

Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering

Nationellt kunskapsstöd

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

ISBN: 978-91-7555-617-8

Artikelnummer: 2023-11-8831

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, november 2023

Förord

I de flesta fall är arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering okomplicerat. I lägesbeskrivningen *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering*, som Socialstyrelsen publicerade 2023, framkommer dock att det finns betydande brister i arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering. Läkarna lyfter faktorer som tidsbrist, avsaknad av rutiner och bristande samordning.

Socialstyrelsen har tagit fram ett nytt kunskapsstöd som är baserat på bästa tillgängliga kunskap och syftar till att stödja hälso- och sjukvården att uppnå god kvalitet, patientsäkerhet och jämlikhet i arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering genom ett systematiskt arbetssätt. Kunskapsstödet vänder sig i första hand till dig som möter patienter, men även till beslutsfattare och chefer.

För att underlätta och förbättra arbetet med sjukskrivning och rehabilitering har Socialstyrelsen tagit fram detta kunskapsstöd. Kunskapsstödet ersätter de övergripande principerna. Kunskapsstödet kompletterar Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) för olika diagnoser. Under 2024 samlar vi allt stöd för försäkringsmedicin och en första version av uppföljningsmått på en ny webbplats.

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Sjukskrivning – en del av vård, behandling och rehabilitering	6
En kunskapsbaserad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess	6
Ledning och styrning	7
Skapa goda rutiner för samarbete	7
Samverka med andra aktörer	8
Om kunskapsstödet	9
Kunskapsstödet vänder sig till dig som möter patienter	9
Avgränsningar	9
Andra aktörers roller	10
Underlag till kunskapsstödet.....	10
Samlat stöd för försäkringsmedicin	10
Om försäkringsmedicin	12
Ett personcentrerat förhållningssätt.....	13
Medicinskt och juridiskt perspektiv	13
Skapa rätt förutsättningar	16
Ledning och styrning	16
Arbeta kunskapsbaserat	16
Klargör roller och ansvar	17
Samverka med andra aktörer	17
Registrera vårdåtgärder.....	17
Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering	19
Processens början och avslut	19
Sjukskrivning – en del av vård, behandling och rehabilitering	20
Del 1: Försäkringsmedicinsk bedömning	22
Del 2: Sjukskrivning och rehabilitering	34
Del 3: Uppföljning	46
Ledning och styrning	50
Ledningssystem.....	50
Processer och rutiner	51

Kompetens och tid	51
Samordning och samverkan.....	53
Avvikelsehantering.....	53
Uppföljning.....	53
Projektorganisation.....	55
Projektledning	55
Expertgrupp	55
Referensgrupp.....	56
Andra medverkande	56
Referenser.....	57

Sammanfattning

Det här kunskapsstödet är baserat på bästa tillgängliga kunskap och syftar till att stödja hälso- och sjukvården att uppnå god kvalitet, patientsäkerhet och jämlikhet i arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering genom ett systematiskt arbetssätt.

Kunskapsstödet är indelat i tre delar: försäkringsmedicinsk bedömning, sjukskrivning och rehabilitering samt uppföljning.

Med ett personcentrerat förhållningssätt kan hälso- och sjukvården främja patientens delaktighet och ta till vara patientens resurser. Kunskapsstödet vänder sig i första hand till dig som möter patienter, men även till beslutfattare och chefer inom hälso- och sjukvården.

Sjukskrivning – en del av vård, behandling och rehabilitering

En sjukskrivning behöver

- vara kvalitetssäker, patientsäker och jämlik
- ha ett tydligt syfte och vara väl genomtänkt
- möta samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som övrig hälso- och sjukvård
- följa patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan och följas upp i dialog med patienten.

En sjukskrivning baseras på en försäkringsmedicinsk bedömning och förutsätter att läkaren har bedömt att

- arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning
- det finns en indikation för sjukskrivning.

En kunskapsbaserad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Socialstyrelsen har tagit fram en process i tre delar för ett kunskapsbaserat och systematiskt arbete med sjukskrivning och rehabilitering:

1. Försäkringsmedicinsk bedömning

Detta ingår i den första delen:

- medicinsk bedömning: en korrekt diagnos är grunden för en försäkringsmedicinsk bedömning
- försäkringsmedicinsk bedömning, där läkaren bedömer
 - funktionsnedsättning
 - aktivitetsbegränsning i förhållande till sysselsättningens krav
 - arbetsförmåga och behov av sjukskrivning
 - behov av behandlings- eller rehabiliteringsinsatser
 - behov av koordineringsinsatser.

2. Sjukskrivning och rehabilitering

I den andra delen ingår

- sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan
- medicinsk rehabilitering
- återgång till arbete eller annan sysselsättning
- koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet
- samverkan med andra aktörer.

3. Uppföljning

I den tredje delen ingår det att

- följa upp sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen
- fortsätta, revidera eller avsluta sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen.

Ledning och styrning

Arbetet med sjukskrivning ingår i regionernas ansvar för ledning, planering och uppföljning, precis som vid annan vård och behandling. Det är viktigt att prioritera det försäkringsmedicinska ledningsarbetet, och att ledningen systematiskt utvecklar, utvärderar och säkrar kvaliteten genom de rutiner som behövs för arbetet.

Skapa goda rutiner för samarbete

Den behandlande läkaren ansvarar för åtgärden sjukskrivning och relaterad rehabilitering. Alla professioner inom hälso- och sjukvården ansvarar för att fullgöra sina arbetsuppgifter i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientens behov av utredning och behandling avgör vilka professioner som behöver involveras: arbetsterapeut, fysioterapeut, psykolog, kurator med flera. Alla, inklusive patienten, behöver veta vem som ansvarar för vad. Därför är det viktigt med tydliga rutiner för samarbete mellan olika professioner. Vid behov ska hälso- och sjukvården erbjuda koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet.

Samverka med andra aktörer

Hälso- och sjukvården behöver ibland samverka med andra aktörer för att underlätta patientens återgång till arbete eller annan sysselsättning. Det är viktigt att hälso- och sjukvården, patienten och de andra aktörerna vet vilka roller och uppdrag respektive aktör har och när de behöver involveras. De vanligaste samverkansaktörerna är arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt kommunens socialtjänst. För en fungerande samverkan behövs effektiva kommunikationsvägar mellan patient, hälso- och sjukvård och övriga aktörer.

Om kunskapsstödet

Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och relaterad rehabilitering utgår från patientens behov. Det är viktigt att patienten är delaktig i sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

I det här kunskapsstödet beskriver Socialstyrelsen en process som bygger på bästa tillgängliga kunskap och syftar till att stödja hälso- och sjukvården att uppnå god kvalitet, patientsäkerhet och jämlikhet genom ett systematiskt arbetssätt med sjukskrivning och relaterad rehabilitering i hälso- och sjukvården. Processen har tre delar:

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

Tanken är att kunskapsstödet med en checklista för varje del ska vara ett praktiskt stöd i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och relaterad rehabilitering.

Kunskapsstödet innehåller fristående bilagor som komplement:

- Ledning och styrning
- Samverkan med andra aktörer
- Kunskapsunderlag och metodbeskrivning
- Kompletterande stöd.

Kunskapsstödet vänder sig till dig som möter patienter

Socialstyrelsen riktar sig i första hand till dig som möter patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, men även till beslutsfattare och chefer inom hälso- och sjukvårdens verksamheter, eftersom det behövs rätt förutsättningar för att uppnå en kvalitetssäker, patientsäker och jämlik sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Använd kunskapsstödet i ditt arbete med sjukskrivning och relaterad rehabilitering.

Avgränsningar

Kunskapsstödet fokuserar på hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och relaterad rehabilitering. Det innebär att vi inte täcker hela det försäkringsmedicinska området, där även andra typer av försäkringar och ersättningar relaterade till medicinska tillstånd är aktuella, som till exempel vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga.

Andra aktörers roller

För att underlätta hälso- och sjukvårdens samverkan med andra aktörer presenterar vi andra aktörers roller översiktligt. Vi beskriver patientens, arbetsgivarens, Försäkringskassans, Arbetsförmedlingens och kommunens socialtjänsts roller.

→ **Läs mer** i del 2. Sjukskrivning och rehabilitering under rubriken Samverkan med andra aktörer och i bilagan Samverkan med andra aktörer.

Underlag till kunskapsstödet

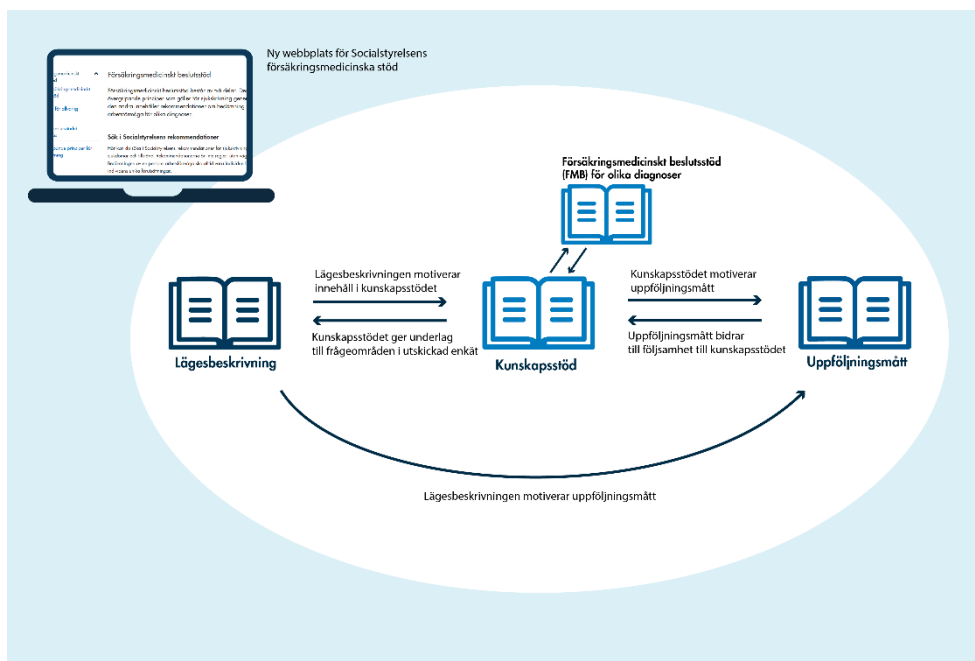
Kunskapsstödet och den framtagna processen för arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering bygger på bästa tillgängliga kunskap. Det är ett brett underlag grundat på beprövad erfarenhet, aktuella författningar, rapporter, utredningar och vetenskap.

→ **Läs mer** i Kunskapsunderlag och metodbeskrivning.

Samlat stöd för försäkringsmedicin

Socialstyrelsens stöd inom försäkringsmedicin består i dag av övergripande principer och det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB). De övergripande principerna som gäller för sjukskrivning generellt kommer att ersättas av det nya kunskapsstödet.

