen om sjukskrivningens längd i dialogen med patienten för att förklara att en kort eller utebliven sjukskrivning är i linje med praxis.

Beslutsstöden kan användas av läkaren som ett pedagogiskt stöd för att öka patientens förståelse kring sjukskrivning och förklara sin försäkringsmedicinska bedömning, genom att återge vad som står i beslutsstöden, visa dem på sin datorskärm under samtalet med patienten eller att skriva ut sidan, som patienten kan ta med sig hem [2, 59]. För- och nackdelar med sjukskrivning ska övervägas tillsammans med individen. En väl avvägd bedömning av behovet av sjukskrivning förutsätter en bra dialog.

Överväganden vid behov av sjukskrivning

Sjukskrivning är en kraftfull åtgärd som kan få konsekvenser för den enskilde individen, jämförbart med andra medicinska åtgärder, och måste därför övervägas på liknande sätt som exempelvis ordination av läkemedel. En passiv sjukskrivning, utan planering eller rehabiliterande insatser, har visat sig kunna leda till depression, social isolering och risk för utslagning från arbetslivet [60]. Om en sjukskrivning orsakar problem på så sätt att sjukdomstillståndet förvärras eller att tillfrisknandet och återgången till arbete försenas kan det klassas som en vårdskada [61]. Tidiga insatser är centrala för att undvika att en sjukskrivning blir långvarig och skadlig för individen. Det är samtidigt viktigt att ha i åtanke att för korta sjukskrivningar kan medföra bakslag med förlängd sjukskrivning och negativ påverkan på arbetsförmågan och hälsan. Det är därför av stor vikt att göra rätt från början.

Sjukskrivning blir endast aktuell när det är befogat och ska rekommenderas på medicinsk grund, det vill säga när det finns ett sjukdomstillstånd som sätter nedarbetsförmågan eller när det finns en

professionell bedömning av ett sjukdomstillstånd som försämrats av det som annars ger hälsa (arbete, rutiner, sammanhang, relationer).

I Socialstyrelsens diagnosspecifika vägledningar **LÄNK** i det försäkringsmedicinska beslutsstödet återfinns rekommendationer om sjukskrivningstid och grad för olika sjukdomar, skador och tillstånd. Dessa rekommendationer är endast vägledande då de bygger på normal läkningstid efter olika behandlings- och rehabiliteringsinsatser vid olika tillstånd.

Bedömning av behov av partiell eller hel sjukskrivning

Individen kan behöva avstå från att utföra vissa arbetsuppgifter, samtidigt som det kan vara möjligt att utföra andra arbetsuppgifter eller anpassa arbetsuppgifterna. Ibland bedöms patientens uthållighet i aktivitet vara nedsatt i förhållande till ordinarie arbetstid. Läkaren behöver ta ställning till om det kan anses lämpligt att individen delvis kan fortsätta arbeta i någon grad (minst 25 procent) och att individen då har behov av partiell sjukskrivning.

Det är den försäkringsmedicinska bedömningen som avgör i vilken grad sjukskrivning kan rekommenderas. Partiell sjukskrivning är att föredra före hel sjukskrivning då det är lämpligt. Anledningen till detta är att det är viktigt för individen att behålla kontakten med arbetet och att bibehålla så många rutiner som möjligt. Partiell sjukskrivning kan rekommenderas när individens aktivitets- och arbetsförmåga är delvis nedsatt i förhållande till individens aktuella arbetsuppgifter. Det är den försäkringsmedicinska bedömningen som avgör om den nedsatta arbetsförmågan på grund av sjukdom motiverar sjukskrivning och i vilken grad.

När sjukdomen eller skadan orsakar helt nedsatt arbetsförmåga behöver läkaren ta ställning till hur länge patienten behöver avstå från arbete eller annan sysselsättning.

I de fall sjukskrivning är motiverad behöver läkaren göra en prognos för när individen kan återgå till arbetslivet. Forskning visar att ju längre sjukskrivningsperiod desto svårare kan det vara att återgå till arbete, därför är det alltid viktigt att undvika längre sjukfrånvaro än nödvändigt [62]. En sjukskrivning på heltid eller partiellt ska, i kombination med behandlings- och rehabiliteringsinsatser, bidra till att ta till vara individens arbetsförmåga och resurser trots eventuella kvarvarande begränsningar (Läs mer i del 2 av hälso- och sjukvårdens process: Sjukskrivning och rehabilitering).

Utredning under sjukskrivning

En patient kan behöva sjukskrivas under symtomdiagnos i väntan på utredning och fortsatt diagnostik. I dessa fall bedömer läkaren att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom trots att den slutliga diagnosen inte är fastställd.

Rätt, lagom och säker

Om rätt bedömning av behovet av sjukskrivning görs från början skapas förutsättningar för att sjukskrivningen blir rätt, lagom och säker [49]. Med ”rätt” menas bland annat att sjukskrivningen ska vara på rätt indikationer och följa nationella vårdprogram och riktlinjer. Med ”lagom” menas att tidslängden och graden av sjukskrivning ska vara anpassad till person,

funktionsstatus och arbetskrav. Med ”säker” menas bland annat att det inte ska finnas onödigt väntan till besök eller behandling, att en tidig samverkan sker mellan vården, arbetsgivaren och Försäkringskassan samt att det tidigt ska finnas en plan för återgång till arbete, plan för rehabilitering eller annan lösning [63].

Utiifrån behovet av sjukskrivning görs även en bedömning av vilka tidiga och effektiva behandlings- och rehabiliteringsinsatser som ska genomföras för att möjliggöra snarast möjliga återgång till arbete. Det kan handla om åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga (medicinsk rehabilitering) och åtgärder för arbetsåtergång (arbetsinriktad rehabilitering) med en varaktig arbetsåtergång (eng. sustainable return-to-work) som mål [64].

Läkaren ansvarar för att de ställningstaganden som gjorts kring eventuell sjukskrivning dokumenteras i journalen, i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen och i försäkringsmedicinska intyg eller utlåtanden.

Bedömning av behov av behandlings- eller rehabiliteringsinsatser

Patientens behov av behandlings- och rehabiliteringsinsatser ska fastställas tidigt i vårdprocessen. Bedömningen kan resultera i att läkaren rekommenderar behandlings- och rehabiliteringsinsatser med eller utan sjukskrivning [37].

Rekommenderas rehabiliteringsinsatser utan sjukskrivning upprättas en rehabiliteringsplan som innehåller de behandlings- och rehabiliteringsinsatser som planeras att genomföras för att individen ska kunna bibehålla sin arbetsförmåga och vara kvar i sitt arbete eller sysselsättning [37]. Planeringen av vilka insatser som individen har behov av ska tydliggöras och dokumenteras i en separat rehabiliteringsplan eller som en del i en individuell plan tillsammans med övriga åtgärder inom vård och behandling.

Bedömer läkaren att individen har behov av både sjukskrivning och rehabilitering görs en planering av vad som ska hända under sjukskrivningen i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång till arbete eller annan sysselsättning. Läkaren kan även ta ställning till om det finns behov av kontakt med andra inom hälso- och sjukvården eller med externa aktörer samt att i så fall initiera dessa kontakter och samverka med dem på ett adekvat sätt för att underlätta återgång i arbete för individen. Åtgärderna behöver utgå från individens behov och från att individen medverkar efter egen förmåga och möjlighet. Samordning inom hälso- och sjukvården och samverkan med andra aktörer säkerställer att rätt insats utförs i rätt tid, och att sjukskrivningen inte blir längre än motiverat.

Läkaren ansvarar för att dokumentera resultatet av den försäkringsmedicinska bedömningen och bedömningen av behov av sjukskrivning och rehabilitering i patientjournalen, i försäkringsmedicinska intyg eller utlåtanden, samt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen (Läs mer i den andra delen av hälso- och sjukvårdens process: Sjukskrivning och rehabilitering).

Bedömning om sjukskrivning görs inom alla vårdnivåer

Bedömning om behov av sjukskrivning görs inom alla vårdnivåer och verksamheter inom hälso- och sjukvården. Den verksamhet som ansvarar för patientens pågående behandlings- och rehabiliteringsinsatser har också ansvar för att göra den försäkringsmedicinska bedömningen, eventuell rekommendation om sjukskrivning och utfärdande av intyg eller utlåtande, om annat inte överenskommits mellan vårdverksamheterna. Som pågående behandlings- och rehabiliteringsinsatser omfattas inte tidsavgränsade undersökningar eller bedömningar. Det ska vara tydligt för patienten vem som ansvarar för den pågående sjukskrivningen [65] (se del 2, avsnittet samordning inom Hälso och sjukvården).

Försäkringsmedicinsk bedömning via digitala vårdbesök

Digitala vårdbesök blir allt vanligare och digitaliseringen bär med sig stora möjligheter för hälso- och sjukvården, såsom tidsbesparing, men även möjlighet till ökad självständighet, delaktighet och inflytande för den enskilda individen. Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet via digitala vårdtjänster ska uppfylla de krav som ställs i lagar och andra föreskrifter på hälso- och sjukvårdens område. Vid överväganden kring vilken vård och behandling som lämpar sig för digitala vårdtjänster är därför regelverket den givna utgångspunkten [66]. I detta avsnitt i kunskapsstödet vill Socialstyrelsen ge stöd för att öka samstämmigheten i tillämpning av digitala vårdbesök nationellt.

Enligt 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården ska utfärdandet av intyg som huvudregel utfärdas efter en undersökning av intygspersonen. Föreskriften reglerar dock inte hur en undersökning ska göras (via ett fysiskt eller digitalt möte). Däremot ska kontaktsätt vid undersökningen av intygspersonen anges (6 kap. 5 § 6 p. HSLF-FS 2018:54). Detta har bedömts som viktigt för att säkerställa intygets kvalitet [67]. Vid sjukskrivning gäller att om kontaktsättet sker via digitala tjänster så ska detta anges under rubriken Övriga upplysningar i intyget för sjukpenning (FK 7804). Från 1 januari 2023 ska Socialstyrelsens nya nationella KVÅ-kod XS014 användas för att rapportera videomöten.²⁰

Läkaren ansvarar för att bedöma vad som är lämpligt vid digitala vårdbesök

Den centrala frågeställningen är huruvida försäkringsmedicinska bedömningar kan göras även vid digitala vårdbesök. Det är läkarens ansvar att avgöra om det är möjligt att göra en försäkringsmedicinsk bedömning, vilket gäller i hälso- och sjukvården i allmänhet för såväl fysiska besök som vid andra kontaktformer (exempelvis digitala vårdbesök, telefon).

²⁰ Åtgärds-koden "XS014 Information och rådgivning till patient via videolänk. Beskrivning: Samtal på distans i realtid med både rörlig bild och ljud" ska från årsskiftet användas vid rapportering av distanskontakt som sker med hjälp av video. Den regionala koden "UX007 Videomöte" stängs ner 2022-12-31 och kan inte användas för rapportering efter årsskiftet.

Läkaren behöver ha tillgång till tillräcklig information om individens hälsotillstånd och sjukdomshistoria, exempelvis genom att ha kännedom om patienten sedan tidigare eller att ha patientens journal tillgänglig, vilket skapar andra förutsättningar för att handlägga patienten jämfört med om det är en ny kontakt utan tidigare historik.

För att vård och behandling ska lämpa sig för digitala vårdtjänster, behöver läkaren kunna säkerställa att undersökning, diagnostik och bedömning i förhållande till aktuell diagnos och adekvat differentialdiagnostik sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, endast då kan en försäkringsmedicinsk bedömning göras och sjukskrivning ske via digitala vårdtjänster. Sjukskrivning via digitala vårdbesök är med andra ord en grannlaga uppgift.

Stöd för att bedöma vad som är lämpligt vid digitala vårdbesök

Socialstyrelsen tog 2018 fram rekommendationer för vilken typ av vård och behandling som lämpar, respektive inte lämpar sig, att hantera via digitala vårdtjänster riktade till patienter [66]. I dessa rekommendationer tydliggörs fyra principer som ska vara uppfyllda för att vård och behandling ska lämpa sig för digitala vårdtjänster. De fyra principerna är:

1. att gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning inte förutsätter ett fysiskt möte
2. att den digitala tjänsten är anpassad till den enskilda patientens behov och förutsättningar för att använda tjänsten
3. att vårdgivaren har tillgång till tillräcklig information om patientens hälsotillstånd och sjukdomshistoria för att kunna ge god och säker vård
4. att nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer är möjlig [66]. Dessa principer är således grundläggande även för när det är lämpligt respektive inte lämpligt att utföra försäkringsmedicinska bedömningar och bedömningar kring sjukskrivningsbehov i samband med digitala vårdbesök.

Läkarens arbete med sjukskrivning är en del av vård och behandling och ska ske med samma objektivitet, medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder inom hälso- och sjukvården.

Dokumentation

Journalföringsplikt

Det finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal enligt 3 kap. 1 § PDL. Skyldigheten att föra patientjournal, så kallad journalföringsplikt gäller främst den som har legitimation, ett särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården eller tandvården (3 kap. 3 § PDL). I vissa fall måste även icke-legitimerad personal föra patientjournal. Syftet med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten (3 kap. 2 § PDL).

Journalhandlingar och dess innehåll

Med journalhandlingar avses de handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. I journalen dokumenteras resultat av utredningar och bedömningar, de ställningstaganden och beslut som gjorts kring individens behandlings- och rehabiliteringsinsatser, om åtgärder som planeras och när de ska genomföras, samt utvärdering av dessa. Patientjournalen ska innehålla uppgifter om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes (3 kap. 5-8 §§ PDL).

En bra journalföring minskar risken för onödiga missförstånd om vården ifrågasätts eller om någon annan tar över ansvaret för en behandling [68]. För patientsäkerheten kan det vara helt avgörande att olika åtgärder dokumenteras. Om olika vårdgivare har elektronisk åtkomst till varandras journaler får dokumentation rimligen ännu större betydelse. Enligt 2 kap. 2 § lagen (2022:913) om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation ska individen informeras om vad sammanhållen vård och omsorgsdokumentation innebär och att individen kan motsätta sig att personliga uppgifter görs tillgängliga för andra vårdgivare eller omsorgsgivare genom sådan dokumentation.

Innehåll i patientjournalen enligt Patientdatalag (2008:355), PDL

Enligt 3 kap. 6 §, PDL ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Dokumentationen om patientens vård och behandling ska vara ändamålsenlig och strukturerad enligt 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2016:40), HSLF-FS om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska säkerställa att de uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna (5 kap. 2-5 §§ HSLF-FS 2016:40).

En gemensam struktur i patientjournalen möjliggör återanvändning av information och minskar dubbeldokumentation. Patientjournalen utgör grunden till utvärdering och uppföljning och kan därigenom också förbättra vården för den enskilde individen. Standardiserade termer och begrepp möjliggör systematisk utdata.

Socialstyrelsen har tagit fram en handbok²¹ som kan ge stöd vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården [69]. Bestämmelserna i HSLF-FS 2016:40 kompletterar och utgår från bestämmelserna i PDL. För att få en mer heltäckande bild över den författning som reglerar journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården behöver läkaren därför även ha kännedom om bestämmelserna i PDL.

Läkarintyg för sjukpenning

När läkaren har kommit fram till att sjukskrivning är en adekvat åtgärd för patienten behöver läkaren dokumentera sin bedömning, vad bedömningen grundar sig på och vilka rekommendationer som ges, i läkarintyget för sjukpenning.²² Samma bedömning och rekommendation behöver också dokumenteras i patientens journal och i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen. När läkaren utfärdar intyg ska intygsföreskriften tillämpas, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården. Föreskrifterna ska tillämpas i verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tandvårdslagen (1985:125).

Av 3 kap. 16 § PDL framgår att den som är skyldig att föra patientjournal på begäran av patienten ska utfärda intyg om vården. Av förarbeten²³ till den tidigare patientjournallagen (1985:562) framgår att de intyg som avses är bland annat intyg till Försäkringskassan. Läkarintyget är ett viktigt underlag för Försäkringskassans bedömning av rätt till ersättning för inkomstbortfall när arbetsförmågan är nedsatt och om det föreligger behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder. Läkarintyget är den försäkringsmedicinska ”länken” till socialförsäkringen.

Läkarintygets innehåll

Enligt 5 kap. 1 § HSLF-FS 2018:54 ska intygsutfärdaren ska vara saklig och opartisk vid insamlingen av det material som ska ligga till grund för ett intyg (5 kap. 1 § HSLF-FS 2018:54) och att ett intyg. Vidare ska ett intyg som huvudregel utfärdas efter en undersökning av intygspersonen (5 kap. 2 § HSLF-FS 2018:54). Det ska framgå av intyget vem en uppgift kommer ifrån, om det är intygsutfärdarens egen uppgift eller om den härrör från någon annan. Vidare ska det framgå vad som är intygsutfärdarens bedömning och

²¹ Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

²² Ett *intyg* är en redogörelse för saksuppgifter och fakta (status, vård och behandling etc.) och berör alltid patientens sjukdomstillstånd, till skillnad från ett *utlåtande* som även innehåller bedömningar i något avseende [salö] Läkarintyg för sjukpenning, benämns *intyg* trots att det även innehåller bedömning av ett medicinskt förhållandes inverkan på arbetsförmågan och därför är att betrakta som ett *utlåtande*. [ref]

²³ Proposition 1984/85:189 om patientjournal

vad som är uppgifter som ligger till grund för den (6 kap. 3 § HSLF 2018:54).

I Socialstyrelsens föreskrifter ställs särskilda krav på vad vårdgivaren ska säkerställa genom rutiner, dels rutiner för utfärdande av intyg (2 kap. 2 § HSLF-FS 2018:54), men även rutiner kring intygsutfärdarens kompetens (3 kap. 1 § HSLF-FS 2018:54) samt jäv och andra hinder mot att utfärda ett intyg (4 kap. 1 § HSLF-FS 2018:54).

Ett intyg ska vara tydligt utformat och så enkelt som möjligt att förstå för intygspersonen eller för någon annan mottagare av intyget. Innebörden av medicinska eller andra termer som inte kan anses vara allmänt kända ska förklaras (6 kap. 4 § HSLF-FS 2018:54).

Att tänka på vid intygsutfärdande

- Var saklig och opartisk när materialet som ska ligga till grund för intyget samlas in.
- Intyget utfärdas efter en undersökning av intygspersonen.
- Följ rutiner för utfärdande av intyg och intygsutfärdarens kompetens, samt jäv och andra hinder mot att utfärda ett intyg.
- När intyget om någons hälsotillstånd eller vård utformas ska det göras med noggrannhet och omsorg.
- Vid bedömningen som görs i samband med utfärdandet av ett intyg ska intygsutfärdaren endast uttala sig om de förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om. Ett intyg kan få betydelse i rättsliga sammanhang.
- Det ska det framgå i intyget vem uppgifterna kommer ifrån, om det är intygsutfärdarens egen uppgift eller om den kommer från någon annan. Det ska även framgå vad som är intygsutfärdarens bedömning och vilka uppgifter som ligger till grund för den.
- Utforma intyget tydligt och enkelt så att intygspersonen förstår.

Checklista för del 1. Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning

- ✓ Utred och bedöm patientens sjukdom, skada eller annat tillstånd och ställ diagnos enligt kriterier.
- ✓ Beskriv och gradera funktionsnedsättningar som orsakats av sjukdomen (somatiskt respektive psykiskt status).
- ✓ Beskriv kraven: Vilka krav ställs i patientens arbete eller sysselsättning?
- ✓ Beskriv och gradera aktivitetsbegränsningarna: Vilka aktivitetsbegränsningar bedöms patienten ha i förhållande till sina arbetsuppgifter eller annan sysselsättning på grund av diagnosen och funktionsnedsättningen?

- ✓ Bedöm arbetsförmågans nedsättning: Kan patienten trots diagnos och aktivitetsbegränsningar utföra sitt arbete helt eller delvis? Kan arbetsanpassning rekommenderas i syfte att bibehålla eller främja arbetsförmågan?
- ✓ Vid oklarheter och en tydlig frågeställning kan den försäkringsmedicinska bedömningen utvidgas med testning av funktions- eller aktivitetsförmåga, av till exempel fysioterapeut eller arbetsterapeut.
- ✓ Ta endast hänsyn till medicinska faktorer när du bedömer arbetsförmågan – inte andra faktorer som ekonomiska, sociala, arbetsmarknadsmässiga.
- ✓ Bedöm behovet av sjukskrivning, inklusive grad och längd.
- ✓ Bedöm behovet av behandlings-, rehabiliterings- eller koordineringsinsatser.
- ✓ Dokumentera resultatet av den försäkringsmedicinska bedömningen i journal och i intyg.

Så följer vi upp

Här kommer det att finnas uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete i slutversionen.

Remissversion

Del 2. Sjukskrivning och rehabilitering

Sjukskrivning och rehabilitering

Sjukskrivning och rehabilitering är den andra delen i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering [34]. I denna del beskrivs hälso- och sjukvårdens arbete när individen bedömts ha behov av sjukskrivning och rehabiliteringsinsatser. De moment som ingår i denna andra del är:

- Sjukskrivning som åtgärd (en aktiv åtgärd, integrerad del av vård och behandling, enkel sjukskrivning, komplicerad sjukskrivning)
- Rehabiliteringsåtgärder (rehabilitering inom hälso- och sjukvård, rehabiliteringsprofessioner, teamarbete och samordning mellan professioner)
- Dokumentation av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete
- Samordning inom hälso- och sjukvården
- Åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga
- Åtgärder för arbetsåtergång
- Extern samverkan (individens situation, ex anställd eller ej, stötta inträde i arbetslivet)

Sjukskrivning som åtgärd

Sjukskrivning kan vara en viktig del av individens behandling vid sjukdom eller skada. Sjukskrivning behöver vara en medveten, aktiv och integrerad del av vård och behandling för både kvinnor och män, med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som hälso- och sjukvården i övrigt. Det är av vikt att det finns ett tydligt syfte med sjukskrivningen som tillsammans med annan behandling och andra rehabiliterande åtgärder ska bidra till att individen återfår hälsa och arbetsförmåga.

När sjukskrivningen påbörjas behöver sjukskrivningens innehåll och avslutning planeras tillsammans med patienten om det är möjligt, baserat på bedömning av prognos för hur länge begränsningen av aktivitets- och arbetsförmåga förväntas kvarstå samt i vilken grad arbetsförmågan bedöms vara nedsatt.

Sjukskrivningen behöver kontinuerligt följas upp, liksom andra rekommenderade åtgärder under sjukskrivningen. Sjukskrivning ska följa samma krav på kvalitet, uppföljning och utvärdering som annan vård och behandling [70]. Sjukskrivning är en ”stark åtgärd” och behöver därför användas med noggrannhet. För många sjukdomstillstånd innebär fullständig inaktivitet eller passiv vila att läkning förhindras eller försenas. Att återfå funktion främjas ofta av viss aktivitet snarare än inaktivitet, samt att en väl avvägd belastning ofta leder till optimal läkning. 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. Sjukskrivning kan ha effekter som inte är gynnsamma för återhämtning. Vid sjukskrivning är det lätt att den vanliga strukturen för dagen försvinner. Ju längre sjukskrivningsperiod desto svårare kan det vara att återgå till arbete. Därför är det alltid viktigt att undvika längre sjukfrånvaro än nödvändigt. Det är bra om en sjukskrivning kan begränsas till partiell eftersom det minskar risken för att bli långtidssjukskriven på heltid [49].

Forskning visar att partiell sjukskrivning minskar längden på sjukfrånvaron och att det främjar återgången till arbete, medan andra studier inte har visat några sådana effekter [62]. De studier som visar att partiell sjukskrivning minskar längden på sjukfrånvaron och förbättrar återgången till arbete handlar om individer som blivit partiellt sjukskrivna under de första tre månaderna av sjukfrånvaron. För individer med exempelvis psykiatriska tillstånd eller muskuloskeletala sjukdomar kan partiell sjukskrivning förbättra möjligheterna att vara kvar i arbete. Partiell sjukskrivning kan även minska risken för hel sjukersättning eller att bli arbetslös [62]. Det är viktigt att grad av sjukskrivning i det individuella fallet baseras på bedömningen av arbetsförmåga i den försäkringsmedicinska bedömningen.

Sjukskrivningsmetodik kring avslutande av sjukskrivning har vuxit fram ur erfarenhet och behöver användas på bästa sätt i varje enskilt fall.

- Efter en längre tids sjukskrivning på heltid kan det vara gynnsamt om sjukskrivningen avslutas med en period med partiell sjukskrivning för en gradvis upptrappning av arbetet och en successiv återgång.
- En sjukskrivning kan med fördel även påbörjas eller avslutas mitt i veckan om man arbetar måndag till fredag. Detta bidrar till en mjukare återgång till arbete.
- Återbesök till läkare planeras med utgångspunkt från medicinska behov och ska inte automatiskt förläggas till sjukskrivningstidens avslut. Patienten ska inte uppfatta sitt läkarbesök som ett tillfälle för ställningstagande till förlängd sjukskrivning, utan som ett tillfälle att följa upp och utvärdera åtgärder och behandlingar.

