



# Metodbok för koordinering

AV SJUKSKRIVNING OCH REHABILITERING  
FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner



# Metodbok för koordinering

AV SJUKSKRIVNING OCH REHABILITERING  
FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN



Upplysningar om innehållet:  
Cecilia Alfvén, [cecilia.alfven@skr.se](mailto:cecilia.alfven@skr.se)

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020  
ISBN: 978-91-7585-872-2  
Text: Annie Hansen Falkdal, Ann-Britt Ekvall och Ulrika Eklund  
Illustration: Christina Jonsson  
Produktion: Advant  
Tryck: LTAB, 2020

## Förord

Hälso- och sjukvårdens uppgift är att ge patienter behandling och rehabilitering vid sjukdom för att främja deras hälsa. Men hälso- och sjukvården ska också bidra till att patienter har goda förutsättningar att återgå i arbetslivet vid sjukskrivning.

Sedan 2006 har vi i Sverige gjort en särskild satsning på att utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Syftet är att varje sjukskrivning ska vara rätt anpassad till patienten, medicinskt motiverad och inte bygga på stereotypa föreställningar om kön. Tack vare denna satsning har en ny, viktig funktion inom hälso- och sjukvården kommit att utvecklas: rehabiliteringskoordinatören. En annan konsekvens av satsningen är en ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. Lagen innebär att alla regioner ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att de ska kunna återgå eller inträda i arbetslivet.

Den nya funktionen har visat sig uppskattas av patienter, hälso- och sjukvården, arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. En studie i Region Stockholm visar att koordineringen har effekt på återgång i arbete.

Men hur ska uppdraget se ut och hur ska koordineringen gå till? För att ge en praktisk vägledning för de personer som har, eller kommer att få, det intressanta och utmanande uppdraget som koordinator har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) utarbetat denna metodbok. Målet är att höja kvaliteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och att öka möjligheten till att fler kvinnor och män återgår till eller inträder i arbetslivet.

Under 2019 reviderades Metodboken och delar av innehållet uppdaterades.

Stockholm i januari 2020

Helén Lundkvist Nymansson  
*Sektionschef*  
*Avdelningen för vård och omsorg*

Sveriges Kommuner och Regioner

# Innehåll

- 6 Inledning
- 8 Revidering av metodboken 2019
- 10 Definitioner som används i boken
- 13 Författarnas tack
  
- 15 **Kapitel 1. En aktiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess**
- 15 Generellt om rehabilitering vid problem att utföra arbete
- 16 Koordinatorsfunktionen växer fram
- 18 Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter
- 19 Framgångsfaktorer för rehabiliteringskoordinatör
- 19 Rehabiliteringskoordinatör - en ny roll i hälso- och sjukvården
- 20 Forskning och utvärdering om rehabiliteringskoordinatörer
- 21 Utveckling av en modell för rehabiliteringskoordinering
- 24 Sverige först med funktion för koordinering i hälso- och sjukvården
- 24 Koordinerande funktion i olika organisationer
- 25 Sjukfrånvaro och påverkande faktorer
- 26 Statistik om sjukfrånvaro
- 27 Sjukdom och arbetsförmåga
- 28 Stimulansmedel utvecklar kvaliteten
- 30 Jämställd och jämlik sjukskrivning och rehabilitering
- 32 Hälsofrämjande förhållningssätt en framgångsfaktor
- 33 Försäkringsmedicin - ett uppdrag för hälso- och sjukvården
- 35 Rehabiliteringsaktörers uppdrag och ansvar
  
- 41 **Kapitel 2. Koordinering i praktiken**
- 44 A. Stödja verksamhetschefen att ta fram rutiner
- 46 B. Koordinera och utveckla det interna arbetet
- 55 C. Bidra till jämställdhet och upptäck våld i nära relationer
- 57 D. Följ statistik
- 61 E. Upptäck tidiga signaler (risk- och friskfaktorer)
- 63 F. Håll dig uppdaterad och sprid kunskap, delta i nätverksträffar
- 64 G. Kartlägg rehabbehov
- 69 H. Skapa plan för återgång
- 70 I. Vara kontaktperson
- 73 J. Ha kontakt med arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen
- 77 K. Samarbeta med externa parter

85	<b>Kapitel 3. Hälso- och sjukvårdens uppdrag</b>
85	Uppdrag försäkringsmedicin
86	Uppdrag jämställdhet och jämlikhet
86	Uppdrag våld i nära relationer
87	Regionens uppdrag
87	Verksamhetschefens uppdrag
89	Läkarens uppdrag
89	Rehabiliteringskoordinators uppdrag
91	Rehabiliteringskoordinators kunskap och kompetens
91	Generella kunskaper och egenskaper gemensamma för koordinators oavsett arbetsområde
92	Specifika kunskaper olika beroende på arbetsområde
95	<b>Kapitel 4. Fördjupning</b>
95	I. Stegen - Uppdrag för koordinering
99	II. Andra rehabiliteringsaktörer
112	III. Lär mer om risk- och friskfaktorer
114	IV. Lär mer om samtal
118	V. Lär mer om teamarbete
122	VI. Lär mer om våld i nära relationer
125	<b>Kapitel 5. Verktyg och instrument</b>
147	<b>Kapitel 6. Några exempel</b>
148	I. Arbetsrehabilitering vid tumbasoperation
150	II. Ortopedens rehabiliteringskoordinatorer vid Södersjukhuset i Stockholm
152	III. Jämställdhetskartläggning
154	IV. Om rehabiliteringskoordinators insatser vid vårdcentral
156	V. Rehabkoordinering vid avslag sjukpenning - avgränsa rollen
157	VI. Utveckla uppdraget för rehabkoordinering via enkät
159	VII. Rehabkoordinering inom psykiatri vid arbetsåtergång
162	VIII. Historik om socialförsäkringen
166	<b>Referenser</b>

# Inledning

Rehabiliteringskoordinators uppdrag är att stödja patienter, i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att koordinera olika insatser så att de blir så effektiva som möjligt för patienten. Målet är att patienten snabbare ska kunna vara kvar, återgå eller inträda i arbetslivet.

Rehabiliteringskoordinatören är en kontaktperson som ger stöd och råd till enskilda patienter, är rådgivare och kunskapsförmedlare till medarbetare i hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår även att koordinera samverkan internt och externt, till exempel med arbetsgivaren och Försäkringskassan, så att det hjälper och underlättar för patienten.

Funktionen för koordinering i hälso- och sjukvården är relativt ny i Sverige. Funktionen har utvecklats med stöd av medel från regeringen och via den överenskommelse som regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner ingått om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, tidigare kallad sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin. Denna överenskommelse fortsätter även för 2020. Överenskommelsen har gett regionerna ekonomiska drivkrafter till att skapa en bättre sjukskrivningsprocess och en mer effektiv rehabilitering. I detta syfte trädde en ny lag i kraft den 1 februari 2020 om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Målet är att patienten är kvar, återgår eller inträder i arbetslivet.

Funktionen för koordinering har mottagits mycket positivt. Sjukskrivna patienter är nöjda och beskriver rehabiliteringskoordinatören som ”spindeln i nätet”, en kontaktperson som ger stöd och hjälp.

För externa aktörer är rehabiliteringskoordinatören ”en väg in” i hälso- och sjukvården, någon som underlättar och effektiviserar deras arbete. Rehabiliteringskoordinatorerna medverkar till att hälso- och sjukvårdens samarbete med externa aktörer fördjupas och processen i hälso- och sjukvården kan därmed förkortas, vilket bland annat kan leda till kortare sjukskrivning.



Införandet av rehabiliteringskoordinatorer har utökat hälso- och sjukvårdens utbud, något som gynnar patienterna och deras vård och rehabilitering. Förändringarna har dessutom gett bättre arbetsmiljö för läkare och för andra medarbetare och gjort att de är mer tillfredsställda med sitt arbete.

Syftet med denna metodbok är att vara ett konkret stöd för personer som arbetar med rehabiliteringskoordinering i hälso- och sjukvården. Boken ger även värdefull kunskap till andra professioner inom ämnesområdet försäkringsmedicin som berörs av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Boken består av sex delar; kunskapsunderlag från forskning och evidensbaserad praktik, praktisk metodbok, uppdrag för hälso- och sjukvården inklusive koordinatorsuppdraget, fördjupningsdel, exempel på användbara verktyg och instrument, samt lärande exempel. De praktiska delarna i boken bygger bland annat på resultat av insamlat material från rehabiliteringskoordinatorer runt om i landet.

Vi hoppas att metodboken kan vara ett bra stöd för nya rehabiliteringskoordinatorer, men också fungera som ett uppslagsverk för erfarna rehabiliteringskoordinatorer som önskar inspiration och tips för att öka kvaliteten för patienten. Boken är användbar även för andra som vill få information och kunskap om funktionen och dess olika arbetssätt.

Metodboken kan användas som ett kunskapsunderlag i utbildningar; till exempel i internutbildningar för rehabiliteringskoordinatorer, grundutbildningar för arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, socionomer och läkare, samt i andra kurser som behandlar försäkringsmedicin och rehabilitering för återgång i arbete.

- **Kapitel 1** handlar om bakgrunden till uppdraget om koordinering av rehabilitering i hälso- och sjukvården och hur det växt fram.
- **Kapitel 2** utgörs av praktiska och konkreta tips för att hantera koordineringsuppdraget i vardagen. Kapitlet är upplagt utifrån uppdraget för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering.
- **Kapitel 3** beskriver kort uppdraget försäkringsmedicin inom hälso- och sjukvården.
- **Kapitel 4** är en fördjupning. Där presenteras ytterligare kunskap i ämnen som våld i nära relationer, teamarbete och tips om att föra samtal. Du hittar även en fördjupning om andra rehabiliteringsaktörer än hälso- och sjukvården.
- **Kapitel 5** innehåller verktyg och instrument.
- **Kapitel 6** beskriver några exempel.

För att underlätta uppdraget kompletteras boken med frågeformulär, metoder och annat i Vårdhandboken.se under ämne om koordinering vid sjukskrivning och rehabilitering. Där kommer informationen att hållas uppdaterad.

Som ett komplement till metodboken finns en bok till verksamhetschefen om att leda funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården. Intentionen med boken är att den ska fungera som stöd i arbetet utifrån ett chefsperspektiv. Där beskrivs ledning och styrning av området försäkringsmedicin inkluderat sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, chefens roll kopplat till rehabiliteringskoordinators uppdrag, kompetensprofil för en koordinator samt framgångsfaktorer för funktion för koordinering. Denna boken kommer att omarbetas under 2020 till en bok för chefer om ledning och styrning i försäkringsmedicin inklusive funktion för koordinering.

## Revidering av metodboken 2019

Metodboken togs fram under 2016. Under hösten 2019 har vi sett över den och uppdaterat den med flera nyheter och innehållet har anpassats till den nya lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Andra förändringar är att länkar i fotnoter har tagits bort, sökvägar finns istället i texten. Vi har även ändrat begreppen landsting till region, och Statistiktjänst till Intygsstatistik.

De mest betydande förändringarna och tillägg i texter hittar du under dessa rubriker:

### Kapitel 1

- › Forskning och utvärdering om rehabiliteringskoordinatorer
- › Utveckling av en modell för rehabiliteringskoordinering
- › Pågående forskningsprojekt om koordineringsfunktionen
- › Sjukfrånvaron och påverkande faktorer samt Statistik om sjukfrånvaro
- › Jämställd och jämlik sjukskrivning och rehabilitering samt Våld skapar sjukskrivning och ohälsa
- › Försäkringsmedicin – ett uppdrag för hälso- och sjukvården
- › Arbetsförmedlingen

## **Kapitel 2**

- › Rehabiliteringskoordinators uppdragsbeskrivning\*
- › Att utfärda intyg och utlåtande
- › Läkarutlåtande och medicinskt underlag
- › Bidra till jämställdhet och upptäck våld i nära relationer
- › Hälso- och sjukvården ska informera Försäkringskassan
- › Avsnitten om sekretess, tystnadsplikt och menprövning

## **Kapitel 3**

- › Uppdrag försäkringsmedicin
- › Generella kunskaper och egenskaper gemensamma för koordinators oavsett arbetsområde

## **Kapitel 4**

- › Arbetsgivaren och arbetslivsinriktad rehabilitering
- › Arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd
- › Arbetsförmedlingen
- › Bedömning av arbetsförmåga – Rehabiliteringskedjan
- › Fördjupade försäkringsmedicinska utredningar

## **Kapitel 6**

- › Nytt exempel – VII. Rehabkoordinering inom psykiatri vid arbetsåtergång

\* Förtydligande av att det är verksamhetschefen som ansvarar för kompetens- och verksamhetsutveckling såsom utveckling av interna rutiner, information om förändringar inom det försäkringsmedicinska området samt statistikhantering. Detta är inte reglerat i lagen om koordineringsinsatser.

I förtydligandet av kartläggningssamtal framgår att dessa ska utföras när det behövs för att vården ska bli mer effektiv. Det finns inget krav enligt lagen om koordineringsinsatser om förebyggande arbete. Koordineringsinsatser ska inte avse sådana insatser som andra aktörer ansvarar för.

## Definitioner som används i boken

### **Avstämningsmöte**

Försäkringskassan kallar och beslutar om avstämningsmötet, men andra parter kan ta initiativ till möte. Det är ett möte med patienten, Försäkringskassan och minst en annan part som kan påverka den sjukskrivnas situation. Förutom arbetsgivaren kan det vara en läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal eller en representant från Arbetsförmedlingen. Även företagshälsovården, representant från facket samt stödperson kan delta.

### **Funktion för koordinering**

Ett nytt uppdrag, inte kopplat till någon speciell yrkesprofession inom hälso- och sjukvården, men som kräver omfattande kunskaper och kompetens. I lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter benämns funktionen koordineringsinsatser.

### **Fysioterapeut**

Vi använder konsekvent ordet fysioterapeut både för sjukgymnast och fysioterapeut. Benämningen fysioterapeut infördes av yrkesförbundet 2014.

### **Jämställdhet**

Handlar om jämlikhet mellan kvinnor och män, flickor och pojkar, om samma möjligheter att forma samhället och sina egna liv. Jämställdhet är en del av jämlikhet, som handlar om alla människors lika värde.

### **Mötesformer/teamsammansättningar**

Många olika benämningar används för de interna och externa möten som hålls inom området försäkringsmedicin, några exempel:

- › **Bedömningsteam** – grupp av professionella inom vårdcentral/klinik som var och en träffar patienten och gör bedömningar av dennes behov av vård och rehabilitering, som sedan diskuteras i teamet. Vanligen ingår koordinator, läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och/eller psykolog. Detta team kan ledas av koordinatören.
- › **Beredningsgrupp** – möte mellan vårdens rehabiliteringsaktörer och externa aktörer för att stämma av gemensamma ärenden, till exempel vem som för tillfället har ansvaret att agera tillsammans med patienten, bokning av rehabiliteringsmöten och avstämningsmöten och så vidare. Det är viktigt att patientens samtycke har inhämtats.

- › **Rehabiliteringsteam** – grupp av professioner inom vårdcentral/klinik som tillsammans arbetar med patientens rehabilitering. Innehåller oftast samma professioner som i bedömningsteamet. Kan ledas av koordinatorn.
- › **Rehabiliteringsmöte** – ett möte med och för patienten. I mötet deltar de professioner från rehabiliteringsteamet som behövs för den patienten. Handläggare från externa aktörer kan också delta.

### **Patienten**

I boken används oftast benämningen patient eftersom det är en gängse beteckning för vårdtagaren inom hälso- och sjukvården.

### **Processledare**

Benämning på regionernas medarbetare som på regional nivå leder det övergripande arbetet med försäkringsmedicin, vilket inkluderar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

### **Rehabiliteringsaktörer**

De organisationer i samhället som på olika sätt är aktörer i en persons rehabilitering för att klara arbetslivet, såsom hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen, arbetsgivare och deras företagshälsovård. Benämningen externa aktörer innefattar i boken de som finns utanför hälso- och sjukvården.

### **Rehabiliteringskoordinator**

Person som har uppdraget att koordinera rehabilitering inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet – benämns *rehabiliteringskoordinator*, *rehabiliteringskoordinatorer* genomgående i boken. Denna benämning används idag av alla regioner.

### **RTW-koordinator**

Return to work = återgång i arbete. RTW-coordinator används ofta i internationell litteratur som benämning på koordinator som arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering. Beteckningen används i boken för koordinatörer inom arbetslivet, till exempel inom större företags personalavdelning eller inom företagshälsan. Det kan förekomma många olika benämningar för dessa tjänster.

### ***Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)***

Är en arbetsgivar- och intresseorganisation. SKR är en medlemsorganisation för alla kommuner och regioner. SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuners och regioners verksamhet. SKR är också en arbetsgivarorganisation för kommuner och regioner. SKR fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. I rollen ingår att ge service och professionell rådgivning inom de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom. SKR erbjuder även kurser och konferenser inom många ämnen.

SKR arbetar för att sjukskrivningsfrågan får en ökad prioritet i hälso- och sjukvården samt för att förbättra kvaliteten och effektiviteten i arbetet med sjukskrivningar och rehabilitering. SKR ansvarar för kontakterna med socialdepartementet för utvecklingen av arbetet med sjukskrivning och rehabilitering.

### ***Verksamhetschef***

Används genomgående i boken som benämning på högsta chefen vid vårdcentral och specialistklinik.

### ***Vårdcentral***

I boken används denna benämning för både vårdcentral, hälsocentral eller husläkarmottagning.

När det gäller ordlista i övrigt hänvisar vi till ordlista framtagen av Region Stockholm. Mer information på Region Stockholms webbplats. Sök på: *lär-torget/öppna kurser/din hjälp i konsten att sjukskriva*. Här hittar du förklaringar till termer och begrepp inom det försäkringsmedicinska området.

## Författarnas tack

***Ett stort tack till referensgruppen för värdefullt arbete och stöd under genomförandet av projektet och med bidrag till boken:***

Birgitta Wärnquist, Region Blekinge, Gunlög Östberg och Karin Lagerbäck, Region Dalarna, Helene Breed, Region Gävleborg, Lena Olsson, Region Kalmar län, Åsa Sturesson-Johansson, Region Skåne, Karin Axelsson och Lena Lundman, Region Stockholm, Karin Lövgren Karlsson, Region Sörmland, Helena Millkvist, Region Västerbotten, Maria Josefsson och Malin Rydén-Mölholm, Västra Götalandsregionen, Gun Prytz, Region Östergötland.

***Ett stort tack riktas också till övriga personer som bidragit med återkoppling och texter. Här nämner vi några:***

Cornelia Gunnersen, Karina Jacobsen samt Åsa Olsson, kvalificerade handläggare, Arbetsförmedlingen. Anna Martinmäki, verksamhetsutvecklare, och Cecilia Udin, nationell försäkringssamordnare samt Gert Lindenger, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan. Peter Munck af Rosenschöld, VD, Sveriges företagshälsor, Anna Sporrang, Rehabpartner, konsultativ expert i sjukskrivnings- & rehabprocessen, Sofia Landström, partner och VD, Health Navigator, samt Helena Brors, skribent.

Sonya Hörnqvist Bylund, verksamhetsutvecklare, Region Västerbotten, Adam Löfving Strähle, läkare, Susanne Leander processledare, Caroline Grahn rehabkoordinator/processledare samt Johannes Edlund, rehabkoordinatorer, Region Jönköpings län. Håkan Bjartell, utvecklingsledare i försäkringsmedicin, Region Värmland. Annika Landewall, rehabsamordnare Region Östergötland, Charlotte Wählin, med dr ergonom & leg fysioterapeut, Arbetsmiljö och medicin Universitetssjukhuset Linköping.

Kollegor på Avdelningen för vård och omsorg, Arbetsgivaravdelningen samt Avdelningen för juridik på SKR.



DITÅT

HITÅT



# En aktiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

*När du har läst det här kapitlet känner du till bakgrunden till arbetet inom hälso- och sjukvården med att skapa en god kvalitet i sjukskrivningsprocessen. Uppbyggnaden och lagstiftningen av en funktion för koordinering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ingår också. Dessutom kommer du att ha kunskap i försäkringsmedicin när det gäller sjukfrånvaro, sjukdom och arbetsförmåga, sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, jämställd och jämlik sjukskrivning tillika rehabilitering, hälsofrämjande förhållningssätt.*

## Generellt om rehabilitering vid problem att utföra arbete

Rehabilitering används ofta som ett paraplybegrepp för olika former av interventioner, men innebörden av vad rehabilitering står för har visat sig olika beroende på vem som tolkar och inom vilken kontext det sker. En av beskrivningarna innebär att rehabilitering är en pågående process som involverar identifiering av problem, behov och analyser, implementering av adekvata interventioner samt utvärdering av utfallet [1]. En annan beskrivning hävdar att rehabilitering omfattar alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som hjälper den sjuka och skadade att återvinna bästa möjliga funktion och förutsättningar för ett normalt liv [2]. Socialstyrelsen definition säger ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funk-

tionsnedsättning, 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”.

Rehabiliteringsarbetet har genom åren utvecklats och fått olika mening vartefter nya discipliner börjat arbeta inom området och beroende på samhällets intensifierade fokus på specifika rehabiliteringsområden. Allt fler organisationer och professioner involveras i arbetet på grund av att olika perspektiv och kunskaper om människors resurser och hinder för aktivitet synliggjorts och utvecklats [3].

Medicinsk rehabilitering åligger hälso- och sjukvården. Arbetslivsinriktade åtgärder och rehabilitering är arbetsgivarens uppgift eller Arbetsförmedlingens om personen är arbetslös. Viss social rehabilitering kan också åligga kommunens socialtjänst.

## Koordinatorfunktionen växer fram

Forskning har under senare år visat på värdet av en funktion för koordinering inom hälso- och sjukvården för personer som är sjukskrivna eller riskerar sjukskrivning [4], [5], [7], [8]. Det blev också ett villkor i överenskommelsen mellan regeringen och SKR, åren 2013–2019. Regionerna förväntades utveckla en funktion för koordinering inom sin organisation [5]. Målsättningen var att den skulle ha en bred förankring inom hälso- och sjukvården för att kunna stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

I den parlamentariska socialförsäkringsutredningen [1] föreslogs ett permanent statsbidrag för koordineringsfunktioner, vilket SKR ställde sig positiva till i remissyttrandet. En lagrådsremiss följde våren 2018, som kom att utmynna i en lag från och med den 1 februari 2020.

I koordinatorernas uppdrag låg i första hand att fungera som kontaktperson, rådgivare och stödperson/coach för de enskilda patienterna. Uppdraget var också att verka som intern rådgivare och kunskapsförmedlare inom hälso- och sjukvården, samt skapa möjlighet för samverkan med externa aktörer som exempelvis arbetsgivare, Arbetsförmedling och Försäkringskassan.