Figur 1. Socialstyrelsens samlade stöd för försäkringsmedicin



Uppdatering och digitalisering

Socialstyrelsens olika stöd för det försäkringsmedicinska arbetet kommer att publiceras på en ny webbplats. Dessutom tar vi fram tre stöd för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering:

1. Detta **kunskapsstöd** riktar sig i första hand till dig som möter patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, men även till beslutsfattare och chefer inom hälso- och sjukvården.
2. Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. En **lägesbeskrivning** baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022. Den riktar sig framför allt till regionledning och nationella aktörer inom området.
3. **Uppföljningsmått** med tillhörande ramverk som kan användas på regional och lokal nivå i det egna arbetet med kvalitetssäkring, verksamhetsutveckling och uppföljning.

Uppdatering av det diagnosspecifika stödet

Socialstyrelsen utvecklar det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) för att göra det mer överskådligt och lättare att använda i det kliniska arbetet.

Samtidigt uppdaterar vi ett antal diagnoser. FMB innehåller rekommendationer för sjukskrivning för cirka 125 olika diagnoser.

→ Läs mer:

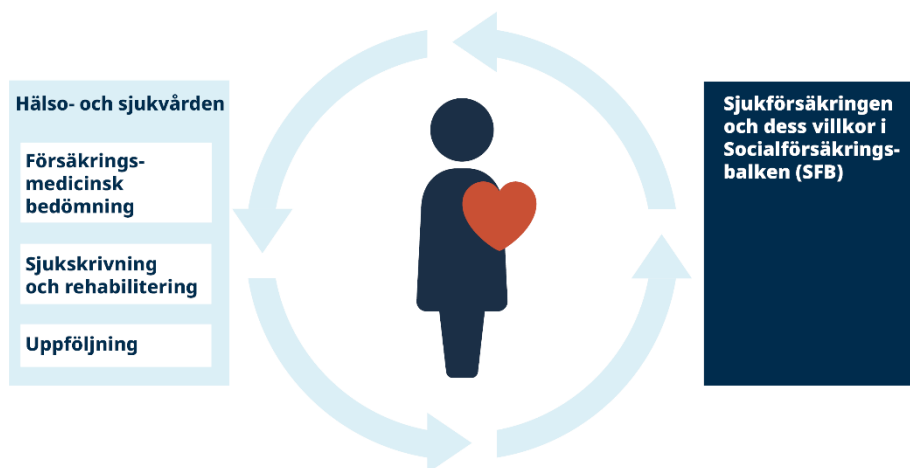
- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB)
- Socialstyrelsens rapport Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022.

Om försäkringsmedicin

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska, liksom andra vård- och behandlingsåtgärder, vara kvalitetssäker, patientsäker och jämlik samt utgå från patientens behov vid sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och relaterad rehabilitering är en del av det försäkringsmedicinska området. Delar som ingår är bland annat försäkringsmedicinsk bedömning, sjukskrivning och rehabilitering samt uppföljning – alltid med individens behov i centrum och i relation till sjukförsäkringen och dess villkor i socialförsäkringsbalken (se figur 2).

Figur 2. Försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF)¹ tog 2017 fram en definition av försäkringsmedicin. Definitionen innefattar sjukförsäkringen men även andra delar av försäkringsmedicin.

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.

Källa: Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF) 2017

Ett personcentrerat förhållningssätt

Patienten är den viktigaste aktören i den egna sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Patientlagen (2014:821), PL syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.² Det innebär bland annat att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska vara personcentrerad och utgå från patientens behov genom att

- ta tillvara patientens resurser
- främja patientens delaktighet och det egna ansvaret
- säkerställa att löpande information är anpassad till patienten
- utgå från patientens förutsättningar.

Medicinskt och juridiskt perspektiv

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har olika roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

¹ 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.

² Se 1 kap. 1 § PL.

Det försäkringsmedicinska perspektivet

Hälso- och sjukvården gör den försäkringsmedicinska bedömningen av patientens förmåga till arbete och eventuellt behov av sjukskrivning som en del av patientens vård. Det innebär att utreda, bedöma och dokumentera diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga i förhållande till uppgivna arbetskrav, samt att bedöma behov av behandling, rehabilitering och koordineringsinsatser. Läkaren utfärdar medicinska intyg eller utlåtanden när det finns behov.³

Det försäkringsjuridiska perspektivet

Försäkringskassan handlägger sjukpenningen, en sjukförsäkringsförmån. Syftet med sjukpenning är att individer som har tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning ska ha ekonomisk trygghet under sin sjukfrånvaro. Försäkringskassan gör, utifrån villkoren i socialförsäkringsbalken, den försäkringsjuridiska bedömningen av rätten till ersättning från sjukförsäkringen på grund av nedsatt arbetsförmåga.⁴ Försäkringskassan har så kallad utredningsskyldighet, vilket innebär att utreda ärendet i den omfattning som dess beskaffenhet kräver.⁵

Om sjukdomsbegreppet i socialförsäkringen

Grunden för rätt till ersättning i sjukförsäkringen enligt socialförsäkringsbalken är att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Eftersom en och samma sjukdom kan påverka arbetsförmågan på olika sätt behöver bedömning av arbetsförmåga alltid ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. I praxis har sjukdomsbegreppet utvidgats till att omfatta till exempel vissa störningar under graviditeten, operativa ingrepp samt sorg och trötthet i samband med en nära anhörigs död (Försäkringskassan, 2015:1 version 17, Vägledning sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning). Vid bedömningen av om den försäkrade är sjuk ska det bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden (27 kap. 3 § socialförsäkringsbalken, SFB).

³ Se 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355), PDL och 10 kap. 3 § PL.

⁴ Se 23 kap. 1-5 §§ SFB.

⁵ Se 110 kap. 13 § SFB.

Figur 3. Försäkringsmedicinskt respektive försäkringsjuridiskt perspektiv



Samverkan utifrån patientens behov

Medicinsk information i läkarintyg och utlåtanden är ett viktigt underlag för beslut om ersättning. En läkares bedömning i ett läkarintyg innebär dock ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning, utan är ett underlag till Försäkringskassan som utreder och beslutar om sjukpenning. Läkaren ansvarar för att bedöma om det finns medicinsk indikation för sjukskrivning.

De båda aktörerna har ansvar för att i nära samverkan bidra till en patientsäker sjukskrivningsprocess, inom gällande ramar. Strukturen kräver att aktörerna både kan samverka och hålla sig till den del av processen som de har kompetens och ansvar för.

Skapa rätt förutsättningar

Kunskapsstödet är baserat på bästa tillgängliga kunskap och beskriver hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och relaterad rehabilitering.

Kunskapsstödet syftar till att stödja hälso- och sjukvården att uppnå god kvalitet, patientsäkerhet och jämlikhet i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och relaterad rehabilitering genom ett systematiskt arbetssätt.

Ledning och styrning

Tydlig ledning och styrning är grunden för arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering. Det ingår i regionernas lednings-, planerings- och uppföljningsansvar, precis som vid annan vård och behandling. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som ansvarar för verksamheten, en verksamhetschef.⁶ En verksamhetschef ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.⁷ Det innebär att det är verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården som säkerställer att medarbetarna får de förutsättningar som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet inom försäkringsmedicin.⁸

Det är viktigt att det försäkringsmedicinska ledningsarbetet prioriteras och att ledningen säkerställer att professionerna har rätt kompetens, tillräckligt med tid och andra förutsättningar. Det är viktigt att det finns rutiner för det försäkringsmedicinska arbetet. Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård.⁹

Arbeta kunskapsbaserat

Ett kunskapsbaserat och systematiskt arbete är en förutsättning för god kvalitet och patientsäkerhet. Processen som beskrivs i kunskapsstödet bygger på bästa tillgängliga kunskap för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och relaterad rehabilitering. Processen är uppdelad i tre delar:

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

⁶ Se 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

⁷ Se 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

⁸ Se vad som gäller vårdgivarens ansvar 3 kap, 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL och 5 kap. 4 § HSL.

⁹ Se 3 kap. 1 § PSL och 5 kap. 1-2 §§ HSL.

Klargör roller och ansvar

Det är viktigt att alla, inklusive patienten, vet vem som ansvarar för vad. En viktig förutsättning är tydliga roller och ansvar inom hälso- och sjukvården:

- Den behandlande läkaren ansvarar för åtgärden sjukskrivning. Det är läkaren som gör den försäkringsmedicinska bedömningen och intygar att patienten har behov av sjukskrivning.¹⁰
- Alla professioner inom hälso- och sjukvården ansvarar för att fullgöra sina arbetsuppgifter i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹¹
- Verksamheten behöver ha goda rutiner för samarbete mellan olika professioner. Patientens behov av utredning och behandling avgör vilka professioner som i förekommande fall behöver involveras: arbetsterapeut, fysioterapeut, psykolog och kurator med flera.

Samverka med andra aktörer

Samverkan med andra aktörer är ofta en förutsättning eftersom de olika aktörerna har olika roller och uppdrag. Det är viktigt att hälso- och sjukvården, patienten och de andra aktörerna vet vilka roller och uppdrag respektive aktör har och när de behöver involveras. De vanligaste samverkansaktörerna är arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt kommunens socialtjänst.

Stärk kommunikation och rutiner

För en fungerande samverkan är det viktigt med effektiva kommunikationsvägar mellan patient, hälso- och sjukvård och övriga aktörer. Regionen säkerställer att det finns former för strategisk samverkan med andra aktörer. På verksamhetsnivå behöver det framgå av processer och rutiner hur samverkan med andra involverade aktörer går till.

Registrera vårdåtgärder

En förutsättning för att utveckla kunskap inom det försäkringsmedicinska området är möjligheterna till att samla in och analysera data som rör sjukskrivning och rehabilitering.

Hälso- och sjukvården medverkar till att vårdåtgärder registreras genom exempelvis Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). KVÅ är en

¹⁰ Se 8 § andra stycket lagen (1991:1047) om sjuklön, 27 kap. 25 § SFB och Socialstyrelsens Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?

¹¹ Se 6 kap. 1 och 2 §§ PSL.

åtgärdsklassifikation som är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Genom att registrera åtgärder är det möjligt att jämföra och analysera utfall av åtgärder kopplade till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Sedan den 1 januari 2007 är det obligatoriskt att rapportera in KVÅ-koder till Socialstyrelsens hälsodataregister.