Det kan ofta vara lämpligt att uppmuntra patienten att börja fundera på hur det kan se ut när man ska börja arbeta igen till exempel genom att ha kontakt med arbetskamrater och att tillsammans med chef planera för hur återgången till arbete kan se ut [71].

Enkel eller okomplicerad sjukskrivning

De allra flesta sjukskrivningar (ca 65 procent) är enkla och okomplicerade. En enkel och okomplicerad sjukskrivning innebär att patienten bedöms återgå i arbete efter första sjukskrivningstillfället. Det handlar om fall där indikationen för sjukskrivning är tydlig och där det inte finns osäkerhets- eller riskfaktorer som behöver utredas närmare (t ex låg motivation, låg följsamhet till behandling, riskbruk, våld i nära relationer, sociala faktorer, konflikt/vantrivsel, tidigare sjukskrivningshistorik) som behöver beaktas vid

bedömning, planering och uppföljning. Som regel handlar detta om kortare sjukskrivningar.

När patienten bedöms kunna återgå i arbete efter den aktuella sjukskrivningen, kan läkaren istället för att boka in ett återbesök boka telefonuppföljning eller ge individen instruktioner om att höra av sig om behov uppstår. Det handlar således om att det är en tydlig situation och att det finns en tydlig planering inklusive tidpunkt för återgång till arbete.

Planeringen för sjukskrivning- och rehabilitering för återgång till arbete ska alltid dokumenteras och i dessa enkla och okomplicerade fall handlar det om en enkel planering. Exempel på diagnoser med ett tydligt behandlings- och rehabiliteringsförlopp kan vara infektioner och enklare ortopediska skador som stukningar och vissa frakturer. De flesta individer som blir sjukskrivna återgår till arbete utan insatser från arbetsgivare eller Försäkringskassan [72].

Komplicerad sjukskrivning

En komplicerad sjukskrivning kan innefatta helt olika medicinska situationer. Exempelvis kan en komplicerad sjukskrivning vara ett fall där det råder oklarheter kring diagnos eller diagnoser. Det kan finnas flera samtidiga diagnoser som påverkar varandra och behandlingsmöjligheterna, vilket kan resultera i att behandlingen inte blir framgångsrik. En sjukskrivning riskerar också att bli lång och komplicerad om det finns olika riskfaktorer eller osäkerhetsfaktorer som inte utreds eller hanteras redan från början, vilket kan riskera att leda till medikalisering. Det finns även en risk att en individ som är sjukskriven med tiden får sänkt funktionförmåga och att fler sjukdomstillstånd tillstöter. Detta kan hanteras genom att genomföra en biopsykosocial kartläggning samt noggrann diagnostik och differentialdiagnostik redan från början.

Det är även viktigt att beakta att vid vissa diagnoser behövs en längre sjukskrivning och att det kan vara helt i sin ordning. Baserat på en systematiskt utförd försäkringsmedicinsk bedömning kan vissa sjukskrivningar behöva vara långa. Samtidigt behöver dessa långa sjukskrivningar ändå inte vara komplicerade. Det är vanligt att sjukskrivningstiden varierar mellan olika diagnoser och på grund av olika omständigheter. Det avgörande är sjukskrivningens kvalitet, och att den är rätt och lagom.

Rehabiliteringsåtgärder

Socialstyrelsens definition av rehabilitering

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

Källa: Socialstyrelsens termbank

Rehabilitering har olika betydelse i olika sammanhang och beroende på vilken aktör som utför den. Den rehabilitering som hälso- och sjukvården ansvarar för brukar benämnas *medicinsk rehabilitering*. Även psykologisk och social rehabilitering kan vara en del av hälso- och sjukvårdens insatser likväl som arbetsinriktad rehabilitering. Specialiserad rehabilitering ansvarar regionen för och rehabilitering på primärvårdsnivå har både regionen och kommunen ansvar för.

Rehabilitering hos andra aktörer

Försäkringskassan ska vid behov samordna rehabiliteringsinsatser från hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och andra aktörer. Arbetsgivaren ansvarar för den *arbetsplatsinriktade rehabiliteringen* och Arbetsförmedlingen ansvarar för *arbetslivsinriktad rehabilitering* för individer med behov som är arbetslösa eller riskerar att bli arbetslösa (läs vidare i delen om Samverkan mellan andra aktörer, begreppet Rehabilitering).

Rehabilitering inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården är rehabilitering en integrerad del av vård och behandling; ett specialitetsöverskridande kunskapsområde oavsett diagnos, patientgrupp eller ålder. Rehabilitering är en process som tar sin utgångspunkt i de konsekvenser sjukdomen eller skadan får för en individs livssituation. Rehabiliteringsprocessen är målinriktad och utgår ifrån individens upplevda förmåga, behov och intresse, samt en professionell bedömning från hälso- och sjukvården. Rehabiliteringsprocessen stödjer individen att få kunskap och insikt om sjukdomen eller skadan och dess konsekvenser, att mobilisera egna copingstrategier och kunna ta ansvar för sin livssituation. Rehabiliteringsprocessen syftar till att individen ska bli medveten om sina möjligheter utifrån resurser och begränsningar samt nå gamla och nya mål i livet [73]. Individens behov av rehabilitering bör bedömas tidigt i ett vårdförlopp [33].

Nationellt system för kunskapsstyrning har tagit fram en generisk modell för rehabilitering och delar av det försäkringsmedicinska arbetet för klinisk verksamhet (det vill säga sjukskrivningsrelaterat arbete) [33] för att alla individer oavsett hälso- och funktionstillstånd ska ha samma rätt till vård och behandling.

Den generiska rehabiliteringsprocessen är, liksom hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering, indelad i tre steg; utredning/bedömning, behandling och uppföljning/utvärdering och är således samstämmig med hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering. Rehabiliteringsåtgärder kan delas in i tre huvudområden:

- eliminera eller minska
- träna
- kompensera

De eliminerande åtgärderna kan vara riktade mot olika funktionsnedsättningar exempelvis smärta, spasticitet, fatigue/hjärntrötthet, mot att ta bort eller minska aktiviteter eller mot att ta bort miljöhinder, till

exempel en tröskel i bostaden som hindrar personens förflyttning. De tränande åtgärderna kan vara inriktade på både olika kroppsfunktioner, aktivitet och delaktivitet i vardagen. Målet med olika tränande åtgärder är att förbättra och bibehålla kroppsfunktioner, aktivitet och delaktighet. Därutöver kan individer behöva kompensatoriska åtgärder i form av hjälpmedel och andra medicintekniska produkter för att underlätta vardagen.

Rehabiliteringsprofessioner

Rehabiliteringsåtgärder omfattar utredning, bedömning och insatser som utförs av olika legitimerade professioner. Exempel på rehabiliteringsprofessioner är arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, läkare, psykolog och sjuksköterska. Oftast förekommande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen utöver läkare är arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och psykolog. Ibland behövs insatser från flera professioner eller ett team. När rehabiliteringsprofessioner genomför åtgärder för samma individ är det viktigt att insatserna är samordnade och att de olika professionerna har ett välfungerande samarbete där det är tydligt vem som gör vad och hur och när insatserna följs upp. Rehabiliteringsprofessionerna utgår från evidensbaserad praktik och har olika roller och ansvar för rehabiliteringsinsatser. Om hälso- och sjukvården utgår från evidensbaserade vårdprogram i sitt arbete framgår när insatser från rehabiliteringsprofessioner behövs. Utifrån läkarens arbete är det viktigt att ha en tydlig frågeställning och ett syfte när rehabiliteringsprofessioner kopplas in. Teambedömningar görs när det finns medicinska behov.

Rehabiliteringsmetoder

När en behandling används enskilt av en profession brukar man benämna den som *unimodal behandling eller rehabilitering* [47]. Exempel på åtgärder som ofta används separat eller unimodalt är fysisk träning, KBT eller läkemedelsbehandling. Om flera åtgärder genomförs av flera professioner utan att speciellt sammanhållna team bildas, och utan att det finns en gemensam och i förväg uppställd plan för rehabiliteringen brukar man kalla det *intermediär behandling eller rehabilitering* [47].

Multimodal rehabilitering är en rehabiliteringsmetod som har utvecklats för att behandla patienter med förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov. Multimodal rehabilitering innebär att ett fast team, bestående av flera professioner, planerar och samordnar åtgärder enligt ett visst program för att uppnå gemensamma mål som definierats tillsammans med patienten [47].

Regionalt och lokalt ser förutsättningarna för teamarbete väldigt olika ut. Ibland har de olika professionerna kontinuerliga gemensamma möten (konferenser) kring patienter och ibland innebär team mer att man har möjlighet att samverka mellan olika professioner eller att man har tillgång till olika professioners kompetens. Multimodala rehabiliteringsteam (utvecklade team) arbetar ofta specialiserat inom smärta, stress eller neurologi.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan

Vid sjukskrivning och behov av rehabilitering ska hälso- och sjukvården upprätta en individuell rehabiliteringsplan i samverkan med patienten. Av planen ska planerade och beslutade behandlings- och rehabiliteringsinsatser framgå (8 kap. 7 § HSL). Planering avseende sjukskrivning och rehabilitering ska alltid dokumenteras (3 kap. 5-7 §§ PDL och 5 kap. 2 och 3 §§ HSLF-FS 2016:40). I enkla och okomplicerade fall handlar det om en enkel planering som dokumenteras i journal och läkarintyget för sjukpenning.

Omfattningen eller formatet för sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen kan variera. Det är de individuella behoven som avgör vad planen behöver innehålla. Det är viktigt att individen och hälso- och sjukvården vet vad som planeras under sjukskrivningen och kan ta del av informationen. En sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan görs utifrån evidensbaserad diagnostik, behandling och rehabilitering. Planens innehåll beskriver utifrån bedömning av sjukdomstillstånd och mål, vilka aktiviteter, behandlande och rehabiliterande åtgärder som planeras under sjukskrivningstiden med fokus på återgång till arbete eller annan sysselsättning. Planen innehåller även en tidsplan för nedtrappning av sjukskrivning, eventuella behov av samordning av rehabiliteringsåtgärder inom hälso- och sjukvårdens professioner och verksamheter, behov av anpassning av arbetet samt samverkan med andra aktörer.

Innehåll i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan

- Bedömning av sjukdomstillstånd
- Bedömning av åtgärder. Vad ska göras, av vem och när?
- Mål och delmål med planerade behandlings- och rehabiliteringsinsatser under sjukskrivning.
- Planering för sjukskrivning, grad och längd.
- Planering för uppföljning av sjukskrivning och behandlings- och rehabiliteringsinsatser.
- Vid behov planering av koordineringsinsatser i form av personligt stöd, intern samordning eller extern samverkan.
- Vid behov, rekommendation om arbetsanpassningar för att möjliggöra tidigare återgång i arbete.
- Överenskommelse om vad patientens förväntas göra.

Den läkare som är behandlingsansvarig har huvudansvaret för att en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan upprättas, uppdateras och följs upp kontinuerligt. Vid behov upprättas planen i samråd med annan profession och när team finns kan teamet medverka i framtagandet av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen. *Målet är att individen ska ha en plan för hälso- och sjukvårdens åtgärder.* Rehabiliteringsplanen kan vara en del av patientkontraktet i de fall vårdenheten arbetar med patientkontrakt [74].

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen ska registreras som KVÅ kod DV 077 Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång

till arbete eller annan sysselsättning. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen kan vara en del av rehabiliteringsplanen. I dessa fall ska även KVÅ kod AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan registreras. Det innebär att flera åtgärder kan behöva registreras trots att det är en plan. De olika aktörerna ansvarar för olika sorters planeringar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Se *Samverkan mellan aktörer*. LÄNK.

Samordning inom hälso- och sjukvården

Intern samordning handlar om att samordna individens behandlings- och rehabiliteringsinsatser inom hälso- och sjukvården [ref]. Behandlings- och rehabiliteringsinsatser kan behöva samordnas inom vårdenheten, men även med andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Enligt lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297) ska hälso- och sjukvården erbjuda koordineringsinsatser i form av samordningsinsatser efter behov.

Förutsättningar för att följa patienter genom hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan se olika ut beroende på vårdnivå. Primärvården kan ha kontakt med patienten under en längre period och kan få ta över sjukskrivningar från enheter som utför specialiserad vård då behandlingen är slutförd inom den specialiserade vården. Det behöver finnas rutiner som säkerställer att mottagande enhet får den information om patientens tillstånd, prognos och behandling som behövs för ett bra övertagande då sjukskrivning ska tas över av en annan enhet.

Den del av hälso- och sjukvården som hanterar de försäkringsmedicinska frågorna gör en planering av aktuella åtgärder inklusive bedömer om det eventuellt finns behov av remittering till annan instans för bedömning och/eller behandling.

Det är önskvärt att det inom hälso- och sjukvården finns tydliga rutiner och kommunikationsvägar för informationsöverföring och konsultationer mellan olika professioner för att insatserna ska gagna individen, vara effektiva och för att olika professioners kompetens ska nyttjas på ett bra sätt.

Åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga

Åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga (medicinsk behandling och rehabilitering) kan innebära en mängd insatser som utförs av olika professioner, på olika vårdenheter och -nivåer. Behandlings- och rehabiliteringsinsatserna ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet enligt 6 kap. 1 § (2010:659), PSL efter individens diagnos och sjukdomstillstånd. Olika sjukdomar och skador kräver olika behandlings- och rehabiliteringsinsatser för att individen ska kunna återfå funktions- och aktivitetsförmåga.

Stöd för medicinsk behandling och rehabilitering

Stöd för medicinsk behandling och rehabilitering för specifik sjukdom eller skada ges i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer samt i vårdförlopp och vårdprogram beslutade av Nationellt system för kunskapsstyrning (se vidare information under rubriken Kompletterande stöd).

Läkaren beskriver pågående och planerade medicinska åtgärder (medicinsk behandling eller rehabilitering) i sjukintyget när läkaren rekommenderar sjukskrivning.

Åtgärder för arbetsåtergång

Hälso- och sjukvårdens insatser för återgång till arbete

Hälso- och sjukvårdens insatser för återgång till arbete, benämns ibland arbetsinriktad rehabilitering och fokuserar på individens arbetssituation. Insatser för återgång i arbete är en viktig del i patientens rehabilitering. Det kan exempelvis handla om planering för återgång till arbete, nedtrappning av sjukskrivning, vid behov rekommendationer om anpassning av arbete eller behov av att besöka arbetsplatsen.

Återgång till arbete är en viktig del av förbättrad hälsa för individen och ofta målet med hela sjukskrivnings- rehabiliteringsprocessen. Hälso- och sjukvården arbetar med insatser för återgång till arbete då det är aktuellt för individen och för de allra flesta individer är möjligheten att bibehålla eller återfå arbetsförmåga ett viktigt mål [75]. Bedömning och rekommendation kring åtgärder för återgång till arbete behöver göras av läkare ofta i samarbete med andra legitimerade rehabiliteringsprofessioner utifrån kompetensområde, såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller psykologer. Läkaren har dock det övergripande behandlingsansvaret [75].

Åtgärder behöver planeras och följas upp parallellt

Hälso- och sjukvården behöver kontinuerligt följa upp både åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga (medicinsk rehabilitering), åtgärder för arbetsåtergång (arbetsinriktad rehabilitering) och planera dessa parallellt för ett framgångsrikt resultat. Medicinsk rehabilitering och åtgärder för arbetsåtergång är integrerade i patientens rehabilitering. Målet bör vara en varaktig arbetsåtergång (eng. sustainable return-to-work).

Hälso- och sjukvårdens ansvar är att behandla och rehabilitera individen och att underlätta processen tillbaka till arbetslivet. En bra samverkan med andra

aktörer kan vara nödvändig för att återgången till arbete ska bli så effektiv och bra som möjligt för individen.

[50, 76].

Kontakten med arbetsgivaren

Eftersom det finns en koppling mellan individens förmåga och arbetets krav i bedömningen av en individs arbetsförmåga är dialogen med arbetsgivare ibland central för att kunna underlätta och påskynda återgången till arbete. Det finns evidens för ett bättre resultat när hälso- och sjukvården har fokus på återgång till arbete och när arbetsgivaren är engagerad och samarbetar med hälso- och sjukvården [77]. Det finns även evidens för ökad arbetsförmåga efter anpassningar på arbetsplatsen samt efter tidiga kontakter mellan vårdgivare och arbetsgivare [62].

Av mer än 4000 läkare i primärvården ansåg 86 procent att kontakter med patienters arbetsgivare var viktiga för kvaliteten i deras arbete med sjukskrivning. Av läkarna var det 39 procent som uppgav att de hade kontakt med individens arbetsgivare direkt eller indirekt genom annan hälso- och sjukvårdspersonal. Att samarbeta med andra yrkeskategorier på vårdcentralen, särskilt med en så kallad rehabiliteringskoordinator, hade ett starkt samband med att ha arbetsgivarkontakter [78].

Många gånger kan individen själv sköta dialogen med sin arbetsgivare. Det är många faktorer som påverkar om individen själv kan sköta dialogen med sin arbetsgivare. Exempelvis påverkar individens resurser och förmåga, men även om arbetsgivaren är engagerad eller om det finns en konflikt.

Hälso- och sjukvården kan föreslå åtgärder för arbetsåtergång till andra aktörer

Hälso- och sjukvården kan föreslå åtgärder för att underlätta återgång till arbete till andra aktörer utifrån sin expertis, men har inget ansvar för att åtgärderna utförs. Beroende på individens situation är olika aktörer relevanta och har olika ansvar. Se avsnittet Samverkan mellan aktörer.

Läkaren kan föreslå åtgärder i läkarintyget som andra aktörer ansvarar för

Det finns åtgärder (utöver medicinska) som kan underlätta individens återgång i arbete. Exempel på dessa åtgärder finns i kryssrutor i läkarintyget för sjukpenning (FK 7804). Andra aktörer inom sjukskrivnings och rehabiliteringsprocessen ansvarar för dessa, men hälso- och sjukvården kan indikera att åtgärden kan behövas i ett tidigt skede genom att kryssa i vilken eller vilka åtgärder som skulle underlätta återgången i arbete. Det är viktigt att i fritextruta tydligare förklara vad man menar när det är möjligt.

Exempel på åtgärder som hälso- och sjukvården kan föreslå för att underlätta individens återgång till arbete.

- **Ergonomisk arbetsplatsbedömning** – Det är bra att tänka på att behov av ergonomisk arbetsplatsbedömning kan föreligga om individen har fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar.
- **Arbetsanpassning** – Anpassning av arbete kan innebära anpassning av arbetsuppgifter, arbetstid eller arbetsplats. Viktigt att i fritextfältet ge förslag på typ av lämplig arbetsanpassning för att arbetsgivaren ska veta vilken typ av arbetsanpassning som hälso- och sjukvården föreslår.
- **Arbets hjälpmedel** – Arbets hjälpmedel kompenserar en nedsättning i arbetsförmågan. Arbets hjälpmedel behövs normalt inte i verksamheten. Arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan kan ansvara för att individen får arbets hjälpmedel.
- **Kontakt med företagshälsovård vid arbetsrelaterad ohälsa** – Det är arbetsgivarens ansvar att involvera företagshälsovård, men hälso- och sjukvården kan ange att det kan finnas behov. Viktigt att i fritext ange varför rekommendationen ges.
- **Behov att patienten besöker sin arbetsplats** – Vid hel sjukskrivning är det viktigt att om möjligt behålla dagliga rutiner och kontakt med arbetsplatsen.
- **Behov av arbetsträning** – Arbetsträning innebär att vara på en arbetsplats och delta i verksamheten utan några krav på produktivitet.

Koordineringsinsatser för återgång till arbetslivet

Regionerna ska enligt 1 § lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter erbjuda sjukskrivna patienter koordineringsinsatser för att främja deras återgång till arbete eller inträde i arbetslivet.

Koordineringsinsatser i form av personligt stöd till patienten, samordning av hälso- och sjukvårdens insatser samt samverkan med andra berörda aktörer, t ex arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller kommunen, är en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (3 § lagen (2019:1297) om sjukskrivna patienter) [33]. Vem som utför dessa insatser eller hur organisationen för detta ser ut hos vårdenheten är inte reglerat. Ibland sker detta via en utsedd person för koordinering (ofta benämnd rehabiliteringskoordinator).

Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

1 § Regionen ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Det som sägs om regioner i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i en region.

2 § En regions ansvar enligt denna lag omfattar patienter som ges hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

En region får erbjuda koordineringsinsatser till den som omfattas av en annan regions ansvar enligt första stycket, om regionerna kommer överens om det.

En region får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt denna lag.

3 § Koordineringsinsatser ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Regionens ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

4 § Om en patient som ges koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska regionen informera Försäkringskassan om det. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

Lagen gäller även de patienter som inte har rätt till sjukpenning där det intygats att patienten på grund av skada eller sjukdom i någon utsträckning är förhindrad att delta i arbetslivet. Även patienter som är redo för arbetslivet, men som inte hunnit bli arbetstagare eller arbetssökande innan de blivit sjukskrivna, omfattas av lagen. Därför anges i författningstexten att koordineringsinsatserna även ska omfatta de sjukskrivna patienterna som behöver stöd för att inträda i arbetslivet (1 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter). Koordineringsinsatser i förebyggande syfte omfattas inte av lagen, men varje region kan avgöra om de vill erbjuda förebyggande koordinering. Enligt förarbeten²⁴ till lagen omfattar koordineringsinsatser varken medicinsk behandling eller medicinska utredningar eller bedömningar. Koordineringsinsatser utgör således inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagens definition. Hälso- och sjukvård definieras i hälso- och sjukvårdslagen som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § HSL).

²⁴ Ds 2018:5 s 56

Behov av stöd för att komma åter i arbete

Det avgörande för individens behov av koordineringsinsatser är vilket stöd individen behöver för att komma åter till arbete eller inträda i arbetslivet, inte vilken diagnos patienten har eller inom vilken disciplin denne vårdas (Ds 2018:5).

Behoven av stöd för att komma åter i arbete ska tillgodoses i enlighet med lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Det gäller oavsett om verksamheten har en person utsedd för att utföra koordineringsinsatser eller inte. Regionens ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Koordineringsinsatser utförs inom tre områden;

- Personligt stöd
- Intern samordning
- Extern samverkan

Personligt stöd

Koordineringsinsatser inom personligt stöd handlar om att många patienter, utöver medicinsk vård och behandling, även har behov av någon som stöttar och vägleder dem utifrån deras förutsättningar genom processen tillbaka till arbete [79]. Det kan handla om att få stöd och motivation till att se sin egen förmåga och att genomföra åtgärder. Stödet ges utifrån bedömda behov som beskrivs i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen. Insatser som kan vara aktuella är att ge information, rådgivning samt att stärka individens delaktighet, motivation och tilltro till sin egen förmåga för att kunna vara aktiv i sin rehabilitering. Flera studier pekar på att individens egen uppfattning om sin möjligheter att komma tillbaka i arbete är mycket viktiga för att individen kommer tillbaka till arbete och hur fort det går [80, 81].

Intern samordning

Intern samordning²⁵ handlar om att hjälpa patienter att samordna behandlings- och rehabiliteringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Behandlings- och rehabiliteringsinsatser kan behöva samordnas inom vårdenheten, men även med andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Se även samordning inom hälso- och sjukvården.

Extern samverkan

När det gäller koordineringsinsatser inom området samverkan med andra aktörer handlar insatserna om att efter behov, med patientens samtycke, stödja patienten i kontakter med andra aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att stötta individen i kontakten med arbetsgivaren bedöms vara särskilt relevant för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska vara framgångsrik och individen ska komma åter till arbete [31]. Det kan till exempel handla om behov av anpassning av

²⁵ Ds 2018:5 s.57

arbetsplats eller arbetsuppgifter inför återgång till arbete. Om hälso- och sjukvården bedömer att behov av samordnad rehabilitering enligt 30 kap. 8 § Socialförsäkringsbalken, SFB finns, ska Försäkringskassan informeras enligt 4 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser. Det är även viktigt att vid behov stötta patienter i att ta kontakt eller samverka med Arbetsförmedlingen eller kommunens socialtjänst (se även Samverkan mellan aktörer).

Vem kan utföra koordineringsinsatser

Koordineringsinsatser kan ges av läkare eller andra professioner inom hälso- och sjukvården. Om koordineringsinsatserna ges av en särskilt utsedd person (så kallad rehabiliteringskoordinator) enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, behöver insatserna avgränsas till att inte inkludera hälso- och sjukvård enligt definitionen i HSL. Detta innebär att bedömningar, rekommendationer eller andra insatser som är hälso- och sjukvård enligt 2 kap. 1 § HSL behöver utföras av professioner inom hälso- och sjukvården.

För att det ska vara patientsäkert och jämlikt vilka patienter som får tillgång till koordineringsinsatser är det viktigt att det finns rutiner för när koordineringsinsatser ska erbjudas.