I de senare överenskommelserna tillfördes utökat uppdrag för kontakter och samarbete med arbetsgivare och Arbetsförmedlingen.

Arbets sättet med rehabiliteringskoordinatorer inom hälso- och sjukvården var inte nytt, det hade förekommit redan före det villkorades i sjukskrivningsmiljarden. De första försöken introducerades redan i början av 2000-talet som pilotprojekt i några regioner [9], [10]. Försöken föll väl ut men det var först i samband med införandet av de statliga stimulansmedlen i sjukskrivningsmiljarden för sjukskrivningsprocessen 2006 som utvecklingen av arbets sättet tog fart i regionerna.

På egna initiativ har region efter region infört koordinerande funktioner med stöd av medel från sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin. I början bedömde majoriteten av regionerna att det i första hand var primärvården som behövde utvecklas. Successivt har arbets sättet även inriktats på att införa koordinerande funktioner även på specialistkliniker eftersom många sjukskrivningar förekommer även där.

Utifrån denna positiva framväxt togs beslut om att lagreglera koordinatorsfunktionen från och med den 1 februari 2020.

#### 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.
- ▶ 5 §: När koordineringsinsatser ges enligt denna lag gäller patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

## Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter

En ny lag om koordineringsinsatser infördes den 1 februari 2020. Skälet till lagstiftningen var att regeringen bedömde att det kommer att finnas ett kontinuerligt behov av individuellt stöd i sjukskrivningsprocessen för patienter för att främja arbetsförmågan och deltagande i arbetslivet. Det bör därför säkerställas att sådant stöd ges i alla regioner.

Syftet med lagstiftningen är att ge stöd och samordna insatser till patienten samt samverka med externa aktörer för att främja återgång till eller inträde i arbetslivet.

Lagen innebär att regionerna ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter som har behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller inträda i arbetslivet.

Det finns inget krav i denna lag att koordineringsinsatser ska ges för att förebygga ohälsa och sjukskrivning men enligt hälso- och sjukvårdslagen framgår att hälso- och sjukvården ska förebygga ohälsa.

Koordineringsinsatserna ska innehålla:

- › Personligt stöd.
- › Intern samordning.
- › Samverkan med andra aktörer. Regionens ansvar omfattar inte insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

Kompetenskrav för att få utföra koordineringsinsatser är inte reglerade i lagen.

Lagen innebär också att om en sjukskriven patient kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska hälso- och sjukvården informera Försäkringskassan om det. Informationen ska dock bara lämnas om patienten samtycker till det.

Lagen avser vilka skyldigheter regioner ska ha, och det står i övrigt enskilda regioner fritt att själva avgöra vad de anser att de kan och bör erbjuda enskilda patienter.

En skyldighet att erbjuda koordineringsinsatser är inte en rättighet som den enskilde kan utkräva på juridisk väg.

Kompetens- och verksamhetsutveckling såsom utveckling av interna rutiner, information om förändringar inom det försäkringsmedicinska området, statistikhantering ingår i regionernas övergripande ansvar för verksamheten för en god hälso- och sjukvård. Det är därför inte reglerat i denna lag hur det arbetet ska organiseras. Det utsluter inte att det ingår i funktionens ansvar att stödja chefen i denna kompetens- och verksamhetsutveckling.

## Framgångsfaktorer för rehabiliteringskoordinatorn

Det finns både framgångsfaktorer och hindrande faktorer som påverkar möjligheterna att fullfölja ett gott koordinatorsarbete. I stort sett samma faktorer nämns som stödjande och hindrande för koordinatorsarbetet. Samma faktor kan, beroende på hur den hanteras, främja eller hindra uppdraget [5].

Chefsstödet är den avgjort viktigaste förutsättningen [4]. I en tidigare kartläggning av regionernas arbete redovisades att verksamhetschefer lämnat ifrån sig ansvaret för kunskap om sjukskrivning när de upplevt att koordinatörerna haft huvudansvaret [11]. Det är ett problem eftersom chefen är den som har huvudansvar för hela verksamheten och behöver vara insatt i hur arbetet utförs, också det försäkringsmedicinska.

Andra faktorer som nämnts är tillräcklig tillgång till tid för att utföra uppdraget, ett tydligt och i verksamheten förankrat uppdrag, stöd från en central processledning och att tillhöra ett koordinatorsnätverk [4]. Tydliga rutiner för att nå patienter som har behov av koordinering, för möten och intern logistik kring processer samt för bokning och uppföljning är förutsättningar för att koordinatörens arbete ska fungera. Ett väl etablerat teamarbete är också betydelsefullt och att medarbetarna förstår värdet av detta arbetssätt. Inte minst viktigt är att koordinatörerna har lämplig kunskap, kompetens och personliga egenskaper för arbetsuppgifterna.

## Rehabiliteringskoordinatorn – en ny roll i hälso- och sjukvården

Flera olika modeller har använts för att organisera den koordinerande funktionen på vårdenheter. Det kan vara en anställd på en större vårdenhet som har heltidsuppdrag som rehabiliteringskoordinator. På mindre enheter kan det vara en anställd som har ett ordinarie uppdrag som till exempel arbetsterapeut eller fysioterapeut och arbetar deltid som rehabiliteringskoordinator. I andra fall delar flera vårdenheter på en heltidskoordinator. Det mest effektiva för samarbetet med övriga medarbetare på vårdenheten har visat sig vara att ha en anställd som finns på en enhet, oavsett om de då har heltidsuppdrag som koordinator eller delar tiden med andra uppdrag [5]. En heltidstjänst som delas mellan två verksamheter, till exempel två vårdcentraler eller två sjukhuskliniker, kan också fungera. Men det bör inte vara fler än två verksamheter, då det blir för många arbetsgrupper och kontaktpersoner för koordinatörerna att hantera.

Många av de som idag har koordineringsuppdrag i hälso- och sjukvården har arbetat i vården tidigare, till exempel som arbetsterapeut, fysioterapeut eller kurator eller gör det fortfarande på deltid. Några av dem uppger problem med avgränsningen mellan de två rollerna. För att klara båda uppdragen på ett bra sätt är det viktigt att vara tydlig när uppdraget är det ena eller det andra. Koordinering är inte behandling, det är att utreda, samordna och att underlätta att flera samarbetar. Det är inte direkt sjukvård, men ingår i sjukvårdens behandlings- och rehabiliteringsarbete.

Det är viktigt att tillsammans med verksamhetschefen kartlägga behoven och förutsättningarna som finns inom den specifika vårdenheten. Det ska finnas en klar beskrivning som definierar uppdraget för rehabiliteringskoordinatoren som hälso- och sjukvårdsledningen ger vårdenheten. Specifika uppdrag kan också ingå och styrs av de behov vårdenhetens patienter har, samt personalsammansättningen på enheten.

## Forskning och utvärdering om rehabiliteringskoordinatorer

Det finns sparsamt med forskning om rehabiliteringskoordinatorer inom hälso- och sjukvård i nationell och internationell forskningslitteratur [4]. Ett fåtal studier har genomförts i Sverige, vilka kortfattat beskrivs i följande stycken.

### Utvärdering av funktionen koordinering - ReKoord-projektet

År 2012–2013 genomfördes på uppdrag av regeringen en nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet i svensk hälso- och sjukvård [5]. Arbetet redovisades i rapporten *ReKoord-projektet: nationell utvärdering av koordinatorfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet*.

Resultatet av utvärderingen visade att koordinatorfunktionen hade flera positiva effekter och beskrevs av medarbetare och chefer som ”spindeln i nätet”. Externa samarbetspartners som intervjuades beskrev koordinatorfunktionen som ”en väg in i vården”. Patienter med pågående sjukskrivning eller med risk för sjukskrivning var nöjda med koordineringen och med det stöd de fick i kontakterna med externa aktörer. Införandet av koordinatorer resulterade i en tidsbesparing för vårdcentralerna, ökad kvalitet på vård och rehabilitering till patienterna, vilket i sin tur ökade arbetstillfredsställelse hos personalen och en bättre arbetsmiljö för läkare och övriga hälsoprofessioner.

Samarbetet med externa aktörer fördjupades också med införandet av koordinatorer i hälso- och sjukvården. Det påtalades från informatörerna hos externa parter att sjukskrivningsprocessen blev effektivare och mer kvalitetssäkrad, vilket förkortade patientens sjukvårdsprocess. En konsekvens antogs därför vara att sjukskrivningstiden förkortades.

I analyserna av allt material framkom att nöjdheten hos patienter och andra aktörer skiljde sig åt. En förklaring var att koordinatorsuppdragen i regionerna skiljde sig mycket åt, beroende på hur uppdraget såg ut. En figur med beskrivning togs fram för att visa på hur olika uppdragen och arbetsätten såg ut. Figuren, som kommit att kallas *Stegen*, visade att den koordinerande funktionen fungerade bäst och nöjdheten var störst när samtliga arbetsuppgifter högst upp i *Stegen* ingick. Det vill säga när koordinatören var: organisatör, rådgivare, kunskapsförmedlare, samarbetspartner till andra aktörer, kontakt- och stödperson till sjukskrivna och de som riskerade sjukskrivning, utforskare/bedömare av patientens behov, teamledare för rehabiliteringsteamet och eventuellt också för teamet för rehabiliteringsgarantiarbete, rådgivare till läkare om intygsskrivning samt utbildningsansvarig tillsammans med chefen gällande försäkringsmedicinskt arbete på enheten. *Stegen* med beskrivning finner du i kapitel 4 *Fördjupning*.

### **Omfattning av koordinatortjänst**

Det är svårt att utfärda rekommendationer om hur omfattande en rehabiliteringskoordinators uppdrag behöver vara för att anses effektiv, men ett försök gjordes ändå i ReKoord-rapporten. En rekommendation utifrån erfarenheterna i studien var en heltidstjänst per vårdcentral med cirka 16–18 000 listade i yrkesverksam ålder. Det förutsattes att uppdraget då skulle omfatta de arbetsuppgifter som finns längst upp (steg 8) i figuren *Stegen*. Men fler faktorer ansågs spela in, till exempel koordinatorns kompetens, sjukdomspanoramata hos listade patienter, resurser hos medarbetare och omgivande faktorer.

Det senare uppdraget i överenskommelsen mellan hälso- och sjukvården och Socialdepartementet, om utökad tidig kontakt mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare samt Arbetsförmedlingen kräver troligen mer tid för koordinatorsuppdraget än ovanstående skattning.

### **Utveckling av en modell för rehabiliteringskoordinering**

Under åren 2013–2017 genomfördes projektet *Utvärdering och utveckling av koordinatorsfunktion för effektiv rehabilitering* inom dåvarande Stockholms läns landsting, ett uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i samarbete med Health Navigator. [12] Syftet var att utvärdera effekterna och att utarbeta en evidensbaserad modell för rehabiliteringskoordinering. Den randomiserade kontrollerade studien startade i januari 2013 och genomfördes av Health Navigator vid sju vårdcentraler i Stockholms län på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Cirka 970 studiedeltagare inkluderades i studien som visade att stöd av en rehabiliteringskoordinator hade positiv effekt på sjukskrivning för vissa patientgrupper men inte för alla. Koordinatorsstödet hade

positiv effekt för patienter som tidigare hade varit sjukskrivna med diagnoser inom lätt eller medelsvår psykisk ohälsa eller långvarig smärta, men ingen effekt för patienter med en kombination av dessa diagnoser. Koordineringsfunktionen hade inte heller någon effekt på sjukskrivning för patienter som hade låg sjukskrivningsgrad eller ingen tidigare sjukskrivning och låg tidigare vårdkonsumtion. Denna grupp klarade sin arbetsåtergång utan stöd av en koordinator. I rapporten redovisas också att patienterna var nöjda med stödet och att de upplevde en förbättrad livskvalitet, och de uppgav att de framför allt fick hjälp med kunskaper om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, stöd med att sätta upp mål och plan för återgång i arbetslivet samt hjälp med kontakter. Vidare framgår att läkarna såg koordinatoren som en uppskattad resurs och kompetensförstärkning, och att läkarna ansåg att patienter med en rehabiliteringskoordinator följde ordinerad vård och rehabilitering bättre. I rapporten redovisas också att arbetsgivarna ansåg att koordineringsfunktionen bland annat underlättade kommunikation, planering och förståelsen av den medicinska bilden.

Viktiga komponenter för modellen var:

- › Särskilt utbildade rehabiliteringskoordinatorer.
- › Tidig identifiering av patienter med risk för längre sjukskrivning.
- › Anpassning av omfattning och innehåll efter patientens behov och förutsättningar.
- › Genomgående fokus på arbetsförmåga.
- › Nära samarbete med läkare och övriga professioner på vårdenheten.
- › Involvera och samarbeta med Försäkringskassan, arbetsgivare och eventuellt andra aktörer runt patienten tidigt i processen.
- › Noggrant, patientnära management med daglig uppföljning och ledningsstöd för att säkerställa resurseffektiv insats per patient och per rehabiliteringskoordinator, och kontinuerlig förbättring av modellen.

### **Metodstöd ADA+**

Umeå universitet har i Region Västerbotten 2015–2017 genomfört forskningsprojektet *Strukturerad metod för hälso- och sjukvård, som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa, ADA+* [78].

Det övergripande syftet med projektet var att undersöka om ADA+ kan påverka återgång i arbete, arbetsförmåga, upplevd arbetssituation och hälsa för personer med psykisk ohälsa. Ett annat syfte var att undersöka om dialogmodellen är ett användbart verktyg för hälso- och sjukvården vid arbetslivsriktad rehabilitering. Totalt 53 personer deltog i projektet under 2015, varav samtliga fick interventionen ADA+ som bestod av strukturerade intervjuer och stödjande dialogsamtal.



Resultatet visade att grad av sjukskrivning minskade successivt över tid, 93 procent av de sjukskrivna personerna var åter i arbete på hel- eller deltid vid uppföljning ett år efter avslutad intervention. Deltagarna förbättrade även signifikant sin arbetsförmåga, upplevda arbetssituation, skattad grad av utmattning, ångest och depression över tid. Dialogmodellens tydliga struktur med den konkreta skriftliga planen gav stöd till uppföljning av planerade anpassningar vilket stärkte personen att återgå i arbete och förstärkte arbetsgivarens kapacitet att agera för en hållbar process med ökad delaktighet av båda parter.

Detta projekt visar att interventionen ADA+ är en användbar och kostnads-effektiv metod som kan användas inom hälso- och sjukvård för att öka återgång i arbete för personer med psykisk ohälsa. ADA+ är ett konkret verktyg för rehabiliteringskoordinatorer i deras facilitering av dialog och samverkan mellan sjukskrivna personer, arbetsgivare och handläggare vid Försäkringskassan. Metodbok ADA+ finns att ladda ner från Region Västerbottens webbplats.

### **Pågående forskningsprojekt om koordineringsfunktionen**

Vid Karolinska Institutet, Institutionen för Neurovetenskap, pågår forskning om koordinering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för personer med mångsjuklighet i yrkesverksam ålder. Projektet pågår under tre år, fram till 2022, och undersöker i vilken utsträckning rehabiliteringskoordinatorer kan möta behoven hos dessa personer och bidra till bättre förutsättningar att kunna återgå i sysselsättning. Projektet utförs i samarbete med psykiatri, ortopedin och primärvården inom Region Stockholm och kommer att baseras på enkät- och intervjustudier med patienter, rehabiliteringskoordinatorer samt sjukskrivande läkare. Resultaten väntas ge ny kunskap som kan förbättra förutsättningarna för sjukskrivna patienter med mångsjuklighet samt för hälso- och sjukvårdens organisering och utveckling av rehabiliteringskoordinatorers verksamhet.

Karolinska Institutet, Institutionen för miljömedicin, forskar om möjliggörande och hindrande faktorer samt etiska aspekter vid samverkan, med syfte att öka återgång i arbete hos personer med psykisk ohälsa. Projektet har en kvalitativ design och genomförs tillsammans med forskare från Karolinska institutet, Uppsala universitet och Linköpings universitet (Björk Brämberg 2019) [79].

Vid Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, pågår två randomiserade kontrollerade studier som undersöker om insatser via en rehabiliteringskoordinator kan minska sjukskrivningstiden och öka möjligheten att återgå i eller påbörja arbete eller studier för patienter inom specialistpsykiatri och ortopedi. Data insamlas via enkäter, journaler och register. Förhoppningsvis kan resultaten leda till ett förbättrat och mer effektivt stöd till patienter inom dessa verksamhetsområden. Studierna pågår under åren 2018–2020.

## Sverige först med funktion för koordinering i hälso- och sjukvården

2015 genomfördes på uppdrag av SKR en litteraturstudie *Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*. Syftet var att beskriva det vetenskapliga stödet för hälso- och sjukvårdens koordinerande funktion inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet. Vidare undersöktes effekterna av koordinatorernas arbete. Litteratursökningen utfördes på både internationell och nationell forskningslitteratur. Den kompletterades också med så kallad grå litteratur (mindre utvärderingar i regioner och uppsatser utförda av studenter vid högskolor och universitet i Sverige). Resultaten från litteraturstudien tyder på att det system som utvecklats i Sverige med koordinering kring patienter inom hälso- och sjukvården och samverkan med arbetslivets aktörer inte har någon direkt motsvarighet i andra länder.

Behovet av koordinerande funktioner i olika stadier av patientens process för att kunna återgå till arbete verifieras i studien, likaså att aktiviteter av olika slag ofta behöver starta i flera stadier av processen samtidigt och pågå parallellt. I tidigare beskrivna ReKoord-projektet framkom att det krävs omfattande kunskaper och personliga egenskaper för att klara ett koordinatorsarbete inom hälso- och sjukvården, vilket verifierades och förtydligades i litteraturstudien både i nationell och internationell forskningslitteratur. Den senare innehöll framförallt beskrivningar av rehabiliteringskoordinering inom arbetslivsinriktad rehabilitering och endast ett fåtal av studierna innefattade personal från hälso- och sjukvården.

## Koordinerande funktion i olika organisationer

Rehabiliteringskoordinatorer/coacher/case managers kan finnas hos flera aktörer i Sverige. RTW-koordinatorer (Return To Work) med kompetens inom arbetsmiljöfrågor kan exempelvis finnas inom företag och offentliga organisationer eller inom deras företagshälsovård, hos privata och offentliga rehabiliteringsaktörer [4].

Även inom hälso- och sjukvården kan rehabiliteringskoordinatorer finnas för andra specifika grupper, till exempel rehabilitering av äldre i samarbete med kommunen eller strokedrabbades möjligheter att återgå till arbete. Om det senare pågår ett särskilt forskningsprojekt där specialister på strokeenheter utbildas för att tydligare kunna stödja återgång i arbete efter stroke [13]. Möjligen är de rehabiliteringskoordinatorer som idag tillsätts på specialistklinikerna runt om i landet embryon till det arbetssätt som utvecklas i forskningsprojektet inom strokerehabiliteringen. Se vidare om kunskap och kompetens i kapitel 3 *Hälso- och sjukvårdens uppdrag*.

## Sjukfrånvaro och påverkande faktorer

Under senare delen av 1900-talet ökade andelen sjukskrivna kraftigt i Sverige och var högre och dessutom generellt längre än i de flesta andra länder i Europa. Fler kvinnor än män var och är fortfarande idag sjukskrivna, proportionen har under åren varit cirka 63 respektive 37 procent [14].

Efter omfattande insatser inom socialförsäkringen men också inom hälso- och sjukvården och i viss mån hos arbetsmarknadens parter liksom Arbetsförmedlingen sjönk sjukskrivningarna mellan åren 2003–2010. Proportionen mellan kvinnor och män var ändå densamma [15].

Det finns flera orsaker till att kvinnor har haft och har högre sjuktal än män sedan 1980-talet, då kvinnor i lika stor utsträckning som män deltar i arbetskraften. Några faktorer som särskilt brukar benämnas är:

- › Skillnad i sjuklighet, kvinnor är sjukare. Män söker vård i ett senare skede.
- › Könsssegregerad arbetsmarknad. Kvinnor arbetar i högre utsträckning än män inom till exempel kontaktyrken.
- › Kvinnor tar ett större ansvar för det obetalda hem- och omsorgsarbetet än män. Enligt SCB 47 minuter mer per dag, vilket under ett 40-årigt yrkesliv innebär sex år av kvinnans liv. Kvinnor tar även ut mer föräldraledighet än män, trots möjligheten att dela föräldraförsäkring funnits sedan 1974.
- › Bristande medicinsk kunskap. Kunskapen om kvinnors diagnoser, behandling och rehabilitering är mindre utforskad.
- › Omotiverade skillnader. Till exempel så beskrivs kvinnor i signifikant större utsträckning genom det antal barn de hade och hur de var i sin roll som förälder. Som ett resultat av läkares värderingar och attityder blir patienter indelade i olika kategorier av funktionsduglighet, delvis genom faktorer som denna undersökning identifierat [16].
- › Graviditetsrelaterade sjukdomar förklarar nio procent av kvinnors sjukskrivningar och förklarar en del av skillnaden mellan kvinnor och män [17].

Sjukfrånvaron skiljer sig även mellan olika sektorer (privat och offentlig). Högst sjukfrånvaro har kvinnor som arbetar i kommuner och regioner, där sjukfrånvaron låg på drygt fem procent i slutet av 2018. Skillnaderna mellan sektorerna minskar dock när hänsyn tas till arbetsplatsens personalsammansättning och storlek [18]. Sett över samtliga sektorer var andelen kvinnor som var sjukfrånvarande 4,2 procent, motsvarande andel för män var 2,7 procent.

Under senare år har också sjukskrivning till följd av psykisk ohälsa som bland annat ångest och depressioner ökat. Psykisk ohälsa är den vanligaste sjukskrivningsorsaken för både kvinnor och män. Försäkringskassans statistik om pågående sjukfall 2019 kvartal 2 visar att av de sjukskrivna kvinnorna hade cirka 53 procent en psykiatrisk diagnos, för män var det cirka 40 procent. Psykiatriska diagnoser dominerar framför allt bland sjukskrivna som är yngre än 50 år.

## Statistik om sjukfrånvaro

Flera olika mått används för att föra statistik om sjukfrånvaro och ohälsa. Försäkringskassans mäter bland annat ohälsotal, sjuktal och sjukpenningtal. Samtliga är mått på hur många dagar under en tolv månadersperiod som Försäkringskassan betalar ut ersättning vid nedsatt arbetsförmåga, i förhållande till antalet försäkrade i åldrarna 16–64 år.

- › **Ohälsotalet** baseras på antalet utbetalda nettodagar inom ersättningarna sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning.
- › **Sjuktalet** baseras på antalet utbetalda bruttodagar inom sjukpenning.
- › **Sjukpenningtalet** baseras på antalet utbetalda nettodagar inom sjukpenning och rehabiliteringspenning.
- › **Nettodagar** är dagar med partiell ersättning omräknad till hela dagar. Bruttodagar innebär att alla dagar räknas som en dag oavsett omfattning.