➔ **Läs mer** om klassifikation av vårdåtgärder på Socialstyrelsens webbplats. <https://www.socialstyrelsen.se/>

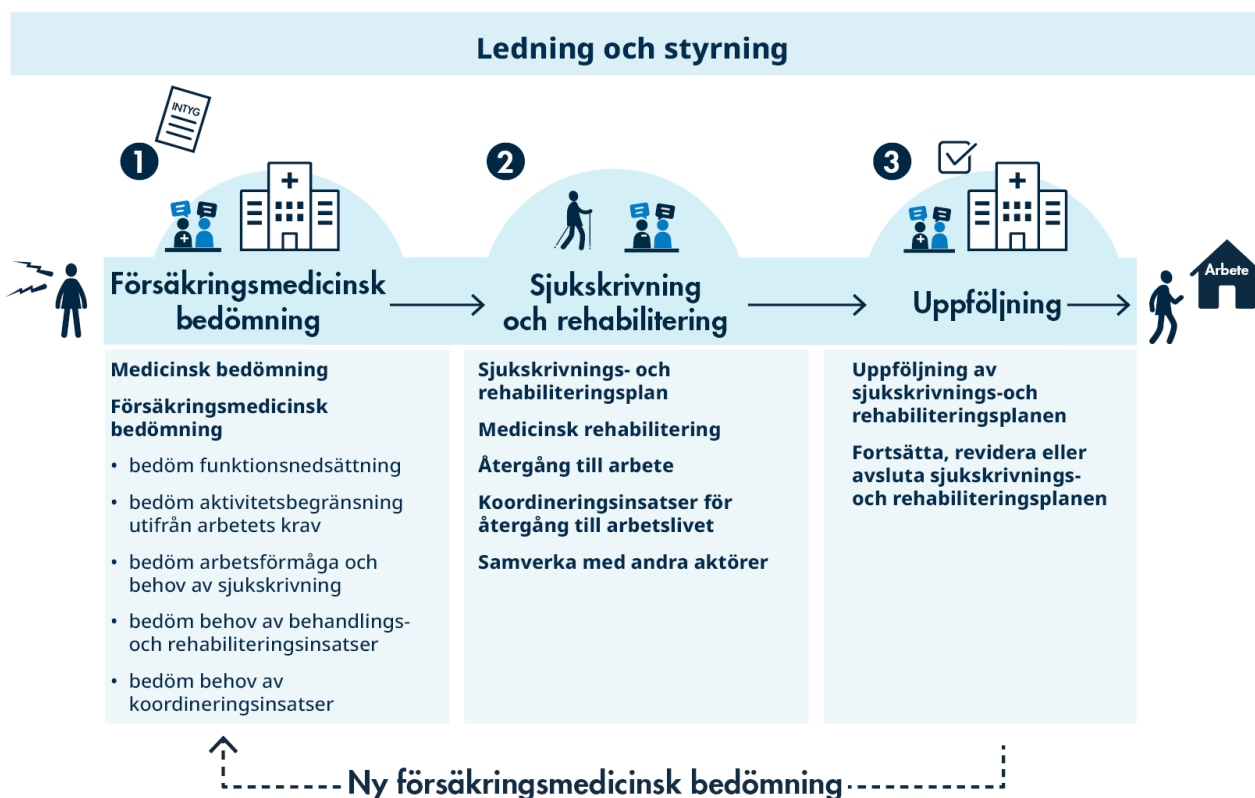
Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen hälso- och sjukvårdens process för arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering (figur 4).

Processen bygger på bästa tillgängliga kunskap och syftar till att stödja hälso- och sjukvården att uppnå god kvalitet, patientsäkerhet och jämlikhet genom ett systematiskt arbetssätt. Processen består av tre delar, och till varje del hör en checklista för det försäkringsmedicinska arbetet:

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

Figur 4. Hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering



Processens början och avslut

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen börjar när patienten söker vård för ohälsa, där sjukdom, skada eller funktionsnedsättning kan påverka

arbetsförmågan, och den avslutas när det inte längre finns behov av sjukskrivning. Eventuellt kvarstående behov av rehabilitering fortsätter inom ramen för rehabiliteringsprocessen.¹²

Sjukskrivning – en del av vård, behandling och rehabilitering

En rekommendation om sjukskrivning baseras på en försäkringsmedicinsk bedömning och förutsätter att läkaren har bedömt att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning och att behov av sjukskrivning bedöms föreligga.¹³ Eftersom en och samma sjukdom kan påverka arbetsförmågan på olika sätt behöver läkaren alltid bedöma arbetsförmågan efter patientens unika förutsättningar och sysselsättning.

Följ upp i dialog med patienten

Sjukskrivning är en aktiv åtgärd och ses som en integrerad del av vård, behandling och rehabilitering. Det är viktigt att det finns ett tydligt syfte med sjukskrivningen som tillsammans med behandling och andra rehabiliterande åtgärder bidrar till att patienten återfår arbetsförmågan. Det är inte alltid möjligt att patienten återfår arbetsförmåga. En sjukskrivning är i förekommande fall en del i patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan. Precis som andra rekommenderade åtgärder behöver sjukskrivningen kontinuerligt följas upp i dialog med patienten. En sjukskrivning behöver vara kvalitetssäker, patientsäker och jämlik med samma krav på vetenskap och beprövad erfarenhet som övrig hälso- och sjukvård.

Sjukskrivning baseras på en försäkringsmedicinsk bedömning

Det är den försäkringsmedicinska bedömningen som avgör om och i vilken grad sjukskrivning kan rekommenderas. När en sjukskrivning är indicerad är det bra att överväga om den kan begränsas till partiell. Under sjukskrivningen är det ofta lämpligt att patienten har kontakt med arbetsplatsen eller motsvarande sysselsättning [1].

¹² Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet, Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

¹³ Se 8 § lagen (1991:1047) om sjuklön och 27 kap. 25 § SFB.

En passiv sjukskrivning, det vill säga en sjukskrivning utan planering eller rehabiliterande insatser, kan leda till vårdskada, social isolering och risk för förlorad försörjning. Forskning visar att ju längre sjukskrivningsperioden är, desto svårare kan det vara att återgå till arbete. Därför är det alltid viktigt att undvika sjukskrivning längre än nödvändigt [2]. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen påverkas av hur patientens unika situation ser ut i relation till hälsotillstånd, arbetssituation och försäkringsmedicinska behov.

Det är viktigt att ta tillvara patientens resurser och att främja goda levnadsvanor och delaktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Ge till exempel råd om

- att ha kvar så många vardagliga rutiner som möjligt
- att behålla dygnets struktur
- god sömnhygien
- regelbundna matvanor
- fysisk aktivitet
- att skapa balans mellan aktivitet och vila.

➔ **Läs mer** Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. <https://www.socialstyrelsen.se/>

Del 1: Försäkringsmedicinsk bedömning

Försäkringsmedicinsk bedömning är den första delen i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering. I del 1 ingår

- medicinsk bedömning: en korrekt diagnos är grunden för försäkringsmedicinsk bedömning
- försäkringsmedicinsk bedömning, där läkaren bedömer
 - funktionsnedsättning
 - aktivitetsbegränsning i förhållande till sysselsättningens krav
 - arbetsförmåga och behov av sjukskrivning
 - behov av behandlings- eller rehabiliteringsinsatser
 - behov av koordineringsinsatser.

Medicinsk bedömning

Grunden i den försäkringsmedicinska bedömningen är den medicinska bedömningen. Där ingår det att utifrån gällande diagnoskriterier ställa diagnos utifrån sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.

En korrekt diagnos är grunden för försäkringsmedicinsk bedömning, behandling och rehabilitering samt intyg och medicinska underlag. Utred möjliga differentialdiagnoser och eventuell samsjuklighet. En felaktig diagnos kan leda till felaktig behandling, rehabilitering och sjukskrivning. Symtomdiagnos kan användas under den medicinska utredningstiden.

Försäkringsmedicinsk bedömning

Det är läkaren som ansvarar för den försäkringsmedicinska bedömningen.¹⁴ Behovet av en bedömning kan ha identifierats av en annan profession.

Överväganden om en sjukskrivning är aktuell ska alltid baseras på en bedömning av hur sjukdomen (diagnosen) påverkar arbetsförmågan.¹⁵ Eftersom en sjukdom kan påverka arbetsförmågan på olika sätt behöver läkaren alltid bedöma arbetsförmågan efter patientens unika förutsättningar och sysselsättning.

I den försäkringsmedicinska bedömningen ingår att bedöma

- sjukdomens konsekvenser:
 - funktionsnedsättning

¹⁴ Se 8 § lagen (1991:1047) om sjuklön, 27 kap. 25 § SFB och Socialstyrelsens Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?

¹⁵ Se 24 kap 2 § SFB.

- aktivitetsbegränsning
- om, i vilken grad och hur länge arbetsförmågan bedöms vara nedsatt, samt om sjukskrivning är indicerad.

Dokumentera den försäkringsmedicinska bedömningen i patientjournalen och i förekommande fall i intyg.¹⁶

Verksamhetens ansvar för sjukskrivning

Den verksamhet som ansvarar för vården och rehabiliteringen ansvarar också för den försäkringsmedicinska bedömningen och för att utfärda eventuella intyg.

När ansvaret för sjukskrivning och rehabilitering övergår från en verksamhet till en annan behövs det rutiner för att den mottagande enheten får den information som behövs för ett bra övertagande. Det kan till exempel handla om information om patientens tillstånd, prognos och behandling.

- **Läs mer:** Ta stöd av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) för olika diagnoser när du gör din försäkringsmedicinska bedömning

Bedöm funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning definieras enligt Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) som ”en betydande avvikelse eller förlust i kroppsfunktion” och kan vara fysisk, psykisk eller kognitiv.¹⁷ Funktionsnedsättning kan i försäkringsmedicinska sammanhang beskrivas som ett paraplybegrepp som innefattar bland annat

- **undersökningsfynd:** avvikelser i somatiskt och psykiskt status
- **observationer:** konkreta exempel på hur funktionsnedsättningen visat sig vid undersökningen
- **läkarens bedömning av funktionsnedsättningen**, baserad på den information, inklusive anamnes, som framkommer vid undersökningen – viktigt vid funktionsnedsättningar som inte är uppenbara i rummet, exempelvis sömn, smärta, fatigue, vissa kognitiva och psykiska funktionsnedsättningar
- **testresultat**, inklusive klinisk bedömning.

Beskriv om möjligt funktionsnedsättningarnas svårighetsgrad till exempel lätt, måttlig, svår eller total eller motsvarande beskrivningar.

¹⁶ Bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal finns i 3 kap. patientdatalagen (2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring etc. Bestämmelser om utfärdande av intyg finns bl.a. i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården etc.

¹⁷ ICF, Svensk version 2023. Socialstyrelsen.

När det finns oklarheter om patientens funktionsnedsättningar kan du som läkare, vid behov och beroende på frågeställning, involvera arbetsterapeut, fysioterapeut eller psykolog utifrån respektive kompetensområde.

- **Läs mer:** Ta stöd av exempel på **vanliga funktionsnedsättningar** vid olika diagnoser i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Bedöm aktivitetsbegränsning utifrån arbetets krav

Aktivitetsbegränsning definieras enligt ICF som ”svårigheter som en person kan ha vid genomförande av aktiviteter”. I försäkringsmedicinska sammanhang innebär detta att bedöma vad patienten inte kan göra på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Bedömningen relateras till aktiviteter i arbete eller annan sysselsättning där svårigheter uppstår. I tabell 1 finns det exempel på aktiviteter som kan vara svåra att utföra vid olika typer av aktivitetsbegränsningar.