Registrering av koordineringsinsatser

Koordineringsinsatser ska registreras som KVÅ kod GC001, Koordineringsinsatser för att främja återgång eller inträde i arbetslivet. Koordineringsinsatser är de insatser som utförs inom de tre områden som lagen (2019:1297) beskriver. Koordineringsinsatser ska registreras vid varje tillfälle de utförs och oavsett vilken roll eller profession som utför insatsen. Åtgärds-koden kan även användas vid förebyggande koordineringsinsatser, det vill säga individen behöver inte vara sjukskriven för att koden ska kunna användas. Se bilaga 5.

Extern samverkan

Samverkan är en aktivitet där minst två aktörer agerar gemensamt med ett visst syfte. Samverkan sker mellan aktörer med olika uppdrag och expertis som möts över någon form av organisatorisk gräns [31].

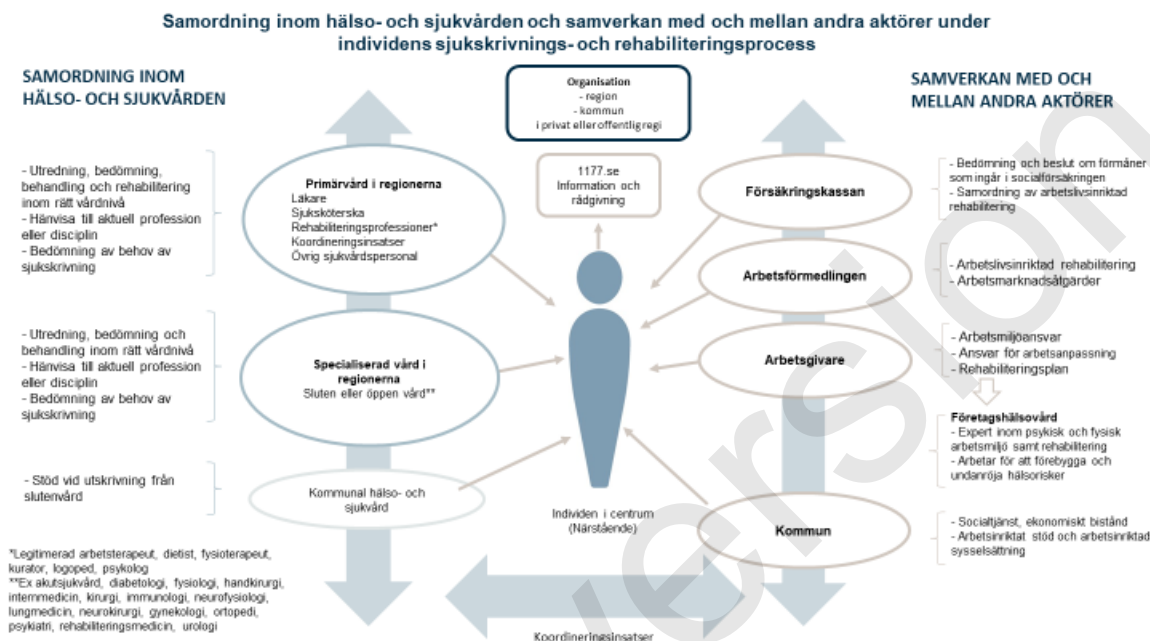
Hälso- och sjukvårdens samverkan med Försäkringskassan, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och kommun är ofta viktigt för att individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ska bli effektiv [ref]. Enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter ska hälso- och sjukvården med patientens samtycke stödja patienten i kontakter med andra aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen efter behov.

Översikt-bilden (figur 9) vill illustrera att samordning inom hälso- och sjukvården och samverkan med och mellan andra aktörer kan vara komplex då många behöver vara inblandade.

En sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är individuell, beroende på individens förutsättningar och situation. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen är navet i individens process. Återgång till arbete eller annan sysselsättning är målet med individens sjukskrivnings- och

rehabiliteringsprocess där involverade aktörer bidrar utifrån sin roll och ansvar (se kapitlet Samverkan mellan aktörer).

Figur 9. Översiktsbild över aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



Återgång till arbete är målet

I en kunskapssammanställning beskrivs att återgång till arbete eller annan sysselsättning inte är en enstaka händelse eller insats utan snarare en process bestående av olika faser, insatser och relationer. I processen har sociala, psykologiska och ekonomiska faktorer stor betydelse. Vidare påverkar arbetsmiljön, hälso- och sjukvården och försäkringssystemet återgången till arbete oberoende av vilka besvär en individ har. Det går därför inte att isolera individens egna psykologiska process från andra mer externa faktorer [50].

En del faktorer är viktigare än andra under processen för återgång till arbete. Att anpassa arbetet efter individens behov, planera för individens övergång till arbete, underlätta kommunikation och överenskommelser mellan olika aktörer är exempel på sådana faktorer. En lyckad återgång till arbete kan mer bero på kompetens inom ergonomi och arbetsplatsanpassning, kommunikation och konfliktlösning, än medicinska eller rehabiliterande insatser [50]. Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv är det därför viktigt att ha ett biopsykosocialt helhetsperspektiv som inkluderar den medicinska rehabiliteringen, åtgärder för arbetsåtergång och eventuellt behov av samverkan med andra aktörer.

Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns mycket att vinna på att samverka runt individen. Därför är det viktigt att se över rutiner och

strukturer så att samverkan prioriteras både hos vårdgivare, Försäkringskassan, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och kommun. I individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess kan flera professioner eller roller från involverade aktörer vara inblandade. Enligt en rapport som SKR gjort bland sina medarbetare visar resultatet att fyra av tio individer, träffar tre eller flera professioner inom hälso- och sjukvården under sin sjukskrivning [82].

Utöver professioner inom hälso- och sjukvården träffar individen handläggare på Försäkringskassan och hos arbetsgivaren kan individen ha kontakt med den egna chefen och ibland kontakter med andra aktörer hos arbetsgivaren (exempelvis med Human Resource (HR) och företagshälsovård).

En stor fördel med möten mellan olika aktörer (hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och kommun), är att alla aktörer får samma information och att individen inte behöver vara budbärare med information mellan olika aktörer. Utifrån individens behov under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med insatser för återgång till arbetet, behöver glappen mellan aktörerna (de organisatoriska mellanrummen) undvikas (se kapitlet Samverkan mellan aktörer).

Alla aktörers insatser behöver samordnas och bli en del av individens planering för återgång till arbete. Samtliga aktörer som ingår i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har ömsesidiga behov av samverkan. Myndigheter, kommun och arbetsgivare har olika behov av information, bedömningar och utlåtanden från hälso- och sjukvården [83].

Samverkan med arbetsgivare

Forskning visar att det är betydelsefullt att hälso- och sjukvården vid behov ger individen stöd i kontakt med arbetsgivaren. Detta bedöms vara särskilt relevant för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska vara framgångsrik och individen ska komma åter till arbete [31]. Vid behov är det även viktigt att arbetsgivaren kopplar in företagshälsovård eller motsvarande för att individen ska få förutsättningar att komma tillbaka till arbetet på ett bra sätt [75]. Hälso- och sjukvården kan informera arbetsgivaren om att behov av företagshälsovård eller motsvarande resurs kan finnas.

Från hälso- och sjukvårdens perspektiv handlar samverkan med arbetsgivaren framförallt om:

- Att efter behov inhämta information från arbetsgivaren avseende arbetsuppgifter, möjligheter till anpassning av arbetsuppgifter och arbetsgivarens plan för återgång till arbete.
- Att ge arbetsgivaren tillräckliga underlag för att kunna bedöma rätt till ersättning enligt sjuklönelagen, samt vid behov komplettera intyg.
- Att ge rekommendationer utifrån individens behov av arbetsplatsinriktad rehabilitering samt bedöma när individen är redo för arbetslivsinriktade insatser.
- Att ge förslag på vilka insatser som skulle kunna underlätta inför återgång till arbete, exempelvis behov av anpassning av arbetsplats eller arbetsuppgifter.

- Att delta på avstämningsmöten med arbetsgivaren och Försäkringskassan.

Samverkan med Försäkringskassan

Försäkringskassan är en viktig aktör i individens process för återgång till arbete när det gäller beslut om ersättning och avseende samordning av rehabiliteringsinsatser. Från hälso- och sjukvårdens perspektiv handlar samverkan med Försäkringskassan framförallt om;

- Avstämning med Försäkringskassan utifrån individens behov och planering (till exempel via telefonsamtal eller meddelandefunktion).
- Avstämningsmöte med Försäkringskassan för att klargöra individens förutsättningar för att återgå i arbete.
- Att vid behov utföra försäkringsmedicinska bedömningar och då sjukskrivning rekommenderas dokumentera bedömningen i ett läkarintyg för sjukpenning.
- Enligt 4 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter ska hälso- och sjukvården informera Försäkringskassan om en sjukskriven patient kan antas behöva arbetslivsinriktade insatser enligt 30 kapitlet i Socialförsäkringsbalken. Informationen får bara lämnas ut om individen samtycker till det.
- Att ge rekommendationer utifrån individens behov av arbetslivsinriktad rehabilitering inför gemensam kartläggning med Arbetsförmedlingen samt bedöma när individen är redo för arbetslivsinriktade insatser till exempel arbetsträning.

Samverkan med Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen för individer som är arbetssökande. Målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga, på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa och insatserna utgår från individens behov.

När en individ har behov av arbetslivsinriktad rehabilitering/fördjupat stöd kan Arbetsförmedlingen skicka förfrågan till hälso- och vården med specifika frågor. Detta görs i medicinskt utlåtande (Af 00213). Ett medicinskt utlåtande kan skrivas av läkare eller annan legitimerad profession på vårdenheten. Regionerna/vårdenheten avgör vem som är bäst lämpad att utfärda utlåtandet till Arbetsförmedlingen. Vårdgivare kan få ersättning när de utfärdar ett medicinskt utlåtande. Arbetsförmedlingen kan behöva den medicinska informationen när det finns behov av att utreda och bedöma om den arbetssökande har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga, bedöma om Arbetsförmedlingen behöver göra anpassningar i program eller stöd, erbjuda lämpliga utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande åtgärder.

Hälso- och sjukvården kan även behöva ta ställning till behov av sjukskrivning under program eller annan insats på Arbetsförmedlingen. Det är då viktigt att ta reda på vilka aktiviteter som ingår och vad insatsen innebär [ref]. Det görs i intyget för deltagare i program (Af 00251). Dessa patienter bedöms gentemot deltagande i program och inte gentemot arbete.

Hälso- och sjukvården behöver ibland delta vid flerpartsmöten tillsammans med Arbetsförmedlingen och individen för att planera vilka insatser som kan vara lämpliga (Se Arbetsförmedlingens hemsida för mer information).

Samverkan med kommun eller socialtjänst

Hälso- och sjukvården kan i samverkan med kommun eller socialtjänst behöva ta ställning till om en individ har förmåga att stå till arbetsmarknadens förfogande eller delta i aktiviteter som syftar till att öka arbetsförmågan. I socialtjänstens uppdrag ingår att stötta individer vidare till egen försörjning i de fall individen uppbär försörjningsstöd/ ekonomiskt bistånd. Ekonomiskt bistånd är det yttersta skydds nätet och ett tillfälligt ekonomiskt stöd. Hälso- och sjukvården behöver veta vilka arbetskrav/motsvarande som ställs i den anvisade aktiviteten som personen ska delta i, för att kunna ta ställning till behov av sjukskrivning. Det är viktigt att främja individens aktivitetsförmåga. När behov av sjukskrivning bedöms är det erfarenhetsmässigt ofta viktigt för individen att vara kvar i den sysselsättningen, ibland med anpassningar, och behov av sjukskrivning finns mer sällan, jämfört med om individen var i arbete (högre krav).

Läs mer

Metodstöd ADA, Arbetsplatsdialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd [ref]



Checklista för del 2. Sjukskrivning och rehabilitering

- ✓ Läkaren har det övergripande ansvaret för de planerade behandlings- och rehabiliteringsinsatserna under sjukskrivningen. Respektive legitimerad profession har ansvar för sina insatser.
- ✓ Upprätta och dokumentera en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång till arbete.
Läs mer i rutan Innehåll i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan.
- ✓ Basera rehabiliteringsåtgärderna på vetenskap och beprövad erfarenhet (åtgärder för att återfå funktions- och aktivitetsförmåga och åtgärder för arbetsåtergång).
- ✓ Samordna olika insatser för patienten på ett ändamålsenligt sätt. Säkerställ koordineringsinsatser som personligt stöd, intern samordning och extern samverkan efter behov.
- ✓ Använd ett iterativt arbetssätt vid utredning, behandling och uppföljning – det bidrar till ett gott resultat.

Så följer vi upp

Här kommer det att finnas uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete i slutversionen.

Klassifikation av vårdåtgärder

Inom hälso- och sjukvården används Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), för att beskriva planerade, pågående och utförda åtgärder i dokumentationen, samt för statistisk beskrivning av åtgärder och möjliggör uppföljning av åtgärder på lokal, regional och nationell nivå. KVÅ är gemensam inom flera verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Det är obligatoriskt att rapportera in KVÅ-koderna till Socialstyrelsens hälsodataregister enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:91) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

KVÅ-koder i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är viktiga för att kunna följa upp vilka åtgärder som ger resultat och om målen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen uppnås. Målet är att fungerande KVÅ-koder även ska kunna användas som uppföljningsmått inom försäkringsmedicin. Förklaringstexterna till KVÅ-koderna tydliggör vad koden innebär och hur kodning ska göras på ett samstämmigt sätt (se Bilaga 5 Urval av KVÅ-koder inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen). Det finns även kodningsanvisningar för KVÅ.

Viktiga KVÅ-koder i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

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

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

AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan

GC001 Koordineringsinsatser för att främja återgång eller inträde i arbetslivet (ändrad titel från och med 2023)

ZV506 Medverkande av företrädare för arbetsgivare

XS013 Avstämning med Försäkringskassan

Del 3. Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering

Uppföljning och utvärdering är den tredje delen i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering [34]. I denna del beskrivs hälso- och sjukvårdens arbete med att följa upp och utvärdera sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen samt avslut av sjukskrivning.

Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen

För att nå uppsatta delmål och mål i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det viktigt att kontinuerligt följa upp och utvärdera sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen. Patienten ska inte uppfatta sitt läkarbesök som endast ett tillfälle för ställningstagande till förlängd sjukskrivning, utan som ett tillfälle att följa upp och utvärdera behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

Läkaren ansvarar för uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen för återgång i arbete eller annan sysselsättning. Andra legitimerade professioner ansvarar för att följa upp sina delar av insatserna. En kontinuerlig uppföljning av pågående eller genomförda insatser tillsammans med individen ger en trygghet och involverad patient.

Vid uppföljning är det ofta viktigt att beakta att många andra faktorer kan påverka individens möjligheter att återgå till arbete, exempelvis även individens arbetsmiljö, arbetsuppgifter och livssituation. Även faktorer såsom individens kompetens, attityder och motivation, samt de stödinsatser individen får från hälso- och sjukvården och andra aktörer, som exempelvis arbetsgivaren [47]. Om målen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen inte har uppnåtts behöver läkaren ta ställning till om målen kan uppfyllas med ytterligare åtgärder. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver vara iterativ. Ibland kan något tillstöta som försämrar tillståndet, att målen inte uppnåtts, eller att det bedöms att ytterligare rehabiliterande åtgärder behövs. För att individen ska kunna återgå i arbete behöver en ny sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan upprättas. När individen behöver fortsatt sjukskrivning behöver sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen uppdateras med de åtgärder som då sätts in under den fortsatta sjukskrivningen.

Punkter för kontinuerlig uppföljning under sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen:

- ✓ Läkaren har ansvar för att följa upp planen för sjukskrivning och rehabilitering. Andra legitimerade professioner har ansvar för att följa upp sina delar av insatserna.
- ✓ Säkerställ att det finns en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång till arbete eller annan sysselsättning.
- ✓ Utvärdera och följ upp resultatet av rekommenderade behandlings- och rehabiliteringsinsatser tillsammans med patienten utifrån den biopsykosociala modellen.
- ✓ Följ upp att patienten medverkar i sin rehabiliteringsplan.
- ✓ Säkerställ den medicinska bedömningen, att diagnosen är rätt och att inget ytterligare behöver utredas.
- ✓ Gör en förnyad försäkringsmedicinsk bedömning av behovet av fortsatt sjukskrivning.
- ✓ Vid behov revidera planen för behandlings- och rehabiliteringsinsatser, samt delmål och mål.
- ✓ Planera återbesök till läkare med utgångspunkt från medicinska behov och – förlägg inte automatiskt besöket till sjukskrivningstidens avslut
- ✓ Följ alltid aktivt upp sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen, om det inte är uppenbart obehövligt.

Vid uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen är det viktigt att följa upp individens kontakt med arbetsgivaren eller motsvarande [84]. Om individen inte har kontakt med sin arbetsgivare eller har svårigheter i kontakten, samt om individen har låg tilltro till sin förmåga att så småningom kunna återgå till arbete är det viktigt att se över möjligheter till stöd kring detta. Det finns evidens för att kontakten med arbetsgivaren påverkar individens möjlighet att återgå till arbete positivt. I dessa fall kan det finnas behov koordineringsinsatser inom personligt stöd eller extern samverkan med relevanta aktörer.

Avslut av sjukskrivning eller beslut om vidare åtgärder

Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering avslutas när individen inte längre har behov av hälso- och sjukvård. Individen kan då ha återfått arbetsförmåga och vara åter i sitt ordinarie arbete/sysselsättning, ibland med andra arbetsuppgifter eller i ett annat arbete. Däremot avslutas inte alltid rehabiliteringsprocessen när individen börjar arbeta igen, eftersom hälso- och sjukvården kan behöva följa upp att återgången till arbetet eller annan sysselsättning blir hållbar. Processen för sjukskrivning och rehabilitering kan även avslutas om man konstaterar att individen inte kan få tillbaka sin arbetsförmåga. Även om arbetsförmågan är varaktigt nedsatt kan

rehabilitering fortsätta för att stärka funktions- och aktivitetsförmågor, förhindra försämring och öka livskvaliteten.

Återgång till arbete

För de allra flesta innebär en avslutad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess att bli återställd från sjukdom, återfå arbetsförmåga och återgå till det arbete eller den sysselsättning man sjukskrevs ifrån. Inför återgång till arbete görs en planering tillsammans med patienten kring sjukskrivningens avslutning samt om eventuell uppföljning behövs eller egenvård [33].

Vid avslutning av sjukskrivning kan följande faktorer beaktas:

- Efter en längre tids sjukskrivning på heltid kan det vara gynnsamt om sjukskrivningen avslutas med en period med partiell sjukskrivning för en gradvis upptrappning av arbetet och en successiv återgång.
- En sjukskrivning kan med fördel avslutas mitt i veckan om man arbetar måndag till fredag. Detta bidrar till en mjukare återgång till arbete.

Byte av arbete

Många individer blir inte återställda från sin sjukdom eller skada utan hittar andra strategier för att ta tillvara på sin arbetsförmåga, trots sjukdom, genom olika former av anpassningar och hjälpmedel eller genom att hitta ett annat arbete eller annan sysselsättning där sjukdomens konsekvenser inte utgör hinder för arbete och där arbetsförmågan kan tas tillvara. En individ kan behöva byta arbetsuppgifter, arbetsplats, arbete eller yrke beroende på vilka aktivitetsbegränsningar sjukdomen medfört. Att byta arbete eller yrke, på grund av sjukdom kan vara en lång process och om det tidigt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är tydligt att prognosen för återgång till ordinarie arbete är dålig kan det vara viktigt att hälso- och sjukvården lyfter frågan med individen. I fall där individens arbetsförmåga inte bedöms vara möjlig att helt återfås kan en nyorientering till en annan arbetssituation, alternativt till byte av arbetsgivare vara ett alternativ. Ibland kan en tidig kontakt med Arbetsförmedlingen vara av stor vikt. Vissa yrken eller arbetsuppgifter är inte lämpliga om man har vissa sjukdomar eller skador. Ibland kan man anpassa arbetet, så att vissa moment inte utförs eller utförs på annat sätt med exempelvis arbetshjälpmedel eller annan anordning. Ibland är det inte möjligt att göra anpassningar. Att byta arbete kan påverka arbetsförmågan positivt genom att en individs kapacitet bättre matchar det nya arbetet än det tidigare arbetets krav [85]. Att byta arbete kan ”motverka inlåsning” som kan utgöra en hälsorisk. Begreppet inlåsning beskriver anställda som inte är i sitt önskade yrke eller på önskad arbetsplats [85].[85]. Att byta arbete kan ”motverka inlåsning” som kan utgöra en hälsorisk. Begreppet inlåsning beskriver anställda som inte är i sitt önskade yrke eller på önskad arbetsplats [85][ref] Att byta arbete kan vara ett sätt för människor med ohälsa att vara kvar i arbetslivet.

När arbetsförmåga saknas (är permanent nedsatt)

När arbetsförmågan bedöms vara stadigvarande nedsatt och rehabilitering, både medicinsk och arbetslivsinriktad är uttömd kan patienten ha behov av att läkaren förmedlar sin bedömning i ett försäkringsmedicinskt utlåtande. I förekommande fall ställer Försäkringskassans kriterier för att bevilja sjukersättning höga krav på kvalitet i olika bedömningar och uppgifter i läkarutlåtandet. Hälso- och sjukvården arbetar med utgångspunkt från patientens medicinska behov. Läkaren behöver noggrant beskriva diagnos och prognos samt vad som har utförts det vill säga behandling, medicinsk rehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering (6 kap. 5-8 §§ HSLF-FS 2018:54). Information kan även behöva inhämtas från Arbetsförmedlingen. Det är läkaren som bedömer om det är möjligt att utfärda ett utlåtande det vill säga om tillräckligt underlag finns för att göra en försäkringsmedicinsk bedömning.



Läs mer

Referensmaterial för anpassning och hjälpmedel i arbetslivet
Materialet är tänkt att användas tillsammans med Referensmaterial vid bedömning av arbetsförmåga som ett underlag för diskussion med den försäkrade och med arbetsgivare eller annan aktör. Syftet är att uppmärksamma att det kan finnas möjligheter att anpassa i arbetsuppgift och arbetsmiljö. *I materialet finns förslag och exempel på olika former av anpassning och arbetshjälpmedel som kan underlätta i en arbetssituation* [86].
Kunskapsmaterialet- fysiska och psykiska krav i olika yrkesgrupper. Se Arbetsförmedlingen. **LÄNK.**

Så följer vi upp

Här kommer det att finnas uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete i slutversionen.

Ledning och styrning

Ledning och styrning är den fjärde delen i det försäkringsmedicinska kunskapsstödet som handlar om sjukskrivning och rehabilitering [34]. I denna del beskrivs förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. De delar som ingår i denna fjärde del är:

- Principer för ledning av en verksamhet (så kallat ledningssystem, som gör det möjligt för ledningen (på regional, lokal nivå) att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt
- Säkerställa att verksamheten på kort och lång sikt har tillgång till medarbetare med rätt kompetens och att det finns tillräckligt med tid att utföra det försäkringsmedicinska arbetet
- Vårdgivarens ansvar att fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet
- Vikten av att ledning och styrning kontinuerligt följer upp och utvärderar verksamheten
- Själva kärnan i samverkan behöver aktivt stöd och tydlig legitimitet.

Det är viktigt att arbetet med sjukskrivning ingår i regionernas samlade lednings-, planerings- och uppföljningsverksamhet liksom annan vård och behandling. Chefer inom hälso- och sjukvården har ansvar för att ge goda administrativa förutsättningar för hälso- och sjukvården såsom t.ex. riktlinjer och rutiner, tid och kunskapsstöd. Att det finns ett tydligt uppdrag för ledning och styrning inom försäkringsmedicin har beskrivits som grundläggande för ett gott försäkringsmedicinskt arbete [83, 87].

Ledningssystem

Ett ledningssystem är ett system för att fastställa principer för ledning av en verksamhet och gör det möjligt för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt [68]. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:64) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete regleras att varje vårdgivare²⁶ ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten [88]. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet (3 kap. 1 § HSLF-FS 2020:64). Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 2 § HSLF-FS 2020:64). Genom ledningssystemet kan vårdgivarna ge verksamhetscheferna ramar och vägledning för det lokala kvalitetsarbetet och efterfråga resultat. Ledningssystemet på verksamhetsnivå ska i sin tur innehålla riktlinjer för hur det systematiska kvalitetsarbetet med

²⁶ Den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet eller tandvårdsverksamhet är en vårdgivare. Det gäller både privat och offentligt finansierad verksamhet. En vårdgivare kan till exempel vara en region, en kommun, ett aktiebolag eller en egenföretagare. Några exempel på verksamheter är apotek, sjukhus, tandvårdsmottagningar och vårdcentraler. Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård [ref].

sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska bedrivas, styras, följas upp och utvecklas.