## Sjukfrånvaro och ohälsotal

Sedan 2018 är den totala sjukfrånvaron i Sverige låg och förväntas att fortsatt minska. Sjukfrånvaron, det vill säga ohälsotalet, har varierat över tid. Ohälsotalet ökade kraftigt runt millennieskiftet för att därefter minska under ett tiotal år. År 2014 började ohälsotalet åter att öka, men har sedan hösten 2016 minskat i samband med att antalet sjukpenningdagar slutade att öka och antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning minskade. Nedgången väntas fortsätta. I december 2018 var den totala sjukfrånvaron mätt som ohälsotal 24,7 dagar, där kvinnor hade 29,9 dagar och män 19,8 dagar.

Läs mer om aktuell statistik på Försäkringskassans webbplats, sök på *statistik om ohälsomått*.

## Sjukdom och arbetsförmåga

Två kriterier ska uppfyllas för att patienten ska ha rätt till sjukpenning, nämligen sjukdom och nedsatt arbetsförmåga. Den sjukdom som ligger till grund för sjukskrivning ska vara den som nedsätter arbetsförmågan. Patienten kan vara drabbad av olika sjukdomar, men i många fall nedsätter de inte arbetsförmågan.

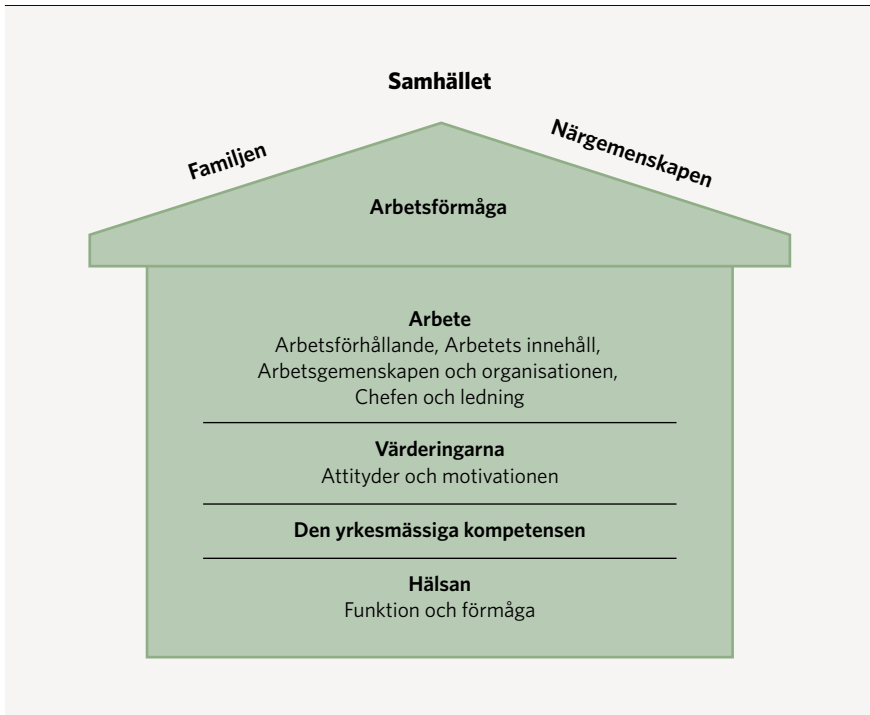
Sjukdom kan ses och bedömas olika, beroende på från vilket håll och utifrån vilken teori den betraktas. I engelskan har sjukdom eller ohälsa delats upp och beskrivs med tre olika koncept som täcker in olika aspekter av begreppet: *Illness* står för den självrapporterade sjukdomen, *disease* den medicinska vetenskapens diagnostiserade sjukdom och *sickness* den sociala sjukroll personen (som har *illness* eller *disease*) får eller tar i ett visst samhälle [19]. Inom samtliga koncept (*illness*, *disease*, *sickness*) har kvinnor en högre sjuklighet än män. Kvinnors högre sjuklighet utgörs till stor del av diagnoser som inte är direkt livshotande, som till exempel värk, depression och migrän [15], [73].

Den biomedicinska modellen betraktar sjukdom som ett ”apparatfel”. Enligt denna modell ska det finnas en klar skiljelinje mellan sjukt och friskt och mellan normalt och onormalt [20], samt objektiva påvisbara tecken på sjukdom utöver subjektiva symtom [21]. Denna modell är den som närmast beskriver vad som efterfrågas i de intyg Försäkringskassan behöver.

Ett annat sätt att betrakta sjukdom är den så kallade socialmedicinska modellen som strävar efter en helhetssyn på människan och dess upplevelse av sjukdom. I denna modell anses det viktigt att ta hänsyn till hur människans omgivande samhälle påverkar sjukdomsupplevelsen [22]. Världshälsoorganisationen (WHO) har förenat den biomedicinska modellen med den sociala och förespråkar en biopsykosocial modell. Denna återfinns i den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [23]. Se ytterligare om ICF i kapitel 5 *Verktyg och instrument*.

Definitionen av det andra kriteriet som ska uppfyllas för att få sjukpenning, nedsatt arbetsförmåga, är svårare. Många har försökt att definiera begreppet arbetsförmåga, vilket visat sig problematiskt eftersom det är ett relationellt begrepp. I nyligen utkomna riktlinjer för psykisk ohälsa på arbetsplatsen [24] beskrivs arbetsförmåga på följande sätt: ”Arbetsförmåga kopplat till sjukdom bör ses som en sammanvägd produkt av graden av sjukdomsrelaterad oförmåga, individens resurser att hantera besvären och graden av anpassning av arbetsuppgiften”. En av många tidigare definitioner kommer från Juhani Ilmarinen och medarbetare som introducerat det så kallade Arbetsförmågehuset för att tydliggöra att arbetsförmåga handlar om överensstämmelsen och balansen mellan individens olika resurser (fysiska, psykiska såväl som sociala) och arbetet [25].

FIGUR 1. Arbetsförmågehuset illustrerar de olika delarna i begreppet arbetsförmåga



Källa: Fritt från Hansen Falkdal och Stuesson, inspirerat av Ilmarinen, TYKO, Arbetsmiljöinstitutet Finland.

I arbetsförmågehuset illustreras arbetsförmåga som ett hus med fyra våningar. Arbetsförmågan påverkas av hur dessa våningar och dess innehåll upprätthålls samt stödjer varandra. Minst lika viktigt är också hur faktorer runt omkring huset stödjer dess stabilitet. Modellen visar att agerande från både individen och arbetsgivare men också från det nära sociala samhället och samhällets berörda organisationer kan ha betydelse för individens arbetsförmåga.

## Stimulansmedel utvecklar kvaliteten

Dagens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess fungerar inte optimalt när det gäller dess olika faser, åtgärder och aktörer [5]. En av dessa aktörer är hälso- och sjukvården som också är bland de första som, tillsammans med arbetsgivaren, involveras när en person upplever problem med att klara av sitt arbete. Hälso- och sjukvårdens uppdrag är att förbättra och främja patienters hälsa, där arbete och arbetsliv även ska inkluderas som en viktig del av livet för att bevara och främja hälsa.

Genom statliga stimulansmedel på sjukskrivningsområdet, den så kallade sjukskrivningsmiljarden, har regionerna sedan 2006 successivt tilldelats pengar för att utveckla sjukskrivningsprocessen för patienter inom hälso- och sjukvården. Utvecklingsvillkor för sjukskrivningsmiljarden har satts upp i överenskommelser mellan Socialdepartementet och SKR. Syftet med överenskommelserna har varit att ge regionerna ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan inom vården och i samverkan med andra aktörer, för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro. Enligt socialstyrelsen ska sjukskrivning ses som en del av vård och behandling, arbetet inom vården ska effektiviseras genom att utveckla ett mer strukturerat och metodiskt arbetssätt.

För att stimulera hälso- och sjukvårdens utbud av medicinska rehabiliteringsinsatser tecknade Socialdepartementet och SKR från 2008 en överenskommelse som gav regionerna ersättning för evidensbaserade behandlingsinsatser, den så kallade rehabiliteringsgarantin. De behandlingsmetoder som inkluderades var multimodal rehabilitering vid icke specifika rygg- och nackbesvär samt kognitiv beteendeterapi och interpersonell terapi vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Efter granskningar och utvärderingar som genomförts av rehabiliteringsgarantin dras slutsatsen att den förväntade effekten på sjukfrånvaron uteblivit. Sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin slås istället ihop till en ny överenskommelse med det gemensamma namnet *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016*. Denna överenskommelse har förlängts till och med 2020.

Regeringen och SKR bedömer det som viktigt att säkerställa att funktionen för koordinering fortsätter att utvecklas i regionerna. En ny lag har därför införts: *Lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter* trädde i kraft 1 februari 2020 [6].

Utöver sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin har även sjukförsäkringens regler ändrats och rehabiliteringskedjan har införts, vilken innebär fasta tidpunkter för bedömning av arbetsförmågan. Detta innebär bland annat att sjukvården behöver matcha med tidiga insatser och behandling inklusive medicinsk rehabilitering utifrån behov.

## Jämställd och jämlik sjukskrivning och rehabilitering

Kvinnor och män bemöts, diagnostiseras, behandlas och rehabiliteras ofta olika. Ibland ska det vara så, men många gånger finns ingen saklig grund för detta. Kön påverkar vilket bemötande och vilken vård och service patienten får. Även andra faktorer som till exempel etnicitet, socioekonomi, bostadsort och sexuell läggning spelar roll. Därför är fördjupad kunskap om jämställdhet och jämlikhet två perspektiv som utvecklar kvalitén på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och bidrar till att patienten får vård utifrån sina behov och inte utifrån omedvetna föreställningar och förutfattade meningar om kön eller ursprung. Jämställdhet är en del av jämlikhet och handlar om relationen mellan kvinnor och män. Jämställdhet innebär att kvinnor, män, flickor och pojkar har samma makt att forma samhället och sina egna liv. Det innebär en jämn fördelning av makt och resurser samt att kvinnor och män ska ha samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter. Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla. Trots detta finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället, avseende till exempel kön, etnisk tillhörighet och socioekonomi. Inom vissa grupper fortsätter skillnaderna till och med att öka, till exempel mellan lågutbildade och högutbildade kvinnor. SKR utgår från Världshälsoorganisationens (WHO) rapport *Closing the gap in a generation* och bedriver arbetet under parollen *Gör jämlikt – gör skillnad* vilket innebär att inte fokusera på lika till alla, utan på att göra skillnad, att se människors olika förutsättningar. Alla ska erbjudas generella insatser men de ska vara anpassade och utformade så att de bättre motsvarar olika människors och gruppers behov [26]. Vill du läsa mer om skillnaderna rekommenderar vi SKR:s *Öppna jämförelser: folkhälsa, hälso- och sjukvård, jämställdhet samt vården i siffror*. Hälso- och sjukvårdslagen 2§ är tydlig: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. (Hälso- och sjukvårdslagen 1997:142).” För att efterleva lagen måste vård och omsorg samt hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genomsyras av ett köns- och genusperspektiv för att kvinnor och män, flickor och pojkar, ska få en likvärdig vård, service och rehabilitering på lika villkor. Så sker inte idag. Exempel på detta är att män är nöjdare med vården än kvinnor [15], kvinnors läkarintyg håller en lägre kvalitet än mäns [27] och att kvinnor och män i viss mån erbjuds olika rehabiliteringsåtgärder och får olika beslut för liknande problem [15]. I regionernas redovisningar till Försäkringskassan framgår att män får en lägre andel behandlingar än kvinnor inom rehabiliteringsgarantin. Sedan starten av arbetet med sjukskrivningsmiljarden har det funnits ett uppdrag att förbättra jämställdheten i processen. Till en början



utifrån kvinnors ohälsa, därefter med krav på könsuppdelad statistik och ett jämställdhetsperspektiv samt att arbeta med mäns våld mot kvinnor liksom våld i nära relationer inkluderas. SKR:s genusmedicinska kunskapsöversikt visar på könsskillnader i vårdtillgång, vårdkvalitet och hälsa i Sverige [15]. Nationella register och studier visar till exempel att kvinnor har högre smärta innan de blir länderyggsopererade, män har bättre tillgång till nyare och dyrare läkemedel (vilket i sig inte behöver innebära att de är bättre), kvinnor blir underbehandlade med en rad viktiga mediciner och får i mindre utsträckning än män medicinering enligt de nationella riktlinjerna. Män får i sin tur färre höftproteser vid cervikala höftfrakturer. Det är vanligare att kvinnor drabbas av kvalitetsbrister och får fler biverkningar i samband med sin läkemedelsbehandling. Kvinnor opereras för bråck i lumsken med den manliga anatomin som utgångspunkt [15]. ”Kvinnor lever i genomsnitt längre än män, trots att mäns medellivslängd har ökat under senare år. Kortast medellivslängd har kvinnor och män med kort utbildning. Kvinnor diagnostiseras oftare än män med psykisk ohälsa, sjukdomar i rörelseorganen, kronisk smärta och benskörhet. Bland män är det vanligare med alkoholrelaterad sjukdom, hjärtinfarkt, diabetes och övervikt” [15]. Läkare sjukskriver män längre än kvinnor i läkarintyg. Hälso- och sjukvården bedömer att kvinnor har en i genomsnitt något större funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning än män [28]. Enligt öppna jämförelser folkhälsa 2019 har folkhälsan blivit bättre på en rad områden, svenskarna lever längre, det är färre som röker dagligen eller som har riskkonsumtion av alkohol. Insjuknandet och dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar fortsätter att minska och medellivslängden ökar. Variationerna är dock stora inom landet. Vi ser att klyftorna ökar mellan olika socioekonomiska grupper. Lång utbildning innebär ofta bättre hälsa. För kvinnor utan gymnasieutbildning är hälsoutvecklingen generellt sett sämre [29]. Trots förbättrad folkhälsa har sjukskrivningarna fortsatt att öka.

### **Våld skapar sjukskrivning och ohälsa**

Våld är ett växande folkhälsoproblem och 2013 konstaterade WHO att våld från en närstående är ett av de allvarligaste hoten mot kvinnors hälsa. WHO definierar olika typer av våld; självorsakat våld, mellanmänskligt våld och kollektivt våld. Våldet kan vara fysiskt, psykologiskt, sexuellt eller handla om en omsorgsvikt [30]. Socialstyrelsen har uppskattat att omkring 11 000 sjukfall per år handläggs årligen på Försäkringskassan som leder till sjukskrivning eller förtidspension i Sverige och är kopplade till mäns våld mot kvinnor [31]. Arbetet med våld i nära relationer uppmärksammas särskilt i överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKR (En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess), eftersom hälso- och sjukvården kan bidra till bättre hälsa genom att upptäcka kvinnor, män och transpersoner som utsatts för våld samt personer som utsätter andra för våld. Läs mer i kapitel 4 *Fördjupning, våld i nära relationer*.

## Hälsofrämjande förhållningssätt en framgångsfaktor

För att uppnå framgång i rehabilitering är det viktigt att vända på begreppet oförmåga till förmåga, med målsättningen att individen ska kunna stanna kvar i arbete trots upplevelse av nedsatt arbetsförmåga eller gå från sjukskrivning till arbetsliv. Det handlar om att hjälpa individen att se sina egna resurser, fokusera på förmågor och stärka dem, snarare än att helt fokusera på den upplevda oförmågan eller funktionsnedsättningen.

Ett främjande arbetssätt innebär att alltid välja bemötande och åtgärder som stärker individens förmåga att nå sina vitala mål. Det kan till exempel handla om att stödja individen i att omformulera sina mål utifrån sina förmågor och förutsättningar i arbetslivet och det sociala livet, att sätta upp realistiska mål för sin framtid och känna sig nöjd med dessa. Det är viktigt att individen får vara delaktig i sin egen rehabilitering och ta eller lära sig att ta initiativ under processens gång för att behålla sin självtillit och stärka sin förmåga [32]. Forskning visar att stöd från de professionella som personen möter under utredning, bedömning och rehabilitering samt en tillitsfull, öppen och långsiktig kontakt är mycket viktig för att känna tillit till sin egen förmåga [33]. Den sociala relation som kan uppstå mellan professionella och individ kan stärka tilltron till de egna resurserna skriver Hensing, det kan skapa motivation och hopp om att allt kan bli bättre [34]. Se vidare i kapitel 4 under *Fördjupning, Lär mer, Risk- och friskfaktorer*.

Flera studier visar att det viktigaste för en framgångsrik rehabilitering är individens egen tilltro till sin förmåga att återgå till arbete [3], [53]. Detta innebär att professionella har en mycket viktig roll i att bidra till att öka patientens tilltro till sin förmåga [35], [74].

## Försäkringsmedicin – ett uppdrag för hälso- och sjukvården

Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde som handlar om medicinska förhållandens koppling till försäkringsjuridik och försäkringsmässiga konsekvenser vid sjukdom och skada [37]. Försäkringsmedicin påverkar olika typer av försäkringar, till exempel allmänna försäkringar som regleras av staten, privata försäkringar som regleras via avtal och försäkringar som skyddar mot skadeståndsanspråk vid skada eller sjukdom.

All personal inom hälso- och sjukvården som har kontakt med patienter med försäkringsmedicinska behov behöver ha kompetens inom kunskapsområdet. Det kan också finnas behov av att samverka med externa aktörer och andra verksamheter inom hälso- och sjukvård, som till exempel arbetsgivare, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänst, för att tillgodose patientens behov.

Hälso- och sjukvårdspersonal behöver kunskap inom olika områden för att kunna möta patienter med försäkringsmedicinska behov. Förutom medicinsk kunskap behövs även försäkringsmedicinsk kompetens [36] för att säkerställa god kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Vårdgivare på övergripande nivå inom hälso- och sjukvården ansvarar för att det finns system och ledningsstrukturer för kompetensutveckling inom försäkringsmedicin och för kvalitetsuppföljning av sjukskrivningsprocessen. Varje verksamhetschef ansvarar i sin tur för att den egna personalen har den kompetens som krävs för uppdraget och för att det finns rutiner för bland annat systematiskt kvalitetsarbete.

Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF) har funnits sedan 2002 och består av Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Regioner, Socialstyrelsen, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, SBU, Arbetsförmedlingen och representant från försäkringsmedicinsk forskning (Karolinska Institutet). NFF verkar för en ökad kunskapsbyggnad inom det försäkringsmedicinska området samt för att stimulera aktörer till aktiv samverkan. År 2017 antog NFF följande definition av försäkringsmedicin:

### Definition av kunskapsområdet 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) antog i november 2017 en gemensam ny definition på försäkringsmedicin.

## Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Socialstyrelsen har tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som består av två delar: Övergripande principer för sjukskrivning samt rekommendationer vid bedömning av arbetsförmåga utifrån olika diagnoser. De ska användas som vägledning för läkare och övriga professioner berörda av sjukskrivningsprocessen, Försäkringskassan och andra aktörer i frågor som de stöter på i samband med sjukskrivningar.

Övergripande principerna har kanske inte används så flitigt som intentionerna var med dem, men de ger ett bra stöd i hur du kan tänka och diskutera omkring sjukskrivning eller inte sjukskrivning, och kan egentligen anse vara allra viktigast i försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Rekommendationerna ska vara vägledande för bedömning av arbetsförmågan, men bedömningarna måste vara individuella och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd. De bygger på kunskaper om sjukdomars naturlöpp och funktionspåverkan samt kategoriseringar av arbetets typ av belastning och krav. De är därmed tänkta att beskriva en tankekedja möjlig att applicera på den individuella situationen.

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

Beslutsstödet är inte tänkt att ersätta dialogen utan att förbättra den. En förutsättning för att detta ska uppnås är att båda parter ser på och använder stödet på ett samstämmigt sätt. Det betyder bland annat att rekommendationerna inte får uppfattas som nya styrande regler för hur sjukskrivningar ska bedömas. Varje enskilt fall ska fortfarande bedömas individuellt, detta betyder att avsteg alltid kan göras. Den eftersträlvade kvalitetshöjningen ligger i dessa fall i den motivering som läkaren då ska göra. Detta förväntas bidra till att andelen sjukskrivningar ökar som är kopplade till en medveten och uttalad behandlingsstrategi. Läs mer på Socialstyrelsens hemsida [38].

## Rehabiliteringsaktörers uppdrag och ansvar

Många aktörer finns kring en sjukskriven person och dennas rehabilitering. För att en patient ska få så god rehabilitering som möjligt är det viktigt att känna till varandras uppdrag och ansvar samt att samordning mellan aktörerna är väl utvecklat. Denna underlättar samverkan och samarbete, och kan innebära att patienten får maximalt stöd i sin rehabilitering av samtliga parter. I detta avsnitt beskrivs rehabilitering generellt samt de olika aktörernas roller, uppdrag och ansvarsområden, liksom patienten och dennas uppgifter och egenansvar. Dessutom beskrivs Samordningsförbund. Ytterligare beskrivning av de externa rehabiliteringsaktörerna finns i kapitel 4 *Fördjupning*.

### Patienten

Patienten ansvarar för att lämna uppgifter, informera om arbetets krav, delta i planeringen och aktivt medverka i sin rehabilitering samt hålla kontakt med arbetsplatsen.

Patienten ska uppge korrekta uppgifter om inkomst till Försäkringskassan inklusive eventuella förändringar under sjukperioden.

Patienten ska i god tid ta kontakt med sin läkare om behov finns av förändring eller förlängning av sjukskrivningen. Det går bra att gå tillbaka i arbete innan sjukskrivningen går ut, men det får inte påverka läkningen eller rehabiliteringen negativt.

Patienten kan och bör själv vara uppmärksam på vad som skrivs i hns journal och läkarintyg för att undvika problem med behandling, rehabilitering och eventuell sjukskrivning. Läkaren ska ha skrivit in diagnos samt vilka problem som den och hälsotillståndet innebär för patienten. Läkaren avgör hur det medicinska innehållet redovisas och tolkar sina egna undersökningsresultat. Patienten kan ha synpunkter på hur problemen i aktivitet presenteras eftersom de ska överensstämja med vad hen beskrivit för läkaren. En felaktig presentation kan leda till att patienten inte får de insatser i form av rehabilitering, stöd och eventuell sjukskrivning som hen har behov av.

Försäkringskassan har mer information på sin webbplats. Sök på: *dina rättigheter och skyldigheter*.

## **Arbetsgivaren och dess företagshälsovård**

Arbetsgivaren ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som syftar till att den anställda ska återfå arbetsförmågan till sitt arbete. Ansvaret regleras i arbetsmiljölagen (AML), socialförsäkringsbalken (SFB) och även till viss del i lagen om anställningsskydd (LAS). Arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.