När läkaren bedömer aktivitetsbegränsningar ingår det att väga samman flera olika delar:

- diagnos
- funktionsnedsättning
- dialog med patienten om arbetet eller sysselsättningen:
 - arbetsuppgifter
 - vad patienten *inte* kan göra och vad patienten *kan* göra
- aktivitetsbegränsningar som du eventuellt har kunnat observera vid undersökningen.

Beskriv aktivitetsbegränsningens svårighetsgrad: till exempel lätt, måttlig, svår, total eller motsvarande. Beskriv gärna med konkreta exempel beroende på patientens sysselsättning (anställd, egenföretagare, studerande, föräldraledig, arbetssökande, försörjningsstöd).

När det finns oklarheter om patientens aktivitetsbegränsningar kan du som läkare, vid behov och beroende på frågeställning, involvera arbetsterapeut, fysioterapeut eller psykolog utifrån respektive kompetensområde.

- **Läs mer:** Ta stöd av exempel på **vanliga aktivitetsbegränsningar** för olika diagnoser i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Tabell 1. Exempel på aktivitetsbegränsningar med konkreta exempel

Aktivitetsbegränsningar	Exempelvis att...
Att ta beslut	planera, samordna och leda en verksamhet
Att hantera ansvarstagande	ansvara för läkemedelshantering
Att hantera stress och psykologiska krav	hantera stressiga situationer som uppstår i klassrummet
Att lösa problem	analysera och lösa problem vid it-driftstopp
Att fokusera uppmärksamhet	följa komplicerade instruktioner
Att företa enstaka uppgift	initiera, genomföra och avsluta uppgifter
Att använda handens finmotorik	montera maskindelar
Att kommunicera	informera om varor och ge råd
Att gå uppför och nedför trappor	dela ut post
Att arbeta över axelhöjd	måla innertak
Att lyfta och bära föremål	hantera varumottagning, packa upp och fylla på varor

Fråga om arbete eller sysselsättning

Följande frågor kan du ställa för att få information om patientens arbete eller motsvarande sysselsättning:

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

Bedöm arbetsförmåga och behov av sjukskrivning

Det sista steget i den försäkringsmedicinska bedömningen är att bedöma patientens arbetsförmåga och behov av sjukskrivning:

Läkaren bedömer om patienten utifrån medicinska skäl är förhindrad att arbeta i sin ordinarie sysselsättning (anställning, egenföretagare, studerande, föräldraledig, arbetssökande, försörjningsstöd).

När Försäkringskassan utreder och beslutar om sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom bedöms arbetsförmågan olika beroende på hur länge patienten varit sjuk. Det kallas för rehabiliteringskedjan.¹⁸

Om arbetsförmåga

Arbetsförmågan avgörs i samspelet mellan patientens resurser och kraven som arbetet ställer. En nedsättning av arbetsförmågan kan vara

- **faktisk:** patienten kan de facto inte arbeta på grund av sin sjukdom, skada eller funktionsnedsättning
- **terapeutisk:** patienten bör avstå från vissa arbetsuppgifter för att underlätta läkning, förhindra försämring eller på grund av medicinsk risk.

Därför behöver läkaren bedöma om det finns aktiviteter i arbetet som bör undvikas av terapeutiska skäl. Exempel på sådana situationer:

- **medicinsk risk:** exempelvis att arbeta oregelbundet vid diabetes typ 1 eller att arbeta med billackering vid astma.
- **medicinska restriktioner:** exempelvis att lyfta och bära tungt efter höftledsoperation eller att arbeta med armarna över axelhöjd vid skulder- och axelbesvär.
- **allvarlig olycksrisk:** exempelvis att framföra arbetsfordon vid nedsatt synförmåga eller att utföra arbete som kräver skärpt uppmärksamhet under medicinering med lugnande läkemedel.

När läkaren bedömer arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning behöver flera olika delar vägas samman:

- diagnos
- funktionsnedsättning
- aktivitetsbegränsningar (faktiska respektive terapeutiska) i förhållande till arbetets krav
- dialog med patienten om
 - synen på den egna arbetsförmågan och sjukskrivningsbehovet
 - eventuell möjlighet att anpassa arbete och arbetssituation
 - överväganden kring för- och nackdelar med sjukskrivning.

¹⁸ Se 27 kap. 45–49 §§ SFB.

Gör en individuell bedömning

Bedömning av om eventuell sjukskrivning är indicerad på heltid eller partiellt ska alltid grundas i bedömningen av hur sjukdomen (medicinsk grund) påverkar arbetsförmågan, eftersom samma diagnos kan få skilda konsekvenser hos olika patienter.¹⁹ Sjukskrivningstiden varierar mellan olika diagnoser samt på grund av individuella faktorer och förutsättningar. Om sjukskrivning är indicerad tar man ställning till prognos avseende återgång till arbete eller annan sysselsättning, sjukskrivningens längd och grad.

→ Läs mer:

- Ta stöd av **rekommendationer avseende sjukskrivning** för olika diagnoser i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.
- Läs om fysiska och psykiska krav som ställs i normalt förekommande arbeten i en angiven yrkesgrupp på arbetsformedlingen.se.

Försäkringsmedicinsk bedömning vid digitala vårdbesök

Att göra en försäkringsmedicinsk bedömning via ett digitalt vårdbesök innebär andra förutsättningar än ett fysiskt vårdbesök. Enligt 5 kap. 2 § HSLF-FS 2018:54 ska utfärdandet av intyg som huvudregel utfärdas efter en undersökning av intygspersonen. Det är dock inte reglerat hur en undersökning ska ske (via ett fysiskt eller digitalt möte).²⁰ Läkaren avgör om det är möjligt att göra en patientsäker medicinsk och försäkringsmedicinsk bedömning via en annan kontaktform, som digitala vårdbesök, telefon eller via 1177. Digitala vårdbesök är säkerhetsmässigt olämpligt för en våldsutsatt person.

För att en försäkringsmedicinsk bedömning ska vara lämplig för digitala vårdtjänster behöver läkaren information om patientens aktuella hälsotillstånd och sjukdomshistoria, exempelvis genom kännedom om patienten sedan tidigare eller genom att ha patientens journal tillgänglig.

¹⁹ I betänkandet Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida (SOU 2023:23) redovisar utredningen en översyn av socialförsäkringsskyddet för gravida. Ett av utredningens förslag är att ett tillstånd av nedsatt arbetsförmåga som orsakas av graviditet ska anses vara sjukdom om tillståndet är sådant att det hade ansetts vara sjukdom om den försäkrade inte hade varit gravid. Ett förtydligande med denna innebörd föreslås i 27 kap. 2 § SFB. 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).

²⁰ I intyget ska kontaktsätt vid undersökningen av intygspersonen anges. Detta har bedömts viktigt för att säkerställa intygets kvalitet (Meddelandeblad Nr 2/2019). Vid sjukskrivning gäller att om kontaktsättet sker via digitala tjänster anges det under rubriken Övriga upplysningar i intyget för sjukpenning (FK 7804).

Sjukskrivning initialt vid digitala besök kan vara möjlig för korta sjukdomsperioder – som till exempel vid vissa infektioner, och även för förlängning av sjukskrivningen – om nedanstående fyra principer är uppfyllda.

Fyra principer för digitala vårdtjänster

I Socialstyrelsens rekommendationer för digitala vårdtjänster ska fyra principer vara uppfyllda för att vård och behandling ska vara lämplig [3]. Dessa principer är grundläggande för att utföra försäkringsmedicinska bedömningar via digitala vårdbesök

1. att gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning inte förutsätter ett fysiskt möte
2. att den digitala tjänsten är anpassad till den enskilde 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 [3].

Biopsykosocial bedömning

En biopsykosocial bedömning är ett sätt att förstå vilka delar som påverkar patientens arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. Den biopsykosociala modellen utgår från ett helhetsperspektiv och beskriver hälsa ur ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv (se ruta).

Biopsykosocial modell

En biopsykosocial bedömning är viktig för att förstå vilka delar som påverkar arbetsförmågan och rehabiliteringsbehoven.

- Den biopsykosociala modellen utgår från ett helhetsperspektiv och beskriver hälsa ur ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv.
- Ett biopsykosocialt perspektiv är grundläggande om man vill bedöma patienten i hela sin situation och vilka behov av behandlings-, rehabiliterings- och koordineringsinsatser som finns.
- Det finns flera modeller som beskriver hälsotillstånd och arbetsförmåga ur ett biopsykosocialt perspektiv, till exempel Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och arbetsförmågehuset [4].

Biopsykosocial modell – delar som ingår:

- **Hälsotillstånd:** diagnos eller diagnoser
- **Funktionstillstånd:** funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning
- **Omgivningsfaktorer:** fysisk miljö och social situation, arbetsmiljö, våld i nära relationer – främjande eller hindrande faktorer
- **Personliga faktorer:** motivation och tilltro till egen förmåga.

Var uppmärksam på oklarheter, samsjuklighet och risker

Det är viktigt att reda ut olika medicinska situationer och eventuell samsjuklighet så tidigt som möjligt i sjukskrivningsperioden för att behandlingen ska bli framgångsrik, men också för att undvika en lång och komplicerad sjukskrivning eller medikalisering.²¹

Exempel på faktorer som du behöver vara uppmärksam på:

- oklarheter kring diagnosen eller biopsykosociala faktorer
- flera samtidiga diagnoser som påverkar varandra och möjligheter till behandling
- riskfaktorer eller osäkerhetsfaktorer:
 - låg motivation
 - låg följsamhet till behandling
 - riskbruk
 - våld i nära relationer
 - sociala faktorer, konflikt eller vantrivsel
 - tidigare sjukskrivningshistorik
 - risk för att en patient som är sjukskriven med tiden får sänkt funktionsförmåga och att fler sjukdomstillstånd tillstöter.

Okomplicerad sjukskrivning

De allra flesta sjukskrivningar är okomplicerade utifrån ett försäkringsmedicinskt perspektiv. Att bedöma en patients behov av sjukskrivning är ofta enkelt när

- behovet är tydligt
- det inte finns några oklarheter i helhetsbilden som behöver utredas
- patienten kanske bedöms kunna återgå i arbete redan efter första sjukskrivningstillfället.

²¹ Medikalisering innebär att icke medicinska problem och tillstånd får en sjukdomsetikett.

Ofta handlar det om kortare sjukskrivningar där indikationen för sjukskrivning är tydlig, och där det inte finns några oklarheter, riskfaktorer eller osäkerhetsfaktorer som behöver utredas närmare och beaktas under patientens rehabilitering. En långvarig sjukskrivning är inte alltid komplicerad. En systematiskt utförd försäkringsmedicinsk bedömning kan visa att det finns behov av en längre sjukskrivning, vilket kan vara helt i sin ordning. Det behöver inte betyda att det är komplicerat.