Behov av processer och rutiner

Vårdgivaren ska fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2–4 §§ HSLF-FS 2020:64). Kvalitet definieras i HSLF-FS 2020:64 som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Bestämmelsen i 3 kap. 1 § HSLF-FS 2020:64 beskriver vårdgivarens ansvar för att det finns sådana processer och rutiner som behövs för att verksamheten uppfyller alla de krav som ställs i HSLF-FS 2016:40. Det är alltså genom ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete som kraven i dessa föreskrifter ska säkerställas.

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning (4 kap. 1 § HSLF-FS 2020:64). En verksamhet som är särskilt riskfylld eller komplicerad kan behöva mer styrning i form av fler processer och rutiner än en mindre riskfylld verksamhet. En verksamhet som omfattar många olika delar av hälso- och sjukvård kan behöva arbeta fram fler processer och rutiner än en verksamhet som är av mer begränsad inriktning eller omfattning.

Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Det finns också särskilda regler om vårdgivarens ansvar inom olika områden. Vårdgivaren ska till exempel:

- ansvara för att det finns hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens
- anmäla verksamheten till vårdgivarregistret
- se till att verksamheten har ett ledningssystem, det vill säga de rutiner och processer som behövs för att verksamheten ska ha en hög kvalitet
- se till att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler
- utreda och anmäla händelser som kan leda till vårdskador [88].

Kompetens

Kompetensförsörjning betyder att "på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens". Begreppet kompetensförsörjning omfattar flera olika delar:

- analys av kompetensbehov
- utbildning
- rekrytering
- behålla medarbetare med rätt kompetens
- hur medarbetarnas tid och kompetens används [89].

Verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården är ansvariga för att personalen på vårdenheten har den kompetens som krävs för arbetsuppgifterna. Inom området för sjukskrivning och rehabilitering, kan det handla om kompetens avseende försäkringsmedicin, till exempel socialförsäkringen, aktuella intyg,

försäkringsmedicinskt beslutsstöd, föreskrifter från Socialstyrelsen, försäkringsmedicinsk bedömning (god och säker vård), behandlings- och rehabiliteringsinsatser, samt intygsutfärdande. Det kan även handla om att identifiera behov av kompetensutveckling. Att få stöd från ledningen kan upplevas som helt avgörande för dem som är verksamma inom försäkringsmedicin [90].

För att hälso- och sjukvården ska kunna erbjuda en god sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess behöver det finnas tillgång till läkare med försäkringsmedicinsk kompetens. Vid särskilt komplicerade sjukskrivningar bör det finnas möjlighet att konsultera högre försäkringsmedicinsk kompetens, exempelvis genom tillgång till medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin.

Försäkringsmedicin ett tidskrävande ansvar

Det försäkringsmedicinska ansvaret är tidskrävande och för att kunna göra försäkringsmedicinska bedömningar av hög kvalitet behövs tid och förutsättningar. Det måste finnas tillräcklig tid avsatt och organisatoriska förutsättningar för att läkaren ska kunna göra bra försäkringsmedicinska bedömningar. Den initiala bedömningen där diagnos fastställs och vilka konsekvenser funktionstillståndet har för individen i relation till arbete eller annan sysselsättning påverkar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Även behovsbedömning och planering av behandlings- och rehabiliteringsinsatser tillsammans med individen, samt dokumentation av planen är tidskrävande moment. Det är viktigt att det blir rätt från början. Det är även grundläggande att läkaren har tillräcklig tid för att dokumentera resultatet av den försäkringsmedicinska bedömningen och rekommendationerna om sjukskrivning på ett adekvat sätt i journal och intyg (detta är viktigt för att själv kunna följa upp och utreda vidare vid behov, men även om en annan läkare ska ta över sjukskrivningen i ett senare skede).

Det är viktigt att tid och resurser avsätts för en grundläggande utbildning för alla nya befattningshavare samt kontinuerlig uppdatering och fortbildning därefter inom området Försäkringsmedicin.

Samverkan

Samverkan är en tydlig och prioriterad ledningsuppgift. Det praktiska samarbetet kring en enskild individ, själva kärnan i samverkan, måste få aktivt stöd och tydlig legitimitet från såväl hälso- och sjukvård och beslutsfattare på lokal enhets- och verksamhetsnivå som från beslutsfattare och politiker på regional och nationell nivå.

På lokal enhets- och verksamhetsnivå bör man ta upp frågor om organisering, till exempel gemensamma rutiner och formaliserade kontaktvägar. På den övergripande beslutsfattare- och politikernivån bör man främst behandla frågor om gemensam utbildning, struktur och regelverk [91]. Det ska framgå av processer och rutiner hur samverkan bedrivs inom den egna verksamheten, till exempel mellan olika enheter eller andra organisatoriska delar, och mellan olika yrkesgrupper (4 kap. 5 och 6 §§ HSLF-FS 2020:64).

Det är viktigt att arbetet med sjukskrivning ingår i regionernas samlade lednings-, planerings- och uppföljningsverksamhet liksom annan vård och behandling. Chefer inom hälso- och sjukvården har ansvar för att ge goda administrativa förutsättningar för hälso- och sjukvården såsom t.ex. riktlinjer och rutiner, tid och kunskapsstöd [87]. Att det finns ett tydligt uppdrag för ledning och styrning inom försäkringsmedicin är grundläggande för ett gott försäkringsmedicinskt arbete [87].

Det är också viktigt här att tid och resurser avsätts för en grundläggande utbildning för alla nya befattningshavare samt kontinuerlig uppdatering och fortbildning därefter inom området försäkringsmedicin avseende samverkan med andra aktörer.

Styrande dokument

Upprättade och fastställda processer och rutiner är grundläggande för att säkerställa kvalitet, god och jämlik vård, patientsäkerhet och ett fortlöpande förbättringsarbete [70]. Vårdgivaren ska fastställa de processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (4 kap. 2-4 §§ HSLF-FS 2020:64). Processer och rutiner behövs på regional och lokal nivå när det gäller följande områden:

- Processer och rutiner för den försäkringsmedicinska bedömningen.
- Processer och rutiner för utredning och bedömning av behov av behandlings- och rehabiliteringsinsatser.
- Processer och rutiner för upprättande, uppföljning och revidering av plan för sjukskrivning- och rehabilitering för återgång i arbete eller annan sysselsättning.
- Processer och rutiner för hur patienter i behov av koordinerande insatser identifieras och följs upp. (Expertgrupp uppföljningsmått)

Genom att följa utvecklingen och efterfråga resultat av det försäkringsmedicinska arbetet signalerar ledningen att det försäkringsmedicinska arbetet är prioriterat. Ledningen kan stödja utvecklingen av samordning internt och externt genom rutiner för att synliggöra strukturella brister, olösta samordningsfrågor eller arbetssätt som leder till återkommande problem för individen. En sådan möjlighet till uppföljning kan ingå i respektive verksamhets vanliga kvalitets- och förbättringsarbete. Avvikelsehantering²⁷ är ett sätt att uppmärksamma sådant som inte fungerar.



Läs mer

I Socialstyrelsens handbok ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS

²⁷ En avvikelse är något som avviker från normal rutin, tar tid och/eller kostar pengar att rätta till, oavsett om det handlar om misstag, situationer som lett till eller kunnat leda till skada, felaktigheter, merarbete eller tidsspillan. En avvikelse kan exempelvis röra patienters vård och behandling, personalens situation och arbetsmiljö, brand, stöld eller skadegörelse, påverkan på yttre miljö, egendom, administrativa rutiner. Avvikelsehantering innebär att man på ett systematiskt sätt arbetar med att identifiera, dokumentera samt rapportera negativa händelser och tillbud. Systematiskt arbetssätt innebär även att man fastställer och åtgärdar orsaker, utvärderar åtgärdernas effekt samt sammanställer och återkopplar erfarenheterna till verksamheten. Alla medarbetare har ett ansvar att rapportera avvikelser på arbetsplatsen när de inträffar eller upptäcks.

2020:64) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” finns värdefullt stöd. Handboken kan laddas ner från Socialstyrelsens webbplats.

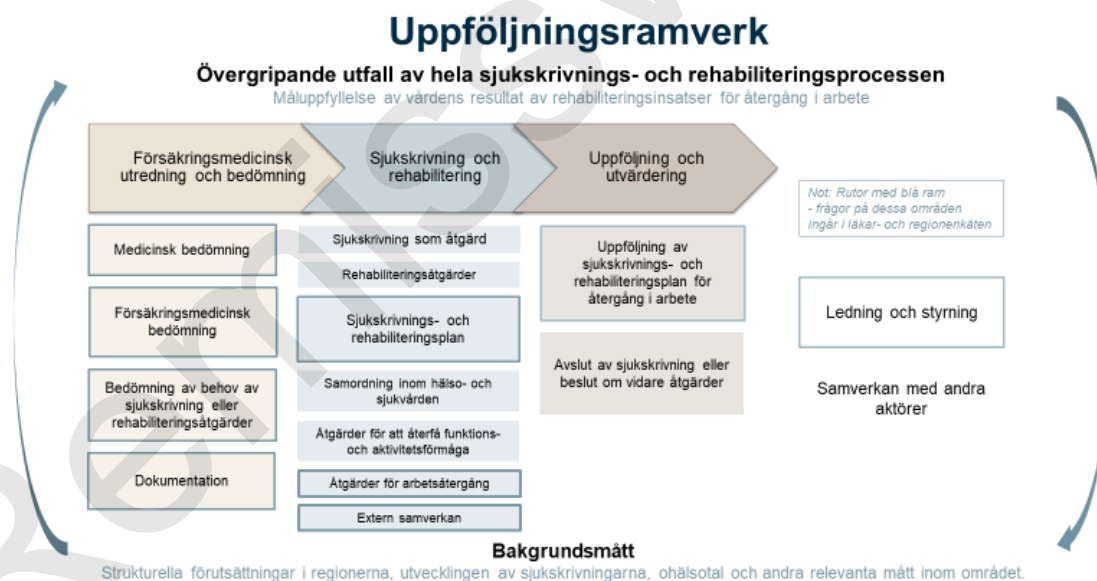
Uppföljning

Ett uppföljningsramverk (figur 10) har tagits fram baserat på hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering. Ramverket kan användas av regionerna i det egna arbetet med kvalitetssäkring, verksamhetsutveckling och uppföljning av hälso- och sjukvårdens arbete med försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Ramverket innehåller följande områden:

- Utfall av hela rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen
- Försäkringsmedicinsk utredning och bedömning
- Sjukskrivning och rehabilitering
- Uppföljning och utvärdering²⁸
- Ledning och styrning; organisation och förutsättningar för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete till exempel försäkringsmedicinsk kompetens, tid och riktlinjer
- Samverkan mellan aktörer

Observera! Uppföljningsramverket kommer att presenteras tillsammans med en första version uppföljningsmätt samtidigt som slutversionen av kunskapsstödet lanseras.

Figur 10. Uppföljningsramverk



²⁸ De tre punkterna som är kursiva motsvarar de tre delarna i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning- och rehabilitering.

Remissversion

Samverkan mellan aktörer

Samverkan mellan aktörer är den femte delen i det försäkringsmedicinska kunskapsstödet som handlar om sjukskrivning och rehabilitering [34]. De delar som ingår i denna femte del är: vad är samverkan, begrepp som kan förstås olika av olika aktörer samt aktörer och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Syftet med denna del är att främja samverkan och att bidra till att nå målbilden *en god sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* [1].

Samverkan är en aktivitet där minst två aktörer agerar gemensamt med ett visst syfte och mål. Samverkan sker mellan aktörer med olika uppdrag och expertis som möts över någon form av organisatorisk gräns. Det är viktigt att ha kännedom om olika aktörers roller och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Strukturell samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen syftar till att åstadkomma en välfungerande process och att i samverkan med andra aktörer bidra till målet [31, 92].

Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i lag, förordningar och föreskrifter [31]. Av förvaltningslagen framgår att en myndighet inom sitt verksamhetsområde ska samverka med andra myndigheter, 8 § förvaltningslag (2017:900), FL. Myndigheters skyldigheter styrs även av myndighetsförordningen, där det beskrivs att myndigheter ska verka för att genom samarbete med andra myndigheter ta till vara de fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet (6 § andra stycket myndighetsförordning (2007:515)).

Aktörer styrs av olika lagar

De olika aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen styrs av olika lagrum, föreskrifter och andra styrande dokument (se respektive samverkansaktör för närmare information). Det kan skapa otydligheter och göra det svårt att förstå processen.

Intyget för sjukpenning en länk för information

Intyget för sjukpenning är ett viktigt underlag för Försäkringskassans bedömning av rätt till ersättning för inkomstbortfall när arbetsförmågan är nedsatt och om det föreligger behov av eventuella ytterligare rehabiliteringsåtgärder. Läkarintyget är den försäkringsmedicinska ”länken” till socialförsäkringen. I läkarintyget intygas läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning, baserat på den försäkringsmedicinska bedömningen. Utöver detta kan intyget delvis ses som en komprimerad planering för vad som ska hända under sjukskrivningen och kan användas som ett samverkansdokument. Läkaren har möjlighet att ge information och rekommendationer till individen, Försäkringskassan och arbetsgivaren i intyget. Det är även möjligt att lämna impulser om exempelvis önskan att kalla till avstämningsmöte. I intyget för sjukpenning kan Försäkringskassan fånga impulser som avser samordning av rehabiliteringsinsatser. I vissa fall kan intyget vara ett viktigt underlag för att

identifiera behov av samverkan med andra aktörer, exempelvis kan samverkan komma igång tidigare om involverade aktörer uppmärksammar och använder informationen i intyget.

Begrepp innebär olika saker för de olika aktörerna

Det finns flera begrepp som innebär olika saker för de olika aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Exempel på begrepp som för de olika aktörerna innebär olika saker och kan innebära att de involverade aktörerna inte förstår varandra:

- försäkringsmedicin
- arbetsförmåga
- rehabilitering
- plan för återgång till arbete
- hjälpmedel/arbetshjälpmedel/arbetstekniska hjälpmedel

Försäkringsmedicin är både medicin och juridik

Socialstyrelsen utgår från Nationellt Försäkringsmedicinskt forums (NFF:s) definition av försäkringsmedicin från 2017 kopplat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (se Inledningen av kunskapsstödet).

Försäkringsmedicin är ett område där medicinska och juridiska bedömningar möts genom det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och olika försäkringssystem. Medicin och juridik har olika perspektiv på beslut och insatser och de olika disciplinerna använder skilda termer, begrepp och förutsättningar (se bild kring vad som karaktäriserar medicinska respektive juridiska beslut och insatser i Inledningen av kunskapsstödet). Det är angeläget att vara medveten om att båda perspektiven påverkar individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Olika perspektiv på begreppet arbetsförmåga

Olika aktörer har olika perspektiv på begreppet arbetsförmåga, vilket gör att missförstånd kan uppstå när aktörerna samverkar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

- Arbetsförmåga ur *kliniskt försäkringsmedicinskt perspektiv* innebär att när arbetsförmågan ska bedömas försäkringsmedicinskt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen tas endast hänsyn till de medicinska faktorerna det vill säga inte ekonomiska, sociala eller arbetsmarknadsmässiga faktorer. Perspektivet är kopplat till individens aktuella hälsotillstånd (diagnos) och funktionstillstånd (funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning) i förhållande till aktuella arbetsuppgifter. En biopsykosocial²⁹ bedömning kan vara en utgångspunkt för att bedöma rehabiliteringsbehov.
- Arbetsförmåga ur *Försäkringskassans socialförsäkringsperspektiv* innebär att när arbetsförmågan bedöms i det enskilda fallet tas endast hänsyn till de medicinska faktorerna, det vill säga inte ekonomiska, sociala eller arbetsmarknadsmässiga faktorer. Arbetsförmåga bedöms i

²⁹ Se även Arbetsförmågehuset

förhållande till ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter.

Försäkringskassan bedömer rätt till ersättning utifrån medicinska underlag och andra relevanta uppgifter. Utifrån rehabiliteringskedjans bestämda tidpunkter ändras bedömningsgrunden för sjukpenningen beroende på var i kedjan individen befinner sig.

- Arbetsförmåga ur *Arbetsförmedlingens perspektiv* handlar om anställningsbarhet. När Arbetsförmedlingen gör en samlad arbetsmarknadspolitisk bedömning tas hänsyn till faktorer som erfarenhet, utbildning och kompetens vilket kan göra att individen inte bedöms vara anställningsbar. Det är i skärningspunkten av individens förutsättningar för arbete, specifika arbetsuppgifter och arbetsmiljön som arbetsförmåga uppstår enligt Arbetsförmedlingen. Arbetsförmedlingens insatser syftar till att individen ska få eller återfå arbetsförmåga och bidra till sin egen försörjning.
- Arbetsförmåga ur *arbetsgivarens perspektiv* handlar om att bedöma och besluta om sjuklön då arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Detta innebär även att arbetsgivaren har att bedöma om anpassning av arbetsuppgifter, arbetstid som kan skapa förutsättningar att ta tillvara arbetsförmågan. Det kan även handla om tillfällig förflyttning eller omplacering.
- Arbetsförmåga ur *arbetsrättsligt perspektiv* innebär att arbetsförmågan i första hand bedöms gentemot ordinarie arbete. Det är först när möjligheterna till sådan återgång inte är möjlig som bedömning av arbetsförmåga görs mot arbeten inom den övriga organisationen. Arbetsgivare är inte skyldiga att bedöma arbetstagares arbetsförmåga gentemot arbeten utanför den egna organisationen.

Rehabilitering kan ha olika betydelse

Begreppet rehabilitering kan ha olika innebörd hos olika aktörer [31]. Detta kan leda till otydlighet för både individen och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen om man inte har god kännedom om roller och ansvar (Tabell 2).

Tabell 2. Rehabilitering har olika betydelse beroende på aktör

Rehabilitering utifrån olika aktörer	
Hälso- och sjukvård	Inom hälso- och sjukvård är rehabilitering en integrerad del av vård och behandling; ett specialitetsöverskridande kunskapsområde oavsett diagnos, patientgrupp eller ålder. Rehabiliteringsmetodik innebär teambaserat arbetssätt med gemensamma mål i rehabiliteringsplan. Åtgärder utvärderas och följs upp kontinuerligt.
Försäkringskassan	Försäkringskassan ska klarlägga individens behov av rehabilitering så snart det är möjligt samt verka för att andra aktörer vidtar de åtgärder som behövs för att rehabiliteringen ska bli effektiv. Försäkringskassan är själv ingen rehabiliterande aktör. Om det finns behov av samordning av de åtgärder som är aktuella så ska Försäkringskassan ansvara för det (30 kap. 8–11 §§ SFB). Rehabilitering syftar enligt 29 kap. 2 § SFB till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.

Arbetsgivare	Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar avser den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Grundläggande bestämmelser om arbetsmiljöns utformning och arbetsgivarens arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet finns i arbetsmiljölagen (AML). Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar för rehabilitering finns även i socialförsäkringsbalken (SFB) samt indirekt genom reglerna om saklig grund för uppsägning i lagen om anställningsskydd (LAS) och Arbetsdomstolens praxis som avser uppsägning på grund av personliga skäl i form av sjukdom.
Arbetsförmedlingen	Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. Målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa.
Kommun	Kommunen kan erbjuda social rehabilitering. Det kan handla om olika stöd för att stärka sociala funktioner, självständighet och delaktighet i samhällslivet.

Olika planer för återgång till arbete

Det är viktigt att vara medveten om att de olika aktörerna ansvarar för planer utifrån olika lagrum och att de olika aktörerna har olika ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Planerna utformas tillsammans med individen och även med andra aktörer i de fall flera aktörer är inblandade. I tabell 3 beskrivs de olika aktörernas planer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Tabell 3. Aktörers planer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Aktör	Olika aktörers planer
Hälso- och sjukvården	Planeringen för sjukskrivning- och rehabilitering för återgång till arbete ska alltid dokumenteras (3 kap. 5-7 §§ PDL och 5 kap. 2 och 3 §§ HSLF-FS 2016:40). I enkla och okomplicerade fall handlar det om en enkel planering som dokumenteras i journal och intyg. Vid sjukskrivning och behov av rehabilitering ska hälso- och sjukvården upprätta en individuell rehabiliteringsplan enligt (8 kap. 7 § HSL) i samverkan med patienten. Av planen ska planerade och beslutade behandlings- och rehabiliteringsinsatser framgå (8 kap. 7 § HSL).
Försäkringskassan	Försäkringskassan ska upprätta en rehabiliteringsplan när individen får åtgärder som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning, exempelvis arbetsträning och utbildning (30 kap. 12–13 §§ SFB).
Arbetsgivare	Arbetsgivaren ansvarar för att i samråd med individen upprätta en plan för återgång till arbete inom 30 dagar. Det gäller för en anställd som kan antas komma att ha en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under minst 60 dagar. Detta enligt 30 kap. 6 § SFB. Syftet med planen är ett stöd för att den anställda ska kunna återgå i arbete. Planen ska följas upp över tid och kan ändras efter behov.
Kommun och region	Samordnad individuell plan (SIP). För personer som behöver stöd från flera aktörer kan en samordnad individuell plan behöva upprättas. I (2001:453), SOL och i HSL finns bestämmelser om att kommunen och regionen ska upprätta en samordnad individuell plan när de bedömer att insatser behöver samordnas. När en SIP-plan upprättas ska personen själv vara delaktig i arbetet med planen. En SIP ska alltid utgå från individens behov och situation (2 kap § 7 SoL, 16 kap § 4 HSL)

Hjälpmedel, arbetstekniska hjälpmedel och arbetshjälpmedel

Individen kan behöva hjälpmedel för att bibehålla eller återfå funktions- och aktivitetsförmåga och för att öka arbetsförmågan i arbetet eller vid återgång till arbete. Hjälpmedel, arbetstekniska hjälpmedel eller arbetshjälpmedel är olika aktörers ansvar.

Inom hälso- och sjukvården är förskrivning av hjälpmedel en del av insatserna vid rehabilitering och habilitering. Hjälpmedel har stor betydelse för individens delaktighet och livskvalitet [93]. Hjälpmedel förskrivs för vård och behandling och för det dagliga livet.

Arbetstekniska hjälpmedel är sådan utrustning som anställda behöver för att förebygga arbetsskador i arbetet eller för att förkorta en sjukskrivning. Att personal har den utrustning som behövs för att utföra arbetsuppgifter på ett säkert sätt är arbetsgivarens ansvar enligt Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Arbetshjälpmedel för personer med funktionsnedsättning ska kompensera en nedsättning i arbetsförmågan. Det kan ske genom ett hjälpmedel, en anpassning av programvara eller ett befintligt datorsystem eller en fysisk anpassning av arbetsplatsen. Arbetshjälpmedel ska vara sådana produkter som normalt inte behövs i verksamheten. Ansvaret för arbetshjälpmedel på arbetsplatsen är delat mellan Försäkringskassan³⁰ och Arbetsförmedlingen³¹ [94] (se olika aktörers roller och ansvar).

Läs mer

Referensmaterial för anpassning och hjälpmedel i arbetslivet



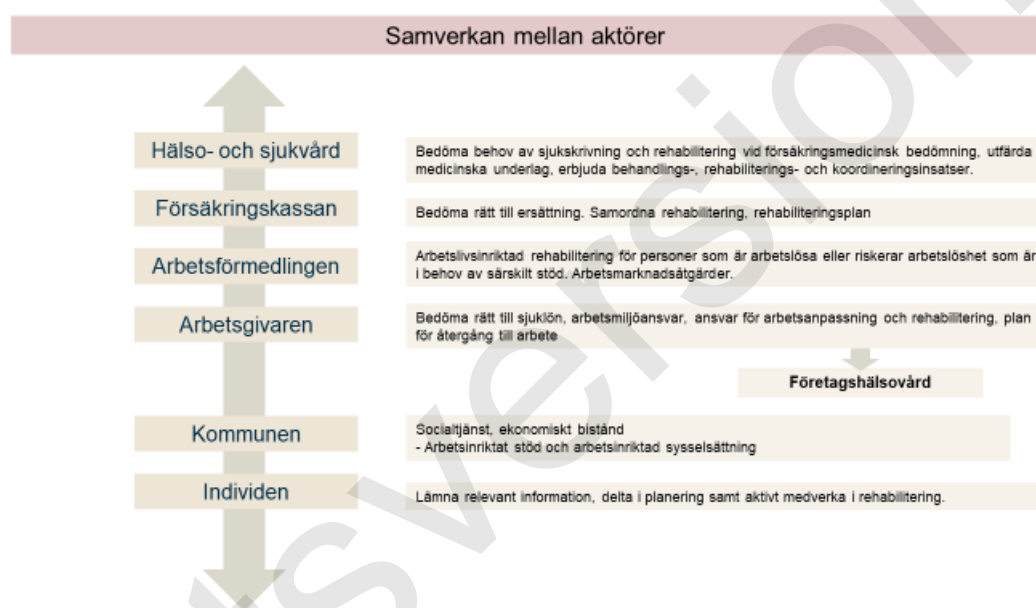
³⁰ 30 kap. 5 § SFB och i förordningen (1991:1046) om bidrag till arbetshjälpmedel. Försäkringskassan kan bevilja bidrag till arbetshjälpmedel till sådana arbetshjälpmedel som en förvärvsarbetande försäkrad behöver som ett led i sin rehabilitering.