Det finns ett samband mellan olika fysiska och psykosociala faktorer i arbetsmiljön, anställdas hälsa och produktionsbortfall. Att förebygga sjukdom och rehabilitera den som drabbats behöver ske i varje verksamhet. För att det ska vara möjligt krävs en kompetent arbetsledning, som har god kunskap och bra förutsättningar för att genomföra uppdraget, aktiva och uppmärksamma skyddsombud tillika medarbetare samt en företagshälsovård (Arbetsmiljöverket). Företagshälsovård kan antingen köpas in eller finnas som en egen enhet inom företaget. Det finns omkring 150 företagshälsovård runt om i landet och ungefär 60 procent av alla sysselsatta i Sverige uppger att de har tillgång till företagshälsovård.

Enligt Arbetsmiljöverkets beskrivning av företagshälsovård bidrar de olika yrkesgrupperna inom företagshälsovården genom sitt arbete till att upptäcka, förebygga och minimera arbetsmiljörisker. Deras insatser ingår som en viktig del i företagets/organisationens arbete med arbetsanpassning och rehabilitering. Det rekommenderas att företagshälsovården fungerar som en sammanhållen resurs och att den anlitas löpande istället för till enstaka tjänster. Genom det kan kvaliteten på arbetsmiljöarbetet säkras över tid, vilket ökar möjligheterna att upptäcka tidiga hälsorisker. Till företagshälsovårdens uppgifter hör att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Detta kräver många olika kompetenser.

## **Arbetsförmedlingen**

Arbetsförmedlingens uppdrag är att bidra till en väl fungerande arbetsmarknad, att fler människor har ett arbete att gå till och att arbetsgivare får den kompetens som de efterfrågar. Arbetsförmedlingen ska prioritera de som står längst från arbetsmarknaden.

Arbetslivsinriktad rehabilitering är insatser som Arbetsförmedlingen kan erbjuda i syfte att ta till vara och utveckla den arbetssökandes resurser och kompetens. Det kan vara vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser för att underlätta för arbetssökande att finna, få, behålla eller återgå till en anställning. En del personer har svårigheter med att delta i aktiviteter vid Arbetsförmedlingen på grund av ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. Dessa kan ibland behöva stöd av hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter för att komma vidare i sin rehabilitering och återgå till arbete. Personer som kan styrka att de har en funktions-

nedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga kan genom Arbetsförmedlingen få tillgång till särskilda insatser för att utveckla eller kompensera en nedsatt arbetsförmåga. Dessa insatser kan till exempel vara arbetshjälpmedel, stöd till personligt biträde och anställning med lönebidrag. Syftet är att utveckla eller kompensera en nedsatt arbetsförmåga.

På Arbetsförmedlingen arbetar arbetsförmedlare med kompetens inom arbetslivsinriktad rehabilitering, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, audionomer, dövkonsulenter, psykologer, socialkonsulenter samt synspecialister. Tillsammans med den kompetens som vårdgivare ger kan vi underlätta för arbetssökande och arbetsgivare. Insatserna är både på individnivå och på gruppnivå utifrån behov. På individnivå kan exempelvis en insats vara att tydliggöra arbetssökandes arbetsförutsättningar inför deras yrkesval och att kontakta lämplig arbetsgivare och arbetsplats. Det kan också vara en riktad insats till en enskild arbetsgivare eller ett arbetslag. Då kan det handla om information och rådgivning vid anställning av en person med särskilda behov och vid behov av anpassning av en arbetssituation. På gruppnivå kan det handla om karriär- och yrkesvägledning för arbetssökande som av olika anledningar är osäkra på sina framtida yrkes- och studieval.

Under 2019 påbörjades en reformering av Arbetsförmedlingen. Reformeringen av Arbetsförmedlingen sker successivt för att det ska finnas en fungerande verksamhet för arbetssökande och arbetsgivare i hela landet.

### **Försäkringskassan**

Ett viktigt uppdrag som Försäkringskassan har är att samordna aktuella rehabaktörer så att den patienten så snabbt som möjligt kan komma tillbaka till arbetslivet. Det sker i kontakter mellan patienten, arbetsgivare, hälso- och sjukvården, kommunens socialtjänst och vid behov Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan har däremot inget eget rehabiliteringsansvar.

För att hälso- och sjukvården ska kunna utgöra ett stöd för patienten är det angeläget att förstå Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen. Myndigheten ansvarar för att bedöma arbetsförmågan, besluta om rätten till sjukpenning, klargöra patientens behov av rehabilitering (utifrån underlag från bland annat patienten och hälso- och sjukvården), planera, samordna och verka för att åtgärderna genomförs samt vid behov kalla till avstämningsmöte.

## Kommunens socialtjänst

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Genom socialtjänstlagen regleras kommunens ansvar för bland annat äldre människor, personer med funktionshinder, barn och unga samt personer med missbruksproblem. Socialtjänsten ansvarar för den enskildas sociala rehabilitering i enlighet med socialtjänstlagen. Med social rehabilitering avses råd, stöd, service och sysselsättning [39].

## Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har förutom sitt ansvar för medicinsk utredning, diagnostik, behandling och medicinsk rehabilitering, skyldighet att utfärda intyg om vården (status och given behandling).

Läkaren är den som underställd vårdenhetens chef ansvarar för den medicinska vården och rehabiliteringen för sina patienter, remitterar, initierar och följer upp utredningar och behandlingar. Utöver läkaren finns ett flertal andra professioner inom hälso- och sjukvården som arbetar under eget ansvar med personer som har problem med att klara arbetslivet på grund av sjukdom eller upplevda symtom. Utöver den medicinska behandlingen och rehabiliteringen kan många patienter också behöva kompletterande insatser av social och arbetslivsinriktad art, inom hälso- och sjukvården till viss del, men framför allt hos övriga rehabiliteringsaktörer i samhället.

Rehabiliteringskoordinatorn är en central funktion inom hälso- och sjukvården när det gäller stöd till och samarbete för patienten. Uppdraget är framför allt lokaliserat inom den egna vårdenheten men innefattar också samarbete med andra vårdenheter och med övriga rehabiliteringsaktörer för patienten. Hälso- och sjukvården har också fått utökat uppdrag till följd av senare överenskommelser mellan Socialdepartementet och SKR vilket innebär att ha kontakt och samverka med arbetsgivare i samband med att patienten är sjukskriven. Behovet av samverkan med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen framgår också i lagen om koordineringsinsatser. Uppdraget är att vara vårdens förlängda arm gentemot arbetsgivare men inte ”ta över” arbetsgivares och dess företagshälsovårds ansvar och uppdrag. Vårdens koordinator ska samverka med arbetsgivaren. Arbetsgivaren avgör om samverkan ska ske med företagshälsovården och/eller med personalavdelningen alternativt chefen med patientens tillika arbetstagens bästa för ögonen. Om till exempel ett arbetsplatsbesök genomförs tillsammans med patienten är det för att klarlägga för vårdenhetens medarbetare vad arbetet innebär, samt att förtydliga för arbetsgivaren vad ohälsan innebär för patientens aktivitetsförmåga. Mer information om hälso- och sjukvårdens uppdrag i kapitel 3 *Hälso- och sjukvårdens uppdrag*.



## Samordningsförbund

Den 1 januari 2004 trädde lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser i kraft, i dagligt tal Finsam. Lagen gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och region att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett samordningsförbund som själva beslutar om hur samarbetet ska utformas utifrån lokala förutsättningar och behov. Genom samverkan i ett samordningsförbund kan parterna utveckla det gemensamma ansvarstagandet och därmed välfärds- och rehabiliteringsarbetet.

Ett 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. Samordningsförbundens uppgift är i första hand att verka för att medborgare som står längst ifrån arbetslivet ska få stöd och rehabilitering som ger dem möjlighet att försörja sig själva. På individnivå verkar samordningsförbundet genom att finansiera insatser som bedrivs av de samverkande parterna. Insatserna syftar ofta till att samlokalisera, utveckla gemensamma metoder och individanpassa insatser för att nå en ökad effektivitet. Samordningsförbunden stödjer också aktivt aktiviteter som syftar till att få samarbetet mellan parterna att fungera mer effektivt [39].

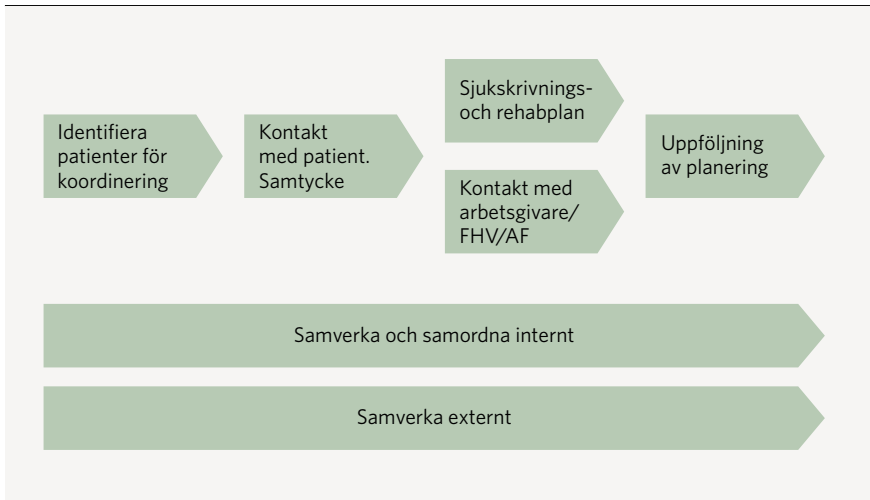


## Koordinering i praktiken

*I det här kapitlet får du en beskrivning av vad som ingår i koordineringsuppdraget inom hälso- och sjukvården och hur det kan utföras. Det beskrivs på varje punkt i uppdraget vad koordinatoren kan göra. Uppdragsbeskrivningen är en lista över alla förekommande uppdrag. Beskrivningen har uppdateras utifrån ny lag om koordineringsinsatser som trätt i kraft 1 februari 2020. Omfattningen och vad som är genomförbart beror på hur mycket tid som avsätts för uppdraget, vilka förutsättningar som finns samt inom vilket område du arbetar. Använd kapitlet som inspiration. Samtala med verksamhetschefen om hur uppdraget ska utformas. Som komplement till detta kapitel finns ett avsnitt på Vårdhandboken om rehabiliteringskoordinering. Mer information finns på webbplats Vårdhandboken.se. Sök på: koordinering vid sjukskrivning och rehabilitering.*

Det finns många flödesscheman som är gjorda för det praktiska arbetet med koordinering runt om i landet. De kan vara konstruerade utifrån patientens flöde genom verksamheten, koordinators flöde i arbetet, eller utifrån flödet i sjukskrivningsprocessen på en vårdenhets. Detta är ett exempel som visar arbetet med sjukskrivningsprocessen på en vårdenhets, specifikt rehabiliteringskoordinators arbete.

FIGUR 2. Rehabiliteringskoordineringens tre huvudområden



SKR har tagit fram en webbutbildning – Rehabiliteringskoordinering. Den riktar sig främst till nya rehabiliteringskoordinatorer och till verksamhetschefer. Utbildningen är indelad i sex kapitel som bland annat går igenom rehabiliteringskoordinatorns uppdrag, ansvarsområden och samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Du kan med fördel gå utbildningen samtidigt som du läser denna metodbok. Mer information på SKR:s webbplats. Sök på: *utbildningsmaterial och stöd*.

I rutan nedan tas de arbetsuppgifter upp som kan finnas i ditt uppdrag – ”bruttolistan”. En mer detaljerad beskrivning finns sedan under respektive bokstav efter rutan.

Uppdraget innefattar tre huvudområden: *Samverka och samordna internt*, *Individuellt anpassat stöd till patienter* samt *Samverka externt*.

TABELL 1. Rehabiliteringskoordinators uppdrag

<b>Samverka och samordna internt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Stödja verksamhetschefen med att ta fram, implementera och följa upp rutiner för sjukskrivningsprocessen. Mandat och stöd måste i sin tur ges av verksamhetschefen.* Tillsammans med verksamhetschefen kartlägga behov inom den specifika vårdenheten och vilka förutsättningar som finns. Samordna och utveckla arbetssätt inom hälso- och sjukvården, till exempel utveckling av teamsamverkan.</li> <li>B. Koordinera och utveckla det interna arbetet inom sjukskrivningsprocessen, såväl inom vårdenheten som genom samverkan med andra vård- och rehabiliteringsenheter.</li> <li>C. Verka för en jämställd sjukskrivningsprocess och vara uppmärksam på våld i nära relationer.</li> <li>D. Stödja verksamhetschefen med att följa, redovisa och analysera könsuppdelad sjukskrivningsstatistik på enhetsnivå.</li> <li>E. Bidra till att uppmärksamma tidiga signaler och riskfaktorer för lång sjukskrivning samt i ett tidigt skede identifiera sjukskrivna patienter som har behov av koordinerande insatser.</li> <li>F. Vara uppdaterad inom försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relationer samt arbetsrättens betydelse. Sprida kunskap och vara rådgivare på vårdenheten. Delta i lokala och länsgemensamma nätverksträffar och utbildningar för rehabiliteringskoordinatorer.</li> </ul>
<b>Individuellt anpassat stöd till patienter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>G. Kartlägga patientens rehabiliteringsbehov om det krävs för att vården ska bli mer effektiv.</li> <li>H. Föra dialog med patient, sjukskrivande läkare, arbetsgivare, vid behov Arbetsförmedlingen/socialtjänst samt övriga teamet för att bidra till att en plan för återgång i arbete upprättas, dokumenteras och hålls aktuell.</li> <li>I. Vara kontaktperson/individuellt stöd till sjukskrivna patienter om ingen annan medarbetare naturligt har den uppgiften.</li> <li>J. Stödja patienten i kontakten med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering i de fall det är lämpligt och patienten gett sitt samtycke.</li> </ul>
<b>Samverka externt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>K. Vara en samarbetspartner och kontaktperson för externa aktörer såsom arbetsgivare/företagshälsa, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunens socialtjänst med flera. Koordinatören bidrar till utveckling inom denna samverkan.</li> </ul>

\* Socialstyrelsen, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

## A. Stödja verksamhetschefen att ta fram rutiner

*Stödja verksamhetschefen med att ta fram, implementera och följa upp rutiner för sjukskrivningsprocessen. Mandat och stöd måste i sin tur ges av verksamhetschefen [5]. Tillsammans med verksamhetschefen kartlägga behov inom den specifika vårdenheten och vilka förutsättningar som finns där. Samordna och utveckla arbetssätt inom hälso- och sjukvården, till exempel utveckling av team-samverkan.*

Kompetens- och verksamhetsutveckling såsom utveckling av interna rutiner, information om förändringar inom det försäkringsmedicinska området, statistikhantering ingår i regionernas övergripande ansvar för verksamheten och en god hälso- och sjukvård. Det är därför inte reglerat i lagen om koordineringsinsatser, hur det arbetet ska organiseras. Det bör ingå i funktionens ansvar att stödja chefen i denna kompetens- och verksamhetsutveckling.

Arbetet med ledningssystem är ett långsiktigt, målmedvetet och systematiskt arbetssätt med målsättningen till ständiga förbättringar i verksamheten. Mål och mått gör det möjligt att följa upp arbetet och rutiner säkerställer kvalitet för samtliga. Ett ledningssystem är det formaliserade och beslutade systemet som ska användas för att göra en verksamhet effektivare med avseende på att nå uppställda mål. Mycket enkelt uttryckt innebär arbetet med ledningssystemet ett långsiktigt, målmedvetet och systematiskt arbetssätt med siktet inställt på ständiga förbättringar i verksamheten.

Ta reda på hur enheten arbetar med kvalitetsutveckling och hur sjukskrivnings- och rehabiliteringsarbetet blir en naturlig del i det utvecklingsarbetet samt knyter an till vårdenhetens övergripande ledningssystem och kvalitetssäkring.

Koordinatorn kan stödja verksamhetschefen vid framtagande, implementering och uppföljning av mål och rutiner för en kvalitetssäkrad jämställd sjukskrivningsprocess.

För att säkra jämställdhetsperspektivet i processen krävs att resultat följs upp könsuppdelat, att ledningssystemet är uppdaterat enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer [29]. Den handlar om personer utsatta för våld och barn som bevittnat våld, något som kan upptäckas hos personer som är sjukskrivna. Fråga gärna på vilket sätt processen är jämställdhetsssäkrad och vilka rutinerna är när det gäller våld i nära relationer.

På vårdcentralen/kliniken bör riktlinjer eller lokala rutiner utarbetas så att all personal har samma praxis kring sjukskrivningsfrågor. Personalen ska ges den kunskap och utbildning som krävs för ett gott arbete med dessa frågor. I oklara eller svårbedömda fall eller vid risk för långvarig sjukskrivning bör diskussion föras med kollegor och i tvärprofessionella vårdteam. Bedömning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning kan med fördel göras inom teamen där fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska, kurator och psykolog kan bistå med värdefull kunskap [40], [41]. Det är dock läkaren som har ansvaret för det medicinska underlaget för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom.

Det är viktigt att du får det mandat och stöd från verksamhetschefen som krävs för att du ska kunna arbeta stödjande i sjukskrivnings- och rehabprocessen. Det förutsätter en kartläggning av sjukfallen tillsammans med verksamhetschefen till exempel på hur många sjukfall för kvinnor respektive män som finns, hur de socioekonomiska förhållandena ser ut samt diagnoser, sjukskrivningsgrad och längd. Använd intygsstatistik och Rehabstöd för att kartlägga och se om det finns några omotiverade skillnader, och för att se hur arbetet kan läggas upp/alternativt hur åtgärder kan utföras. I intygsstatistik från Inera kan du till exempel se hur många sjukfall per tusen listade som finns vid respektive vårdenheter. Detta gör det möjligt att jämföra med andra enheter. Se vidare under uppdrag *D. Följ statistik*. Kontakta din processledning, det finns oftast en eller flera personer som arbetar centralt på regionen om du behöver hjälp med att ta fram statistik från intygsstatistiken.

För att du som rehabiliteringskoordinator ska kunna läsa journaler, ta fram statistik från Rehabstöd och intygsstatistiken (dessa två tjänster kräver att du har fått behörighet) med mera krävs att du har fått ett kvalitetssäkringsuppdrag av verksamhetschefen. Uppdraget ska dokumenteras av verksamhetschefen samt diarieföras enligt verksamhetens vanliga rutiner. Patienten har rätt att få veta vem som har läst ens journal och tagit del av sjukskrivningsdata, och det är viktigt att kunna härleda loggen (den elektroniska åtkomsten) till ett diariefört kvalitetssäkringsuppdrag [42]. Ett förslag på formulering av uppdrag – kvalitetsuppföljning har tagits fram av Västra Götalandsregionen, se exempel i Vårdhandboken.se.

De behov i befolkningsunderlaget, ambitionsnivån och de förutsättningar, bland annat personalsituationen, som finns vid vårdenheten avgör hur mycket tid som ska avsättas för koordineringsarbetet. Fördela gärna arbetsuppgifter så att till exempel vårdadministratör tar fram och förbereder sjukskrivningsstatistik och bokar avstämningsmöten. Då frigörs tid för själva koordineringsarbetet med patienten.

## B. Koordinera och utveckla det interna arbetet

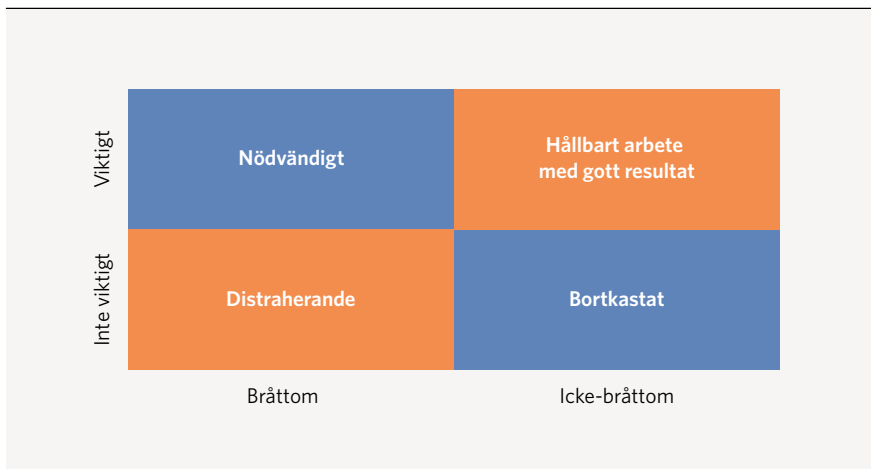
*Koordinera och utveckla det interna arbetet inom sjukskrivningsprocessen, såväl inom vårdenheten som genom samverkan med andra vård- och rehabiliteringsenheter.*

Du ska i huvudsak arbeta inom din vårdenhet, vårdcentral alternativt sjukhusklinik, men också främja arbetet med att bygga upp kontaktvägar och samarbete med andra vårdenheter. Som koordinator ska du samordna arbetet inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på din vårdenhet, vara ”spindeln i nätet”. Utifrån det uppdrag du fått, bör du organisera och strukturera arbetet inom försäkringsmedicinska området helst tillsammans med en läkare med fördjupad kunskap inom området. Du bör också prioritera och avsätta tid för ditt eget arbete med rehabkoordinering.

Det kan vara svårt att prioritera. Det finns risk att sist inkomna ärende är det som känns mest akut eller finns närmast i minnet, men det finns många ärenden som väntar på snabba åtgärder. En utmaning är att kunna ha ”många bollar i luften”. Känns det övermäktigt är det läge att diskutera med chefen och lägga upp en prioriteringsordning som är möjlig att hantera. Arbetsuppgifterna kan vara omfattande och kräver stort mått av flexibilitet, tålamod och ödmjukhet.

Ett hjälpmedel för att prioritera dina arbetsuppgifter kan vara att använda den så kallade Prioritfältaren. Arbetet blir hållbart och ger gott resultat om du arbetar med det som inte är bråttom men viktigt. Prioritfältaren hjälper dig att plocka bort uppgifter som är oviktiga men som kan verka viktiga för att det är bråttom. Ofta hamnar uppdrag i fältet nödvändigt. Rensa bort saker som inte-viktiga och bråttom och sådant som är icke-bråttom och icke-viktigt.

FIGUR 3. Använd Prioritfältaren för att prioritera i arbetet





När du börjar som ny rehabiliteringskoordinator kan det vara lämpligt att prioritera och börja med de nya sjukfallen. Vilka sjukfall ska prioriteras och jobba fördjupat med? Vilka patienter riskerar att få svårigheter att återgå i arbete? Det som främst påverkar är patientens egen tilltro till sin förmåga att återgå i arbete. Andra faktorer som kan påverka är om det finns tidigare sjukskrivningsperioder, diagnos, ålder och kön. Ställ frågor om patientens egen tilltro till återgång i arbete (se exempel på frågor på [Vårdhandboken.se](http://Vardhandboken.se)) och uppmärksamma följande punkter:

- ‡ Psykisk ohälsa
- ‡ Icke specifik smärta
- ‡ Andra komplexa tillstånd
- ‡ Tidigare sjukskrivningsperioder
- ‡ Kön och ålder
- ‡ Har patienten medverkat i andra utredningar som kan vara till hjälp i bedömningen av funktion och aktivitet?