Komplicerad sjukskrivning

Att bedöma behov av sjukskrivning kan också vara mer komplicerat, som när det finns oklarheter kring diagnos, samsjuklighet, biopsykosociala faktorer eller redan pågående medicinska behandlingar eller rehabiliteringsinsatser. Till exempel när det är oklart vad som är sjukdom, när det finns oklarheter kring arbetsförmågans nedsättning eller när det finns andra frågetecken i helhetsbilden som behöver utredas. Det behövs alltid en noggrann diagnostik och differentialdiagnostik.

Bedöm behov av behandlings- och rehabiliteringsinsatser

Bedömningen av patientens behov av medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser, med eller utan sjukskrivning, innebär att bedöma vilka insatser som kan bidra till att patienten återfår funktions- och aktivitetsförmåga.

Rehabilitering är en process med utgångspunkt i de konsekvenser sjukdomen eller skadan får för patientens totala livssituation [5]. Målet med behandling och rehabilitering vid sjukskrivning är ofta en hållbar återgång till arbete.²²

Behandlings- och rehabiliteringsinsatserna ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.²³ Insatserna anpassas efter patientens behov, diagnos och sjukdomstillstånd. Ta även ställning till patientens behov av egenvård.

När läkaren bedömer rehabiliteringsbehovet är det viktigt att se patienten ur ett helhetsperspektiv: Ta hänsyn till alla faktorer som kan påverka patientens situation.

²² eng. sustainable return-to-work

²³ Se 6 kap. 1 § PSL.

Bedöm behov av koordineringsinsatser

Vid sjukskrivning bedömer läkaren också om patienten har behov av koordineringsinsatser; personligt stöd, intern samordning eller samverkan med andra aktörer för att kunna återgå eller inträda i arbetslivet.²⁴

→ **Läs mer** om koordineringsinsatser i Del 2: Sjukskrivning och rehabilitering.

Utfärdande av intyg

Bedömning och utfärdande av läkarintyg vid sjukskrivning är den vanligaste försäkringsmedicinska åtgärden inom hälso- och sjukvården. Ett *intyg* är en redogörelse för sakuppgifter och fakta, som status, vård och behandling, och berör alltid patientens sjukdomstillstånd, till skillnad från ett *utlåtande* som även innehåller bedömningar i något avseende. Begreppet intyg används dock som ett samlingsbegrepp för utlåtanden och andra liknande handlingar, oavsett hur de benämns.

Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.²⁵ Av förarbeten till den tidigare patientjournalagen (1985:562) framgår att de intyg som avses bland annat är intyg till Försäkringskassan.

En läkare är dock aldrig skyldig att utfärda ett läkarintyg för sjukskrivning. En sjukskrivning baseras alltid på en försäkringsmedicinsk bedömning, där läkaren bedömt att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning och det finns behov av sjukskrivning.²⁶

Vid förfrågningar om försäkringsmedicinska bedömningar, från exempelvis Arbetsförmedlingen eller kommunen, kan hälso- och sjukvården utföra dessa. Det är viktigt med god samverkan mellan de olika aktörerna i patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Vid utfärdande av intyg ska Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården tillämpas.

²⁴ Se 3 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

²⁵ Se 3 kap. 16 § PDL och 10 kap. 3 § PL.

²⁶ Se 8 § lagen (1991:1047) om sjuklön, 27 kap. 25 § SFB, och Socialstyrelsens Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?

Utfärdande av intyg

Tänk på detta när du utfärdar ett intyg:

- Utforma intyget tydligt och enkelt så att intygspersonen förstår
- Var saklig och opartisk när materialet som ska ligga till grund för intyget samlas in
- Utfärda intyget efter en undersökning av intygspersonen
- Följ rutiner för utfärdande av intyg och intygsutfärdarens kompetens, samt jäv och andra hinder mot att utfärda ett intyg
- Utforma intyget om personens hälsotillstånd eller vård med noggrannhet och omsorg
- Uttala dig enbart om de förhållanden som du har tillräcklig kännedom om, eftersom ett intyg kan få betydelse i rättsliga sammanhang
- Se till att det framgår 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.

Checklista för del 1

För att underlätta den försäkringsmedicinska bedömningen har vi tagit fram en checklista för den behandlande läkaren, som bedömer behovet av sjukskrivning och den relaterade rehabiliteringen. Checklistan är även viktig att känna till för övriga berörda professioner. Använd den som ett stöd, inte som en uttömmande instruktion.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.²⁷

²⁷ Se 5 kap. 1 § HSL.



Checklista för del 1: Försäkringsmedicinsk bedömning

Det är viktigt att du som läkare begränsar bedömningen till det som du kan bedöma och ansvara för. Bedöm med samma saklighet, medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder inom hälso- och sjukvården. För närmare information, se respektive avsnitt i kunskapsstödet.

- Utred och bedöm patientens sjukdom, skada eller funktionsnedsättning enligt gällande diagnoskriterier.
- Ta stöd av rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutstöd (FMB) för olika diagnoser.
- Bedöm funktionsnedsättningarna som orsakats av sjukdomen (somatiskt respektive psykiskt status). Beskriv om möjligt svårighetsgraden, till exempel lätt, måttlig, svår, total.
- Bedöm aktivitetsbegränsningarna och om möjligt deras omfattning: Vilka aktivitetsbegränsningar bedömer du att patienten har i förhållande till sina arbetsuppgifter (eller annan sysselsättning) på grund av diagnosen och funktionsnedsättningen?
- När det finns oklarheter om patientens funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar kan du, vid behov och beroende på frågeställning, involvera arbetsterapeut, fysioterapeut eller psykolog utifrån respektive kompetensområde.
- Bedöm arbetsförmågans nedsättning: Kan patienten trots diagnos och aktivitetsbegränsningar utföra sitt arbete helt eller delvis? Kan arbetsanpassning föreslås i syfte att bibehålla eller främja arbetsförmågan?
- Bedöm behovet av sjukskrivning, inklusive grad och längd.
- Bedöm behovet av behandlings- och rehabiliteringsinsatser
- Bedöm behovet av koordineringsinsatser

Del 2: Sjukskrivning och rehabilitering

Sjukskrivning och rehabilitering är den andra delen i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och relaterad rehabilitering. Patientens behov, samt aktuella riktlinjer och kunskapsstöd för den aktuella diagnosen, avgör vilka insatser som behövs. Ofta behövs en kombination av sjukskrivning och olika behandlingsinsatser, rehabiliteringsinsatser samt eventuellt koordineringsinsatser. När läkaren har bedömt att det finns medicinsk indikation för sjukskrivning utfärdar läkaren intyg till arbetsgivaren och Försäkringskassan. Arbetsgivaren bedömer rätten till sjuklön eller rätten till ledighet från arbete och Försäkringskassan bedömer rätten till sjukpenning.

I del 2 ingår

- sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan
- medicinsk rehabilitering
- återgång till arbete eller annan sysselsättning
- koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet
- samverkan med andra aktörer.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan

Vid sjukskrivning görs alltid en planering för sjukskrivning, behandlings- och rehabiliteringsinsatser samt eventuella koordineringsinsatser som dokumenteras i patientens journal.²⁸ Denna plan är patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan.²⁹ Om sjukskrivning inte ingår kallas det enbart rehabiliteringsplan.

Planeringen utgår från patientens behov

Planens omfattning och innehåll avgörs av patientens individuella behov och kan därför ha olika innehåll beroende på situation. Det är viktigt att patienten och hälso- och sjukvården vet vad som planerats för sjukskrivningen och kan ta del av informationen. I okomplicerade fall handlar det om en enkel planering som dokumenteras i journalen och i läkarintyget för sjukpenning. Ibland kan sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen vara mera omfattande. Den individuella planen dokumenteras ibland i ett separat dokument i patientens journal.

²⁸ Se 3 kap. 1 och 6 §§ PDL.

²⁹ Se 8 kap. 7 § tredje stycket HSL.

Planen tydliggör samordning och uppföljning

Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.³⁰ En sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan minskar risken för brister i samordning och uppföljning. Det underlättar också kommunikationen och skapar förutsättningar för ett patientsäkert arbetssätt som utgår från patientens behov [6].

➔ **Läs mer** i bilagan Samverkan med andra aktörer. Under rubriken Begrepp med olika innebörder beskrivs olika planer för rehabilitering hos olika aktörer.

Läkaren ansvarar för att dokumentera planeringen

Den behandlande läkaren ansvarar för att dokumentera patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanering - patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan.³¹

Innehåll i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanering

- medicinsk och försäkringsmedicinsk bedömning
- mål och delmål med den planerade sjukskrivningen och behandlings- och rehabiliteringsinsatser
- pågående och planerade åtgärder: Vad ska göras, av vem och när? Detta inkluderar även egenvård
- sjukskrivningens grad och längd
- koordineringsinsatser vid behov
- lämpliga arbetsanpassningar för att främja återgång till arbete eller annan sysselsättning
- planering för återgång till arbete, och vid behov nedtrappning av sjukskrivningen
- planering för uppföljning av sjukskrivning, behandlingsinsatser, rehabiliteringsinsatser och koordineringsinsatser.

Använd KVÅ-kod

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen registreras med KVÅ-koden Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång till arbete eller annan sysselsättning (DV077).³²

³⁰ Se 5 kap. 1 § PL.

³¹ Se 3 kap. 1 och 6 §§ PDL.

³² Klassifikation för vårdåtgärder (<https://www.socialstyrelsen.se>).

Planering av uppföljning ingår i planen

Läkaren säkerställer att det som regel planeras in en uppföljning av sjukskrivningen om det inte är uppenbart obehövligt. Det vanligaste sättet är vid ett återbesök, men telefon eller digitalt vårdbesök kan ibland vara ett alternativ. I vissa fall behövs det ingen uppföljning: om läkaren bedömer att patienten kan återgå till arbete eller annan sysselsättning efter den aktuella sjukskrivningen, och det inte finns några fortsatta medicinska behov. Be då patienten höra av sig vid behov.

→ **Läs mer** i del 3. Uppföljning.

Medicinsk rehabilitering

Hälso- och sjukvården ansvarar för medicinsk rehabilitering, vilket innebär olika åtgärder för att patienten återvinner eller behåller sin funktions- och aktivitetsförmåga.³³ Målet med medicinsk rehabilitering är att skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Medicinsk rehabilitering är en integrerad del av vård och behandling, ett specialitetsöverskridande kunskapsområde oavsett diagnos, patientgrupp eller ålder.

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

En generisk modell som stöd i arbetet

Inom arbetet med Nationell kunskapsstyrning har Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin tagit fram en generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete - för klinisk verksamhet. Modellen ligger i linje med detta kunskapsstöd.

→ **Läs mer:** Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet, Nationellt

³³ Se 8 kap. 7 § första stycket, HSL.

programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, kunskapsstyrningvard.se.