³¹ Förordning (2017:462) om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Olika aktörer och deras roller och ansvar

- Hälso- och sjukvården
- Arbetsgivaren
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Kommunen/socialtjänsten
- Individen

Figur 11. Översiktsbild över samverkansaktörer i individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.



Individer med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom som har rehabiliteringsbehov kan behöva samverkan från flera aktörer (figur 11). Individer utan en arbetsgivare kan också behöva stöd från flera aktörer för att komma åter i arbete efter en sjukskrivning. I denna del av kunskapsstödet beskrivs olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och deras roll och övergripande ansvar.

Hälso- och sjukvården

Lagrum som styr hälso- och sjukvården (i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen)



- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
- Patientlagen (2014:821), PL.
- Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.
- Patientdatalagen (2008:355), PDL.
- Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.
- Socialstyrelsens intygsföreskrift (HSLF-FS 2018:54)

Hälso- och sjukvårdens roll och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

- Hälso- och sjukvården har ett ansvar att tillhandahålla god vård och en vård på lika villkor. Med hälso- och sjukvård menas de åtgärder som utförs för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § 1 p. HSL).
- Vid behov gör hälso- och sjukvården en försäkringsmedicinsk utredning och bedömning av individens förmåga till arbete och behov av sjukskrivning eller rehabilitering. Hälso- och sjukvården kan utfärda medicinska intyg eller utlåtanden med utgångspunkt från individens försäkringsmedicinska behov. Med medicinsk kompetens bidrar hälso- och sjukvården till att förbättra hälsa och arbetsförmåga.
- Hälso- och sjukvården ska enligt 8 kap. 7 § sista stycket i HSL i samverkan med individen upprätta en individuell plan för planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser. När det finns behov av både sjukskrivning och rehabilitering ska hälso- och sjukvården upprätta en individuell sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan i samverkan med patienten.
- Av 3 kap. 16 § PDL och 10 kap. 3 § PL framgår att den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården. Av förarbeten³² till den tidigare patientjournalagen (1985:562) framgår att de intyg som avses bland annat är intyg till Försäkringskassan och arbetsgivaren.
- Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter innebär att regionerna ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Koordineringsinsatser ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Regionens ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.
- Hälso- och sjukvården ansvarar för att meddela Försäkringskassan när det kan antas behövas behov av samordning av arbetslivsinriktade

³² Proposition 1984/85:189 om patientjournalag

rehabiliteringsinsatser, om individens samtycke finns, enligt lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

- Hälso- och sjukvården utfärdar intyg och utlåtande enligt Socialstyrelsens intygsföreskrift (HSLF-FS 2018:54) vilket bland annat innebär att intygsutfärdaren ska vara saklig och opartisk, att ett intyg som huvudregel ska utfärdas efter en undersökning av intygspersonen samt att intygsutfärdaren endast ska uttala sig om sådana förhållanden han/hon har tillräcklig kännedom om. Av ett intyg ska det framgå från vem en uppgift kommer ifrån samt vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som ligger till grund för bedömningen.
- Regioner kan enligt 7 kap. 9 § första stycket HSL träffa överenskommelser med kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för regionernas uppgifter enligt HSL (inklusive rehabilitering) samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.

Försäkringskassan

Lagrum som styr Försäkringskassan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



- Socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB i avdelning C finns bestämmelser om socialförsäkringsförmåner vid sjukdom eller arbetsskada. Sjukförsäkringen ska ge ekonomisk trygghet vid sjukdom och ett effektivt stöd för att individen ska återfå arbetsförmåga och återgå i arbete (enligt regleringsbrev för Försäkringskassan [LÄNK](https://www.forsakringskassan.se) esv.se)
- Förvaltningslag (2017:900)

Försäkringskassans roll och ansvar

- Försäkringskassan administrerar bland annat sjukförsäkringen som ingår i socialförsäkringen.
- Försäkringskassan utreder och beslutar om ersättning vid nedsatt arbetsförmåga.
- Försäkringskassan inhämtar den information från individen, hälso- och sjukvården eller arbetsgivaren som behövs för att kunna ta ställning till individens rätt till ersättning enligt utredningsskyldigheten.
- Försäkringskassan klarlägger behov av rehabilitering. Rehabilitering enligt 29 kap. 2§ SFB ska syfta till att en individ som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (arbetslivsinriktad rehabilitering).
- Försäkringskassan ska vid behov samordna rehabiliteringsinsatser, från hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och kommun så att insatserna kan fogas samman till en fungerande helhet.
- Försäkringskassan ska även samordna insatser för individer som har aktivitetsersättning och för individer som saknar sjukpenningsgrundande inkomst (SGI).
- Försäkringskassan ska vid behov kalla till ett avstämningsmöte, som är ett av Försäkringskassans utredningsverktyg.
- Försäkringskassan ska vid behov beställa en försäkringsmedicinsk utredning (aktivitetsförmågeutredning, AFU), som är ett av Försäkringskassans utredningsverktyg.
- När Försäkringskassan identifierar arbetsgivare som brister i sitt ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering ska Försäkringskassan anmäla detta till Arbetsmiljöverket.
- Försäkringskassan ska samverka med Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Försäkringskassan ska i samma syfte samverka med Arbetsförmedlingen, kommuner och regioner enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Ersättningar som Försäkringskassan administrerar

Här finns de flesta ersättningar som Försäkringskassan administrerar.

Läs mer om vad som gäller för respektive ersättning:

Ersättningar A–Ö - Försäkringskassan [LÄNK](#)

Några ersättningar:

- *Arbetslivsinriktad rehabilitering* Här kan du läsa om arbetslivsinriktad rehabilitering av en patient och vem som gör vad. [LÄNK](#)
- *Arbetsbistånd*, individen eller dennes arbetsgivare kan ansöka om ekonomiskt bidrag till arbetsbistånd hos Försäkringskassan om arbetsbistånd kan göra det möjligt för en individ att arbeta kvar hos sin arbetsgivare eller börja arbeta igen. Information för den som behöver speciella arbetsbistånd, på grund av en funktionsnedsättning eller sjukdom. [LÄNK](#)
- *Arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd*, är ett bidrag som arbetsgivaren kan få för att förebygga sjukskrivningar och underlätta för sina medarbetare att komma tillbaka till jobbet efter sjukskrivning. Det kan exempelvis handla om ersättning för tjänster från en företagshälsovård eller motsvarande för att utreda planera, initiera, genomföra och följa upp arbetsplatsinriktade åtgärder. [LÄNK](#)
- *Förebyggande sjukpenning*, behöver individen avstå från arbete, avstå från att söka arbete eller ta ett arbete under minst en fjärdedel av sin arbetstid per dag för att delta i medicinsk behandling eller rehabilitering kan få förebyggande sjukpenning. Behandlingen eller rehabiliteringen ska syfta till att förebygga eller förkorta sjukdom. [LÄNK](#)
- *Ersättning för arbetsresor*, individen kan få ersättning för arbetsresor från Försäkringskassan om individen kan arbeta, men inte ta sig till arbetsplatsen. Ersättningen ska göra det möjligt för individen att arbeta helt eller partiellt. [LÄNK](#)
- *Rehabiliteringsersättning*, ersättning som kan betalas ut i stället för sjukpenning då individen deltar i vissa insatser som exempelvis arbetsträning. [LÄNK](#)

Försäkringskassans utredningsmetoder

Försäkringskassan har ett flertal utredningsmetoder till sitt förfogande.

- *Aktivitetsförmågutredning (AFU)*, försäkringsmedicinsk utredning som Försäkringskassan kan beställa från regionerna för enskilda individer. Den 1 januari 2019 trädde en ny lag om försäkringsmedicinska utredningar i kraft. Den nya lagen innebär att regioner ska tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan. En AFU har en standardiserad utredningsform som utförs på samma sätt för alla individer. En AFU ska ge en helhetsbild som beskriver funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar samt individens kvarvarande förmåga till aktivitet. [LÄNK](#)
- *Avstämningssmöte*, under ett avstämningssmöte utreder och bedömer Försäkringskassan tillsammans med patienten dennes medicinska tillstånd, arbetsförmåga och möjligheterna till eventuell rehabilitering. Försäkringskassan kallar oftast till ett avstämningssmöte, men även övriga aktörer, som vårdgivaren eller arbetsgivaren kan ta initiativ till ett avstämningssmöte genom att kontakta Försäkringskassans handläggare. Det är dock Försäkringskassan som avgör om ett möte ska genomföras och varför. [LÄNK](#)

Arbetsgivaren

Lagrum som styr arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering



Arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering regleras i följande lagar:

- Grundläggande bestämmelser om arbetsmiljöns utformning och arbetsgivarens arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet finns i arbetsmiljölagen (1977:1160), AML. Hur arbetsmiljölagen ska tillämpas mer i detalj anges i Arbetsmiljöverkets olika föreskrifter.
- Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar för rehabilitering finns i 30 kap. 6a § Socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB.
- Ansvaret definieras indirekt genom reglerna om sakliga skäl för uppsägning i 7 § lagen om anställningsskydd, LAS samt i Arbetsdomstolens praxis vid uppsägning på grund av personliga skäl, där det finns uttalade principer som anger omfattningen av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.
- Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar att upprätta en plan för återgång i arbete finns i 30 kap. 6 § SFB.
- Lag (1991:1047) om sjuklön

Arbetsgivarens roll och ansvar

- Arbetsgivaren har huvudansvar för den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön. AFS 2015:4, Organisatorisk och social arbetsmiljö.
- Arbetsgivaren har ansvar för att arbetsmiljöarbetet sker systematiskt. AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete.
- Arbetsgivaren ska se till att det finns en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet på arbetsplatsen. Arbetsgivaren utreder och bedömer behov av arbetsanpassning och arbetsplatsinriktad rehabilitering. AFS 2020:5, Arbetsanpassning.
- Arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå enligt 3 kap. 2c 2 c § AML.
- Arbetsgivaren ska kräva läkarintyg efter sju kalenderdagar.
- Arbetsgivaren beslutar om sjuklön de första 14 dagarna i sjukperioden när arbetsförmågan är nedsatt. Arbetsgivaren kan begära kompletterande information från den anställde om det behövs för att kunna ta ställning till individens rätt till sjuklön, exempelvis nödvändiga uppgifter från hälso- och sjukvården.
- Arbetsgivaren ska efter samråd med individen ge den information till Försäkringskassan som behövs för att klargöra behovet av rehabilitering hos den enskilde individen.
- Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar aktualiseras när en arbetstagare får nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skada.
- Arbetsgivaren ska vid behov kontakta företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig vid behov av rehabilitering.

- Om arbetsgivaren fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och det ändå konstateras att arbetstagaren har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga och inte kan utföra något arbete av betydelse för arbetsgivaren, föreligger sakliga skäl för uppsägning. Innan uppsägning kan ske ska arbetsgivaren ha genomfört en omplaceringsutredning enligt 7 § 2 st. LAS.
- Omfattningen av arbetsgivarens arbetsrättsliga ansvar för en anställd vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom går indirekt att utläsa av Arbetsdomstolens praxis vid uppsägning på grund av personliga skäl, där det finns uttalade principer som anger omfattningen av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar.
- Arbetsgivaren ansvarar för den *arbetslivsinriktade rehabiliteringen, den del som är arbetsplatsinriktad*. Med arbetsplatsinriktad rehabilitering avses de åtgärder på och i nära anslutning till arbetsplatsen, som syftar till att arbetstagaren ska behålla eller återfå sin arbetsförmåga och återgå i arbete hos arbetsgivaren.
- Arbetsgivaren ska vid behov ha regelbundna rehabiliteringsmöten med arbetstagaren vid sjukfrånvaro. Individen kan ha med sig en representant för sin arbetstagarorganisation eller annan stödperson på dessa möten.
- Arbetsgivaren har ansvar för att i samråd med arbetstagaren upprätta en plan för återgång till arbete inom 30 dagar i en sjukperiod när det kan antas att arbetsförmågan kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar på grund av sjukdom.
- Om arbetstagaren utan godtagbara skäl inte medverkar i sin rehabilitering eller avbryter rehabiliteringen i förtid, kan arbetsgivaren ha skäl att avsluta rehabiliteringen. I förlängningen kan det även innebära att arbetstagaren riskerar sin anställning. Arbetsgivaren ska dock först försöka undersöka varför arbetstagaren uteblir ifrån möten eller liknande.

Åtgärder som arbetsgivaren ansvarar för

- *Arbetslivsinriktad rehabilitering*, den delen som är arbetsplatsinriktad rehabilitering, det vill säga åtgärder på och i nära anslutning till arbetsplatsen, som syftar till att arbetstagaren ska behålla eller återfå sin arbetsförmåga och återgå i arbete hos arbetsgivaren.
- *Arbetsanpassning*, kan innebära anpassning av arbetstid, arbetsuppgifter eller arbetssätt.
- *Ergonomisk arbetsplatsbedömning*, innebär att en kvalificerad bedömning av individens arbetsuppgifter och arbetsplats görs ur ett ergonomiskt perspektiv ofta av företagshälsovård eller motsvarande.
- Bedöma rätt till sjuklön och utbetalning av sjuklön efter att karensavdrag gjorts.
- *Arbetsgivarens plan för återgång till arbete* upprättas senast dag 30 i sjukperioden, om det kan antas att individens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt, på grund av sjukdom eller skada under minst 60 dgr.
- *Förstadagsintyg*, en arbetsgivare kan begära att en anställd lämnar läkarintyg från första dagen vid särskilda skäl enligt lagen (1991:1047) om sjuklön eller med stöd av kollektivavtal.

Arbetsanpassning kan underlätta återgång till arbete

Kopplingen mellan individens förmåga och arbetets krav påverkar individens arbetsförmåga och gör att dialogen mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvård blir central för att kunna underlätta och påskynda återgången till arbete. Anpassningar av arbetsuppgifter och arbetsmiljö kan i många fall underlätta individens möjlighet att återgå till arbete och det är arbetsgivaren som ansvarar för att anpassningar på arbetsplatsen genomförs när behov uppstår [95]. Det finns stark evidens för att individens arbetsförmåga ökar efter anpassningar på arbetsplatsen och efter tidiga kontakter mellan vårdgivare och arbetsgivare [31, 43, 80, 96].

Arbetsmiljöverkets definition av arbetsanpassning

Arbetsmiljöverket definierar arbetsanpassning som en ”Individuell åtgärd i den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön som syftar till att en arbetstagare, med nedsatt förmåga att utföra sitt vanliga arbete, kan fortsätta arbeta, eller återgå i arbetet. Den används som en förebyggande åtgärd för att undvika ohälsa och sjukfrånvaro, samt vid återgång i arbete efter sjukfrånvaro. Arbetsanpassning kan vara tidsbegränsad eller varaktig”.

Arbetet med arbetsanpassning regleras i Arbetsmiljöverkets föreskrifter AFS 2020:5 Arbetsanpassning.

Att arbetsgivare tycker att arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering är svårt framkommer i en undersökning gjord av Svenskt Näringsliv. Arbetsgivarna, främst de största arbetsgivarna, ansåg att det största hindret för återgång till arbete var svårigheter att anpassa arbetsplatsen [97]. Enligt undersökningen var det näst största hindret för återgång i arbete ”Bristande tillgänglighet (köer) i den offentliga vården.” Det tredje största hindret var ”Bristande samverkan med Försäkringskassan” [97].

Forskning visar att tidig kontakt och dialog mellan arbetsgivare och arbetstagare under sjukskrivningen förkortar sjukskrivningens längd och underlättar återgång till arbete [80]. Personliga möten med arbetstagaren har störst betydelse, särskilt när de innehåller diskussioner om vilka anpassningar som kan göras på arbetsplatsen för att underlätta återgång till arbetet [80].

Arbetsgivaren behöver ha en rutin för hur kontakten mellan arbetsgivaren och arbetstagaren ska ske under sjukskrivning och rehabilitering.

Vid behov kan företagshälsovård kopplas in

I enlighet med arbetsmiljölagen (1977:1160) ska arbetsgivaren ombesörja att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.

Företagshälsovård eller motsvarande är en oberoende expertresurs som arbetsgivaren anlitar för att leverera företagshälsovård inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering [98]. Genom företagshälsovård kan

arbetsgivaren anlita hjälp såväl i det förebyggande som i det rehabiliterande arbetet. Eftersom det är arbetsgivaren som avgör vilka insatser de upphandlar från företagshälsovård eller motsvarande, varierar tillgången till företagshälsovård stort mellan olika branscher och storleken på företag.

Företagshälsovård är en viktig resurs för arbetsplatser, arbetsgivare och medarbetare när det gäller att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser, skapa en säker och sund arbetsmiljö och tillsammans värna om det hållbara arbetslivet. Företagshälsovård kan även fungera som ett stöd till både chef och medarbetare i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De kan ge stöd för att utreda medarbetares arbetsförmåga och behov av arbetsanpassningar och ge förslag på hjälpmedel och anpassningar.

Ungefär 65 procent av alla arbetsgivare anlitar företagshälsovård på något sätt [98]. I den offentliga sektorn och i storföretag har de flesta anställda tillgång till företagshälsovård [98]. Ungefär 80 procent av alla arbetsgivare i privat sektor anlitar företagshälsovård eller motsvarade på något sätt. Bland kommuner och regioner samt statliga arbetsgivare har uppskattningsvis nära 100 procent företagshälsovård eller motsvarande. Sveriges företagshälsor uppger vidare att närmare 1,4 miljoner anställda är helt utan företagshälsovård i dag, cirka hälften av dessa arbetar i företag med mindre än 50 anställda [98].

Läs mer om stöd till arbetsgivare



LÄNKAR

Föreskrifter från Arbetsmiljöverket;

AFS 2020:5, Arbetsanpassning, Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning.

https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/arbetsanpassning-afs2020_5.pdf

AFS 2012:2 Belastningsergonomi, Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om belastningsergonomi.

<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/belastningsergonomi-foreskrifter-afs2012-2.pdf>

AFS 2015:4, Organisatorisk och social arbetsmiljö.

https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-foreskrifter-afs2015_4.pdf

AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete,

<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/systematiskt-arbetsmiljoarbete-foreskrifter-afs2001-1.pdf>

Metodstöd ADA+, ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; planering, uppföljning och stöd.

(https://www.regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Metodbok_ADAPlus.pdf.)

Guide om arbetsförmåga, Företagshälsan 2021

Arbetsförmedlingen

Lagrum som styr Arbetsförmedlingen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



- Förordning (2022:811) med instruktion för Arbetsförmedlingen
- Förordning (2017:462) om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga
- Förordning (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten

Arbetsförmedlingens roll och ansvar

- Arbetsförmedlingens övergripande uppdrag innebär bland annat att sammanföra individer som söker arbete med arbetsgivare som söker arbetskraft.
- Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering vilket innebär att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser.
- Arbetsförmedlingen ska enligt 7 § Förordning (2022:811) med instruktion för Arbetsförmedlingen verka för att förbättra arbetsmarknadssituationen för personer som har en funktionsnedsättning. Arbetsförmedlingen ska även upprätthålla egen kompetens och verksamhet för att stödja personer med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga att få eller behålla ett arbete.
- Myndigheten har ett samlat ansvar, inom arbetsmarknadspolitiken så kallat sektorsansvar, för frågor som rör möjligheterna för personer med funktionsnedsättning att få och behålla ett arbete. Myndigheten ska inom ramen för detta ansvar vara samordnande, stödjande och pådrivande i förhållande till övriga berörda parter.
- Arbetsförmedlingen ska samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Myndigheten ska i samma syfte samverka med Försäkringskassan, kommuner och regioner enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.
- Arbetsförmedlingen ska när det gäller unga med funktionsnedsättning samverka med skolan för att underlätta övergången från skola till arbetsliv och med Försäkringskassan för att öka möjligheterna till egen försörjning genom arbete.

Arbetsförmedlingens stöd

Om en individ bedöms ha en varaktig funktionsnedsättning, diagnos, sjukdom eller annan svårighet som medför nedsatt arbetsförmåga kan individen ha rätt till stöd från Arbetsförmedlingen vid arbetssökande, förberedelse för arbetslivet eller på arbetet. Individen måste vara arbetslös eller riskera arbetslöshet för att ha rätt till stöd. Arbetsförmedlingen bedömer och beslutar om insatser. Utbudet av insatser kan ändras över tid. Exempel på insatser som är reglerade i förordning (2017:462) om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är

bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen, bidrag för personligt biträde, särskild stödperson för introduktion och uppföljning (SIUS) och lönebidrag. [LÄNK](#)

Arbetsversion

Kommunen

Lagrum som styr kommunen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



- Socialtjänstlag (2001:453), SoL.
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Kommunens roll och ansvar

- Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får stöd och hjälp vid behov enligt 2 kap. 1 § SoL. Det är kommunens socialtjänst som betalar ut försörjningsstöd och ansvarar för exempelvis behandling av missbruksproblem och familjerådgivning.
- Individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och saknar SGI kan uppbära ekonomiskt bistånd från kommunen. Enligt 4 kap. 1 § SoL, framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt.
- När individen har behov av insatser både från socialtjänst och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en samordnad individuell plan (SIP) enligt 2 kap. 7 § SoL. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.
- Enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL har kommunen och regionen ett delat ansvar för hälso- och sjukvård, inklusive habilitering, rehabilitering och hjälpmedel. I den samordnade individuella planen ska det framgå vilka insatser som är planerade och beslutade. Exempelvis har kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvården ett delat ansvar för missbruk och beroende.
- Målet för alla personer som uppbär ekonomiskt bistånd är att de ska bli självförsörjande. Grundregeln för att erhålla ekonomiskt bistånd är att personen ska stå till arbetsmarknadens förfogande. För att ha rätt till ekonomiskt bistånd måste individen ha uttömt alla andra sätt att försörja sig själv.
- Enligt 4 kap. 4–5 §§ SoL, får socialnämnden begära att den som får försörjningsstöd ska delta i praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet om individen inte kunnat erbjudas någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Om individen inte deltar i anvisad aktivitet kan socialnämnden helt eller delvis avslå individens ansökan om ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 5 § SoL. Ett godtagbart skäl för individen att inte delta i anvisad aktivitet kan vara sjukdom.
- Det är socialsekreteraren som bedömer om ekonomiskt bistånd kan beviljas när individen är förhindrad att delta i anvisad aktivitet på grund av sjukdom. Individen kan behöva visa läkarintyg, annan dokumentation

av sina svårigheter, eller att socialsekreteraren efter medgivande från individen samråder med dennes behandlande läkare. Det finns inga formaliserade krav på socialsekreterarens bedömning av oförmåga att delta i anvisad aktivitet på grund av sjukdom.

- Individen kan ha kontakt med och behöva stöd från andra delar av kommunens socialtjänst och då ska även dessa innefattas i samverkan.
- Försäkringskassan har det samordnande rehabiliteringsansvaret för individer som saknar SGI på samma sätt som för individer som har SGI. Individer utan SGI kan ansöka om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan.

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård utgör en del av primärvården. Enligt 1 kap. 1 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård kan samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från sluten vård komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. I den kommunala hälso- och sjukvården måste det finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det istället finnas en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). En kommun kan, efter överenskommelse med aktuell region, ha ansvar för hälso- och sjukvården i den enskildes bostad (14 kap. 1 § HSL), när det finns behov av enstaka insatser eller ett sammanhängande behov över tid (mer än 14 dagar). En individ kan få tillfällig hemsjukvård efter att ha varit inlagd på sjukhus och under en kortare period behöver hjälp. Hälso- och sjukvårdspersonal planerar tillsammans med individen vilken hjälp som behövs efter utskrivningen från sjukhuset. Planeringen utgår från hälsosituationen och fokuserar på behovet av sjukvård vid övergången från sjukhuset till hemmet, till exempel hjälp med läkemedel, förflyttning eller av- och påklädning under den första tiden hemma.

Individen

Lagrum som styr individen

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Socialförsäkringsbalk (2010:110)
- Lag om sjuklön (1991:1047)
- Patientlagen (2014:821)
- Patientdatalagen (2008:355)
- Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (2019:1297)
- Individens ansvar att delta i sin egen rehabilitering definieras i Arbetsdomstolens praxis vid uppsägning på grund av personliga skäl
- Enligt 1 § i lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården ska det i varje region och kommun finnas en eller flera patientnämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående.