Flera vårdcentraler har fasta tider och rutiner där rehabiliteringskoordinatören träffar varje läkare regelbundet och går igenom dennas aktuella sjukskrivningar. En lista med sjukskrivna patienter kan tas fram via Rehabstöd, se uppdraget under *D. Följ statistik*. Vid dessa träffar är det lämpligt att följa upp om det finns en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan upprättad och dokumenterad. Du ska också samarbeta med rehabiliteringsteamet. Om rehabiliteringsteam inte finns på din enhet, bidra till att utveckla ett. Du kan eventuellt också leda teamets arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Listan från Rehabstöd med sjukskrivna patienter, kan också användas för verksamhetsplanering. Det går till exempel filtrera listan efter slutdatum på läkarintyget och på så sätt få fram vilka sjukskrivningar som löper ut under semester/julledighet. Det går då att boka in aktuella patienter som är i behov av uppföljning innan dessa ledigheter.

Listan kan även användas för att ta fram underlag när någon läkare slutar för att se vilka patienter som behöver få en ny sjukskrivande läkare.

Du ska också vid behov samarbeta med koordinatörer inom andra vårdnivåer, särskilt när det gäller patienter med komplicerade sjukdomstillstånd och sjukskrivningar. När patienter övergår till en annan vårdnivå eller är föremål för vård på flera kliniker och i primärvård finns behov av ett överlämnande eller samarbete mellan koordinatörerna. Det bör inom respektive region finnas en uppdaterad lista eller webbsida med rehabiliteringskoordinatorernas kontaktuppgifter för att ni enkelt ska kunna få kontakt med varandra. Finns inte det så vänd dig till regionens processledning för hjälp med en sådan lista.

Stöd för att hantera den samordnande rollen bör, som tidigare nämnts, komma från din chef men viktigt är också att det finns en central processledning till stöd för dig och din chef. Ett stödjande team är också mycket väsentligt för dig i din roll.

På kliniker kanske personalen inte alltid kan arbeta i hela team på samma sätt som på en vårdcentral. En idé kan vara att det av chefen utses en grupp som kan fungera som ett stödteam tillsammans med koordinatoren i sjukskrivnings och rehabiliteringsarbetet. Det kan till exempel vara en läkare, sjuksköterska, och vårdadministratör samt eventuella ytterligare profession beroende på behov som har eller får extra kunskap om sjukskrivning och rehabilitering.

### **Samarbete med läkarna**

Skapa en rutin och boka tid kontinuerligt med varje läkare som sjukskriver, förslagsvis 30 minuter eller mer, 1–2 gånger per månad. Använd Rehabstöd för att ta fram listor med sjukskrivna, fördelat på respektive läkare. Mellan dessa möten kan ni ha kontakt via den meddelandefunktion som finns i journalsystemet. Ärenden lyfts för planering av aktiv utredning och rehabilitering. Detta för att hitta tidiga signaler för långvarig sjukskrivning. Diskutera gärna möjligheten till flerpartsmöte mellan patient, arbetsgivare/Arbetsförmedlingen, läkare och/eller koordinator. Säkerställ också att en sjukskrivnings- och rehabplan dokumenteras i journalen.

Medverka på läkarmöten i syfte att tillsammans med chefen gå igenom konsuppladad statistik, kompletteringar samt rutiner inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Region Stockholm har tagit fram en webbutbildning i försäkringsmedicin *Din hjälp i konsten att sjukskriva*. Den hittas genom att söka på lärtorget och välja publika kurser. Kursen är en bra grund för alla professioner som jobbar med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Under rubriken Din hjälp finns förslag på hur läkarintyget för sjukskrivning kan formuleras i valda delar. Under rubriken dokument ligger *Bipacksedel för sjukskrivning*, en information som handlar om vilka effekter sjukskrivning kan ha, som inte är gynnsamma för återhämtning. Där finns också en beskrivning av försäkringsmedicin, generella rekommendationer. Sidan innehåller rekommendationer gällande försäkringsmedicinska bedömningar och intyganden och är framtaget av Region Stockholms dåvarande Försäkringsmedicinska kommitté.

SKR har tagit fram två webbutbildningar inom klinisk försäkringsmedicin. Den ena är för målgruppen ST-läkare och den andra är för målgruppen AT-läkare och andra hälsoprofessioner som arbetar inom det försäkringsmedicinska området. Grundutbildningen samt berörda fördjupningsdelar är lämpligt att du som rehabiliteringskoordinator tar del av.

## Att utfärda intyg och utlåtande

Hälso- och sjukvården utfärdar många olika typer av medicinska underlag. Med intyg avses ett dokument som redogör för sakuppgifter, och begreppet utlåtande används när det handlar om bedömningar i något avseende.

Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården beskriver ramarna för hälso- och sjukvårdens för arbete med intyg. Skyldigheten att utfärda intyg och utlåtande är inte beroende av patientens samtycke.

Idag kan läkarintyg för sjukskrivning utfärdas och skickas elektroniskt från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan. Ett nationellt utvecklingsarbete pågår för att utveckla intygen och andra tillhörande tjänster, till exempel intygsstatistik och Rehabstöd, att införa flera intygstyper samt möjliggöra för fler mottagare. Det är Inera AB som håller i ett antal intygstjänster för hälso- och sjukvården och invånaren. Patienten som äger intyget kan logga in via 1177 Vårdguiden och själv skicka sitt intyg till Försäkringskassan, tillsammans med ansökan om sjukpenning.

I och med att intygen samlas i intygstjänster blir det möjligt att se och ta ut statistik som bygger på uppgifter i intygen. Läs mer under *D. Följ statistik*.

## Läkarintyg till arbetssökande

Arbetsökande som deltar i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd, utvecklings- eller etableringsersättning och blir sjuka kan inte få sjukpenning, däremot kan man ha rätt att behålla sin ersättning från Arbetsförmedlingen vid en eventuell sjukfrånvaro. Patienten måste själv sjukanmäla sig till Arbetsförmedlingen dag 1. Från dag 8 behöver Arbetsförmedlingens läkarintyg lämnas till Arbetsförmedlingen. Arbetssökande som inte deltar i program kan få sjukpenning från dag 2 efter Försäkringskassans bedömning. Patienten måste själv sjukanmäla sig till Försäkringskassan dag 1 och göra en ansökan om sjukpenning. Från dag 8 måste läkarintyg lämnas till Försäkringskassan. Det gäller exempelvis den som är arbetsökande, den som är ledig med föräldrapenning och i många fall egenföretagare.

## Läkarintyg till arbetsgivare

Arbetsgivaren har behov av ett läkarintyg som stämmer överens med arbetsgivarnas ansvar och rådande regelverk. Under sjuklöneperioden (dag 1–14) är det arbetsgivaren som bedömer om arbetstagaren dels har rätt vara frånvarande på grund av sjukdom, dels har rätt till sjuklön.

Arbetsgivaren behöver även information om på vilket sätt arbetsförmågan är nedsatt för att eventuellt kunna anpassa arbetsuppgifterna. För att kunna göra dessa bedömningar behöver arbetsgivaren medicinsk information och det är arbetsgivaren som bedömer om informationen i läkarintyget är tillräcklig.

Arbetsgivaren har ett långtgående ansvar för den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Denna skyldighet är reglerad i socialförsäkringsbalken, arbetsmiljölagen och i Arbetsdomstolens praxis.

Med hänsyn till arbetsgivaren ansvar har SKR i samarbete med de andra större arbetsgivarorganisationerna tagit fram ett läkarintyg som är avsett att användas när individen behöver ett läkarintyg tidigt, inom sjuklöneperioden (dag 1–14 i sjukperioden), för att lämna till sin arbetsgivare.

SKR har även tagit fram en arbetsgivarversion av Försäkringskassans läkarintyg för sjukpenning som kan användas från och med dag 15 i sjukperioden, vissa fall även tidigare. Båda intygen finns tillgängliga i intygsapplikationen Webcert. De finns även i PDF-format och kan laddas ner från skr.se.

Mer information finns på skr.se.

### **Vad ska ett läkarintyg för sjukskrivning innehålla?**

Det som ska beskrivas på läkarintyget är vilken diagnos patienten har samt vilken funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning det medför. Det ska också anges på vilket sätt aktivitetsbegränsningen sätter ner patientens arbetsförmåga.

Ett dokument om vad ett läkarintyg ska innehålla har tagits fram av Försäkringskassan i samverkan med SKR, Socialstyrelsen, Sveriges läkarförbund, Distriktsläkarföreningen och Region Stockholm samt Västra Götalandsregionen. Innehållet ska ge stöd åt ansvarig läkare vid utfärdande av läkarintyg. Läs dokumentet på Vårdhandboken.se.

Det finns ett ifyllnadsstöd för läkarintyget i Webcert. Stödet är ett användarstöd för hjälp med bedömning och ifyllnad när ett intyg ska utfärdas i Webcert. Målet är att underlätta för läkare att fylla i information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning för de diagnoser som anges i intyget. Läkaren får hjälp att skilja mellan vilken information som avses med funktionsnedsättning respektive aktivitetsbegränsning.

Ifyllnadsstödet är baserat på Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) som förvaltas av Socialstyrelsen och är en svensk översättning av International Classification of Functioning, Disability and Health som ges ut av Världshälsoorganisationen (WHO). Stödet ska ge läkarna möjlighet att använda ICF-kategorier för att ange en del av informationen – som efterfrågas i dessa fält – i strukturerad form. Det finns ICF-urval för alla diagnoser som finns i försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

ICF-stödet aktiveras genom att mata in en diagnoskod i intyget. Om det finns framtagna ICF-urval för den angivna diagnosen så kommer de att göras tillgängliga vid fälten funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

Region Jönköpings län har tagit fram ett ifyllnadsstöd till läkarintyget för sjukskrivning. Ifyllnadsstödet fungerar som stöd vid sjukskrivning i primärvård och specialiserad vård. Mer information på Region Jönköpings läns webbplats ”Folkhälsa och sjukvård”, sök på: *ifyllnadsstöd för läkarintyg vid sjukskrivning*.

Enligt patientlagen och patientdatalagen är läkaren skyldig att utfärda ett intyg om vården och behandlingen om patienten begär det. Intyget ska innehålla de uppgifter om undersökningen, vården och behandlingen som behövs för det ändamål intyget ska användas. Det framgår av förarbetena till patientdatalagen. Däremot behöver läkaren inte utfärda läkarintyg för sjukskrivning när en patient ber om det och läkaren inte anser att sjukskrivning är en passande åtgärd. Det är läkarens bedömning som ligger till grund för ett sådant intyg.

Hälso- och sjukvården är skyldig att på begäran av Försäkringskassan lämna ut de uppgifter och handlingar om en patient som Försäkringskassan behöver för att handlägga patientens sjukpenningärendet. Skyldigheten är inte beroende av patientens samtycke. Se även uppdraget under *K. Hur kan vi samarbeta – sekretess*.

## DFA-kedjan

DFA är förkortning av diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

Den så kallade DFA-kedjan består av:

- › **Diagnos**, avser den eller de diagnoser som orsakar nedsättning av funktion.
- › **Funktionsnedsättning** avser vilken funktion som är nedsatt av sjukdomen eller skadan och vilka observationer som gjorts.
- › **Aktivitetsbegränsning** avser diagnosens och funktionsnedsättningens konsekvenser.

För Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågans nedsättning är den centrala informationen i ett läkarintyg de funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som leder till arbetsoförmåga. Aktivitetsbegränsningen ska beskrivas så att det förstås att den är en följd av angiven diagnos, observationer vid undersökningen (status) och beskriven funktionsnedsättning. Kedjan ska hänga ihop, orsakssambandet ska vara rimligt.

Det är också möjligt att vända på DFA-kedjan omvänt till AFD, för att lättare förstå innehållet, det kan ske exempelvis enligt följande:

- › **Aktivitetsbegränsning**: Vad är det patienten inte klarar på sitt arbete? Hen klarar till exempel inte av att sitta mer än fem minuter, böja sig framåt, lyfta tungt etcetra.
- › **Funktionsnedsättning**: Vad beror det på? Exempelvis ländryggssmärta som ökar och strålar ut i benet.
- › **Diagnos**: Lumbago med ischias.

## Läkarutlåtande och medicinskt underlag

En patient behöver ett läkarutlåtande för olika ändamål, till exempel i sin ansökan om aktivitetsersättning eller sjukersättning. Detsamma gäller även till Försäkringskassan i samband med ansökan om assistansersättning, bistånd, handikappersättning och vårdbidrag. Ett läkarutlåtande kan begäras av patienten eller Försäkringskassan.

Förfrågan om utlåtande kan även komma från Arbetsförmedlingen och socialtjänsten. Arbetsförmedlingen kan efterfråga medicinskt utlåtande när till exempel den arbetssökande har angett sjukdom eller funktionsnedsättning som hinder för att delta i sitt arbetsutbud eller när Arbetsförmedlingen ska styrka ett medicinskt tillstånd, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning inför beslut om särskilda insatser.

Socialtjänsten kan efterfråga ett medicinskt underlag när patienten inte klarar av att utföra aktiviteter som de föreslår, dels för att få veta vad som kan vara lämpligt och möjligt för patienten att utföra. Arbetsförmedlingen efterfrågar istället ett medicinskt utlåtande som även kan utfärdas av annan legitimerad yrkesgrupp än läkare.

Arbetsförmedlingen och socialtjänst har inget lagstöd att begära medicinskt utlåtande eller läkarutlåtande från hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården utfärdar dessa utlåtanden i mån av möjlighet och tid. För patientens bästa ska naturligtvis myndigheterna samarbeta.

Hos Försäkringskassan har det pågått ett kvalitetsutvecklingsarbete för medicinska utlåtanden som bland annat innebär att dessa digitaliseras. Nya frågeställningar, ny struktur och hjälptexter har arbetats fram för att få bättre kvalitet i de medicinska underlagen. Några av dessa har digitaliserats. Frågorna har också, så långt som möjligt ensats med andra förmåner inom Försäkringskassan för att använda ett likformigt språk gentemot hälso- och sjukvården.

I de nya läkarutlåtandena tydliggör Försäkringskassan vilken medicinsk information som behövs från hälso- och sjukvården för att kunna fatta rätts-säkra beslut om ersättning. Rätt medicinsk information från början skapar en trygghet för patienten och minskar behovet av att komplettera de medicinska underlagen, vilket fördröjer beslut och kan därmed förlänga sjukskrivning.

Rehabiliteringskoordinatoren kan vid behov samordna och delegera så att enhetens rehabteam gör kompletterande tester och utredningar till läkaren som ska utfärda läkarutlåtandet.

## Detaljerat läkarutlåtande, E213

Ibland kan Försäkringskassan eller patienten begära ett detaljerat läkarutlåtande (blankett E213) vid sjukersättningsärende när patienten också arbetat i annat EU-medlemsland än Sverige.

Blankett E213 ”ägs” av EU-kommissionen och ska användas vid tillämpningen av förordning (Europeiska gemenskaperna, förordningar om social trygghet). Det är inte Försäkringskassans produkt men Försäkringskassan är Sveriges kontaktinstitution när annat land begär en sådan. Blankett E213 jämföras med ett vanligt läkarutlåtande. Blankett E213 är obligatoriskt att skicka till EU-länderna. Det går inte att ersätta genom att enbart skicka andra medicinska underlag eller läkarutlåtanden om hälsotillstånd. Enligt överenskommelse med de nordiska länderna kan dock Försäkringskassan till dessa länder i stället för E213 skicka kopia av de läkarutlåtanden och eventuella övriga handlingar som underlag i ärendet för att bedöma om sökanden uppfyller kraven om nedsatt arbetsförmåga.

## Teamarbete för patientens skull

För att patienten ska få en bättre behandling och en helhetsbedömning är team ett användbart arbetssätt i komplexa fall. Olika professioner har olika synsätt och kompetenser och kan bidra med kunskap om de problem som patienten har och kan hjälpa patienten vidare. Ni behöver hitta metoder där ni utnyttjar hela gruppens kompetens. Exempel på teamarbete:

- › Region Jönköpings län har utvecklat en checklista (PR-team<sup>®</sup>) för att stödja arbetssättet med en helhetsbedömning i team. Målsättningen är att göra en teambedömning tidigt i sjukfall där det finns en komplex bild. Mer information på Region Jönköpings läns webbplats ”Folkhälsa och sjukvård”, sök på: *PR-team*.
- › Regionen i Uppsala har utvecklat en mer kortfattad checklista med inspiration från Region Jönköpings län. Blanketten RiTiP skall användas i samband med teambedömningar i komplexa sjukfall på vårdcentralen. Blanketten finns publicerad på webbplats Vårdhandboken.se. Sök på: *koordinering vid sjukskrivning och rehabilitering, relaterad information*.

## Patientens roll i teamet

Bjud in patienten till ett möte med de teammedlemmar som är aktuella för den specifika patienten, där patientens situation och återgång i arbete ska diskuteras. Patienten blir mer delaktig i sin egen rehabilitering och får delge teamet sina tankar samtidigt som hen får lyssna till olika professioners synpunkter som utmynnar i en gemensam dialog och eventuell rehabiliteringsplan.

En koordinator arbetar vanligtvis inte med patientgrupper men däremot med personal i grupper, till exempel genom att leda teamarbetet. De flesta koordinatörer har en grundanställning som till exempel arbetsterapeut eller fysioterapeut och i den professionen kan det ingå att arbeta med patienter i grupp. Det skiljer sig att leda patienter i grupp och att vara gruppleddare för ett team bestående av vårdpersonalen. Koordinatören har det senare uppdraget, att leda personal.

### **Team för samverkan**

Det är viktigt att teamet samverkar med externa parter som kan vara till nytta för patienten, om det krävs för att vården ska bli mer effektiv. Det kan handla om att bjuda in andra enheter i vården (eventuellt via länk), samt Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten om de inte ingår som ordinarie representanter i teamet. Var tydlig vid mötets början med att klargöra syftet med mötet, att det handlar om att samverka för patientens bästa och att tydliggöra patientens resurser och begränsningar.

### **Dokumentation**

Alla kontakter som rehabiliteringskoordinatören har ska dokumenteras i patientens journal. Rutiner och system för journalskrivning kan se olika ut inom olika regioner. För att i framtiden kunna ta fram jämförande statistik och underlag är det en förutsättning att samma terminologi och sökord används nationellt, se Socialstyrelsens termbank. Förslag till mall om hur rehabiliteringskoordinatörer kan dokumentera finns i Vårdhandboken.se. Som ytterligare hjälp för enhetlig dokumentation och möjlighet till utdata, kan du under respektive sökord använda fasta värden (valbara textförslag).

Använd dokumentationsmall vid besök eller telefonkontakt med patient. Dokumentera även KVÅ-koder, klassifikation av vårdåtgärder. KVÅ-kod är en åtgärdskod som används som en statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat inom hälso- och sjukvården. KVÅ-kod för rehabiliteringskoordinering är GC001. Koden kan användas i alla kontakter som journalförs inom uppdraget för rehabiliteringskoordinering för sjukskrivna patienter. Läs mer i Vårdhandboken.se där det också finns länkar till relevant information.



## C. Bidra till jämställdhet och upptäck våld i nära relationer

*Verka för en jämställd sjukskrivningsprocess och vara uppmärksam på våld i nära relationer.*

### Jämställd vård

En jämställd vård, sjukskrivning och behandling innebär att kvinnor och män får lika god kvalitet och tillgång till vård i lika stor utsträckning. Jämställd vård tar även hänsyn till att kvinnor och män har delvis lika och delvis olika behov.

### Definition av våld i nära relationer enligt FN

”Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet.” [43]

Kvinnor och män har delvis lika och delvis olika behov. Det innebär att insatser ibland ska vara lika och ibland ska vara olika. Som koordinator behöver du ha tillgång till kunskap som grundas på forskning om genus och kön, och också vara medveten om hur föreställningar om kön kan påverka både bemötande, diagnostik och behandling.

På grund av okunskap om medicinskt relevanta skillnader mellan kvinnor och män, eller på grund av föreställningar om kön, kan diagnoser och behandlingar bli fel. Detta benämns genusbias. Genusbias kan handla om att överdriva könsskillnader eller se könsskillnader där de inte finns, att bortse från könsskillnader som faktiskt finns och göra ett kön till norm. Eller att utgå från att individen är typisk för sitt kön. Använd därför metoder och åtgärder för att upptäcka och förändra omotiverade skillnader eller likheter inom vård och omsorg utifrån kön. Ställ som Genushanden föreslår till exempel samma frågor till alla för att undvika omotiverade skillnader, att våga fråga om våld, att ibland ge könsspecifik vård samt att inte diskriminera. Genushandens fem fingrar representerar familjesituation, våld, diagnos, riskbruk och rehabiliteringsplan. Läs mer om genushanden under kapitel 5 *Verktyg och instrument*.

Som koordinator har du möjligheten att stötta dina kollegor i arbetet och se till att ni följer de införda rutinerna. Ställ frågor som; Hur många patienter? Vilka åtgärder och insatser fick kvinnor respektive män? Vad blev resultatet för kvinnor respektive män? Vad kostade det för kvinnor respektive män? Finns det skillnader mellan kvinnor och män vad gäller vårdtillgång?

Att agera jämställt och jämlikt handlar om att ha ett förhållningssätt där normer ifrågasätts. Jämlikhet handlar om alla individers lika värde avsett kön, ras, religion, social tillhörighet, m.m. Jämställdhet innebär att kvinnor och män har samma rättigheter, skyldigheter och möjligheter inom alla om-

råden i livet. Förhållningssätt är vilken inställning du har till någonting, den yttrar sig i ord men framförallt i handling. Ta upp frågan i teamet om hur vi ser på kvinnor, män och transpersoner, på vilket sätt vi bemöter och agerar. En transperson är en person som inte alls eller delvis inte identifierar sig med det kön en har fått tilldelat vid födseln. Genusspana gärna, vilket innebär att ni observerar er själva och verksamheten med genusglasögonen på. Reflektera över spaningarna och samtala om hur ni kan göra bättre. För att påminna er och för att höja kompetensen kan du ordna föreläsningar, bevaka de föreläsningar som anordnas av till exempel kommun och region men kanske också av kvinnojouren. Ta gärna hjälp av jämställdhetsstrategen som kan finnas i kommunen, i regionen eller på länsstyrelsen. Håll koll på föreläsningar i ämnet, efterfråga föreläsningar hos de som ansvarar för utbildning. Mer inspiration finns i genusmedicinsk kunskapsöversikt – (O)jämställdhet i hälsa och vård samt på Jämställdhetsmyndighetens portal [75].