Kunskapsbaserad behandling i samråd med patienten

Professioner i hälso- och sjukvården ska utföra sitt arbete avseende behandlings- och rehabiliteringsinsatser i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och dessa ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.³⁴

Patientens behov av behandling och rehabilitering avgör vilka professioner som behöver involveras. De vanligaste professionerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är läkare, fysioterapeut, psykolog, arbetsterapeut och kurator. Verksamheten behöver ha goda rutiner för samarbete mellan olika professioner. Det är viktigt att alla, inklusive patienten, vet vem som ansvarar för vad.

Främja goda levnadsvanor

Ta tillvara patientens resurser och främja goda levnadsvanor genom att till exempel ge råd om att behålla dygnets struktur, god sömnhygien, regelbundna matvanor och fysisk aktivitet efter förmåga. Erbjud samtalsstöd vid ohälsosamma levnadsvanor. Ge även råd om vikten av att skapa balans mellan aktivitet och vila.

→ **Läs mer** Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, socialstyrelsen.se

Stöd för behandling och rehabilitering

Stöd för medicinsk behandling och rehabilitering för en specifik sjukdom, skada eller funktionsnedsättning finns i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer samt i vårdförlopp och vårdprogram beslutade av Nationellt system för kunskapsstyrning.

Läs mer i bilagan Kompletterande stöd.

Återgång till arbete eller annan sysselsättning

Återgång till arbete eller annan sysselsättning är ofta, men inte alltid, målet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och en betydelsefull del

³⁴ Se 6 kap. 1 § PSL och 5 kap 1 § PL.

av förbättrad hälsa för patienten. För de allra flesta är möjligheten att behålla eller återfå sin arbetsförmåga ett viktigt mål [7–10].

Olika aktörers roller och uppdrag

Vid återgång till arbete kan flera aktörer vara involverade utifrån olika roller och uppdrag som delvis överlappar varandra:

Hälso- och sjukvården bidrar till patientens möjligheter att återgå till arbete genom

- medicinsk rehabilitering
- planering för nedtrappning av sjukskrivning när det är möjligt
- koordineringsinsatser efter behov.

Hälso- och sjukvården kan även föreslå arbetsplats- och arbetslivsinriktade åtgärder till andra aktörer.

Arbetsgivaren ansvarar för arbetsmiljö, arbetsanpassning, arbetsplatsinriktad rehabilitering samt för att tillsammans med patienten upprätta en plan för återgång till arbete vid längre sjukskrivning.³⁵

Försäkringskassan ansvarar för att klargöra behov av rehabiliteringsinsatser och samordna insatser från olika aktörer.³⁶ Detta ersätter inte hälso- och sjukvårdens medicinska bedömning av behandlings- eller rehabiliteringsbehov.

Arbetsförmedlingen ansvarar för arbetslivsinriktad rehabilitering för personer som är arbetslösa eller riskerar arbetslöshet och som har behov av särskilt stöd.³⁷

Viktigt att involvera arbetsplatsen

Forskning visar att det finns stöd för att arbetsplatsen behöver vara involverad i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, eftersom det leder till minskad sjukfrånvaro och kortare tid för återgång till arbete och hållbar arbetsförmåga [2, 11, 12].

Att tänka på för att främja återgång till arbete

Inom ramen för sitt uppdrag kan hälso- och sjukvården främja patientens återgång till arbete [12, 13]. Här finns förslag på insatser som kan underlätta utifrån patientens behov:

³⁵ Se 30 kap. 6 § SFB och 3 kap. 2a § Arbetsmiljölagen (1977:1160), AML.

³⁶ Se 30 kap. 8–11 §§ SFB.

³⁷ Se 1 § förordningen (2017:462) om särskilda insatser för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

- Inkludera nedtrappning av sjukskrivningen och planering för återgång till arbete i patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan
 - Involvera arbetsgivaren i rehabiliteringen. Om patienten inte har en arbetsgivare handlar det om att involvera andra aktörer
 - Identifiera behov och ge förslag om lämplig arbetsanpassning av arbetsuppgifter, arbetstid eller arbetsplats
 - Identifiera behov av och ge arbetsgivaren förslag om att involvera företagshälsovård vid arbetsrelaterad ohälsa – det är arbetsgivarens ansvar att involvera företagshälsovård, men hälso- och sjukvården kan uppmärksamma att det kan finnas ett sådant behov.
 - Att patienten besöker sin arbetsplats eller har kontakt med arbetsplatsen. Vid sjukskrivning är det viktigt att patienten om möjligt behåller dagliga rutiner
 - Föreslå successiv upptrappning av arbetsuppgifternas svårighetsgrad för att underlätta nedtrappning av sjukskrivning.
 - Identifiera behov av och ge förslag om ergonomisk arbetsplatsbedömning – det kan vara aktuellt vid både fysiska och kognitiva besvär
 - Föreslå arbetshjälpmedel för att kompensera en nedsättning i arbetsförmågan. Arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan ansvarar för att patienten får arbetshjälpmedel.
 - Att patienten får möjlighet att arbetsträna. Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen beslutar om arbetsträning. Arbetsträning innebär att vara på en arbetsplats och delta i verksamheten utan några krav på produktivitet.
 - Identifiera eventuella behov av avstämningsmöte med Försäkringskassan.
- ➔ **Läs mer** om de olika aktörernas roller och uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i bilagan Samverkan med andra aktörer.

Koordineringsinsatser för att främja återgång till arbetslivet

Regionen ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet enligt 1 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Med sjukskrivna patienter avses de patienter för vilka en läkare utfärdat intyg om att de på grund av skada eller sjukdom i någon utsträckning är förhindrade från att delta i arbetslivet.³⁸

Koordineringsinsatser ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och kan bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Regionens ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.³⁹

Det övergripande syftet är att främja återgång till eller inträde i arbetslivet för sjukskrivna patienter. Det är därför viktigt att utgå från patientens behov:

- Ge bara insatserna om patienten samtycker till det
- Utforma och genomför insatserna i samråd med patienten så långt det är möjligt
- Bedöm och tillgodose behovet av koordineringsinsatser på ett kvalitetssäkert och jämlikt sätt oavsett diagnos eller klinisk verksamhet.⁴⁰

Personligt stöd

Personligt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan innebära att

- stödja och motivera patienten till delaktighet och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
- stödja patienten att öka tilltron till sin förmåga och möjlighet att återgå eller inträda i arbete
- ge stöd och information om olika aktörers roller – och vid behov hänvisa till rätt aktör
- stödja patienten i kontakten med arbetsgivaren eller motsvarande.

Intern samordning

Intern samordning innebär att samordna patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess inom hälso- och sjukvården med utgångspunkt i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen. Samordning kan ske inom den egna verksamheten, men även mellan olika verksamheter, beroende på patientens behov.

³⁸ Regeringens proposition 2019/20:1 Budgetpropositionen för 2020, s 1346.

³⁹ Se 3 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁴⁰ Regeringens proposition 2019/20:1 Budgetpropositionen för 2020, s 1315-1316.

Samverkan med andra aktörer

Samverkan med andra aktörer innebär att vid behov samverka med exempelvis arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller kommunens socialtjänst. Fungerande kontaktvägar är viktiga och underlättar samverkan mellan aktörer.

Om en patient som får koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB ska regionen informera Försäkringskassan, som har ansvar att klarlägga behov av och samordna rehabiliteringsinsatser från olika aktörer. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.⁴¹

➔ **Läs mer** under rubriken Samverkan med andra aktörer och i bilagan Samverkan med andra aktörer.

Förtydligande om lagen

Det står i lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter att koordineringsinsatserna även ska omfatta de sjukskrivna patienter som behöver stöd för att inträda i arbetslivet.⁴² Med sjukskrivna patienter avses de patienter för vilka en läkare utfärdat intyg om att de på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning i någon utsträckning är förhindrade från att delta i arbetslivet.⁴³

Koordineringsinsatser i förebyggande syfte omfattas inte av lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Varje region kan dock avgöra om de vill erbjuda förebyggande koordineringsinsatser. Att förebygga ohälsa är en del i hälso- och sjukvårdens övergripande uppdrag.

Avgränsning av koordineringsinsatser

Koordineringsinsatser ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer men insatserna utgör inte hälso- och sjukvård enligt definitionen av hälso- och sjukvård i HSL.⁴⁴ Detta innebär att det är lämpligt att skilja medicinska bedömningar och insatser från koordineringsinsatser.

⁴¹ Se 4 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁴² Se 1 § lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

⁴³ Regeringens proposition 2019/20:1 Budgetpropositionen för 2020, s. 1318.

⁴⁴ Se 1-3 §§ lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter och 2 kap. 1 § HSL.

Medicinska bedömningar, rekommendationer och andra insatser som är hälso- och sjukvård utförs av legitimerade professioner inom hälso- och sjukvården. När koordineringsinsatser utförs av en rehabiliteringskoordinator är det viktigt att rollerna inte blandas ihop. Det behöver finnas rutiner i verksamheten för hur behov av koordineringsinsatser identifieras så att insatser kan erbjudas till patienter efter behov oavsett diagnos eller klinisk verksamhet.

Använd KVÅ-kod

Koordineringsinsatser bör registreras med KVÅ-koden Koordineringsinsatser för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet (GC001).⁴⁵

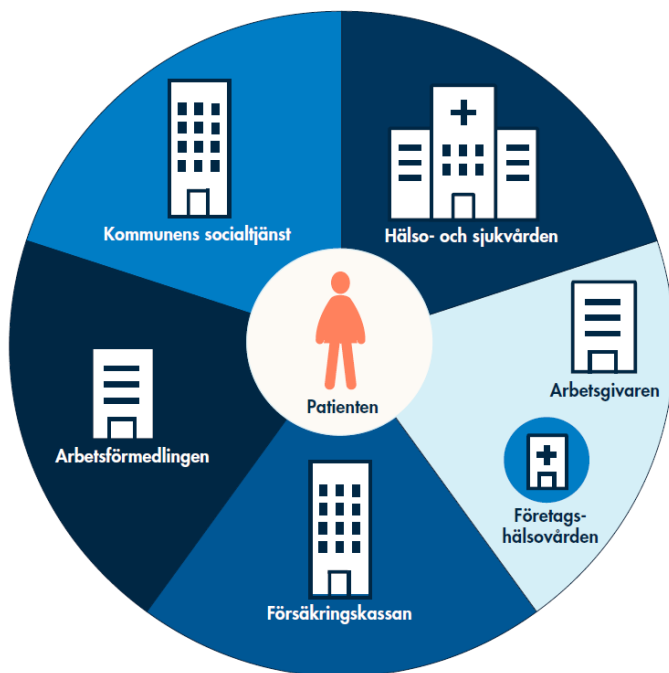
KVÅ-koden bör registreras vid varje tillfälle koordineringsinsatser utförs och oavsett vilken roll eller profession som utför insatsen.