Individens roll och ansvar

- Individen är den viktigaste aktören i den egna sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och det finns flera faktorer som påverkar individens möjligheter att uppfylla rollen som central aktör. Det är angeläget att patientens delaktighet och egenansvar tas tillvara och stöds i möjligaste mån. Därför behöver individen vara informerad och ha möjlighet att få anpassad information efter förmåga, preferenser och behov [31].
- När patienten är delaktig i sin vård och behandling blir resultatet oftast bättre. (se mer under kapitlet Personcentrerat arbetssätt).Individen ansvarar för att information om arbetets krav ges till läkaren, vilket kan ske på olika sätt. Särskilt angeläget är det att läkaren får information om det finns möjligheter att anpassa arbetssituationen.
- Individen kan ha rätt till ersättning under sin sjukfrånvaro, men har också ett ansvar att aktivt medverka i sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Att processen är förutsägbar för individen är viktigt och för att återgången till arbete ska underlättas.
- Individen ansvarar för att delta aktivt i planering av vård, behandlings- och rehabiliteringsinsatser.
- Individen har ansvar att aktivt medverka i utredningar, möten, planeringar och åtgärder på arbetsplatsen.
- Under sjukskrivningen är det betydelsefullt att arbetstagaren så långt som möjligt upprätthåller kontakten med sin arbetsgivare och sin arbetsplats. Arbetstagare som är sjukskrivna en längre period kan ha stor nytta av att se över om de har rätt till eventuella kompletterande ersättningar från inkomstförsäkring, fackliga kollektivavtalade försäkringar eller privata försäkringar.
- För att information ska kunna delas mellan läkare, arbetsgivare och Försäkringskassan m.fl. aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver de inhämta samtycke från individen.

Exempel på samverkan mellan aktörer

Avstämningsmöte

Ett avstämningsmöte är ett av Försäkringskassans verktyg för att utreda och bedöma individens medicinska tillstånd, arbetsförmåga och möjligheterna till eventuell rehabilitering, tillsammans individen samt ett grundläggande samverkansforum. Avstämningsmötet är ett flerpartsmöte där individen och andra relevanta aktörer i individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess deltar. Syftet med avstämningsmötet kan vara att alla aktörer som deltar ska få samma information samtidigt. Deltagarna på mötet får en gemensam förståelse och planerar de åtgärder som behövs för att individen ska komma tillbaka till arbetslivet så snart som möjligt. Individens delaktighet i utredning och planering för återgång till arbete är en grundläggande förutsättning. Den bidrar till att ansvarsfördelningen blir tydligare, att individen får rimliga förväntningar på sitt eget ansvar och att förstår vilka krav som kan ställas på andra aktörer. Försäkringskassan initierar avstämningsmöten, men även övriga aktörer, som hälso- och sjukvården eller arbetsgivaren kan ta initiativ till ett avstämningsmöte genom kontakt med Försäkringskassan.

Det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Syftet med rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är att öka individens förutsättningar att utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller få ett arbete. Försäkringskassan bedömer om en individ med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom kan behöva arbetslivsinriktad rehabilitering. Om så är fallet anmäls individen till en *gemensam kartläggning* (GK). Vid den gemensamma kartläggningen kommer Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med individen fram till om insatser från Arbetsförmedlingen kan förkorta individens tid i sjukförsäkringen och stödja individens återgång till arbete. Utifrån den gemensamma kartläggningen tar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med individen ställning till om individen ska delta i *aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen*. Arbetsförmedlingen bedömer och beslutar om insatser i rehabiliteringssamverkan. Insatserna ges av Arbetsförmedlingen, eller av externa leverantörer på uppdrag av Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan ansvarar för att samordna insatserna samt att se till att rehabiliteringsplanen följs. Insatser i rehabiliteringssamverkan kan vara arbetsförberedande eller arbetslivsinriktade.

Samordningsförbund

Samordningsförbund kan ses som en struktur för att få samverkan mellan myndigheterna att fungera över tid. Det innebär att verksamheten inte enbart bedrivs i form av tillfälliga projekt utan mer som en ordinarie samverkansverksamhet. Samordningsförbunden består av fyra parter, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och region som arbetar lokalt tillsammans med individer som är i behov av samordnad rehabilitering.

Samordningsförbunden finansieras gemensamt av kommun, region och staten. Staten står för hälften av finansieringen och kommunerna och regionerna står för en fjärdedel vardera. Samverkansplattformen finansierar insatser för individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser för att de ska uppnå eller förbättra förmåga att utföra förvärvsarbete, samt stödja samverkan mellan samverkansparterna. Syftet med ett samordningsförbund är att uppnå en effektivare användning av gemensamma resurser och underlätta samverkan mellan myndigheterna för att ge insatser till enskilda personer enligt 1 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser och prop. 2002/03:132. Det finns ungefär 80 samordningsförbund i Sverige och totalt ingår 272 av Sveriges 290 kommuner i något samordningsförbund [ref].

Personcentrerat arbetssätt

En ambition med det försäkringsmedicinska kunskapsstödet är att det ska ge bättre förutsägbarhet för individen och främja delaktigheten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom att stödja hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att i samråd med patienten ge behandlings- och rehabiliteringsinsatser, samt att bidra till att patienten får adekvat stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen [ref]. Ansvarig vårdgivare ska se till att individen ges individuellt anpassad information och bidra till att öka förutsättningarna för patientens delaktighet. Genom att arbeta personcentrerat motiveras individen att medverka till att målen med vård, behandling, sjukskrivning och rehabilitering uppnås.

Personcentrerat förhållningssätt

Personcentrerat förhållningssätt handlar om att se hela individen och dennes resurser – såsom den egna kunskapen, ansvaret och förmågan att förstå och ta beslut kring sin situation. Inom hälso- och sjukvården behövs förståelse och respekt för individens upplevelse av situationen och dennes unika förutsättningar, behov, preferenser, resurser och hinder. Det innefattar även att ta hänsyn till individens förutsättningar att själv uttrycka sina behov, påverka sin hälsa och vara delaktig i sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess – det inkluderar även den som har begränsad förmåga att tala för sig själv [99]. Det innebär att hälso- och sjukvården inte bara ska se individens behov av behandlings- och rehabiliteringsinsatser för den sjukdom eller det tillstånd som individen har, utan även vara lyhörd för annat som är viktigt för henne eller honom [100].

Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt ses individen som en tydlig medskapare med större förutsättningar att ta ansvar, både i sin egen vårdprocess och för sin hälsa, vilket förutsätter en jämlik samverkan mellan individen och hälso- och sjukvårdens medarbetare [101]. Att vara medskapare av och ha inflytande över sin vård och hälsa innebär att individen deltar med sin erfarenhetsbaserade kunskap om hur det är att leva med en viss sjukdom eller ett visst tillstånd [102].

Att informera individen

Individen behöver information om den vård och behandling som kan behövas, där sjukskrivning kan utgöra en del. Sjukskrivning syftar till att ge individen möjlighet till läkning, medicinsk behandling och rehabilitering som ska främja hälsan. I det ingår också att få individen att förstå vad som betraktas som normala livsprocesser, gentemot vad som räknas som sjukdom i sammanhanget [90].

Att informera patienten

Den som ansvarar för vården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd. Patienten ska informeras om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (3 kap. 1 § PL, 3 b § tandvårdslagen (1985:125), TvL).

Patienten ska även få information om sina möjligheter att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt, vårdgarantin [...] (3 kap. 2 § PL).

Vården ska utformas och genomföras i samråd med patienten – så långt det är möjligt (6 kap 1 § PSL, 3 a § TvL, 5 kap. 1 § PL).

Socialstyrelsens diagnosspecifika beslutsstöd kan användas för att ge viss information till individen. När det finns en diagnosspecifik vägledning för individens aktuella diagnos eller annat tillstånd kan dessa användas i dialogen mellan läkaren och individen.

Ett sätt att använda FMB är att läkare använder vägledning om sjukskrivningstiden för patientens diagnos, i dialog med patienten eller med anhöriga till patienten. Exempelvis för att förklara att en kort eller utebliven sjukskrivning är i linje med praxis. Det framkommer även att de diagnosspecifika beslutsstöden används som ett pedagogiskt stöd för att bygga upp patienternas förståelse kring sjukskrivningsprocessen. Det kan vara genom att läsa högt vad som står i beslutsstöden, visa dem på sin datorskärm under samtalet med patienten eller att skriva ut sidan, som patienten kan ta med sig hem [2, 59].

Individens delaktighet

En god vård och omsorg ska kännetecknas av att den är personcentrerad, jämlik och säker (3 kap. 1 § HSL). Många individer vill vara delaktiga och behöver information för att kunna ta ställning, ta tillvara sina intressen och vara delaktig i behandling och rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Det handlar således om att rätt information ingår för att främja individens säkerhet, delaktighet och medbestämmande i vården. Patientlagen syftar till, enligt 1 kap. 1 § PL, att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning och till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Med patient avses den som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd.

Patientens självbestämmande och delaktighet

I HSL framgår att ”Vården ska ges med respekt [...] för den enskilda människans värdighet” (3 kap. 1 § HSL). Därtill ska hälso- och sjukvården särskilt [...]”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet” och ”främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen”[...] (5 kap. 1 § HSL).

Dessa områden berörs även i PL. Syftet är att ”stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.” I lagen finns bestämmelser inom flera centrala områden, bland annat samtycke, delaktighet, val av behandlingsalternativ och klagomål (1 kap. 1 § PL).

Förståelse och insikt är förutsättningar för att individen ska kunna tillämpa den kunskap som förmedlas och kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling.³³ Detta brukar benämnas som *hälsolitteracitet* (från engelskans health literacy) och handlar om människors förmåga att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information. Graden av hälsolitteracitet har betydelse när individen ska göra bedömningar och fatta beslut som har med sjukvård, sjukvårdsprevention och hälsopromotion att göra och är betydelsefull för att behålla och förbättra livskvaliteten under hela livet [103].

En delaktig patient är mer motiverad att medverka till att målen med vård, behandling, sjukskrivning och rehabilitering uppnås. Målsättningen bygger på individens egen upplevelse av sitt hälsotillstånd, och innebär att man utgår från vad individen värderar som viktigt och ger förutsättningar för delaktighet av individen själv. Individens eget agerande och ansvar är av stor vikt för att målen ska uppnås, vilket hälso- och sjukvården behöver stödja och uppmuntra. Individer som involveras kan bidra till en säkrare sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, ökad följsamhet till behandling och förbättrat resultatet.

Patientkontrakt

För att öka tillgängligheten, åstadkomma en bättre och mer personcentrerad samordning och öka förutsättning för delaktighet kan ett patientkontrakt upprättas³⁴ Ett patientkontrakt är inte ett formellt eller juridiskt bindande kontrakt, utan mer en överenskommelse som hälso- och sjukvården och individen utformar tillsammans. Patientkontraktet är en sammanhållen planering av patientens samtliga vård- och omsorgskontakter³⁵ och riktas till patienter med komplicerade vårdbehov och många vårdkontakter, samt

³³ Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen, 2015.

³⁴ God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

³⁵ I delbetänkandet av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslås att det ska regleras i patientlagen att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter som är planerade. God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

säkerställer att individen får den vård de har behov av inom rimlig tid, oavsett egen förmåga att själv ta kontakt med hälso- och sjukvården eller att samordna vård- och omsorgsinsatser [104]. I den gemensamma överenskommelsen ska det vara tydligt vad individen ska göra och vad hälso- och sjukvården ska göra. Patientkontrakt består av fyra delar: överenskommelse, fast vårdkontakt, överenskommen tid och sammanhållen plan, som ska finnas digitalt via 1177 Vårdguiden [74].

Läs mer

LÄNK *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen 2015*

En god vård ska bland annat kännetecknas av att den är individfokuserad, jämlik och säker. Den ska genomföras i samråd och med respekt för patientens självbestämmande och integritet (3 kap. 1 § HSL). I handboken ger Socialstyrelsen en samlad beskrivning av lagstiftningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt andra regelverk som gäller patienters ställning, möjligheterna till patientinflytande och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med vård och behandling uppnås och att säkerhetsrisker kan förebyggas.

LÄNK *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning. Socialstyrelsen 2017*

Den här vägledningen beskriver bland annat varför en fast vårdkontakt ska utses och när och vem som kan utses till fast vårdkontakt. Fast vårdkontakt är en författningsreglerad funktion för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Syftet med denna vägledning är att underlätta för huvudmännen att upprätta lokala rutiner för funktionen fast vårdkontakt. Det kan i sin tur bidra till att personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård i större utsträckning än tidigare erbjuds fast vårdkontakt, samt att det vid behov upprättas en samordnad individuell plan.

LÄNK *Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt. Socialstyrelsen, 2021*

Denna vägledning eller kunskapsunderlag syftar till att öka kunskapen om fast läkarkontakt och bidra till att stödja den pågående utvecklingen av funktionen och arbetssättet. Målet är att fler patienter i primärvården erbjuds fast läkarkontakt. Stödet kan användas av regioner och av vårdcentraler och dess verksamhetschefer som ett kunskapsunderlag till det lokala utvecklingsarbetet med kontinuitet för patienter och i arbetet med rutiner för fast läkarkontakt.

Jämlikhet, jämställdhet och våld i nära relationer

I hälso- och sjukvårdens mål om att anta ett personcentrerat förhållningssätt är det centralt att säkerställa beaktandet av jämlikhets-, jämställdhets- och funktionshinderperspektiv [101].

Jämlikhet

En jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla (3 kap. 1 § HSL) [105]. När frågor som gäller jämlikhet inom hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete belyses, kan det vara viktigt att uppmärksamma att det finns skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället.

Förutsättningarna för en god hälsa påverkas av livsvillkoren och av individens egna val och levnadsvanor. Människors levnadsvanor skiljer sig påtagligt beroende på social miljö, utbildningsnivå, ekonomiska förutsättningar och bostadsort. När levnadsvanor kopplas till hälsa är de mer ogynnsamma för dem som har en lägre socioekonomisk ställning [6], vilket medför en högre sjukdomsförekomst och sämre hälsa i stort jämfört med andra grupper i samhället [105]. En förutsättning för att uppnå god hälsa i hela befolkningen är att hälso- och sjukvården arbetar mer systematiskt för att nå socialt utsatta grupper genom förebyggande arbete [6].

Det innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla (3 kap. 1 § HSL) oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, socioekonomisk status, födelseland, sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och etnisk eller religiös tillhörighet [105].³⁶

Ur ett jämlikhetsperspektiv är det även viktigt att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen blir tydlig och förståelig för samtliga grupper i samhället. Det kan vara avgörande för utfallet av processen. Exempel på grupper som kan behöva extra fokus i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (tabell 4).

Tabell 4. Grupper som kan behöva extra fokus i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Grupp	
Avsaknad av sjukpenninggrundande inkomst (SGI)	Det finns individer som på grund av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom har förlorat eller aldrig fått någon SGI och på grund av detta inte har rätt till ersättning från socialförsäkring eller arbetslöshetsförsäkring. Individer som saknar SGI uppbär ofta försörjningsstöd och behöver adekvat stöd för att återfå arbetsförmåga och ett arbete för att bli självförsörjande. Vid nedsatt arbetsförmåga kan individen ansöka om samordning av rehabiliteringsinsatser hos Försäkringskassan. Försäkringskassan ansvarar för att klargöra individens behov av rehabilitering och att åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering vidtas i samverkan med exempelvis hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen.
Oklar arbetsförmåga	Det finns individer som för närvarande inte omedelbart står till arbetsmarknadens förfogande och som bedöms ha nedsatt arbetsförmåga eller vars arbetsförmåga inte är klarlagd. Det kan handla om individer som efter långvarig sjukskrivning får avslag på sin ansökan om sjukpenning eller individer som inte anses inte tillräckligt nedsatta i sin arbetsförmåga till följd av sjukdom för att få rätt till ersättning, men som ändå inte har förmågan att

³⁶ Utredningen om en översyn av socialförsäkringsskyddet för gravida – ett modernare regelverk (Dir. 2021:94) har i uppdrag att se över socialförsäkringsskyddet för gravida och ska bland annat lämna förslag som syftar till att jämställa försäkringsskyddet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av graviditet med försäkringsskyddet vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Jämlikhetskommissionen har i betänkandet En gemensam angelägenhet (SOU 2020:46) konstaterat att gravida ställs inför högre krav för rätt till sjukpenning än andra arbetstagare (s. 847).

	arbete på grund av sjukdom eller skada. Arbete kan bli aktuellt i framtiden men först efter utredning och rehabilitering. Det kan röra sig om individer som inte har fått en definierad diagnos³⁷, som har eller är i behov av ytterligare insatser i form av exempelvis utredning av arbetsförmåga, arbetssträning eller rehabilitering innan ett arbete kan bli aktuellt [106].
Psykiska sjukdomar	Individer med psykiska sjukdomar, inkl beroendesjukdomar, kan ha svårt att ta en aktiv roll i sin vård och behandling på grund av bristande sjukdomsinsikt, kognitiva nedsättningar, svårigheter att ta initiativ och fatta beslut samt bristande information om sina rättigheter och vårdplanering [107]. Den problematik som kan föreligga spänner över ett brett fält som kan handla om psykosocial problematik i olika former, annan psykisk eller somatisk samsjuklighet [106]. Många individer med kroniska psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar har en svag förankring på arbetsmarknaden och många saknar helt sysselsättning i vidare mening och är därför i hög utsträckning beroende av bidrag för att säkra sin ekonomiska trygghet [101].
Annat modersmål	Delaktighet i hälso- och sjukvården baseras på kommunikation mellan individ och personal, att läsa och förstå skriftlig hälsoinformation och för att kunna påverka innehållet i den individuella planen. Därför är det viktigt att sätta in resurser så att individer som inte har svenska som modersmål kan vara delaktiga [108]. För många nyanlända är otillfredsställda vårdbehov eller bristfällig kunskap om vården vanligt förekommande. Begränsningar i samband med språkinläring samt svårigheter med social och arbetsmarknadsmässig integration är vanliga orsaker till nedstämdhet och oro [101]. Relevant informationsmaterial ska finnas tillgängligt (även på olika språk).
Individer med särskilda behov	Funktionsnedsättning³⁸ definieras som nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga och kan vara medfödd eller förvärvad. Begreppet funktionsnedsättning har här inte betydelse som avses i ICF. För individer med funktionsnedsättning kan det vara ett oöverstigligt hinder att på egen hand initiera och hålla i kontakter, boka in tider, ha koll på tider, kontaktuppgifter och företräda sig själv. Därför är utredningens rekommendation rimlig men också nödvändig för att den enskilde ska kunna ta tillvara sina rätt till försörjning och rehabilitering. För att öka jämlikheten även för individer inom denna målgrupp har ett antal faktorer identifierats som betydelsefulla [105].

Jämställdhet

Jämställdhet handlar om jämlikhet mellan kvinnor och män och i vilken mån kvinnor och män har lika villkor, möjligheter och rättigheter. Jämställd sjukskrivning innebär att individer ska bemötas likvärdigt, att symtom, arbetsförmåga och prognos bedöms lika, samt att behandling väljs utifrån en helhetssyn kring den enskilde individens behov och förutsättningar oavsett kön.

När det gäller jämställdhet, kan man vid sjukskrivning behöva beakta om en individ arbetar inom ett kvinno- respektive mansdominerat område. Den

³⁷ Det finns många viktiga aspekter av kvalitetskaraktär som kopplas till "oklara bedömningsfall" och som inkluderar faktorer som behöver utredas aktivt. Det kan innefatta individer där en diagnos ej gått att sätta; där det råder oklarheter kring aktuell diagnos/aktuella diagnoser; där det råder oklarheter kring andra faktorer, t ex psykosociala faktorer; eller där något har missats, t ex substansbruk, våld, mobbning, spel om pengar etc.

³⁸ Det är vanligt att begreppet funktionsvariation används istället för ordet funktionsnedsättning, men orden är inte synonymer. Funktionsvariation handlar om att alla människor har olika sätt att fungera. Eftersom alla människor har funktionsvariationer så tillför benämningen ingen information i sig. Begreppet kan lika gärna användas för att benämna funktionsförhöjningar, exempelvis högekänslighet eller särskild begåvning. Alla har rätt att använda de ord de vill om sig själva, men ordet funktionsvariation rekommenderas att inte användas, eftersom det riskerar att förminska behoven hos personer med funktionsnedsättning (Riksförbundet FUB).

högre sjukfrånvaron hos kvinnor kan delvis förklaras utifrån bransch och yrken, men vissa skillnader kvarstår även inom samma yrkes- och åldersgrupper [109]. Det finns ett tydligt mönster som visar att den totala nivån på sjukfrånvaron samvarierar med andelen kvinnor i yrket, exempelvis inom skola och barnomsorg och inom vård och omsorg. Dessa yrken har ofta en arbetsmiljö med höga krav och låga resurser och förekomsten av besvär till följd av psykiska påfrestningar är stor [110, 111]. Både kvinnor och män som arbetar inom dessa områden har högre ohälsa än andra och en relativt sett hög sjukfrånvaro [109].

Det finns många skäl till varför kvinnor är sjukskrivna i större utsträckning än män och en viktig fråga är i vilken mån sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i vården bidrar till skillnaderna [8]. Den viktigaste förklaringen till att kvinnor i högre utsträckning än män drabbas av arbetsrelaterade sjukdomar, främst svår stress eller psykiska påfrestningar i arbetet, är att det könsmonster som finns i samhället i stort även återspeglas i arbetslivet [112].

Att verka för jämställdhet innebär att omsätta forskning om genus och kön i praktiken. En jämställd sjukskrivningsprocess innebär att varje sjukskrivning är anpassad till individen, medicinskt motiverad och inte bygger på stereotypa föreställningar om kön. Genushanden³⁹ kan vara ett stöd som ska påminna om att ställa samma frågor till kvinnor och män och därmed undvika genusbias. Varje finger står för ett område:

Tabell 5. Genushanden

	Genushandens områden
Tumme	Kvinnor tillfrågas om sin familjesituation, men sällan mannen
Pekfinger	Våld, hot och mobbing är en riskfaktor för långvarig sjukskrivning
Långfinger	Män får ofta somatisk diagnos och kvinnor psykosomatisk. Det finns stor risk att mäns depressioner missas och att kvinnors medicinska problem missas
Ringfinger	Riskbruk av alkohol, läkemedel och droger. Fråga alltid såväl kvinnor som män och gör till rutin att kolla alla långtidssjukskrivna med prov. Det är vanligare att kvinnor känner skam över sitt alkoholmissbruk än män.
Lillfinger	Män får tidigare specialistremisser och större stöd av sin arbetsgivare. Männens rehabiliteras utifrån sitt arbete medan det finns en risk för att kvinnor rehabiliteras utifrån sin sociala situation

Det finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukfrånvaro. Kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män och kvinnor rapporterar också i högre utsträckning upplevd stress och utmaningar i arbetsmiljön och har i högre utsträckning sjukskrivningar inom exempelvis psykisk ohälsa [109]. Hälso- och sjukvården är en viktig aktör i sjukskrivnings- och

³⁹ Skurups vårdcentral utvecklade en genushand som syftar till att påminna vårdgivaren om att ställa vissa specifika frågor till både kvinnor och män. På så sätt sker en kvalitetssäkring vid anamnesen. Varje finger representerar en risk som Skurups vårdcentral har upptäckt i sitt arbete med en jämställd sjukskrivningsprocess.

rehabiliteringsprocessen och behovet av att följa upp hälso- och sjukvårdens arbete inom det försäkringsmedicinska området är betydelsefullt.

Våld i nära relationer

Hälso- och sjukvården har goda möjligheter att göra skillnad för individer som har erfarenheter av våld i nära relationer. En ökad insikt om människors utsatthet för olika typer av våld är en förutsättning för att kunna åstadkomma en förändring [113, 114]. Vårdsutsatta söker ofta hälso- och sjukvård upprepade gånger för diffusa fysiska, psykiska eller kroniska symtom eller skador som kan ha orsakats av våld, utan att den bakomliggande orsaken kommer fram [8]. Sällan berättar de om sin utsatthet, eftersom de inte alltid sätter besvären i samband med att de är eller har varit våldsutsatta. Personal inom hälso- och sjukvård kan vara de enda som våldsutsatta skulle kunna berätta för om sin situation [113]. Det handlar om att lyssna och kunna ta emot den våldsutsattas berättelse. Genom att fråga signalerar verksamheten också att våld i nära relationer inte är acceptabelt [115]. Personal oavsett inom vilken del av hälso- och sjukvården⁴⁰ möter, direkt eller indirekt, individer som utsatts för våld i nära relationer. Det kan exempelvis vara individer som är eller har varit utsatta för våld av en nuvarande eller tidigare partner, eller annan närstående, eller individer som utsätter eller kan komma att utsätta närstående för våld.

Inom vissa verksamheter, exempelvis psykiatri och missbruks- och beroendevården är våldsutsatta individer överrepresenterade och gemensamt med individer med funktionsnedsättning är det grupper som är extra sårbara. Våld i nära relationer är lika vanligt i samkönade relationer och våldsformerna är likartade dem i heterosexuella parrelationer [116].