Fråga processledaren i regionen om de har jämställdhetsintegrerat sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Jämställdhetsintegrering är den huvudsakliga strategin för att uppnå ett jämställt samhälle. Strategin innebär att ett jämställdhetsperspektiv integreras i all planering, allt beslutsfattande, i genomförande och uppföljning av verksamheter. På så sätt blir jämställdhet en del av det ordinarie uppdraget för politiker, chefer och medarbetare. En uppgift för att förbättra jämställdheten kan vara att stödja verksamhetschefen och controllerns arbete med kvalitetsledningssystemet, rutiner och riktlinjer och granska dem med genusglasögonen. Det kan också handla om att se över skriven text i blanketter så att det inte står din make/maka utan partner och liknande.

I en jämställd vård och behandling kommer självklart frågan om mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer upp som en naturlig del i anamnesen och andra samtal med patienten. Efterfråga att ledningssystemet har implementerat Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd [29]. Mer om hälso- och sjukvårdens uppdrag kan du läsa på Nationellt centrum för kvinnofrids webbplats.

Utbilda er i mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer genom att bjuda in regionens eller kommunens kvinnofridssamordnare eller den lokala kvinnojouren. På Nationellt centrum för kvinnofrid finns en webbkurs om våld i nära relationer som kan genomföras individuellt eller i grupp. Förutom kursen finns åtta kortfilmer med tillhörande utbildningsmaterial som beskriver patientmöten där frågan om våld ställs till patienten.

Avgörande för att upptäcka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer är att omgivningen och framförallt personal inom vård och omsorg vågar fråga om våld i mötet med kvinnan men även mannen. Många kvinnor och män pratar aldrig om det våld som de blivit utsatta för [30]. Cirka hälften av de kvinnor och cirka två tredjedelar av de män som utsatts för sexuella över-

grepp i vuxen ålder har aldrig pratat med familj eller vänner om det inträffade. Mindre än tio procent av de utsatta kvinnorna och cirka en procent av de utsatta männen har sökt professionell hjälp hos kurator, psykolog eller läkare. Något fler bland dem som utsatts för allvarigare sexuella övergrepp [30]. Studier visar att kvinnor tycker att det är både acceptabelt och positivt att de tillfrågas om våld. Även kvinnor som inte blivit utsatta är positiva och anser att frågan kan vara till hjälp för andra.

Faktorer som underlättar för kvinnor att berätta om våldet är till exempel att personalen ställer öppna frågor och intar en tillåtande attityd och uppträder respektfullt och empatiskt. Det hjälper också till om personalen exemplifierar vad som menas med våld: Har du blivit slagen, hotad eller utsatt för något som skulle kunna skada dig någon gång? Känner du dig kontrollerad av din partner? Har någon tvingat dig till sexuella handlingar mot din vilja? Vårdgivaren måste ta sig tid att lyssna och bekräfta det som patienten berättar [44].

För att stödja personalen kan du påminna ledningen om att det behövs lokala rutiner och riktlinjer och undersöka vad regionen har antagit för övergripande stöddokument för arbetet med våld i nära relationer. Andra sätt är att bjuda in till utbildning och föreslå att skicka personal på utbildning som anordnas på temat. Inspirera till att under en testperiod ställa frågor om våld till samtliga patienter för att sedan utvärdera (om ni inte redan ställer frågan till alla).

Uppdatera personalen med ett kontaktkort med telefonnummer som är användbara när de upptäcker patienter som utsatts för våld. Vanligen finns dessa kort hos kvinnofridsamordnaren i regionen. Bjud in socialtjänsten för att skapa kontaktvägar och be dem samtidigt att berätta om vad som sker vid orosanmälan, anmälan för oro när barn far illa (SoL kap. 14 § 1). Beställ affischer och visitkort på olika språk från Nationellt centrum för kvinnofrid och sätt upp i väntrummet och lägg visitkorten med numret till kvinnofridslinjen på toaletterna.

## D. Följ statistik

*Stödja verksamhetschefen med att följa, redovisa och analysera könsuppdelad sjukskrivningsstatistik på enhetsnivå. Här är Intygsstatistik och Rehabstöd viktiga verktyg.*

I lagen om koordineringsinsatser uppges att statistikhantering och verksamhetsutveckling ingår i regioners övergripande ansvar för verksamheten och en god hälso- och sjukvård. Regeringen anser därför att det inte bör regleras i lag hur det arbetet ska organiseras.

Trots att det inte regleras i lag kan du som rehabiliteringskoordinator bistå verksamhetschefen så att sjukskrivningsstatistik blir en återkommande fråga på vårdenheten.

Sjukskrivningsstatistik är viktig för att följa arbetet på enheten. Det finns nationell statistik som är tillgänglig för alla till exempel i intygsstatistiken utifrån vårdens ordinerade sjukskrivning i läkarintygen. Försäkringskassan har statistik över utfallet kring sjukskrivning. Det går att könsuppdelat följa antalet sjukfall, diagnoser, åldersgrupper, sjukskrivningsgrad och längd. Det går även att få fram sjukfall per län och vårdenhet från Intygsstatistiken om du har behörighet. Region Kalmar län har tagit fram en lathund med analysfrågor för att följa sjukskrivningsstatistik via Ineras intygsstatistik. Länkar och exempel på frågor finns på [Vårdhandboken.se](http://Vardhandboken.se).

Använd statistik för att tillsammans med verksamhetschefen, utveckla arbetssätt, verksamhetsplanering och för att följa upp resultatet av arbetet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Använd kvinnor och män som indelningsgrund, och använd därefter ålder, bostadsort, utbildning eller yrke som variabler för att fördjupa analysen.

Följ statistik på enheten kontinuerligt förslagsvis i slutet av månaden, använd Intygsstatistik och Rehabstöd. Det är verksamhetschefen som har yttersta ansvaret, men du som rehabiliteringskoordinator kan stödja hen med att följa sjukskrivningsstatistiken. Titta på antal sjukfall, könsfördelat och diagnosuppdelat samt hur fördelningen ser ut mellan läkarna. Följ också statistik på hur många kompletteringar av läkarintyg som kommer in samt fördelning mellan läkare. Gå igenom tillsammans med verksamhetschef och informera valda delar vid arbetsplatsträff och läkarmöte. Jämför gärna med andra enheter.

#### Statistik förordningen

”14 § Individbaserad officiell statistik skall vara uppdelad efter kön om det inte finns särskilda skäl mot detta” [45].

Analysera er statistik. Det kan ske genom journalgranskningar för att undersöka om det finns omotiverade skillnader i vård och behandling. Välj patienter med samma diagnos och kartlägg till exempel väntetider, vilka åtgärder som satts in, sjukskrivningslängd och grad, samt vilka rekommendationer om egenvård patienten fått. Om möjligt beräkna kostnaderna för de olika insatser patienterna fått och jämför. Se exempel på jämställdhetsanalys i Kapitel 6 *Några exempel*.

Om ni väljer patienter med olika diagnoser kan ni undersöka på vilket sätt kön synliggörs i journalerna, hur patienterna beskrivs, skriv ner och samla värdeord som till exempel stark, nervös eller omvårdande. Undersök till exempel hur mycket social information som noterats om patienten, om patienterna har tillfrågats om våld och sexuella övergrepp, om riskbruk har undersökts. Finns det några könsmönster? Samtala om resultatet och koppla det till målet om rätt, lagom och säker sjukskrivning.

### ***Förslag på uppföljning och mätområden av den interna sjukskrivningsprocessen:***

Samtliga redovisas könsuppdelat. Det är inte intressant att redovisa kvinnor och män tillsammans då situationen och sjukskrivningarna skiljer sig så mycket åt mellan könen. Aktuella variabler kan sedan vara ålder, bostadsort med mera:

1. Antal kontakter hälso- och sjukvård, patienter 16–64 år könsuppdelat.
2. Antal utfärdade medicinska underlag (sjukskrivna) för kvinnor respektive män.
3. Ställningstagande i samtliga sjukskrivningsärenden efter 28 dagars sjukskrivning, om patienten behöver fördjupad utredning/samlad teambedömning (ja/nej).
4. Andel sjukskrivna kvinnor och män som fått något av följande:
  - Samlad teambedömning av funktionstillstånd.
  - Funktionsnedsättning.
  - Aktivitetsbegränsning i förhållande till... (välj det som ni vill undersöka).
5. Andel sjukskrivna kvinnor respektive män som fått individuell vårdplan/rehabiliteringsplan.
6. Avstämningsmöte för kvinnor respektive män.
7. Antal kvinnor och män som erhållit samordnade rehabiliterande insatser vid sjukskrivning.
8. Avslutad sjukskrivning för kvinnor respektive män.
9. Antal kompletteringar av läkarintyg för kvinnor respektive män.
10. Antal kontakter med arbetsgivare för kvinnor respektive män.
11. Antal kontakter med Arbetsförmedling för kvinnor respektive män.

### **Användbara IT-stöd**

Som ett hjälpmedel idag finns olika former av IT-stöd. I dessa kan du hämta statistik och följa sjukskrivningsarbetet. Det är en hjälp i utveckling av sjukskrivningsarbetet. Det är viktigt att du har mandat och behörighet att hämta information i dessa. Nedan beskriver vi de nationella IT-stöden. Dessutom kan det finnas lokala eller regioners IT-stöd som du kan använda dig av för att

följa utvecklingen av arbetet. Ett tips är att ta hjälp av vårdadministratören för att underlätta framtagandet och sammanställningen av statistiken, som sedan chefen kan analysera och diskutera med dig och berörda inför verksamhetsplanering och i det dagliga arbetet.

### **Intygsstatistik**

Hälso- och sjukvården kan använda Ineras intygsstatistik för att följa upp sjukskrivningsmönster på lokal, regional och nationell nivå. Intygsstatistiken visar snabbt och enkelt statistik över om antalet sjukskrivningar ökat eller minskat de senaste månaderna och vilka diagnoser som är vanligast förekommande i läkarintygen. Den statistik som visas i tjänsten baseras på alla elektroniska läkarintyg som utfärdas av hälso- och sjukvården. All data är avidentifierad och innehåller inga personuppgifter. Statistiken visar den sjukskrivning som ordinerats av hälso- och sjukvården, det faktiska utfallet av sjukskrivningen visas inte i tjänsten. Denna information finns hos Försäkringskassan. Den nationella Intygsstatistiken över ordinerad sjukskrivning är tillgänglig för alla via internet. Mer information finns på Ineras webbplats. Sök på *intygsstatistik*.

Hälso- och sjukvårdspersonal som är inloggad i *Intygsstatistik* kan se mer detaljerad statistik och fler rapporter. Det går till exempel att se antal sjukfall för olika läkare eller grupper av läkare vid en viss vårdverksamhet. Det är även möjligt att filtrera och anpassa statistiken som visas så att den bättre passar de egna behoven. I Intygsstatistik kan du också se statistik över den kommunikation som skickas mellan Försäkringskassan och vårdgivare avseende ärenden kopplade till läkarintyg för sjukpenning. Det finns fem olika ärendetyper och du kan se statistik för alla dem. Det gör det möjligt att exempelvis se hur stor del av intygen som behöver kompletteras.

Läs mer på Ineras webbplats om intygsstatistik och vilken behörighet du behöver för att logga in.

Ett förslag på lathund för att ta fram statistik från intygsstatistiken finns på [Vårdhandboken.se](http://Vardhandboken.se). Där finns också frågor till hjälp för att analysera den konsupplade sjukskrivningsstatistiken. Ursprung Region Kalmar län.

### **Rehabstöd**

Ineras Rehabstöd ger användaren en bra överblick över samtliga pågående sjukfall på en vårdenhet. Tjänsten är utformad för att stödja de som arbetar med att koordinera rehabiliteringsinsatser för sjukskrivna patienter. Den information som visas i Rehabstöd hämtas ur de elektroniska läkarintyg som utfärdats av hälso- och sjukvården när en patient sjukskrivs. Även läkaren som utfärdar intyg kan använda tjänsten för att se information om sina patienter som denna utfärdat läkarintyg för. På Ineras webbplats finns mer information. Sök på: *Rehabstöd*.

Efter inloggning ser du en översikt av hur många sjukfall som för tillfället finns på vårdenheten och hur de fördelar sig på kön och diagnos. Du kan även se en sammanställning med detaljerad information om varje sjukfall, men först efter att du verifierat att du både har behov av, och rätt att ta del av, denna information. Det går att filtrera och söka i informationen för att anpassa den efter dina behov. Det går även att exportera och skriva ut informationen om du behöver använda den utanför Rehabstöd, till exempel inför avstämning med ansvarig chef eller läkare. För att använda Rehabstöd krävs särskild behörighet och säker inloggning med SITHS-kort. Om du har behörighet till fler än en vårdenhet kan du enkelt växla mellan enheterna utan att logga ut och in igen.

### **Ärendekommunikation med Försäkringskassan**

När ett elektroniskt läkarintyg för sjukskrivning har signerats och skickats till Försäkringskassan går det att ställa frågor kring det till Försäkringskassan. Det går även att svara på frågor från Försäkringskassan. Ett mätbart mål som kan följas kan vara att minska antal kompletteringar. Följ gärna antalet kontinuerligt och genomför förbättringsarbete utifrån resultatet. Många regioner använder den nationella intygsapplikationen Webcert för att skriva frågor och svar till Försäkringskassan. Webcert är en tilläggsapplikation till Intygstjänster som kan användas för att utfärda elektroniska läkarintyg och skicka dem till anslutna mottagare, samt för att kommunicera frågor och svar med Försäkringskassan. Mer information finns på Ineras webbplats. Sök på: *Webcert*.

### **Sjukskrivningskollen**

Sjukskrivningskollen är ett digitalt stödprogram som under 2016 utvecklats av Region Kalmar län. Stödprogrammet ska i första hand ge stöd i rehabiliteringskoordinators arbete med patienter som blir sjukskrivna för psykisk ohälsa eller muskelrelaterad smärta.

## **E. Upptäck tidiga signaler (risk- och friskfaktorer)**

*Bidra till att uppmärksamma tidiga signaler, riskfaktorer för lång sjukskrivning samt i ett tidigt skede identifiera sjukskrivna patienter som har behov av koordinerande insatser.*

Det finns inget krav i lagen om koordineringsinsatser att insatser ska ges för att förebygga ohälsa och sjukskrivning men enligt hälso- och sjukvårdslagen framgår att hälso- och sjukvården ska förebygga ohälsa. Beroende på om det ingår i ditt uppdrag kan därför koordineringsinsatser ges förebyggande.

Det finns många faktorer som kan utgöra riskfaktorer för ohälsa och därmed också i många fall innebära risk för lång sjukskrivning. I hälso- och sjukvården

har det funnits, och finns kanske fortfarande en tendens att uppmärksamma riskfaktorerna. Ofta glöms det bort att även söka efter faktorer hos individen som gynnar tillfrisknande och återgång eller att kunna stanna kvar i arbete.

Det är inte bara hälsan eller ohälsan i sig som påverkar människans känsla av att kunna vara, eller inte kunna vara i arbetslivet. Många kan arbeta trots att de har en kronisk sjukdom, det kan vara andra faktorer än sjukdomen i sig som gör att patienten inte kan arbeta. Det är därför viktigt att inte bara fokusera på sjukdom, symtom och arbete.

Kartläggningssamtal ska ske om det krävs för att vården ska bli mer effektiv. I samtalet behöver beskrivning av patientens arbets- hem- och socialt liv finnas med i utredning och bedömning. Många frågor behöver ställas. Vilka roller personen har, finns stöd och utrymme i familjen för arbete, hur är normer och värderingar i närsamhället och så vidare. Familjeliv och socialt nätverk kan vara stödjande men också hindrande för en individs arbetsförmåga. Fråga om personen är utsatt för våld.

För de som söker arbete ställ frågor om vilket stöd som skulle kunna planeras i samarbete med Arbetsförmedlingen/socialtjänst.

Att tidigt uppmärksamma risk för lång sjukskrivning och behov av utredning och koordinering är väsentligt. Hälso- och sjukvårdens personal är ofta de som först kommer i kontakt med en individ som upplever svårigheter med att arbeta. Den första som en person vanligen får kontakt med är sjuksköterskan som arbetar med telefonrådgivning, tidbokning och mottagning. Redan i det samtalet kan risker fångas upp, men samtalet kan också rikta in personen på att det inte i första hand är ”att bli sjukskriven” mötet med läkaren gäller utan både vad som är problematiskt men också vad som fungerar bra. Ofta är läkaren den profession som patienten först får ett personligt möte med. Det kan även vara någon annan än läkaren patienten träffar vid första mötet, till exempel fysioterapeuten, psykologen eller rehabiliteringskoordinatören.

Diskutera med din chef om behovet av rätt bemötande på ett tidigt stadium och hur ni organiserar detta på er vårdenheter. Att fånga tidiga signaler på risk för lång sjukskrivning och behov av rehabilitering förutsätter att hela personalstaben har kännedom om vilka risk- och friskfaktorer som behöver uppmärksammas när patient söker för problem med att arbeta. Det är också viktigt att medarbetare uppmärksammar när det finns behov av koordinering så att rehabiliteringskoordinatören kontaktas i så tidigt skede som möjligt.

### **Friskfaktorer**

Så kallade friskfaktorer ska diskuteras, men på ett sådant sätt att patienten ändå känner sig trodd i de problem hen tar upp. Diskussionen med friskfokus kan röra vad patienten kan klara av på arbetet och i privatlivet. Det är också viktigt att diskutera omkring vad patienten tycker om att göra och mår bra av.



Titta gärna på en film *Tänk inte sjuk tänk frisk* från Region Skåne som belyser bemötande. Filmen finns på webbplats Region Skåne. Sök på: *vårdgivare Skåne, filmer om sjukskrivning*.

I kapitel 4 *Fördjupning* kan du läsa mer om risk och riskfaktorer; fysisk och psykisk ohälsa, medikalisering, arbetet i sig, bemötande från professionella, riskbruk av alkohol och droger, arbetet och arbetsmiljön.

## F. Håll dig uppdaterad och sprid kunskap, delta i nätverksträffar

*Vara uppdaterad inom försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relationer samt arbetsrättens betydelse. Sprida kunskap och vara rådgivare på vårdenheten. Delta i lokala och länsgemensamma nätverksträffar och utbildningar för rehabiliteringskoordinatorer.*

För att hålla en hög kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det viktigt att vara uppdaterad inom områden som till exempel försäkringsmedicin, arbetsrätt, jämställdhet och våld i nära relationer. Det är ditt eget ansvar att vara uppdaterad. Bevaka och prioritera utbildningar som erbjuds inom regionen. Lämpligt är att följa till exempel nyhetsbrev från Försäkringskassan, SKR, Avdelningen för vård och omsorg och utskick från Nationellt centrum för kvinnofrid.

En möjlighet för lärande, erfarenhetsutbyte och spridande av information är samarbetet med externa parter. Hjälps åt att skapa rutiner för att hålla varandra uppdaterade och informera om nyheter och förändringar.

Sprid kunskapen om försäkringsmedicin till de andra yrkesgrupperna på din vårdenhet. Tänk även på att sjuksköterskor och distriktssköterskor som prioriterar patienter (triagerar) behöver kunskap om vad de skall tänka på när personer med komplex problematik ringer och söker hjälp.

Dåvarande Stockholms läns landsting har tagit fram en webbutbildning i försäkringsmedicin *Din hjälp i konsten att sjukskriva*. Gå in på lärtorget publika kurser. Där ligger kursen som är en bra grund för alla professioner som jobbar med sjukskrivnings och rehabiliteringsprocessen.

Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR har tagit fram filmer om stress och utmattning i arbetslivet. Mer information på [Vardhandboken.se](http://Vardhandboken.se).

### TIPS!

Ett tips är att prenumerera på följande utskick:

- Försäkringskassans pressmeddelande
- SKR:s nyhetsbrev
- Utskick från Nationellt centrum för kvinnofrid

Planera in och prioritera att delta på nätverksträffarna som anordnas av regionen. Där får du möjlighet att byta erfarenheter, lära av andra samt får information om den senaste forskningen och nyheter. Du får också en möjlighet att vara med och påverka och utveckla arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I många regioner finns olika former av nätverksträffar, dels de som arrangeras på central nivå eller på länsdelsnivå och dels nätverk med mindre grupper av koordinatörer som möts regelbundet via video och fungerar som stöd i det dagliga arbetet som koordinatör.

Några förslag till innehåll vid nätverksträffar:

- › Försäkringsmedicin – information från Försäkringskassan.
- › Hur du praktiskt arbetar som koordinatörer.
- › Hur samarbeta med arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
- › Statistik – uppföljning och analys.
- › Mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld samt våld i nära relationer.
- › Genusbias i hälso- och sjukvården.

Tänk även på att ibland bjuda med samverkansansvariga från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, då kan ni på plats hitta lösningar på problem som kan finnas inom samverkan direkt på träffen.

## G. Kartlägg rehabbehov

*Kartlägga patientens rehabiliteringsbehov om det krävs för att vården ska bli mer effektiv.*

Enligt lagen om koordineringsinsatser innefattas personligt stöd. Med personligt stöd avses samtalsstöd och andra insatser för att motivera den sjukskrivna patienten att vara delaktig i den *vård* som krävs för att återgå eller inträda i arbetslivet. Kartläggning ska ingå i koordineringsinsatser, om det krävs för att vården ska bli mer effektiv.

I de fall du har dessa samtal kan sammanställningen nedan i ”*Tankelistan*” vara ett stöd för dig i arbetet med och omkring sjukskrivna [3]. Listan kan även vara ett stöd i teamets arbete. Vilka frågor ska ställas? Vad finns i journalen sedan tidigare? Vad kan inhämtas från andra aktörer? Allt är säkert inte tillämpligt för varje patient men bör tänkas igenom och övervägas för att inget viktigt ska missas i den utredning som görs på din vårdenhets.

För att få kompletterande uppgifter från patient inför kartläggningen kan frågeformulär användas. Det finns också en checklista med kartlägningsfrågor och manual som du kan använda vid samtalet. Se även exempel på frågor som du kan använda vid samtalet i [Vårdhandboken.se](http://Vardhandboken.se).