⁴⁵ Klassifikation för vårdåtgärder (<https://www.socialstyrelsen.se>).

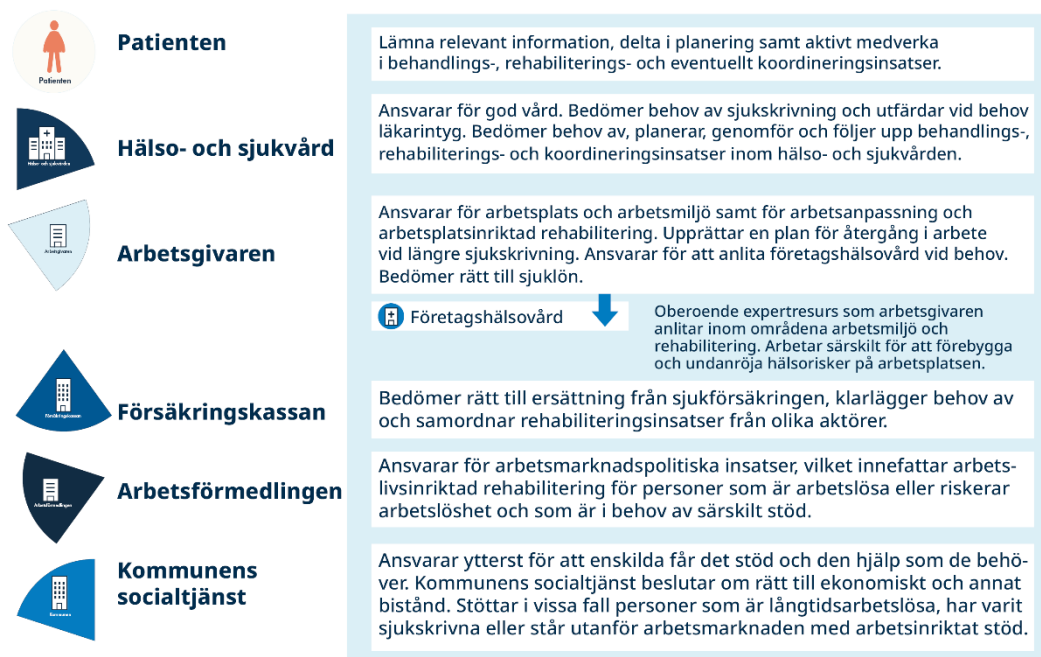
Samverkan med andra aktörer

Hälso- och sjukvården behöver ibland samverka med andra aktörer för att underlätta patientens återgång till arbete eller annan sysselsättning. Behovet av samverkan ser olika ut för olika patienter (figur 5 och 6).

Figur 5: Aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



Figur 6: Aktörernas roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen



Patienter har olika behov av samverkan

I de flesta fall behövs ingen samverkan då patienten själv sköter sina kontakter med arbetsgivaren och Försäkringskassan. Samtidigt finns det patienter som har stort behov av samverkan för att återfå sin arbetsförmåga och komma tillbaka till arbete eller annan sysselsättning. Dessa patienter behöver kontakt med olika aktörer utifrån sina behov. Då är det viktigt att hälso- och sjukvården, patienten och de andra aktörerna vet vilka roller och uppdrag respektive aktörer har och när de behöver involveras (figur 6).

Klargör kommunikationsvägarna

De vanligaste samverkansaktörerna är hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt kommunens socialtjänst. Vid samverkan är det viktigt att följa regelverket kring samtycke, tystnadsplikt och sekretess. För en fungerande samverkan är det viktigt med effektiva kommunikationsvägar mellan patient, hälso- och sjukvård, arbetsgivare och myndigheter.

- ➔ **Läs mer** i bilagan Samverkan med andra aktörer. I bilagan finns en beskrivning av andra aktörer som kan vara involverade i en patients sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. De aktörer som beskrivs är
- arbetsgivaren
 - Försäkringskassan
 - Arbetsförmedlingen
 - Kommunens socialtjänst.

Checklista för del 2

Socialstyrelsen har tagit fram en checklista för den ansvarige läkaren för sjukskrivningen och den relaterade rehabiliteringen. Checklistan är även viktig att känna till för övriga berörda professioner. Använd den som ett stöd, inte som en uttömmande instruktion.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.⁴⁶



Checklista för del 2: Sjukskrivning och rehabilitering

Den behandlande läkaren ansvarar för åtgärden sjukskrivning och relaterad rehabilitering. Alla professioner ansvarar för sina insatser.

- Dokumentera planering för sjukskrivning, behandlings- och rehabiliteringsinsatser, mål samt eventuella koordineringsinsatser i patientens journal, det vill säga i patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan
- Basera medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser på vetenskap och beprövad erfarenhet och följ aktuell kunskapsstyrning
- Underlätta för patientens återgång till arbete inom ramen för hälso- och sjukvårdens medicinska uppdrag. Återgång till arbete är ofta målet och en viktig del av förbättrad hälsa för patienten
- Erbjud patienten koordineringsinsatser efter behov: personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer
- Samverka med andra aktörer utifrån patientens individuella behov. Det är viktigt att veta vilka roller och uppdrag respektive aktör har och när de behöver involveras.

⁴⁶ Se 3 kap. 1 § PSL och 5 kap. 1 § HSL.

Del 3: Uppföljning

Uppföljning är den tredje delen i hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning- och rehabilitering. I uppföljningen ingår att ta ställning till om mål och delmål är uppfyllda, och om planen kan fortsätta att gälla eller om den behöver revideras eller avslutas. I del 3 ingår

- uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen
- fortsätta, revidera eller avsluta sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen.

Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen

Den behandlande läkaren har ansvaret för själva åtgärden sjukskrivning och förväntas även säkerställa sjukskrivningen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen följs upp.⁴⁷ Övriga professioner kan i samarbete med läkaren följa upp överenskomna delar i planen och följer alltid upp sina egna insatser. Verksamheten behöver ha goda rutiner för samarbete mellan olika professioner. Det är viktigt att alla, inklusive patienten, vet vem som ansvarar för vad.

Uppföljningen är en ny bedömning

När läkaren följer upp en sjukskrivning innebär det att göra en ny medicinsk och försäkringsmedicinsk bedömning. Syftet är att utvärdera om mål och delmål är uppnådda för sjukskrivning, behandlings- och rehabiliteringsinsatser.

Utvärdera tillsammans med patienten

Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att utvärdera sjukskrivningen och de genomförda insatserna tillsammans med patienten. Ta hänsyn till olika faktorer som kan påverka patientens situation utifrån ett helhetsperspektiv – den biopsykosociala modellen. Att följa upp tillsammans med patienten ger en trygg och involverad patient.

När rehabiliteringen är på rätt väg och följer planeringen, kan insatserna fortsätta enligt plan. När resultatet inte är det förväntade, överväg och utred tänkbara orsaker ur ett helhetsperspektiv och revidera planen. När målen har uppnåtts avslutas sjukskrivningen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen. Beskriv eventuella fortsatta åtgärder i en rehabiliteringsplan.

- ➔ **Läs mer** om den biopsykosociala modellen i Del 1:
Försäkringsmedicinsk bedömning.

⁴⁷ Se 6 kap. 2 § PSL.

Fokus vid uppföljningen

Använd gärna dessa frågor som tankestöd vid uppföljningen:

- Är behandlingen eller rehabiliteringen rätt? Ger den förväntad effekt, eller behöver den justeras?
- Är den medicinska bedömningen färdig, eller behöver något utredas?
- Är arbetsförmågan efter en förnyad försäkringsmedicinsk bedömning fortsatt nedsatt? Finns det ytterligare behov av sjukskrivning?
- Är patienten delaktig i sjukskrivning, behandlingsinsatser, rehabiliteringsinsatser och eventuella koordineringsinsatser?

Fortsätta, revidera eller avsluta sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen

Fortsätt sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen

När rehabiliteringen är på rätt väg och följer planeringen, kan insatserna fortsätta enligt plan. Planen kan även innehålla en nedtrappning av sjukskrivningen.

Revidera sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen

När resultatet av uppföljningen visar att man inte har uppnått målen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen, behöver läkaren ta ställning till om målen kan nås med ytterligare insatser eller om de behöver anpassas. Revidering kan också behövas när patienten förbättrats, beroende på patientens behov.

Avsluta sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen

När målen har uppnåtts och patienten kan återgå till arbete eller annan sysselsättning avslutas både sjukskrivningen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen. Beskriv eventuella fortsatta åtgärder i en rehabiliteringsplan.

Målet är en hållbar återgång till arbetet, där så är möjligt. Inför återgång till arbete är det viktigt att planeringen görs tillsammans med patienten [6].

Att tänka på vid nedtrappning av sjukskrivning

När sjukskrivningen ska avslutas kan följande förslag vara bra att tänka på för att underlätta återgång till arbete eller annan sysselsättning:

- Avsluta gärna med partiell sjukskrivning så att patienten kan gå tillbaka till arbetet successivt efter en längre tids sjukskrivning på heltid.
- Avsluta gärna sjukskrivningen mitt i veckan om patienten arbetar måndag till fredag. Detta bidrar till en mjukare återgång.
- Föreslå successiv upptrappning av arbetsuppgifternas svårighetsgrad för att underlätta nedtrappning av sjukskrivningen.

När arbetsförmågan är varaktigt nedsatt

Ibland är arbetsförmågan långvarigt eller varaktigt nedsatt. Då kan även andra ersättningar än sjukpenning vara aktuella, till exempel:

- **Sjukersättning:** En patient som är mellan 19 och 66 år och har en sjukdom eller funktionsnedsättning som gör att patienten troligen aldrig kommer att kunna arbeta heltid, det vill säga har en stadigvarande nedsatt arbetsförmåga kan ansöka om sjukersättning på heltid eller deltid. Utlåtande för sjukersättning - Försäkringskassan (forsakringskassan.se)
 - **Aktivitetsersättning:** En patient som är mellan 19 och 29 år och har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som gör att patienten inte kan arbeta heltid under minst ett år kan ansöka om aktivitetsersättning på heltid eller deltid. Utlåtande för aktivitetsersättning - Försäkringskassan (forsakringskassan.se)
- **Läs mer** om aktivitets- och sjukersättning på Försäkringskassans webbplats.

Vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga kan målet med behandling och rehabilitering vara att bibehålla funktions- och aktivitetsförmågor, förhindra försämring och öka livskvaliteten.

Checklista för del 3

Socialstyrelsen har tagit fram en checklista för den behandlande läkaren som ansvarar för patientens sjukskrivning och relaterad rehabilitering.

Checklistan är även viktig att känna till för övriga berörda professioner.

Använd den som ett stöd, inte som en uttömmande instruktion.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.⁴⁸



Checklista för del 3: Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen

Den behandlande läkaren har ansvaret för åtgärden sjukskrivning och säkerställer även att planen följs upp. Övriga professioner kan i samarbete med läkaren följa upp överenskomna delar i planen och följer alltid upp sina egna insatser.