Relationsvåld kan vara en bidragande orsak till långa sjukskrivningar bland kvinnor. Utifrån statistik som Socialstyrelsen sammanställde 2016 är det rimligt att anta att Försäkringskassan handlägger omkring 11 000 fall årligen som rör sjukskrivning, rehabilitering eller aktivitetsersättning relaterat till misshandel, grov kvinnofridskränkning och olaga hot mot kvinnor [8].

Att upptäcka våld är en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där regionerna kan arbeta med allt från utbildning av personal⁴¹ till att ta fram rutiner och information om vart individen kan vända sig, till exempel mans- och kvinnojourer.

LÄNK Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld - Ett utbildningsmaterial för dig som arbetar inom hälso- och sjukvården och tandvården

Ett utbildningsmaterial som riktar sig främst till personal inom hälso- och sjukvården som kommer i kontakt med vuxna i sitt arbete. Syftet med utbildningsmaterialet är att ge kunskap om hur våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck kan yttra sig och vilka konsekvenser det kan få för hälsan samt på vilket sätt det kan uppmärksammas. Materialet är också

⁴⁰ ...och även inom tandvård.

⁴¹ Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) genomför utbildningar om våld för yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

tänkt att ge personalen stöd i att tillsammans med chefen se över rutiner, arbetssätt och förhållningssätt i mötet med dem som kan ha erfarenhet av våld.

LÄNK Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Socialstyrelsen 2016.

Handboken syftar till att ge socialtjänsten och hälso- och sjukvården vägledning på området och tar upp lagstiftning och förarbeten samt kunskap baserad på forskning och erfarenheter från verksamheterna.

Arbetsversion

Kompletterande stöd

Diagnosspecifik vägledning

Socialstyrelsens diagnosspecifika vägledning – det försäkringsmedicinska beslutsstödet – innehåller vägledning för sjukdomar och andra tillstånd, indelat i flera olika informationsmängder. Under rubriken:

- *Symtom, prognos, behandling* beskrivs diagnos, symtombild och prognos samt vård och behandling. Ibland hänvisas till Socialstyrelsens nationella riktlinjer i de fall det finns sådana.
- *Funktionsnedsättning* beskrivs för diagnosen vanligt förekommande funktionsnedsättningar.
- *Aktivitetsbegränsning* beskrivs för diagnosen vanligt förekommande aktivitetsbegränsningar.
- *Rehabiliteringsinformation* beskrivs eventuella (enkla) åtgärder relaterade till arbetet som kan underlätta återgång till arbete vid aktuell diagnos. T.ex. anpassning av arbetsuppgifter, arbetstider, annat res-sätt till arbetet eller ergonomi.
- *Försäkringsmedicinsk information* inleds med en text att det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmågan ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. Sedan beskrivs övriga råd av nytta för den sjukskrivande läkaren vid aktuell diagnos, t.ex. ge exempel på faktorer som kan motivera avsteg från huvudrekommendationerna, samt
- Vägledning för sjukskrivning vid vanliga situationer

LÄNK Läs mer

om det försäkringsmedicinska beslutsstödet **här**:
<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>



Nationella riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar, men ger även vägledning om behandlingar och metoder för olika verksamheter inom vård och omsorg. I riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör satsa mer resurser inom vissa områden än inom andra områden. De tillstånd och åtgärder som fått hög rangordning bör man satsa mer resurser på, medan man bör satsa mindre eller inga resurser på de tillstånd och åtgärder som fått låg rangordning. Riktlinjerna är framtagna utifrån aktuell forskning och beprövad erfarenhet och visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder. Det är alltid behandlande personal inom hälso- och sjukvård som har ansvar för att göra en bedömning av den enskilda individens behov så att denne får adekvat behandling. Socialstyrelsen vill bidra till att stärka människors möjlighet att få jämlik och

god vård. I dagsläget finns ett tjugotal nationella riktlinjer för olika sjukdomar och tillstånd.



LÄNK Läs mer

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>

Nationellt kliniskt kunskapsstöd

Nationellt kliniskt kunskapsstöd är regionernas gemensamma infrastruktur för att ta fram, kvalitetssäkra, lagra och distribuera kunskapsinnehåll. Nationellt kliniskt kunskapsstöd ägs av Sveriges regioner, och är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. De nationella rekommendationerna och regionernas tillägg är anpassade för användning i patientmötet.



LÄNK Läs mer

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/start>

Nationella personcentrerade vårdförlopp (PSV)

Nationellt system för kunskapsstyrning har i dagsläget tagit fram drygt tjugo vårdförlopp för olika sjukdomar och andra tillstånd.



LÄNK Läs mer

<https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp>

Kunskapsguiden

Kunskapsguiden är en webbplats som samlar kunskapsstödande produkter från Socialstyrelsen, andra myndigheter och aktörer. Här hittar du som arbetar inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården stöd och vägledning för dig och din verksamhet. Kunskapsguiden samlar publikationer, webbutbildningar, poddar, filmer, checklistor och andra kunskapsstödande produkter för dig som arbetar inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Innehållet på Kunskapsguiden bygger på bästa tillgängliga kunskap som kommer från Socialstyrelsen och andra myndigheter och aktörer.



LÄNK Läs mer

<https://kunskapsguiden.se/>

Referenser

1. Socialstyrelsen. Utvecklingsplan för försäkringsmedicin - Socialstyrelsens strategiska utvecklingsplan för att stödja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
2. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020. 2019. Hämtad 2022-12-14 från: <https://www.regeringen.se/4afb43/globalassets/regeringen/dokument/social-departementet/socialforsakringar/overenskommelse-om-en-kvalitetssaker-och-effektiv-sjukskrivnings--och-rehabiliteringsprocess-2020.pdf>
3. Vårdgivarguiden. Sjukskrivning. 2021. Hämtad från: <https://vardgivarguiden.se/administration/patientadministration/sjukskrivning/forsakringsmedicin/sjukskrivning--riktlinjer-och-beslutsstod/>
4. Vårdhandboken. Hälso- och sjukvårdens uppdrag. 2021. Hämtad från: <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/koordinering-vid-sjukskrivning-och-rehabilitering/halso-och-sjukvardens-uppdrag/>
5. SKR. Att leda det försäkringsmedicinska arbetet - Stöd till verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdsledning. 2022. Hämtad 2022-12-19 från: <https://rapporter.skr.se/att-leda-det-forsakringsmedicinska-arbetet.html>
6. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. 2018. Hämtad 2022-12-20 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>
7. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer Stockholm; 2009. Report No.: 2009-11-5.
8. Socialstyrelsen. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. 2013. Hämtad 2022-12-21 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2013-12-36.pdf>
9. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. 2016. Hämtad från: <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=64&SrcLang=sv>
10. Grahn B, Stigmar K, Wåhlin C, Kjellberg K, Ljungquist T. Forskning pågår: Arbetsförmåga. Fysioterapi. 2016; 12(5-6).
11. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). 2022. Hämtad 2023-02-15 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-1-7716.pdf>
12. De Bortoli M, Oellingrath I, Fell A, al. e. Influence of lifestyle risk factors on work ability and sick leave in a general working population in Norway: a 5-year longitudinal study. . BMJ Open. 2021; 11.
13. Regeringen. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. SOU 2017:47. 2017. Hämtad 2022-12-15 från: <https://www.regeringen.se/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e5>

- 3528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf
14. Vårdhandboken. Koordinering vid sjukskrivning och rehabilitering. 2022. Hämtad från: <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/koordinering-vid-sjukskrivning-och-rehabilitering/>
 15. Wadell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London Departement for Work and Pensions. 2006.
 16. Van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper K. Health effects of employment: a systemic review of prospective studies. Occupational and Environmental Medicine;. 2014; 10(71):730-6.
 17. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och UMS. 2014. Hämtad från: https://www.sbu.se/contentassets/800ad7aecf9146c795d3a89c7a957048/arbetesmiljo_depression_2014.pdf
 18. Hultberg A, Ahlborg jr G, Jonsdottir I, Winroth J, Corin L, Heimdahl M. Hälsa på arbetsplatsen - En sammanställning av kunskap och metoder: Institutet för stressmedicin; 2017. Report No.: 1652-7089.
 19. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. SOU 2021:69. Hämtad 2022-12-14 från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/08/sou-202169/>
 20. Arbetsmiljöverket. Belastningsergonomi - Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om belastningsergonomi, AFS 2012:2. 2019. Hämtad 2023-03-02 från: <https://www.av.se/arbetesmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/belastningsergonomi-afs-20122-foreskrifter/>
 21. SBU. Insatser i vården vid långtidssjukskrivning. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsokonomiska och etiska aspekter. SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 359/2022 2022. Hämtad 2023-01-16 från: <https://www.sbu.se/contentassets/460111cff4514c9db87754de72cbfb1d/insatser-i-varden-vid-langtidssjukskrivning.pdf>
 22. Karasek R, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity, and the Reconstruction of working life. New York, N.Y. : Basic Books; 1990.
 23. Verksamt - till företag från myndigheter. Minska sjukfrånvaron för dina anställda. 2023. Hämtad 2023-03-03 från: <https://www.verksamt.se/driva/anstalla/sjukskrivning/minska-sjukfranvaron>
 24. Suntarbetsliv. Prehabguiden - Vägledning för arbetsanpassning och rehabilitering. 2022. Hämtad från: <https://prehabguiden.suntarbetsliv.se/>
 25. SBU. Effekter av arbetsmarknadsinsatser för personer långvarigt sjukskrivna på grund av depression, ångest eller stressreaktion - En systematisk översikt. RAPPORT 352. 2022. Hämtad 2022-12-21 från: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/effekter-av-arbetsmarknadsinsatser-for-personer-langvarigt-sjukskrivna-pa-grund-av-depression-angest-eller-stressreaktion/?pub=94080&lang=sv>
 26. Centrum för arbets- och miljömedicin. JobbaFrisk. 2022. Hämtad från: <https://www.jobbafrisk.se/>
 27. Regeringen. En god arbetsmiljö för framtiden – regeringens arbetsmiljöstrategi 2021–2025. Skr 2020/21:92 2021. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2021/02/skr.-20202192/>

28. Folkhälsomyndigheten. Att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet - Resultat från en kartläggande litteraturöversikt om universella interventioner på arbetsplatsen. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2021. Report No.: 21140.
29. Arbetsgivarverket. Friskfaktorer. 2022. Hämtad från: <https://www.arbetsgivarverket.se/ledare-i-staten/arbetsgivarguiden/arbetsmiljo/friskfaktorer/>
30. SKR. Friskfaktorer, arbetsmiljö. 2022. Hämtad 2022-12-14 från: <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/organisatoriskochsocialarbetsmiljo/friskfaktorer.9767.html>
31. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. SOU 2020:24. Hämtad 2022-12-14 från: https://www.regeringen.se/498c5f/contentassets/e9d07fa61209422cbd8b9a181dc87d6e/tillsammans-for-en-valfungerande-sjukskrivnings--och-rehabiliteringsprocess-sou-2020_24.pdf
32. Socialstyrelsen. Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM. 2001. Hämtad 2022-12-21 från: <https://docplayer.se/3187297-Samverkan-for-sarskilt-utsatta-utvardering-av-frivillig-samverkan-frisam.html>
33. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. 2021. Hämtad 2022-12-13 från: <https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.888036617b192361ee2306f/1628610121306/Vardforlopp-generisk-modell-rehabilitering.pdf>
34. SBU. Sjukskrivning - orsaker, konsekvenser och praxis: en systematisk litteraturöversikt. 2003. Hämtad 2022-12-20 från: <http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/sjukskrivning/sjukskrivninghelarap.pdf>
35. Vårdgivarguiden. Sjukvårdens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess - Rapport från arbetet i sjukskrivningsnätverket. Stockholm; 2010 2022-12-13.
36. von Heijne A. Diagnostiska fel och misstag är vanliga och svåra att mäta. Läkartidningen. 2017; 114.
37. Region Uppsala. Rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess. 2022. Hämtad 2023-03-08 från: <https://publikdocplus.regionupsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-28248&docId=DocPlusSTYR-28248&filename=Rehabiliterings-%20och%20sjukskrivningsprocess.pdf>
38. Socialstyrelsen. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Stockholm; 2019 2022-12-13.
39. Kunskapsguiden. Behandling vid samsjuklighet. 2020. Hämtad 2022-12-13 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/missbruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-missbruk-och-beroende/behandling-vid-samsjuklighet/>
40. Nationalencyklopedin. Komorbiditet. 2022. Hämtad 2022-12-13 från: <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/komorbiditet>
41. Feinstein A. The Pre-Therapeutic Classification of Co-Morbidity in Chronic Disease. J Chronic Dis. 1970; 7(23):455-68.
42. Fratiglioni L, Marengoni A, Meinow B, Karp A. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård. Stockholm; 2010.

43. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. SOU 2020:6. Hämtad 2022-12-14 från:
https://www.regeringen.se/49059a/contentassets/6ed59711da3a46fcb40d9e1a2e932998/en-begriplig-och-trygg-sjukforsakring-sou_2020_6.pdf
44. Försäkringskassan. Socialförsäkringen i siffror 2020. 2020. Hämtad 2022-12-13 från:
<https://www.forsakringskassan.se/download/18.4d7a03d617b3a126505ca/1629796473238/socialforsakringen-i-siffror-2020.pdf>
45. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling - Årsrapport 2019. 2019. Hämtad 2022-12-13 från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d162673edec94e5f8d1da1f78e54dac4/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2019.pdf>
46. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning; 2019. Report No.: 2019-1-16.
47. SBU. Behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor - En kartläggning av systematiska översikter. 2019. Hämtad 2022-12-14 från:
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/behandling-av-langvariga-smarttillstand-med-fokus-pa-kvinnor/?pub=39273&lang=sv>
48. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Family Systems Medicine*. 1992; 10(3):317-31.
49. Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta - långvarig, hos vuxna. 2022. Hämtad 2023-03-01 från:
https://d2flujgsl7escs.cloudfront.net/external/Vardforlopp_Smarta_langvari_g_hos_vuxna_publicerad_version_221020.pdf
50. Petersson E-L, Hensing G. Återgång till arbete - En kunskapssammanställning om metoder och strategier för att underlätta återgång till arbete
51. Larsson-Lund M, Lexell J. Delaktighet och omgivningsfaktorer i ICF [Elektronisk resurs] möjligheter och utmaningar vid användning inom rehabilitering. *Läkartidningen*; 2009.
52. Wallin S, Rauhala A, Fjellman-Wiklund A, Nyman P, Fagerström L. Occupational self-efficacy and work engagement associated with work ability among an ageing work force: A cross-sectional study. *Work*. 2021; 70(2):591-602.
53. Försäkringskassan. Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Stockholm; 2015.
54. Arbetshälsoinstitutet. Arbetsförmåga - Arbetsförmågehuset. 2022. Hämtad 2023-03-02 från: <https://www.ttl.fi/sv/teman/arbetshalsa-och-arbetsformaga/arbetsformaga>
55. Eklund M, Hansen Falkdal A. Metoder för att bedöma aktivitets- och arbetsförmåga - individnivå. I: Ekberg K, Eklund M, Hensing G, red. Återgång i arbete. Lund: Studentlitteratur; 2015.
56. Arbetsförmedlingen. Kunskapsmaterialet – fysiska och psykiska krav i olika yrkesgrupper. 2022. Hämtad 2023-03-08 från:
<https://arbetsformedlingen.se/om-oss/var-verksamhet/utbildningsmaterial/kunskapsmaterialet/>
57. Socialstyrelsen, Försäkringskassan. Utformning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess 2006:
58. Grahn B, Kjellberg K, Ljungquist T, Stigmar K, Wåhlin C. Arbetsförmåga, del 1 - Definitioner, modeller, perspektiv, prediktorer, riskfaktorer. *Fysioterpi*. 2012; (5).

59. FUNKA. Kravfångst – Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Stockholm; 2016.
60. Region Jönköpings Län. Sjukskrivning ur vårdens perspektiv. 2023. Hämtad 2023-03-07 från: <https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/vardstod/forsakringsmedicin/forsakringsmedicin/sjukskrivning-ur-vardens-perspektiv/>
61. SKR. Bättre sjukskrivningar - handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården. 2010. Hämtad 2023-03-03 från: <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef9af8d/1643025727042/7164-568-5.pdf>
62. Viikari-Juntura E, Virta LJ, Kausto J, Autti-Rämö I, Martimo K-P, Laaksonen M, et al. Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2017; 43(5):447-56.
63. Skåne R. Rätt Lagom Säker – och jämställd - Vad har Region Skåne åstadkommit inom sjukskrivning? – från idé till resultat. 2015. Hämtad 2022-12-14 från: <https://docplayer.se/14166674-Ratt-lagom-saker-och-jamstalld.html>
64. Etuknwa A, Daniels K, Eib C. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2019; (29):679–700.
65. Socialstyrelsen. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsoch rehabiliteringsprocess - Slutredovisning av Socialstyrelsens utvecklingsinsatser inom överenskommelsen mellan staten och SKR. 2020. Hämtad 2023-01-30 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-12-7053.pdf>
66. Socialstyrelsen. Digitala vårdtjänster - Övergripande principer för vård och behandling. Stockholm; 2018.
67. Socialstyrelsen. Nya föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
68. Socialstyrelsen. Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården - Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Stockholm; 2017.
69. Socialstyrelsen. Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården - Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. 2017. Hämtad 2022-12-20 2017-3-2:[från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2017-3-2.pdf>
70. Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm; 2011.
71. Vårdguiden. Sjukskrivning och rehabilitering. 2021. Hämtad 2022-12-14 från: <https://www.1177.se/Skane/behandling--hjalpmedel/smartbehandlings-och-rehabilitering/sjukskrivning-och-rehabilitering/>
72. Sveriges läkarförbund. Läkares arbete med sjukskrivningsärenden - En policy från Sveriges läkarförbund. Stockholm; 2021.
73. Lexell J, Rivano-Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 2017.

74. SKR. Patientkontrakt. 2018. Hämtad 2022-12-20 från:
https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f745b33/1615362686662/Patientkontrakt_slutrapport_2018-02-14.pdf
75. Socialstyrelsen. Anteckningar från möten med expertgrupp. 2022.
76. Andersson J. Forskare: Flera utmaningar när läkare ska bedöma arbetsförmåga. 2022. Hämtad 2022-12-19 från:
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/01/forskare-flera-utmaningar-nar-lakare-ska-bedoma-arbetsformaga/>
77. Mer trygghet och bättre försäkring. SOU 2015:21. Hämtad 2022-12-14 från:
<https://www.regeringen.se/49bbd8/contentassets/ce96e89ac85d444e985dfa30414f1e7e/mer-trygghet-och-bättre-forsakring-parlamentariska-socialforsakringsutredningen-del-1>
78. Nordling P. Physicians' practices in sickness certification for common mental disorders - assessment of work capacity and communication with the patient's workplace [Doctoral Thesis]: Göteborgs universitet; 2021.
79. Regeringen. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården 2018:Ds 2018:5
80. Buys NJ, Selander J, Sun J. Employee experience of workplace supervisor contact and support during long-term sickness absence. *Disability and Rehabilitation*. 2019; 41(7):808-14.
81. Rashid M. Women on sick leave for long-term musculoskeletal pain: Factors associated with work ability, well-being and return to work. Gävle: Gävle University Press; 2019.
82. SKR. Riskorienterat arbetssätt - för minskad sjukfrånvaro - lärdomar från tre års analysarbete och pilottest av insatser. 2021. Hämtad 2023-03-01 från:
<https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e3038449296/1642428919301/7585-837-1.pdf>
83. SKR. Att leda det försäkringsmedicinska arbetet - Stöd till verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdsledning. 2021. Hämtad 2022-12-14 från: <https://rapporter.skr.se/att-leda-det-forsakringsmedicinska-arbetet.html>
84. SKR. Stöd för rätt sjukskrivning 2020. Hämtad 2022-12-19 från:
https://skr.se/download/18.2052aa85179360c6186a4b08/1621861260905/Stod_for_ratt_sjukskrivning_2020.pdf
85. Johansson G. Arbetets betydelse för hållbar arbetsförmåga. I: Ekberg K, Eklund M, Hensing G, red. Återgång i arbete - processer, bedömningar och åtgärder. Lund: Studentlitteratur; 2015.
86. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för besvär och sjukdom i nacke, axlar, armar och händer - En systematisk översikt. SBU UTVÄRDERAR, RAPPORT 349 2022. Hämtad 2022-12-19 från:
<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/arbetsmiljons-betydelse-for-besvar-och-sjukdom-i-nacke-axlar-armor-och-hander/?pub=92065&lang=sv>
87. Alexanderson K, Keller C, von Knorring M, Paul A-S. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning - Resultat från 2013 och jämförelse med 2007. 2013. Hämtad 2022-12-20 från: <https://ki.se/media/222034/download?attachment>
88. Socialstyrelsen. Vårdgivare. 2021. Hämtad 2022-12-20 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/styrning-och-arbetsfordelning/vardgivare/>

89. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. 2019. Hämtad 2022-12-20 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/>
90. Socialstyrelsen. Förstudie av innehållsmässig och digital utveckling av de övergripande principerna, FMB - En sammanställning inför utveckling av ett försäkringsmedicinskt kunskapsstöd. Stockholm: Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården; 2020.
91. Samverkan i re/habilitering: en vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
92. Försäkringskassan och Socialstyrelsen i samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Nationella programområdet (NPO) rehabilitering habilitering och försäkringsmedicin. Utgångspunkter och strukturer för bättre samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården - Samarbetsformer mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. 2021. Hämtad 2023-03-03 från: <https://www.forsakringskassan.se/download/18.ca4a6b817d6de91946f2e/1643296613879/utgangspunkter-och-strukturer-for-battre-samverkan-mellan-forsakringskassan-och-halso-och-sjukvarden.pdf>
93. Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet. 2022. Hämtad 2023-02-28 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varadskador/riskomraden/hjalpmedel/>
94. Socialstyrelsen. Kunskapsguiden. 2022. Hämtad 2023-03-01 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/hjalpmedel/ansvar-for-att-erbjuda-hjalpmedel/>
95. Arbetsmiljöverket. Arbetsanpassning - Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning Arbetsmiljöverkets författningssamling 2020. Hämtad 2023-03-01 från: https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/arbetsanpassning-afs2020_5.pdf
96. Ekberg K, Eklund M, Hensing G. Återgång i arbete - processer, bedömningar, åtgärder. Lund: Studentlitteratur; 2015.
97. näringsliv S. Vagar tillbaka till arbete - företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. 2019. Hämtad 2023-03-01 från: https://www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/9bhd74_vagar-tillbaka-till-arbete.pdf_1133840.html/Vgar+tillbaka+till+arbete.pdf
98. Sveriges företagshälsor. Branschfakta. 2023. Hämtad 2023-03-08 från: <https://www.foretagshalsor.se/sv/branschfakta>
99. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Från mottagare till medskapare: ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. 2018a. Hämtad 2022-12-20 från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/fran-mottagare-till-medskapare/>
100. omsorganalys Mfv-o. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården? 2012. Hämtad 2022-12-20 Rapport 2012:1:[från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/vad-paverkar-patientupplevd-kvalitet-i-primarvarden/>
101. God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. SOU 2020:19. Hämtad 2022-12-20 från: http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2017/08/SOU_2020_19_webb.pdf
102. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Bäddat för utveckling: ett kunskapsunderlag om förutsättningar för utvecklingsprojekt i vården och

- omsorgen. 2018b. Hämtad 2022-12-20 från:
<https://www.vardanalys.se/rapporter/baddat-for-utveckling/>
103. Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Hälsovetenskap. 2022. Hämtad 2022-12-20 från: <https://www.hfsnatverket.se/sv/halsolitteracitet>
104. Socialstyrelsen. Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt. 2021. Hämtad 2022-12-20 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-12-7726.pdf>
105. Socialstyrelsen. Arbetssätt för jämlik vård - Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen. 2019. Hämtad 2022-12-20 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6636.pdf>
106. FOU. Förstudie kring psykisk ohälsa i Gävle, FOU 2020:3. 2020. Hämtad 2023-01-30 från:
https://www.regiongavleborg.se/globalassets/samverkanswebben/utveckling-samverkan/valfard-gavleborg/fou-valfard/fou-rapporter/forstudie-kring-psykisk-ohalsa-i-gavle-fou-2020_3.pdf
107. Uppdrag Psykisk Hälsa. Nationella vård- och insatsprogram, depression och ångestsyndrom. Hämtad 2022-12-20 från:
<https://www.vardochinsats.se/depression-och-aangestsyndrom/>
108. SBU. Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården - En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet. Rapport 260/2017. Hämtad 2022-12-20 från:
https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf
109. Riksrevisionen. Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen? RiR 2019:19. Hämtad 2022-12-20 från:
https://www.riksrevisionen.se/download/18.241fb15416b1ca0223ec349a/1560156382158/RiR_2019_19_ANPASSAD.pdf
110. Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus. SOU 2022:45. Hämtad 2022-12-20 från:
https://www.regeringen.se/4a485c/contentassets/950d5800dc6e4e2ca7c0826146b1cac1/sou-2022_45_webb.pdf
111. Arbetsmiljöverket. Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. Kunskapssammanställning 2016:2. Hämtad 2022-12-20 från:
<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/kvinnors-och-mans-arbetsvillkor-kunskapssammanstallning-rap-2016-2.pdf>
112. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt - Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa. SOU 2018:90. Hämtad 2022-12-21 från:
https://www.regeringen.se/48ddbb/contentassets/906430d9feb248e984afbed18a37e65c/for-att-borja-med-nagot-nytt-maste-man-sluta-med-nagot-gammalt---forslag-for-en-langsiktigt-hallbar-styrning-inom-området-psykisk-halsa-sou-2018_90.pdf
113. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld - Ett utbildningsmaterial för dig som arbetar inom hälso- och sjukvården och tandvården. 2021. Hämtad 2022-12-21 från:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7619.pdf>