### **Tankelistan:**

- Patienten ska göras helt delaktig i samtliga delar av utredning, medicinsk behandling och rehabilitering samt i kontakter med externa aktörer.
- Bakgrundsfaktorer: ålder, kön, civilstånd, utbildning, barn, föräldrar, och husdjur, socialt nätverk. Dessa kompletteras med ort och typ av boende, samt avstånd och färdssätt till arbete.
- Patientens arbete och arbetsuppgifter eller om patienten arbetssökande – sökt arbete och de arbetsuppgifter som brukar ingå i detta arbete.
- Sjukskrivningshistorik och pågående sjukskrivning.
- Diagnos och självskattade symtom.
- Resultat av medicinska utredningar och behandlingar.
- Resultat av utredningar som gjorts vid till exempel Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller socialtjänst, arbetslivsinriktad utredning och insatser av olika slag.
- Patientens beskrivning av sitt arbete, chef, arbetsmiljö och arbetskamrater samt om det förekommer konflikter eller mobbing.
- Resultat av utredningsinstrument, till exempel KASAM, ADA eller WAI.
- Resultat av medicinsk rehabilitering.
- Frågor om våld i nära relationer, hedersrelaterat våld.
- Hälsovanor och levnadsvanor, riskbruk och missbruk.
- Patientens/klientens upplevelse och tankar om sina resurser och hinder, ”tron” på sin förmåga att arbeta, upplevelse av balans i livet, och genomgångna svåra livshändelser.
- Arbetsgivarens (i förekommande fall Arbetsförmedlingens) syn på arbetstagarens resurser och hinder.
- Hälso- och sjukvårdens syn på patientens resurser och hinder.
- Försäkringskassans syn på klientens resurser och hinder.
- Patientens motivation/delaktighet/samarbete i hela processen.

Rehabiliteringskoordinatoren har en unik position som spindeln i nätet för den sjukskrivna. Genomför kartläggningssamtal i de fall det krävs för att vården ska bli mer effektiv. En stor del av arbetet handlar om patientkontakt där fokus ligger på att skapa förändring och att ta fram resurser som ibland kan vara väl dolda. Att skapa motivation hos patienter till de förändringar som krävs av dem är viktigt. Som stöd i uppdraget finns det mer att läsa om god patientkontakt i kapitel 4 *Fördjupning*.

### **Riskbruk**

Riskbruk är något att uppmärksamma och är en ökad riskfaktor för långa sjukskrivningar. Alkohol, droger kan ofta finnas med och bidra till illabefinnande. Det är vanligt vid psykisk ohälsa och kan många gånger vara ett dolt problem. Det är därför viktigt att ta upp detta i kartläggningssamtal. Då det gäller alkohol är riskbruk ett bruk av alkohol som ökar risken för skadliga fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser. Hög alkoholkonsumtion är kopplat till många sjukdomar och hälsoproblem. För hög alkoholkonsumtion kan utvecklas från riskbruk till missbruk/skadligt bruk/ och beroende.

Konsumtionen anges i standardglas som innehåller 12 gram alkohol vilket motsvarar 50 cl folköl, 33 cl starköl, 12–15 cl vin eller 4 cl starksprit. Gränsen för riskbruk är inte exakt och debatteras men kan i Sverige ses som riskbruk om:

- › En man dricker mer än 14 standardglas per vecka.
- › En kvinna dricker mer än nio standardglas per vecka.

Riskbruk finns också om:

- › En man dricker mer än fyra standardglas per tillfälle.
- › En kvinna dricker mer än tre standardglas vid ett och samma tillfälle.

Riskbruk kan också finnas vid lägre alkoholintag vid andra tillfällen som under graviditet i kombination med sjukdom och medicin eller i trafiken bland annat. AUDIT och DUDIT är testformulär som kan användas av vårdpersonal som ett underlag för samtal om bruk av alkohol respektive droger i kartläggningssamtal.

### **Kognitiva funktionshinder [46]**

Kognitiva funktionshinder är vanliga bland sjukskrivna med behov av koordinering, oavsett om de har fysisk eller psykisk sjukdom, eller en kombination av dem. Här beskrivs några exempel på aktivitetsproblem till följd av kognitiva funktionshinder i vardagen och på arbetet samt tips kopplat till arbetslivet. Tänk på att varje individ är unik och att det är viktigt att inte generalisera. För de flesta finns problemen inom flera livsområden.

I arbetet med dem sjukskrivna är det viktigt att vara uppmärksam på förekomsten av kognitiva funktionshinder. Kognitiva funktioner är de processer som sker i hjärnan då vi tar emot, bearbetar och förmedlar information såsom bland andra sinnesintryck och minnen. Det är förmågan att tänka, förstå och lära, skapa ordning och begriplighet i tillvaron. Ett kognitivt funktionshinder är när någonting i den kognitiva processen försvårar möjligheten att utföra de aktiviteter individen har behov av att utföra. Det kan gälla aktiviteter på jobbet, hemma i vardagen eller på fritiden och det är alltid relaterat till en miljö.

Det kan vara svårt att sätta ord på och beskriva kognitiva funktionshinder, både för vårdpersonal och den enskilda individen. Även om kognitiva funktionshinder ger konsekvenser för aktivitetsutförande inom alla livsområden kan de vara svårare att ringa in än fysiska funktionshinder. De kan vara permanenta, men även övergående. Det som är viktigt att komma ihåg är att det som ser ut att vara samma problem hos två olika personer kan bero på helt olika saker och påverkas av många yttre omständigheter.

Problem i vardagen kan vara:

- › Strukturera vardagssysslorna hemma som städning, tvätt och matlagning.
- › Planera matinköp och matlagning.
- › Hålla koll på nycklar, plånbok och tider.
- › Ha ordning på viktiga papper, läkartider.
- › Komma ihåg viktig information.
- › Komma igång med aktiviteter.
- › Bibehålla dygnsrytm.

Problem på jobbet kan vara:

- › Organisera arbetet på ett effektivt sätt.
- › Påbörja, fortsätta och avsluta arbetsuppgifter.
- › Skapa fungerande rutiner.
- › Komma ihåg viktig information och sortera ut viktig information.
- › Vara sensoriskt överkänslig för exempelvis ljud eller ljus.
- › Bibehålla fokus under arbetsuppgifter.
- › Samspela med arbetskamrater.
- › Kunna ta paus.

I förmågan att delta i rehabiliteringsprocessen:

- › Passa tider till möten.
- › Att komma ihåg vad som bestämts.
- › Komma igång med att utföra de uppgifter jag tilldelats.
- › Förstå de olika myndighetsuppdragen och regelsystemen.
- › Ringa upp en myndighetsperson.
- › Läsa och sortera ut information i ett myndighetsbrev.

### **Miljöns betydelse**

Precis som när det gäller fysiska funktionshinder så uppkommer funktionshinder i en miljö. En arbetsmiljö kan, beroende på sin utformning, både gällande den fysiska sociala och organisatoriska arbetsmiljön, ställa olika krav på våra kognitiva funktioner. Viktigt att tänka på är att kognitiva funktionshinder kan underlättas av förändringar både i den fysiska miljön och den sociala och organisatoriska arbetsmiljön. Det är därför av stor vikt att belysa arbetsmiljön utifrån samtliga aspekter.

Några konkreta exempel på faktorer som kan ses över i arbetsmiljön:

- › Beakta ljud och ljusförhållanden och olika typer av sensoriska stimuli om det finns en känslighet för sinnesintryck.
- › Beakta rutiner och strukturer på arbetsplatsen om individen har svårigheter att skapa dessa själv.
- › Beakta rutiner för pauser, mat och fika om individen har svårt att själv upprätthålla och tillgodose behovet av paus, mat och vila.
- › Beakta hur information utformas och ges.

### **Hinder i rehabiliteringsprocessen**

En individ som har svårigheter med tidsuppfattning, att komma i tid, att inte komma igång med arbetsuppgifter eller att tappa bort information kan orsaka irritation i omgivningen. Denna typ av svårigheter kan uppfattas som nonchalans eller bristande motivation hos arbetsgivare, i vården eller hos olika myndigheter. Det kan innebära att kontakter inom vården avslutas och problem uppstår i samverkan och att vi inte kommer vidare i en rehabiliteringsprocess. Det kan vara besvärligt för en individ att berätta att hen har svårt att läsa en text och förstå innehållet eller att hen glömt vad läkaren ordinerat och därför inte följt ordinationen. Erfarenheten är att många som har den här typen av svårigheter håller fasaden i kontakt med arbetsgivaren eller myndigheter vilket i sin tur leder till att hen inte får tillgång till de anpassningar eller hjälpmedel som skulle kunna vara ett stöd. Det är därför viktigt att rehabkoordinatoren har kunskaper kring området så att hen kan understödja processen på optimalt sätt och kan koppla in rätt stöd vid behov.

### **Tips:**

- › Gör en noggrann kartläggning av individens funktion och arbetsmiljö som individen befinner sig i eller planerar att testa.
- › Välj en miljö som i så stor utsträckning som möjligt understödjer individens förmågor.

- Kontakta arbetsterapeut för bedömning samt anpassning av miljö och utprovning av hjälpmedel som skulle kunna underlätta för individen vid behov.
- Ha tålamod och ge inte upp för snabbt. En process kan ta tid och ibland behöver personen prova flera olika platser eller lösningar innan hen hamnar rätt.
- Rätt insats och stöd i hemmet kan öka förmågan till arbete. En god dygnsrytm och ett fungerande vardagsliv ger förutsättningar för en framgångsrik rehabilitering.

## H. Skapa plan för återgång

*Föra dialog med patient, sjukskrivande läkare, arbetsgivare, vid behov Arbetsförmedlingen/socialtjänst, samt övriga teamet för att bidra till att en plan för återgång i arbete upprättas, dokumenteras och hålls aktuell.*

Sjukskrivning är enligt socialstyrelsen, en del av vård och behandling. Målet är i första hand att återfå eller bibehålla arbetsförmåga i sitt arbete eller som arbetssökande. Erfarenheter av praktiskt arbete och forskning visar att ju längre tid den sjukskrivna är borta från arbetet/arbetsökande på grund av sjukdom, desto svårare är det att komma tillbaka på grund av sjukskrivningens ”biefekter” exempelvis dåligt självförtroende, depression, social isolering, risk för att tappa kontakten med arbetslivet. Därför är det viktigt med en plan och vid behov initiera insatser med andra berörda aktörer tidigt.

Målsättningen är att läkaren vid första sjukskrivningstillfället planerar åtgärder och för sjukfalllets avslut.

Sjukskrivnings- och rehabplan förtydligar:

- För patienten i dennas journal via nätet.
- Vid läkarbyte för en sjukskriven patient – filtrera på sökordet sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan om detta finns i ert journalsystem.
- För sjuksköterskor i telefonrådgivningen och rehabiliteringskoordinatorn när patienten ringer och frågar vad som är tänkt och planerat. Om sjukskrivnings- och rehabiliteringsplanen är beskriven i journal behöver läkaren inte tillfrågas.
- För att styra tidbokningen för besöket, exempelvis mer tid om planen beskriver både interna och externa insatser.

Det är viktigt att stötta dina medarbetare på vårdenheten att skapa och dokumentera en plan för återgång i arbete så att arbetsåtergång blir en naturlig del i patientens övriga medicinska plan.

Plan för återgång i arbete kan se olika ut beroende på vilket vårdinformationssystem som finns. Exempel på vad en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan kan innehålla: Beskrivning av arbetsuppgifter, målsättning, planerade aktiviteter och behandling inklusive tidsintervall, planerad nedtrappning av sjukskrivning, planerad uppföljning, eventuella behov av samverkan med arbetsgivare, Försäkringskassa, Arbetsförmedlingen och kommun.

En samordnad individuell plan (SIP) för återgång och återinträde på arbetsmarknaden finns på webbplats Uppdrag psykisk hälsa. Sök på: *SIP för vuxna*. Denna plan är tänkt att användas vid de mer komplexa fallen där en samordnad planering mellan olika aktörer behöver ske.

## I. Vara kontaktperson

*Vara kontaktperson/ individuellt stöd till sjukskrivna patienter om ingen annan medarbetare naturligt har den uppgiften.*

Patienten ska ha en kontaktperson på sin vårdenhet. Om patienten har behov av sjukskrivnings- och rehabiliteringskoordinering kan koordinatören vara den personen om det inte faller sig naturligt att patienten träffar annan profession regelbundet som då kan passa bättre som kontakt.

### Vad ska jag göra när jag är kontaktperson?

Att vara kontaktperson betyder att vara tillgänglig för patienten och kunna svara på frågor om hur det praktiskt går till på vårdenheten vid sjukskrivning, vad som händer i patientens vård och behandling. Det finns information om sjukskrivning som du kan lämna till patienten på 1177 Vårdguiden. Sök på *sjukskrivning*. Det finns också en brevmall med information till patient om rehabiliteringskoordinatörens roll. Se mer information på [Vardhandboken.se](http://Vardhandboken.se). Vårdenheten kan också presentera rehabiliteringskoordinatören på enhetens hemsida.

En idé kan vara att bjuda in flera patienter till ett informationsmöte. Boka tider till exempel en fast tid varannan vecka. Dela ut en inbjudan till de patienter som är nysjukskrivna. På mötet har du möjlighet att informera om din roll och vårdenhetens sjukskrivningsprocess och dela ut informationsblad och formulär där patienten ska fylla i uppgifter om sin situation.

För att få information om patientens situation kan frågeformulär användas. Där finns frågor som kan vara till hjälp när du ska prioritera de patienter som behöver stöd i sin sjukskrivning. Se exempel i [Vardhandboken.se](http://Vardhandboken.se).



Om patienten behöver stöd kring ekonomiska frågor finns bra information på 1177 Vårdguiden "*Ekonomiskt stöd när du är sjuk*".

Om du behöver informera patienten om biverkningar av sjukskrivning lämna gärna ut "*Bipacksedel för sjukskrivning*". Informationen handlar om effekter av sjukskrivning, som inte är gynnsamma för återhämtning. "Bipacksedeln" har utvecklats av Region Stockholm. De flesta regioner har uppdaterat dokumentet med en del justeringar utifrån respektive regions behov. Se Region Stockholms version på [Vardhandboken.se](http://Vardhandboken.se) under relaterad information.

Koordinator/kontaktpersonen kan också vara behjälplig i kontakten med läkaren, arbetsgivaren, eller andra externa kontakter. Det innebär inte att ta över arbetsgivarens och företagshälsans uppgifter.

Kontaktpersonen ska också finnas tillgänglig för samverkansaktörer som till exempel Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten, arbetsgivare och dess företagshälsovård.

#### Kollektivavtalade försäkringar

Patienten behöver fråga sin arbetsgivare eller fackliga organisation om vilka försäkringar som gäller för anställningen.

Det finns flera aktörer men AFA Försäkring är den största. 9 av 10 anställda är försäkrade genom jobbet. Det är en anställningsförmån.

Tipsa patienten om att gå in på AFA Försäkrings webbplats [afaforsakring.se](http://afaforsakring.se) för att få information om eventuell ersättning.

## Hälsofrämjande och stödjande kontaktperson

Behoven av stöd till patienterna är individuella. Att vara hälsofrämjande och stödjande är att se till det individuella behovet. Som kontaktperson kan du med hjälp av frågor bekräfta, utmana patienten, inspirera och motivera. Ta fram och bedöm behov i samarbete med patienten.

Att kunna stödja kräver tillit och förtroende från patientens sida, där patienten är experten på hens sjukdom och livssituation. Det innebär även att i ord och handling visa en tilltro till att varje patient har inneboende resurser och egna förmågor. Det innebär inte att curla och ta över patientens problem. Det handlar om att stärka patienten att hitta egna lösningar och kunna genomföra dem själv.

## Fokusera på resurser

För att uppnå något eller förändra något hos oss själva behöver vi ha redskap. Dessa redskap är de förmågor och den kompetens som vi har, och de strategier och aktiviteter som vi har för att hantera situationer i livet och för att skapa livskvalitet. Resurser är förändringens byggstenar. Patienterna har ofta god kännedom om sina brister, svårigheter och tillkortakommanden, men har ofta dålig kännedom om sina goda sidor. Vi bör undvika att fastna i förklaringar och begränsningar och istället sätta fokus på styrkor, resurser och individens egna idéer till lösningar.

Det lösningsfokuserade arbetssättet bygger på en djup respekt för människors unika möjlighet till förändring och utveckling. Det har sina rötter i lösningsfokuserad korttidsterapi som har utarbetats vid Brief Family Therapy Center i Milwaukee, USA. Arbetssättet har efter hand utvecklats och används idag inom såväl offentliga som privata organisationer. Ett lösningsfokuserat samtal kan leda till ett alternativt sätt att se på verkligheten och att upptäcka lösningar som inte tidigare övervägts. Genom att lyfta fram det människor gör som redan fungerar, tydliggörs att människor har kompetens, resurser och kan påverka sin situation.

Vi tenderar att lägga märke till det vi letar efter, letar vi lösningar blir det fokus på det. Det är patientens egna resurser och lösningar som är den främsta källan till förändring, inte vår expertis. Människor själva är de främsta experterna på sina egna liv. Följande är exempel på faser i ett lösningsfokuserat arbetssätt.

I den första fasen ges patienten möjlighet att beskriva sina problem. Vi frågar: Vad är det som gör att du kommer just nu? Hur kan vi vara till hjälp? Patienten svarar vanligtvis genom att beskriva problem av något slag och vi lyssnar och tar emot men fördjupar oss inte speciellt i frågor om hur problemet kom till. Vi lyssnar med respekt och funderar över möjliga vägar att leda in samtalet på nästa fas i samtalet då vi kan börja tala om mål och lösningar. Ett sätt att formulera detta är att fråga efter hur det kommer att se ut när problemet de har med sig till oss är löst.

Att ha ett mål att arbeta mot är viktigt, målet är något som kommer att vara närvarande när problemet är frånvarande. Mål som beskrivs i närvarande ordalag, vad patienten kommer att göra i stället för ”problemet”, underlättar processen.

Mål bör vara:

- › Angeläget
- › Litet hellre än stort
- › Konkret, specifikt och ta sig uttryck i handling
- › Närvaro snarare än frånvaro av något
- › En början snarare än ett slut
- › Realistiskt och möjligt att uppnå

Använd öppna frågor, undersökande frågor och frågor av hypotetisk karaktär som hjälper till att få fram beskrivningar över vad som kommer att vara annorlunda i deras liv när problemen är lösta och de har uppnått den förändring de önskar. Att hjälpa patienten att upptäcka vad hen redan gör som är tecken på att delar av målet redan finns, ge hopp och tilltro till att förändring är möjlig och till och med redan på gång.

Fråga ”Hur” istället för ”Varför”. ”Varför”-frågor utgår ifrån att någon har gjort ett misstag och personen intar då ofta i försvarsställning.

Fundera över skillnaden i följande två frågor:

- Varför är du sen varje morgon?
- Hur kommer det sig att du är sen varje morgon?

## **J. Ha kontakt med arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen**

*Stödja patienten i kontakten med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering i de fall det är lämpligt och patienten gett sitt samtycke.*

För att stödja patienten inför återgång alternativt att kvarstå i arbete finns möjlighet till möten med arbetsgivare, för att ha en dialog om deras ansvar och möjlighet till förändring och anpassningar. Det kan finnas olika typer av möten till exempel avstämningsmöte, tre- eller flerpartsmöte. Mötena kan ske fysiskt eller på distans. Samtycke från patienten krävs. Rehabiliteringskoordinatoren kan informera patienten om möjligheten att ta med sitt fackliga ombud eller stödperson till mötet.

Det kan också innebära ett besök på arbetsplatsen. Vid besök på arbetsplatsen är koordinators uppdrag att inhämta information om vad arbetet innebär samt att klargöra för arbetsgivaren vad ohälsan innebär för patientens aktivitetsförmåga.

Trepartsmöte är ett sätt att mötas och ha en dialog om arbetssituationen. Det är ett fysiskt möte eller telefonmöte mellan tre parter: vården, patienten samt arbetsgivare, Arbetsförmedlingen eller socialtjänst. Vården kan representeras av till exempel läkare och eller rehabiliteringskoordinator samt eventuellt annan berörd vårdprofession. Målet är att i en mycket tidig fas initiera och planera en eventuell rehabiliteringsprocess för att om möjligt förkorta sjukskrivningsperioden. Det är viktigt att patient, sjukvård och arbetsgivare/Arbetsförmedlingen har en tidig dialog för att klargöra om patienten kan kvarstå i arbete, eventuellt med anpassade arbetsuppgifter under sjukskrivningsperioden, eller om andra lösningar bör initieras. Vården får därmed del av arbetsgivarens/

Arbetsförmedlingens syn på situationen. Likaså blir arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen insatt i vilken speciell hänsyn som måste tas till patientens medicinska status. Det är vården som avgör om ett trepartsmöte ska hållas. Om Försäkringskassan önskar ett möte ska de kalla till ett avstämningsmöte.

Försäkringskassan ansvarar för att samordna de olika åtgärder patienten är i behov av för att kunna komma tillbaka i arbete. Det kan vara åtgärder av medicinsk, social eller arbetslivsinriktat slag. Försäkringskassan kan då kalla till ett avstämningsmöte. Ett avstämningsmöte är ett möte med patienten, Försäkringskassan och minst en annan part som kan påverka patientens situation. Förutom arbetsgivaren kan det vara en läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal eller en representant från Arbetsförmedlingen. Även företagshälsovården, representant från facket samt stödperson kan delta. Syftet med ett avstämningsmöte är dels att klarlägga vad patienten på grund av sin sjukdom kan och inte kan göra, dels att ta ställning till vilka åtgärder som krävs för att patienten ska komma tillbaka till arbetet. Mötet ska fokusera på en plan för återgång i arbete. Om patienten behöver arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder ska det diskuteras vilka åtgärder som är möjliga och lämpliga. Vad kan patienten göra själv för att stärka arbetsförmågan?

I kontakt med patienten kan du använda frågeformulär till arbetsgivare och anställd för att få information om arbetssituationen, mer information i Vårdhandboken.se. Du kan också informera arbetsgivare om rehabiliteringskoordinators kontaktuppgifter. Se exempel på områden som kan vara bra att ta med i ett brev, i Vårdhandboken.se.

### **Rehabverktyget®**

Tipsa arbetsgivare att använda Rehabverktyget för att få råd beroende av var i rehabiliteringskedjan den anställda befinner sig. Mer information på webbplats Prevent. Sök på: *Rehabverktyget*. Du finner verktyget på knappen ”räkna ut”. För en övergripande introduktion klicka på avdelningarna överst på sidan.

### **Kontakt med arbetsgivare**

Flera studier har visat på vikten av att göra arbetsgivare delaktiga tidigare vid återgång i arbete för patienten. Arbetsgivaren är en huvudaktör när det kommer till patientens återgång i arbete/vara kvar i arbete vid sjukdom/ohälsa.

Vid första samtalet med patienten – ställ frågan om hen har berättat för sin arbetsgivare/Arbetsförmedlingen om sina problem och om det kan göras någon anpassning direkt.

Om patienten har haft kontakt med sin arbetsgivare/Arbetsförmedlingen utan att få gehör, eller om patienten inte har förmåga, behöver du som rehabiliteringskoordinator ta kontakt om det finns behov av samverkan. Det behövs då ett samtycke. Det är att rekommendera att detta görs skriftligt. Det blir då tydligt för patienten vad det är denna har gett sitt medgivande till. Ett muntligt samtycke gäller, men det ska dokumenteras i patientjournalen. Av anteckningen bör framgå när och hur samtycket har inhämtats samt vad patienten samtycker till (innehållet i samtycket).