- Utvärdera och följ upp resultatet av sjukskrivning och genomförda behandlings-, rehabiliterings- och eventuella koordineringsinsatser tillsammans med patienten utifrån ett helhetsperspektiv
- Följ upp att patienten medverkar i sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan
- Säkerställ den medicinska bedömningen: att diagnosen är rätt och att inget ytterligare behöver utredas
- Gör en förnyad försäkringsmedicinsk bedömning för att ta ställning till om behov av sjukskrivning kvarstår
- Revidera vid behov planen för behandlings- och rehabiliteringsinsatser, samt delmål och mål.

⁴⁸ Se 3 kap. 1 § PSL och 5 kap. 1 § HSL.

Ledning och styrning

Ledning och styrning har en avgörande betydelse för att säkerställa att hälso- och sjukvården har rätt förutsättningar för arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering. Det försäkringsmedicinska arbetet ingår i regionernas samlade lednings-, planerings- och uppföljningsansvar, liksom annan vård och behandling.⁴⁹ Det är viktigt att det försäkringsmedicinska ledningsarbetet prioriteras och att ledningen säkerställer att professionerna har rätt förutsättningar, rätt kompetens, tillräckligt med tid och styrande processer och rutiner för arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.⁵⁰ Att det finns ett tydligt organisatoriskt uppdrag för ledning och styrning inom försäkringsmedicin har beskrivits som grundläggande för en kvalitetssäker, patientssäker och jämlik sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess [14].

Ledningssystem

Ledningssystemet gör det möjligt för ledningen att styra verksamhetens arbete, så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet har betydelse för hur mål, verksamhetsplan, handlingsplaner, processer, aktiviteter, rutiner med mera blir kända och tillgängliga för hela verksamheten på ett logiskt sätt.

Regionen behöver ha en central organisation som ansvarar för ledning och styrning av arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering på alla vårdnivåer ner till enhets-, mottagningsnivå eller motsvarande, där patientmötet sker.

Arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering ingår i regionernas samlade lednings-, planerings- och uppföljningsverksamhet, på samma sätt som alla andra aspekter av vård och behandling [15].

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete regleras att

- vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten (3 kap. 1 §).
- vårdgivaren ska även med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 2 §).

⁴⁹ Se 8 kap. 1-7 §§ HSL.

⁵⁰ Se 3 kap. 1 § PSL och 5 kap. 1 § HSL.

- vårdgivaren ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten (3 kap. 3 §).

Processer och rutiner

Upprättade och fastställda processer och rutiner är grundläggande för att säkerställa en kvalitetssäker, patientsäker och jämlik vård.

Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet [16].⁵¹ Det kan handla om att fastställa exempelvis rutiner för utfärdande av intyg.⁵² Fastställda rutiner kan även handla om hur:

- den försäkringsmedicinska bedömningen genomförs
- sjukskrivningen planeras och följs upp
- behovet av koordineringsinsatser identifieras
- KVÅ-koder tillämpas och registreras

Uppföljning av dessa områden kan inkluderas i respektive verksamhets vanliga kvalitets- och förbättringsarbete.

Kompetens och tid

Verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården säkerställer att medarbetarna har den kompetens och de förutsättningar som krävs för arbetsuppgifterna. De säkerställer 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 [17].

När det gäller försäkringsmedicinsk kompetens inom området för sjukskrivning och relaterad rehabilitering handlar det bland annat om kompetens inom

- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) för olika diagnoser
- Socialförsäkringsbalken
- andra lagar och förordningar
- föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen
- försäkringsmedicinsk bedömning (god och säker vård)
- alternativ till sjukskrivning
- diagnostik, behandlings-, rehabiliterings- och koordineringsinsatser

⁵¹ Se 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

⁵² Se 2 kap. 2-5 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården.

- aktuella intyg och utlåtanden
- regler vid intygsutfärdande
- kunskap om andra aktörers roller och ansvarsområden
- etik, värderingar och förhållningssätt.

Kompetensutveckling

Regionen behöver ha fastställda mål för vilken försäkringsmedicinsk kompetens de olika professionerna behöver ha. Det behövs en tydlig plan för att erbjuda utbildning och identifiera behov av kompetensutveckling för att behålla uppdaterad kompetens inom försäkringsmedicin.

Vårdgivaren behöver avsätta tid och resurser för utbildning och kompetensutveckling i försäkringsmedicin för nya verksamhetschefer, sjukskrivande läkare, samt övriga professioner.

Samordning och samverkan

I ledningsarbetet ingår även att ta fram former och rutiner för samordning med andra verksamheter inom hälso- och sjukvård samt samverka med andra aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. På regional och verksamhetsnivå behöver det framgå av processer och rutiner hur samverkan med andra involverade aktörer ska bedrivas. Det är viktigt att hälso- och sjukvården vet vilka roller och uppdrag respektive aktör har samt när och hur de olika aktörerna behöver involveras.

Avvikelsehantering

Hälso- och sjukvårdens verksamheter ska ha rutiner för en ändamålsenlig avvikelsehantering.⁵³ En avvikelse är något som avviker från normal rutin, tar tid eller är kostsam att rätta till, oavsett om det handlar om misstag, situationer som lett till eller kunnat leda till vårdskada, felaktigheter, merarbete eller tidspillan.⁵⁴

Avvikelsehantering innebär att systematiskt identifiera, dokumentera samt rapportera negativa händelser och tillbud. Exempel på avvikelser:

- brister i den försäkringsmedicinska bedömningen
- intygsrelaterade brister
- brister i vård och behandling
- passiv sjukskrivning eller bristfällig uppföljning.

Uppföljning

En ändamålsenlig och systematisk uppföljning är en avgörande förutsättning för att kunna bedriva utvecklings- och förbättringsarbete för en mer jämlik och effektiv vård. Den systematiska uppföljningen genererar kunskap om verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det är därmed viktigt att följa upp att det finns

- dokumenterade och implementerade processer och rutiner för arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering utifrån detta kunskapsstöd
- kompetens och tid
- avvikelsehantering, inklusive åtgärder
- samordning och samverkan.

⁵³ Se 5 kap. 3–8 §§ SOSFS 2011:9 och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.

⁵⁴ Vårdhandboken (<https://www.vardhandboken.se>)

Hälso- och sjukvården behöver medverka till att vårdåtgärder registreras genom exempelvis Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).⁵⁵ Det är därför viktigt att följa upp registrerade KVÅ-koder för exempelvis upprättande och uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan samt koordineringsinsatser.⁵⁶

Andra områden kan vara aktuella att följa upp på regional nivå, mellan kliniska verksamheter och på verksamhetsnivå:

- kvalitet i läkarintyg
- variation gällande antal sjukskrivningar
- andel partiellt sjukskrivna
- sjukskrivningslängd
- antal sjukskrivningar för specifika diagnoser
- antal sjukskrivna kvinnor respektive män.

→ Läs mer

- i Socialstyrelsens handbok Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ger värdefullt stöd.
- i bilagan Ledning och styrning.

⁵⁵ Klassifikation för vårdåtgärder (<https://www.socialstyrelsen.se>).

⁵⁶ Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång till arbete eller annan sysselsättning (DV077), Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning (AW026), Koordineringsinsatser för att främja återgång eller inträde i arbetslivet (GC001).

Projektorganisation

Projektledning

Socialstyrelsen

Cecilia Stävberg	Utredare
Regina Ylvén	Utredare, med.dr.
Anders Berg	Enhetschef

Expertgrupp

Följande experter har nominerats av Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin och deltagit i arbetet med kunskapsunderlaget:

Fredrik Johansson	Överläkare, specialist i psykiatri och allmänmedicin, medicinskt sakkunnig i försäkringsmedicin, Region Stockholm, Region Värmland, NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin (adjungerad). Sakkunnig under tiden 2022-06-01 – 2023-11-22.
Astrid Nordvall Persson	Processledare försäkringsmedicin, Leg arbetsterapeut, Region Jönköpings län, Regionledningskontoret.
Ingemar Petersson	Professor emeritus, Lunds Universitet, Lund, och Medicinsk rådgivare, Skånes Universitetssjukhus.
Pia Östryd	Läkare, specialist i psykiatri, smärtlindring och företagshälsovård, Medicinskt sakkunnig i Försäkringsmedicin, Region Östergötland.
Kerstin Åslund Stenmark	Fysioterapeut, Rehabiliteringskoordinator, Catio Vårdcentral Enköping, Uppdrag för Region Uppsala.
Kristian Borg	Professor i Rehabiliteringsmedicin, Karolinska Institutet, Danderyds sjukhus
Marcelo Rivano Fischer	Leg psykolog, Docent i Rehabiliteringsmedicinsk forskning,

VO Neurokirurgi och Smärtrehabilitering i Lund,
Skånes universitetssjukhus

Nationellt Register över Smärtrehabilitering,
Registerhållare,
Nationell Arbetsgrupp Smärta (NAG Smärta),
Ordförande.

Catarina Bremström

Medicinsk rådgivare och sakkunnig i
försäkringsmedicin,
Specialist i rehabiliteringsmedicin och allmänmedicin,
Koncernkontoret,
Västra Götalandsregionen.

Referensgrupp

Följande organisationer har deltagit i arbetet med kunskapsunderlaget:

- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Arbetsgivarverket
- Svenskt näringsliv.

Andra medverkande

Socialstyrelsen

Natalia Berg	Informationsspecialist
Annika Höglund	Jurist
Gunilla Granbom	Redaktör
Åsa Brozén	Kommunikationsstrateg
Tiina Laukkanen	Produktionsledare

Referenser

1. 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.
2. 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.
3. Socialstyrelsen. Digitala vårdtjänster - Övergripande principer för vård och behandling. Stockholm; 2018.
4. Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J., & Koskinen, S. Dimensions of Work Ability. Helsinki 2008 - Results of the Health 2000 Survey. Helsinki, 2008.
5. 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.
6. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet. <https://kunskapsstyrningvard.se>
7. Petersson E-L, Hensing G. Återgång till arbete - En kunskapssammanställning om metoder och strategier för att underlätta återgång till arbete.
8. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020. <https://www.regeringen.se>
9. Wadell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London Departement for Work and Pensions. 2006.
10. 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.
11. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och UMS. SBU, 2014. <https://www.sbu.se>

12. Petersson E-L, Hensing G. Återgång till arbete - En kunskapssammanställning om metoder och strategier för att underlätta återgång till arbete.
13. Lexell J, Rivano-Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund: Studentlitteratur; 2017.
14. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård – Hälso- och sjukvårdsövergripande indikatorer – Indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer Stockholm; 2009. Report No.: 2009-11-5.
15. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020. <https://www.regeringen.se>
16. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Om vårdgivare. Socialstyrelsen, 2021. <https://www.socialstyrelsen.se>
17. Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen, 2019. <https://www.socialstyrelsen.se>