114. Nationellt centrum för kvinnofrid. VÅLD OCH HÄLSA - En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. 2014. Hämtad 2022-12-21 från: <https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/487/nck-rapport-vald-och-halsa-2014-1.pdf>
115. Socialstyrelsen. Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. 2016. Hämtad 2023-03-01 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2016-6-37.pdf>
116. Nationellt centrum för kvinnofrid. Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt 2009. Hämtad 2022-12-21 från: <http://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/494/nck-rapport-vald-i-samkonade-relationer-2009-2.pdf>

Arbetsversion

Bilaga 1. Lagrum

Lagar med bäring på försäkringsmedicin

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160

Dataskyddsförordningen GDPR

<https://www.imy.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/>

Diskrimineringslagen (2008:567)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567

Förvaltningslagen (2019:900)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltningslag-1986223_sfs-1986-223

Hälsa- och sjukvårdslagen (2017:30)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Kommunallagen (2017:725)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kommunallag-2017725_sfs-2017-725

Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19931652-om-ersattning-for-fysioterapi_sfs-1993-1652

Lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/lagratsremiss/2018/02/lag-om-forsakringsmedicinska-utredningar/>

Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19931651-om-lakarvardersattning_sfs-1993-1651

Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20191297-om-koordineringsinsatser-for_sfs-2019-1297

Lagen (1991:1047) om sjuklön

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911047-om-sjuklon_sfs-1991-1047

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400

Patientdatalag (2008:355)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Patientdataförordningen (2008:360)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdataforordning-2008360_sfs-2008-360

Patientlag (2014:821)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Patientskadelag (1996:799)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientskadelag-1996799_sfs-1996-799

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Socialförsäkringsbalk (2010:110)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110

Lag (SFS 2017:1306) om ändring i Socialförsäkringsbalken, 30 kap. 6 §: Arbetsgivares skyldighet att upprätta plan för återgång i arbete

https://www.lagboken.se/Lagboken/start/sfs/sfs/2017/1300-1399/d_3140647-sfs-2017_1306-lag-om-andring-i-socialforsakringsbalken

Socialtjänstlag (2001:453)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201640-om-journalforing-och-behandling-av-personuppgifter-i-halso--och-sjukvarden/>

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete HSLF-FS 2020:64

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2020-11-6995.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring HSLF-FS 2021:8

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2021-2-7212.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer HSLF-FS 2022:39

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>

Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2018:54)

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2018-12-35.pdf>

Lagrum kring arbetshjälpmedel

Arbetsmiljölagen (1977:1160)

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160

Föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1)

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/systematiskt-arbetsmiljoarbete-afs-20011-foreskrifter/>

Föreskrift om arbetsanpassning (AFS 2020:5)

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/arbetsanpassning-afs-20205-foreskrifter/>

Förordning (1991:1046) om bidrag till arbetshjälpmedel t.o.m. SFS 2020:61

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-19911046-om-bidrag-till_sfs-1991-1046

Förordning (SFS 2017:462) om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/forordning-2017462-om-sarskilda-insatser-for_sfs-2017-462

Förordning (SFS 2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2000628-om-den_sfs-2000-628

Bilaga 2. Begrepp i kunskapsstödet

Här kommer det i slutversionen finnas begrepp som förekommer i kunskapsstödet med definitioner.

Arbetsversion

Bilaga 3. ICF:s uppbyggnad

ICFs komponenter

ICF består av två delar med två komponenter per del:

Del 1. Funktionstillstånd och funktionshinder som omfattar

- A. kroppsfunktioner och kroppsstrukturer
- B. aktiviteter och delaktighet

Del 2. Kontextuella faktorer som omfattar

- A. omgivningsfaktorer
- B. personfaktorer (för närvarande inte klassificerade i ICF).

Komponenterna i detalj

- Kroppsfunktioner (b-koder) – kroppssystemens fysiologiska funktioner inklusive psykologiska funktioner. Funktionsnedsättning innebär en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion.
- Kroppsstrukturer (s-koder) – anatomiska delar av kroppen, såsom organ, lemmar och deras komponenter. Strukturavvikelse innebär en betydande avvikelse eller förlust i kroppsstruktur.
- Aktivitet (a-koder) – en persons genomförande av en uppgift eller handling. Aktivitetsbegränsning innebär svårigheter en person kan ha vid genomförande av aktiviteter.
- Delaktighet (d-koder) – en persons engagemang i en livssituation. Delaktighetsinskränkning är problem som en person kan ha i engagemang i livssituationer. Begreppen aktivitet och delaktighet handlar om kapacitet och genomförande: kapacitet att utföra uppgifter i en standardomgivning, genomförande att utföra uppgifter i aktuell omgivning. De kodas sällan separat utan tillsammans som aktivitet/delaktighet (d-koder).
- Omgivningsfaktorer (e-koder) – den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Detta är en kontextuell faktor och här kodas underlättande eller hindrande påverkan från omständigheter i den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen.
- Personfaktorer nämns som en kontextuell faktor som innebär påverkan av utmärkande drag hos personen på funktionstillstånd och funktionshinder. Hit räknas kön, ålder, kondition, livsstil, vanor, uppfostran, copingsätt, socialbakgrund, livserfarenheter, karaktär, psykologiska resurser mm som kan påverka funktionshinder. Personfaktorer klassificeras inte inom ramen för ICF.

De olika ICF-komponenterna är indelade i kapitel, som utgör första nivån. Varje kapitel innehåller sedan en kodhierarki med kategorier som innebär att man kan välja vilken nivå man vill göra sin kodning på. Det kan vara relevant att koda vissa områden mer specifikt och detaljerat än andra i olika

sammanhang. I rehabiliteringssammanhang kan t.ex. smärta vara ett sådant område. Smärta kan kodas som *Smärtförminnelse* (b280) eller mer detaljerat som *Smärta i nedre extremitet* (b28015). De kapitel som handlar om kroppsfunction och kroppsstruktur är i huvudsak indelade efter organsystem och anatomi:

Kroppsfunctioner

Kapitel 1 Psykiska funktioner

Kapitel 2 Sinnesfunktioner och smärta

Kapitel 3 Röst- och talfunktioner

Kapitel 4 Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems-och andningsfunktioner

Kapitel 5 Matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner

Kapitel 6 Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner

Kapitel 7 Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

Kapitel 8 Funktioner i huden och därmed relaterade strukturer.

Kroppsstrukturer

Kapitel 1 Strukturer i nervsystemet

Kapitel 2 Ögat, örat och därmed relaterade strukturer

Kapitel 3 Strukturer involverade i röst och tal

Kapitel 4 Strukturer i hjärt-kärlsystemet, immunologiska systemet och andningssystemet

Kapitel 5 Strukturer som sammanhänger med matsmältnings- och ämnesomsättningssystemen samt endokrina systemet

Kapitel 6 Strukturer som sammanhänger med köns- och urinorganens system

Kapitel 7 Strukturer som sammanhänger med rörelse

Kapitel 8 Hud och därmed sammanhängande strukturer

Aktiviteter/delaktighet (d)

Kapitel 1 Lärande och att tillämpa kunskap

Kapitel 2 Allmänna uppgifter och krav

Kapitel 3 Kommunikation

Kapitel 4 Förflyttning

Kapitel 5 Personlig vård

Kapitel 6 Hemliv

Kapitel 7 Mellanmänniska interaktioner och relationer

Kapitel 8 Viktiga livsområden

Kapitel 9 Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv

Omgivningsfaktorer (e)

Kapitel 1 Produkter och teknik

Kapitel 2 Naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar

Kapitel 3 Personligt stöd och personliga relationer

Kapitel 4 Attityder

Kapitel 5 Service, tjänster, system och policies

Kodningssystemet är inom respektive komponent ordnat enligt ett ”stamgren-löv”-system, så att kategorierna på lägre nivå har samma egenskaper

som kategorierna på högre nivå. Som exempel från kodningen av kroppsfunktioner, hämtat från kapitel 2, Sinnesfunktioner och smärta, kan vi ta kodningen av smärta. Koden för smärtförmimelse är b280 (andra nivån). Vill man specificera smärtan ytterligare kan man ange en kod på tredje nivån, t.ex. b2800 generell smärta, b2801 smärta i en kroppsdel eller b2802 smärta i flera delar av kroppen. Smärta i en kroppsdel (b2801) kan preciseras ytterligare med hjälp av koder på fjärde nivån, t.ex. b28011 smärta i bröstkorgen eller b28013 smärta i rygg. Däremot kan man inte koda smärtans karaktär (stickande, huggande, molande etc) inom ramen för ICF.

Ett exempel på hierarkiska strukturen i klassifikationen för aktiviteter/delaktighet är:

d2	Allmänna uppgifter och krav
d240	Att hantera stress och andra psykologiska krav
d2400	Att hantera ansvarstagande

Bilaga 4. Funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och omgivningsfaktorer

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) kan användas för att beskriva funktionstillstånd och utgår från en biopsykosocial modell. I hälso- och sjukvårdens arbete ingår att göra en medicinsk bedömning om och när individen har en funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning som påverkar arbetsförmågan, om sjukskrivning är en adekvat åtgärd samt att göra en prognos för individens återgång i arbetslivet.

I sjukskrivningssammanhang kan ICF vara ett stöd för sjukskrivande läkare att beskriva vilka konsekvenser sjukdomen eller skadan får i relation till individens sysselsättning. Arbetsförmåga är beroende av vilka funktionsnedsättningar respektive aktivitetsbegränsningar som sjukdomen eller skadan orsakar i relation till omgivningen. Är funktionsnedsättningarna och aktivitetsbegränsningarna av sådan art att de har en negativ påverkan på individens förmåga att utföra olika arbetsuppgifter, anses arbetsförmågan nedsatt.⁴²

Svårighetsgraden av funktionsnedsättningen respektive aktivitetsbegränsningen kan anges med hjälp av följande bedömningsfaktorer: inget, lätt, måttligt, svårt, totalt problem; ej specificerat eller ej tillämpligt. ICF kan även användas för att sätta mål, bedöma behov samt för att följa upp resultat.⁴³

Nedan följer en beskrivning av och exempel på funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Även omgivningsfaktorer är representerade eftersom de kan vara hindrande eller underlättande i relation till nedsatt arbetsförmåga. De kan ha stor betydelse för att beskriva behov eller möjligheter till anpassningar.

Funktionsnedsättning

Enligt Socialstyrelsens termbank är funktionsnedsättning definierat som ”nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga” (<https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>). En funktionsnedsättning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur. I ICF är funktionsnedsättning definierat som ”en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion”.

Exempel på funktionsnedsättningar

Exempel på funktionsnedsättningar kan vara problem med energi och driftfunktioner, uppmärksamhetsfunktioner, högre kognitiva funktioner, sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra

⁴² SOU, 2008:66

⁴³ Socialstyrelsen webbsida om ICF

sinnesintryck, smärtförmåelse, funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete eller funktion för kontroll av viljemässiga rörelser.

Med *energi och driftfunktioner* avses funktioner för energi, motivation, aptit och impulskontroll.

Med *uppmärksamhetsfunktioner* avses särskilda psykiska funktioner att under en erforderlig tidsperiod rikta in sig mot ett yttre stimulus eller inre erfarenhet.

Med *högre kognitiva funktioner* avses specifika psykiska funktioner särskilt relaterade till frontalloberna, inklusive komplext målinriktat beteende såsom beslutsfattande, abstrakt tänkande, planering och utförande av planer, mental flexibilitet och att fatta beslut om vilket beteende som är påkallat under vilka omständigheter, ofta benämnda exekutiva funktioner.

Med *sinnesfunktioner som hänger samman med temperatur och andra sinnesintryck* avses sinnesfunktioner att uppfatta temperatur, vibration, tryck och skadligt sinnesintryck.

Med *smärtförmåelse* avses en förmåelse av en obehaglig känsla som tyder på tänkbar eller faktisk skada i någon del av kroppen.

Med *funktioner relaterade till tolerans för fysiskt arbete* avses funktioner som hänger samman med den respiratoriska och kardiovaskulära kapacitet som krävs för att tåla fysisk ansträngning.

Med *funktioner för kontroll av viljemässiga rörelser* avses funktioner som rör kontroll över och koordination av viljemässiga rörelser [11].

Aktivitetsbegränsningar

Aktivitetsbegränsningar beskriver en individs förmåga att utföra en uppgift eller handling, vad individen har svårt att göra på grund av den eller de funktionsnedsättningar som beskrivits tidigare. Aktivitetsbegränsningar är de konsekvenser som sjukdom och funktionsnedsättningen har för individens förmåga att utföra olika aktiviteter. Genom att ge konkreta exempel på situationer och aktiviteter i individens arbete, sysselsättning eller dagliga liv där svårigheter uppstår ger det förståelse för hur det påverkar möjligheterna att genomföra arbetsuppgifter. Aktivitetsområden som arbetet kräver.

Exempel på aktivitetsbegränsningar

Exempel på aktivitetsbegränsningar innebär svårigheter med exempelvis att fokusera uppmärksamhet, företa mångfaldiga uppgifter, kommunicera genom att ta emot talade meddelanden, lyfta och bära föremål, röra sig omkring på olika sätt eller att engagera sig i grundläggande mellanmänniska interaktioner.

Med *att fokusera uppmärksamhet* avses att avsiktligt fokusera på specifika stimuli t.ex. genom att filtrera bort störande ljud.

Med *att företa mångfaldiga uppgifter* avses att genomföra enkla eller komplicerade och koordinerade handlingar som komponenter i mångfaldiga, integrerade och komplicerade uppgifter i följd eller samtidigt

Med *att kommunicera genom att ta emot talade meddelanden* avses att förstå ordagranna och dolda innebörder i talade meddelanden såsom att förstå att ett uttalande påstår ett faktum eller är ett idiomatiskt uttryck.

Med att *lyfta och bära föremål* avses att lyfta upp ett föremål eller ta något från en plats till en annan såsom att lyfta en kopp eller leksak eller att bära en låda eller ett barn från ett rum till ett annat.

Med att *använda handens finmotorik* avses att genomföra koordinerade handlingar för att hantera föremål, plocka upp, behandla och släppa dem genom att använda hand, fingrar och tumme såsom krävs för att plocka upp ett mynt från ett bord, slå ett telefonnummer eller trycka på en knapp.

Med att *röra sig omkring på olika sätt* avses att förflytta hela kroppen från en plats till en annan på andra sätt än att gå såsom att klättra över en sten eller springa utmed en gata, att skutta, kuta, hoppa, slå kullerbytta och springa runt hinder.

Med att *engagera sig i grundläggande mellanmännsliga interaktioner* avses att samspela med människor på ett i sammanhanget socialt lämpligt sätt såsom att när det är lämpligt visa hänsynstagande och uppskattning eller att reagera på andras känslor [11].

Bedömningsfaktorer för funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar

Sjukskrivande läkare behöver i läkarintyget ange svårighetsgraden av de problem och svårigheter som individen har och som påverkar möjligheten att utföra sina arbetsuppgifter. Detta för att tydliggöra hur stort problemet är. ICF innehåller bedömningsfaktorer (inget, lätt, måttlig, stor, total) som ger möjlighet att gradera problem och svårighet för informationsmängderna funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. I sjukskrivningssammanhang är alternativet ”inget” inte relevant.

Ibland kan det förekomma att det finns aktiviteter som patienten behöver undvika på grund av betydande medicinsk risk eller allvarlig olycksrisk.

Omgivningsfaktorer

Omgivningsfaktorer beskriver fysiska, sociala och attitydmässiga faktorer i miljön och som kan vara hindrande eller underlättande. De kan användas i för att identifiera behov eller möjligheter till anpassningar för att öka arbetsförmågan eller ge stöd vid arbetsåtergång till individens arbete eller sysselsättning.

Exempel på omgivningsfaktorer

Exempel på omgivningsfaktorer är naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar, produkter och teknik för sysselsättning, personligt stöd, attityder eller service och tjänster för arbete och sysselsättning (observera att dessa exempel är på kapitelnivå).

Med *naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar* avses exempelvis klimat (temperatur, fuktighet, vind mm), ljus (ljusintensitet och ljuskvalitet, ljud (ljudstyrka, ljudkvalitet), vibration och luft (luftkvalitet).⁴⁴

⁴⁴ **Fysisk belastning** – sådan belastning som uppstår då man går, står eller sitter; ytterligare belastning uppkommer då kroppen utsätts för en påverkan från yttre eller egenutvecklade krafter, till exempel för att lyfta, bära, skjuta eller dra en börda. Icke-neutrala arbetsställningar, som böjd eller vriden rygg, att stå på knä eller att sträcka sig långt, ökar kravet på kraftutveckling i de muskler som håller kroppen i balans. Ännu ett exempel är tungt, pulshöjande arbete. **Vibrationer** – mekaniska svängningar eller skakningar; helkroppsvibrationer förekommer vid arbete på ett vibrerande underlag, till exempel i fordon, medan vibrationer i delar av kroppen förekommer vid arbete med vissa verktyg eller maskiner.

Med *produkter och teknik för sysselsättning* avses både allmänna och anpassade eller specialutformade utrustningar, produkter och teknik som används i arbete och sysselsättning för att underlätta utförandet av arbetsuppgifter. Det kan omfatta verktyg, maskiner, kontorsutrustning som inte är specifikt anpassade eller specialutformade exempelvis bord, skrivbord, datorer, datorprogram och tillbehör. Det omfattar även specifikt anpassade utrustning.

Med *personligt stöd* avses exempelvis människor som ger praktiskt, fysiskt eller emotionellt stöd och hjälp på arbetsplatsen, i de dagliga aktiviteterna. Det kan vara kollegor, personer som man umgås med i arbetet, personer som har beslutsfattande ansvar för andra såsom arbetsgivare eller arbetsledare.

Med *attityder* avses observerbara konsekvenser som påverkar personligt beteende och socialt liv på alla nivåer, från mellanmännsliga relationer, sociala sammanslutningar till politiska, ekonomiska och lagliga strukturer. Det kan vara attityder exempelvis bland kollegor, arbetsledare/chefer och arbetsgivare.

Med *service och tjänster för arbete och sysselsättning*⁴⁵ avses exempelvis lokal, regional eller nationell service för att stödja personer som redan är anställda och som kan behöva stöd vid arbetsplacering, omplacering, yrkesmässig uppföljning, eller tjänster för hälsa och säkerhet i arbetet, arbetsmiljötjänster, t.ex. ergonomi, personalarbete [11].

Kemiska och biologiska faktorer – sådana ämnen kan påverka kroppen genom att man andas in dem eller att de tas upp genom hud eller slemhinnor.

Buller – oönskat, ofta störande, ljud.

Övriga fysikaliska faktorer – till exempel arbete i kallt eller varmt klimat, joniserande strålning.

Smitta – kan till exempel finnas i miljöer där man arbetar med smittämnen eller tar hand om människor och djur (exempelvis Covid)

⁴⁵**Organisatoriska och psykosociala faktorer** – rör psykosociala och organisatoriska förhållanden; mäts ofta med frågeformulär som bygger på olika typer av modeller eller kartläggning av förhållanden såsom aspekter som rör arbetstid.

Bilaga 5. KVÅ-koder inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I samband med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bidrar den diagnosspecifika delen i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska kunskapsstöd med olika informationsmängder, såsom: *försäkringsmedicinsk information; symtom, prognos, behandling; funktionsnedsättning; aktivitetsbegränsning; och rehabiliteringsinformation; samt vägledning om sjukskrivning vid olika situationer*. Längd och grad av sjukskrivning grundar sig på olika faktorer, exempelvis diagnosens svårighetsgrad, komplicerande faktorer, eller planerad-, pågående- respektive utförd åtgärd (se Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd [LÄNK](#)).

Inom hälso- och sjukvården kodas åtgärder med *Klassifikation av vårdåtgärder* (KVÅ). KVÅ används för att beskriva planerade, pågående och utförda åtgärder i dokumentationen, samt för statistisk beskrivning av åtgärder och möjliggör uppföljning av åtgärder. KVÅ är gemensam inom flera verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Det är obligatoriskt att rapportera in KVÅ-koderna till Socialstyrelsens hälsodataregister.

ICF och KVÅ kompletterar varandra och kan användas i ett systematiskt arbetssätt med strukturerad dokumentation i vårdprocessen. ICF kan användas för att beskriva individens funktionstillstånd, mål, behov samt resultat (funktionstillstånd, måluppfyllelse). KVÅ kan användas för att beskriva planerade, pågående och utförda vårdåtgärder (utreda, förebygga, behandla och följa upp) i processen.

I de fall där rehabiliteringsplanen ses som en del av upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning” (KVÅ DV077) är det viktigt att även koden AW020 ”Upprättande av rehabiliteringsplan” sätts parallellt för att denna uppföljning ska möjliggöras.

KVÅ-koder i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är viktiga för att kunna följa upp hur sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fungerar. Målet är att fungerande KVÅ-koder ska kunna användas som uppföljningsmått inom försäkringsmedicin. KVÅ-koderna behöver förtydligas för att kodning ska kunna göras på ett samstämmigt sätt.

KVÅ-koder i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

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

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

AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan

GC001 Koordineringsinsatser för att främja återgång eller inträde i arbetslivet (ändrad titel från och med 2023)

DV076 Teamrehabilitering

XS007 Konferens med patient

XS008 Konferens om patient

ZV021 Arbetsplatsbesök

ZV506 Medverkande av företrädare för arbetsgivare

PR002 Bedömning av arbetsförmåga och sysselsättning

QR002 Rådgivning vid arbete och sysselsättning

QR003 Träning av arbetsförmåga

XS013 Avstämning med försäkringskassan

Bilaga 6. Stöd till individen

Fast vårdkontakt

När det finns behov av mindre samordningsinsatser kring en individ kan en fast vårdkontakt vara ett stöd. Det finns särskilda bestämmelser som är avsedda att öka samordningen kring en enskild individ. En fast vårdkontakt ska enligt 6 kap. 2 § PL utses om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att behoven av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. En fast vårdkontakt ska ansvara den individuella planen, att den är aktuell och att behoven av både somatiska och psykiatriska hälso- och sjukvårdsinsatser finns med i planen.

Koordineringsinsatser för återgång till arbetslivet

Regionerna ska enligt lag (2019:1297) erbjuda sjukskrivna patienter koordineringsinsatser efter behov. Koordineringsinsatser i form av personligt stöd till patienten, intern samordning av hälso- och sjukvårdens insatser samt extern samverkan med andra berörda aktörer, t ex arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller kommunen, är en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen [33]. Lagen gäller även de patienter som inte har rätt till sjukpenning där det intygats att patienten på grund av skada eller sjukdom i någon utsträckning är förhindrad att delta i arbetslivet. Även patienter som är redo för arbetslivet, men som inte hunnit bli arbetstagare eller arbetssökande innan de sjukskrevs, omfattas av lagen. Därför anges i författningstexten att koordineringsinsatserna även ska omfatta de sjukskrivna patienterna som behöver stöd för att inträda i arbetslivet [33].

Patientnämnd

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som enligt lag ska finnas i alla regioner. Enligt 1 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården ska det i varje region och kommun finnas en eller flera patientnämnder med uppgift att stödja patienter och deras närstående inom bland annat den hälso- och sjukvård enligt HSL som bedrivs av regioner eller kommuner och den allmänna omvårdnad enligt (2001:453), SoL som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård. Patienten kan vända sig till Patientnämnden med synpunkter eller klagomål på vården. Patienten kan även få hjälp ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården, kontakt med vårdpersonal, eller att hitta till rätt myndighet. Patientnämndens huvudsakliga uppgift är, enligt 2 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, att hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomål besvarade av vårdgivaren. Vårdgivaren är, enligt 3 kap. 8 d § (2010:659) PSL, skyldig att bistå patientnämnden i den utsträckning som behövs för att nämnden ska kunna fullgöra sitt uppdrag. Däremot gör Patientnämnden inga egna medicinska bedömningar och tar inte heller ställning till om vårdgivaren har gjort rätt eller fel.

Bilaga 7. Metodbilaga

Här kommer det i slutversionen att finnas en beskrivning av hur kunskapsstödet har tagits fram och vilket underlag som ligger till grund för de olika delarna i kunskapsstödet.

Arbetsversion