### **Tydliggör syftet för arbetsgivaren [76]**

Vid kontakt med arbetsgivare är det viktigt att klargöra syftet. Här följer förslag på punkter som kan vara aktuella att ta upp i samtalet med arbetsgivaren:

- › Att införskaffa information om arbetsgivarens möjligheter till anpassningar i arbetet för att patienten ska kunna vara kvar i arbetet trots sjukdom.
- › Att få kännedom om arbetsgivarens beskrivning av arbetsuppgifter och krav för att utföra dessa så läkaren kan göra en tydligare bedömning av arbetsförmåga i relation till sjukdom.
- › Att få kännedom om arbetsförhållanden.
- › Att skapa förutsättningar för en bättre arbetsåtergång.
- › Att skapa en medvetenhet hos arbetsgivare och göra denna delaktig i processen.
- › Att få till en återgång i arbete, snarast möjligt.
- › Att upprätta en rehabplan.
- › Att presentera hälso- och sjukvårdens uppdrag och hur rehabiliteringskoordinator kan bistå arbetsgivare och dennes medarbetare i processen [76].

Det behövs en förtroendefull dialog med arbetsgivaren för att patienten ska få ett bra stöd inför återgång alternativt kvarstå i arbete. Det viktigaste är att öppna upp för en god kommunikation. Ha gärna läkarintyget framför dig vid samtalet, då vet du vad arbetsgivaren redan vet (om patienten lämnat del 1 av läkarintyget). Utbyt endast sådan information som är nödvändig för patientens samordnade insatser mellan aktörerna. Finns företagshälsovård som kan kopplas in? Det är arbetsgivaren som avgör det, vården ska inte skicka remisser direkt till företagshälsovården.

Utmaningar när det gäller kontakten med arbetsgivare [76]:

- Att förhålla sig till arbetsgivarens agenda för deras medarbetare – den kan skilja sig från andra parter perspektiv och agenda.
- Att arbetsgivare inte vill samarbeta med hälso- och sjukvården när det gäller förutsättningar för deras medarbetare att kunna vara kvar i/återgå i arbete.
- Att hitta rätt kontaktperson hos arbetsgivaren och hitta tid för gemensamt möte.
- Att arbetsgivaren inte ser syfte med kontakt förrän medarbetaren är helt frisk och kan återgå helt i arbete.
- Att arbetsgivare kontaktar hälso- och sjukvården med frågor om sin medarbetares medicinska situation utan att det finns ett medgivande som tillåter den kontakten.
- Att få arbetsgivaren att förstå konsekvenserna av/ha förståelse för medarbetarens diagnos.
- Att arbetsgivarens medarbetare till hälso- och sjukvården har gett restriktioner i sitt medgivande om vad som får återkopplas till arbetsgivaren kring den medicinska situationen.
- Att det är en pågående konflikt mellan arbetsgivaren och dennas medarbetare.
- Om arbetsgivaren kan erbjuda alternativa arbetsuppgifter vid sjukdom/rehabilitering.
- Arbetsgivarens okunskap om sina skyldigheter och om hur sjukskrivnings- och rehabprocessen faktiskt fungerar.

Kontakt ska ske så tidigt som möjligt. Ibland brukar koordinatörer eller andra opponera sig och mena att det inte är någon idé att kontakta arbetsgivaren innan det är dags för återgång i arbete.

För arbetsgivare är det viktigt att vara delaktiga redan från start vid medarbetares sjukfrånvaro för att kunna planera för eventuell vikarie och under hur lång tid. För att kunna ta ställning till behov av eventuella anpassningar men också för att kunna ta ställning till möjligheter att erbjuda, tillfälligt, andra arbetsuppgifter. Det är viktigt att etablera och hålla kontakt med medarbetaren under sjukfrånvaron [76].

## Kontakt med Arbetsförmedlingen

I första hand tar du eller patienten kontakt med den arbetsförmedlare som hen har kontakt med. Om det är svårt att nå arbetsförmedlaren per telefon kan du skicka e-post. E-postadressen är vanligtvis namn.efternamn@arbetsformedlingen.se. På Arbetsförmedlingens webbplats arbetsformedlingen.se finns kontaktuppgifter till närmaste kontor. Det finns även information om Arbetsförmedlingens insatser och vad specialisterna kan bidra med. Sök på: *arbetssökande, stöd och ersättning*.

Ett tips är att bevaka de lokala och regionala samverkansforum som finns där kommun, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och regionen deltar.

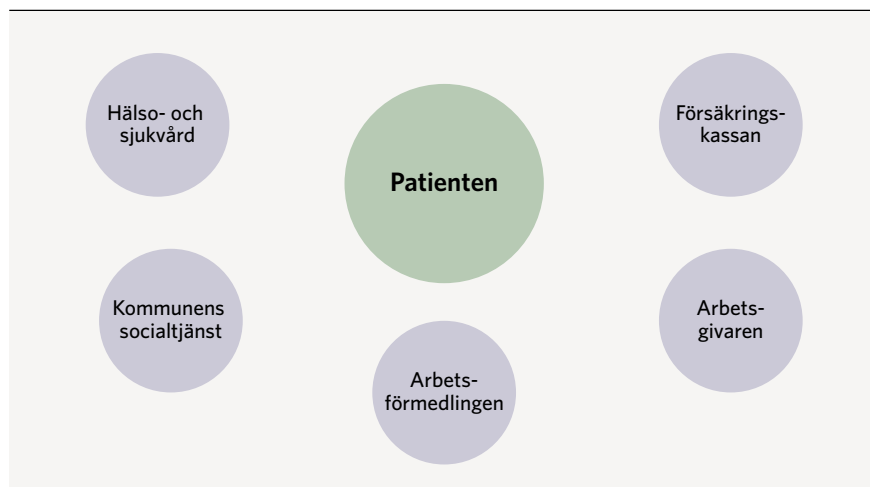
## K. Samarbeta med externa parter

*Vara en samarbetspartner och kontaktperson för externa aktörer såsom arbetsgivare/företagshälsa, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst med flera. Koordinatorn bidrar till utveckling inom denna samverkan.*

Många är inblandade i patientens sjukskrivnings- och rehabprocess. För att det ska bli bra för patienten är det viktigt att du som rehabiliteringskoordinator bidrar till att utveckla samverkan och samarbete med externa parter. Medverka till att kontaktpersoner utses inom respektive part så det är enkelt att ta kontakt. Det är lämpligt att avsätta fasta tider för återkommande möten, för att undvika tidsåtgång för planering och bokning av möten.

Fördela arbetsuppgifter på din vårdenhets så att till exempel vårdadministratör bokar tider och möten. Detta ger dig mer tid med patienten för att koordinera arbetet.

FIGUR 4. De olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen



Möjligheterna att förebygga långa sjukskrivningar är störst i början av en sjukskrivning. Medicinsk rehabilitering och arbetsrehabilitering bör ske parallellt och i samverkan. Passiviserande väntetider kan undvikas med tidig samverkan inom hälso- och sjukvården och externt med Försäkringskassa, arbetsgivare, företagshälsovård, Arbetsförmedlingen och socialtjänst. Försäkringskassan kallar vid behov till avstämningsmöte, det är ett av instrumenten de har i deras arbete med samverkan. Det kan dock finnas behov av möten även utanför avstämningsmötet och alla aktörer kan inbjuda till möten omkring patienten när de ser behov av att mötas. Koordineringsinsatser ska inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för. Koordineringsinsatserna ska bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av regionen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

### **Hälso- och sjukvården ska informera Försäkringskassan**

Enligt 4 § i lagen om koordineringsinsatser framgår att om en sjukskriven patient kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken ska hälso- och sjukvården informera Försäkringskassan om det. Informationen ska dock bara lämnas om patienten samtycker till det.

SKR och Försäkringskassan har tagit fram ett förslag på hur denna paragraf ska tillämpas. En it-lösning för informationsöverföringen bör tas fram på sikt. Lagens tillämpning kommer att följas av Socialdepartementet.

### **Partsöverskridande samverkan**

Flera regioner har utvecklat partsöverskridande samverkan för att skapa ett effektivt stöd till individen där rehabiliteringsbehovet blir utrett och aktiviteter samordnade så att individen får rätt insatser, rätt ersättning, från rätt instans, vid rätt tidpunkt.

Ett exempel finns från Samordningsförbundet Umeå. Närsjukvårdsprojektet (NAFS) om samverkan mellan närsjukvård, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och socialtjänst. Mer information finns på webbplats NAFS.

Region Sörmland har tagit fram en arbetsmetod för rehabiliteringsinventering vid komplexa ärenden. Arbetsmetoden syftar till att åstadkomma ett effektivt flöde i samverkansarbetet och individens rehabiliteringsprocess. Mer information på webbplats [vardhandboken.se](http://vardhandboken.se). Sök på: *koordinering vid sjukskrivning och rehabilitering, relaterad information*.

Läs mer om partsöverskridande samverkan i broschyren ”*Samordna rehabiliteringen*” stöd till utveckling av arbetsinriktad rehabilitering för personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Broschyren finns i SKR:s webbutik.



## Samordningsförbundet kan komplettera

Undersök vilka aktiviteter samordningsförbundet arrangerar i ditt område. Samordningsförbunden har en hel del insatser att erbjuda personer som står långt i från arbetsmarknaden. Kontaktuppgifter till de olika samordningsförbund i landet finns på Finsams webbplats.

## Personer utan sjukpenninggrundande inkomst

Patienter som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) riskerar att falla mellan stolarna om ingen av aktörerna tar ett helhetsgrepp.

En metodik för detta har tagits fram i ett utvecklingsprojekt i Halmstad som syftade till att skapa enhetliga riktlinjer och ett enhetligt förhållningssätt på strukturell nivå såväl som på individnivå. Arbetet tog utgångspunkt i individens behov och rätten till ett bra bemötande, rättssäker handläggning samt en samordning av aktiviteterna. Läs mer om exemplet Halmstad för att inspireras till samverkan mellan aktuella aktörer på regional och lokal nivå [47].

Det finns en viljeinriktning som handlar om samverkan kring personer som saknar SGI och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKR ställer sig mycket positiva till samverkan. Mer information på SKR:s webbplats. Sök på: *bättre rehabilitering för personer utan SGI*. I den nya lagen om koordineringsinsatser ingår även de patienter som står inför inträde till arbete i funktionen för koordinering.

Bevaka och följ upp att ni inte missar dessa personer på vårdenheten.

## Förutsättningar för lyckad rehabilitering

I rapporten Samverkan i re/habilitering kan du läsa om förutsättningar för en lyckad rehabilitering. Rapporten är skriven för rehabilitering av äldre personer men är aktuell även för sjukskrivnings- och rehabprocessen [48]. Här nedan kommer ett utdrag ur rapporten men läs gärna hela som finns på Socialstyrelsens webbplats.

### *”Om gränsöverskridande samverkan”*

Det är myndigheternas ansvar, inte brukarnas, att hitta en arbetsmodell där de olika insatserna harmonierar med varandra. Det finns fyra tunga motiv för samverkan:

1. Det etiska motivet – samverkan kan avlasta brukaren bördan att själv hitta rätt i vårdapparaten och förhindra att brukare faller mellan stolarna.
2. Verksamhetsmotiv – en enskild aktör (verksamhet/myndighet) kan inte ensam lösa brukarens problem.
3. Effektivitetsmotiv – med samverkan kan brukaren uppnå en högre livskvalitet till en lägre samhällskostnad.
4. Kunskapsmotiv – samverkan kan bredda och fördjupa kunskapen om fungerande re/habilitering. Samverkan förstärker specialistkompetensen samtidigt som den integrerar den i en större helhet.

Tre grundläggande förutsättningar kan urskiljas för en lyckad re/habiliteringsprocess:

1. Varje brukare ses som unik med individuella förutsättningar, vilket kräver flexibel planering och mångfald i insatserna.
2. Kontinuitet när det gäller personal, metod, struktur och information.
3. Olika insatser kan ges samtidigt och integrerat i stället för efter varandra i tur och ordning, vilket kräver gränsöverskridande samverkan.

### **Hur kan vi samarbeta – sekretess**

Som rehabiliteringskoordinator är det viktigt att inhämta patientens samtycke (medgivande) till att uppgifter om hen får lämnas ut utan hinder av sekretess. Ett samtycke gör att myndigheter och andra aktörer lättare kan samverka kring patienten för att få till stånd en effektivare sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Det är viktigt med upplysning till patienten om vad samtycket innebär, det vill säga att sekretessen inte kommer att gälla för de uppgifter om hälsotillstånd och andra personliga förhållanden som man har samtyckt till att lämna ut.

Ett skriftligt samtycke är att föredra men även ett muntligt samtycke gäller, men det ska i så fall dokumenteras i patientjournalen. Det åligger varje aktör att innan man lämnar ut uppgifter om en patient försäkra sig om att det finns ett samtycke. Var tydlig i att informera patienten om vad samtycket innebär. Sekretessen och tystnadsplikten avseende uppgifter om en patients hälsotillstånd och andra personliga förhållanden, och därmed behovet av att inhämta patientens samtycke, gäller både för offentliga och privata vårdgivare, men regleras i olika lagar.

Ett förslag på samtyckesblankett finns på [Vårdhandboken.se](http://Vardhandboken.se).

### **Tystnadsplikt och sekretess i hälso- och sjukvården**

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, OSL) gäller inom offentliga verksamheter. Hälso- och sjukvårdssekretessen är en del av denna lag och gäller för offentligt bedriven sjukvård, tandvård samt rehabilitering och hjälpmedel. Tystnadsplikten som följer av lagen gäller alla som arbetar med patienter, såväl vårdpersonal som administrativ personal, studenter, praktikanter, konsulter och förtroendevalda med flera. Sekretessen hos privata vårdgivare regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) och patientdatalagen (2008:355, PDL).

## Sekretess inom offentlig hälso- och sjukvård

Av 25 kap. 1 § OSL framgår att sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilda eller någon närstående till denna lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis i samband med rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

En uppgift för vilken sekretess gäller får inte röjas vare sig muntligt eller skriftligt för enskilda eller för andra myndigheter om det inte anges i OSL eller lag eller förordning som OSL hänvisar till (se 8 kap. 1 § OSL).

Sekretessen gäller uppgifter som rör patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Hit hör till exempel identitetsuppgifter och alla andra uppgifter som direkt beskriver patienten och dennas sjukdom och behandling, liksom sinnestillstånd, arbetsförmåga och familjeförhållanden. Uppgifterna kan finnas i journaler, i andra anteckningar som fax, e-post, provsvar, eller som kunskap hos personalen.

Av 10 kap. 1 § och 12 kap. 2 § OSL framgår att sekretess till skydd för enskild i princip inte gäller i förhållande till den enskilda själv. Som en logisk följd av det kan den enskilda helt eller delvis häva sekretessen som gäller till skydd för honom eller henne. Med andra ord kan patienten samtycka/lämna sitt medgivande till att sekretesskyddade uppgifter lämnas ut.

Ett samtycke till utlämnande av uppgifter behöver inte vara skriftligt utan det räcker med ett muntligt samtycke. Det ska alltid antecknas i patientens journal om hen samtycker till att personuppgifter lämnas ut. Av anteckningen bör framgå när och hur samtycket har inhämtats samt vad patienten samtycker till (innehållet i samtycket).

Det finns inget allmängiltigt svar på hur länge ett samtycke gäller. En person kan lämna sitt samtycke i förväg med tanke på en viss specifik och kommande situation. Till exempel kan en försäkringstagare i ett försäkringsavtal samtycka till att försäkringsgivaren tar del av sjukjournaler i samband med utredningen av försäkringsfallet. Men personen ska alltid kunna återkalla ett sådant samtycke. Om det har förflutit lång tid sedan samtycket lämnades bör patienten tillfrågas om samtycket fortfarande gäller. Ett samtycke får vidare inte ha ett så generellt innehåll att den enskilda allmänt avstår från sekretessen hos en viss myndighet eller en viss handläggare. Om en enskild mer eller mindre tvingas ge ett generellt samtycke, kan omständigheterna vara sådana att samtycket inte bör få rättslig giltighet.

### **Sekretess inom enskild (privat) hälso- och sjukvård**

Enligt 6 kap. 12 § PSL får den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

Det råder en nära överensstämmelse mellan tystnadsplikten för offentligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal och privat anställd personal. Privata vårdgivare ska alltså vid sin bedömning av om en uppgift kan lämnas ut söka ledning i vad som gäller för den offentliga hälso- och sjukvården.

Även inom den privata hälso- och sjukvården kan tystnadsplikten i princip efterges genom samtycke av den enskilde.

### **Menprövning**

Uppgifter om den enskilde kan i vissa fall även lämnas ut efter en sekretess-/menprövning enligt 25 kap. 1 § OSL. Menprövning enligt den bestämmelsen innebär att uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden endast får lämnas ut, om det står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

Begreppet men har en mycket vidsträckt innebörd, men avser framförallt de olika kränkningar av den personliga integriteten som kan uppstå om uppgifterna lämnas ut. Bara det att någon känner till en känslig uppgift om en person kan i många fall vara tillräckligt för att men ska föreligga.

Utgångspunkten för bedömningen ska vara den enskildes egen upplevelse, men bedömningen måste i viss utsträckning ta hänsyn till rådande värderingar i samhället. Enbart det förhållandet att en person tycker att det i största allmänhet är obehagligt att andra vet var han eller hon bor kan till exempel inte anses innebära men.

Uppgifter om patienten kan således lämnas ut om det står klart om att patienten eller närstående till patienten inte lider men av att uppgifterna lämnas ut. Detta stränga krav medför att det ofta är enklast att istället för menprövning inhämta ett samtycke från den enskilde.

## Socialförsäkringsbalken

Av 110 kap. 13 § Socialförsäkringsbalken följer att den enskilde är skyldig att lämna de uppgifter som är av betydelse för bedömningen av frågan om ersättning eller i övrigt för tillämpningen av denna balk. Ytterligare skyldigheter för den enskilde i samband med sjukpenningärenden finns i 21 § samma kapitel.

Försäkringskassans lagliga rätt att få uppgifter om sjukfallet följer av 110 kap. 31 § socialförsäkringsbalken. Enligt den bestämmelsen ska myndigheter, arbetsgivare och uppdragsgivare, anordnare av personlig assistans samt försäkringsinrättningar på begäran lämna Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och allmän förvaltningsdomstol uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpningen av denna balk. I paragrafen regleras således en uppgiftsskyldighet som bryter sekretessen och som innebär att till exempel hälso- och sjukvården inte kan vägra att lämna ut uppgifter **som rör sjukfallet** om Försäkringskassan begär in dessa och de är av betydelse för tillämpningen av balken.



# Hälso- och sjukvårdens uppdrag

*Vårdens uppdrag är att ge patienten god vård och behandling både till och tillsammans med patienten samt att skapa värde för patienten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Ett gott ledningssystem, kvalitetsarbete och ständiga förbättringar är strategier för att göra det möjligt. I det här kapitlet får du en överblick om ledning och styrning samt vikten av uppföljning och rollfördelning. Dessutom en sammanställning av rehabiliteringskoordinatorns uppdrag och kunskapsbehov.*

## Uppdrag försäkringsmedicin

Hälso- och sjukvårdens uppdrag inom försäkringsmedicin handlar om att göra en försäkringsmedicinsk bedömning och att utfärda medicinska underlag när det behövs, exempelvis till Försäkringskassan. Det försäkringsmedicinska uppdraget kan ses som ett tillägg till det medicinska uppdraget och ska enligt Socialstyrelsen ses som en integrerad del av vård och behandling. Det försäkringsmedicinska arbetet ska därför följa samma krav på kvalitet, uppföljning och utvärdering som annan vård och behandling som ges [29].

En vanlig försäkringsmedicinsk åtgärd inom hälso- och sjukvården är att ta ställning till en eventuell sjukskrivning. Läkaren gör då en försäkringsmedicinsk bedömning och utfärdar medicinska underlag, om bedömningen visar att det är befogat. Läkaren är inte skyldig att utfärda intyg om sjukdom om den försäkringsmedicinska bedömningen visar att patienten inte har någon nedsättning av sin arbetsförmåga på grund av sjukdom. Hälso- och sjukvården är dock skyldig att lämna relevant information till Försäkringskassan för deras handläggning av ärendet. Patientens samtycke behöver inte inhämtas innan relevant information i de fallen lämnas till Försäkringskassan.

## Uppdrag jämställdhet och jämlikhet

Hälso- och sjukvårdslagen 2§ är tydlig: ”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.” (Hälso- och sjukvårdslagen 1997:142). För att efterleva lagen behöver vård och omsorg samt hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genomsyras av ett köns- och genusperspektiv för att kvinnor och män, flickor och pojkar, ska få en likvärdig vård, service och rehabilitering på lika villkor oavsett ålder, födelseland eller socioekonomi.

## Uppdrag våld i nära relationer

Såväl i sjukskrivnings- som i rehabiliteringsprocessen finns möjligheter att upptäcka patienter som varit utsatta för våld och sätta in behandling. För att underlätta arbetet för personalen behövs en tydlig struktur och rutiner som stödjer arbetet. Genom att följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer kan ett genomarbetat stöd erbjudas. I Socialstyrelsens föreskrifter framgår tydligt vilket ansvar hälso- och sjukvården har när det gäller våld i nära relationer [48] och vilka insatser som förväntas. Det behövs ett ledningssystem som säkerställer ett systematiskt kvalitetsarbete, rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten för våldsutsatta och barn som bevittnat våld, rutiner för anmälningsskyldighet samt dokumentationsrutiner. Det är viktigt att våldet är sökbar i dokumentationer för att kunna göra analyser. Vidare behöver det vara tydligt när frågor om våld ska ställas. Läs mer om dokumentation av våldsutsatthet i kapitel 5 *Verktyg och instrument*.

Socialstyrelsens föreskrifter reglerar även att vårdgivaren ska samverka såväl internt som externt, till exempel mellan kommuner och regioner eller med andra verksamheter, myndigheter och organisationer som berörs. Detta för att skapa förutsättningar för samordnade insatser och för att säkerställa att olika åtgärder inte motverkar varandra.



## Regionens uppdrag

För att underlätta för hälso- och sjukvården att utforma en rättssäker, patientsäker och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess är det av stor vikt att regelbundet se över styrning och ledning av sjukskrivningsprocessen. Ett kvalitetsledningssystem lägger grunden för bättre sjukskrivningar och ger förutsättningar för ordning i verksamheten. På detta sätt förebyggs risker och misstag som ytterst kan leda till vårdrelaterade skador. En väl fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ställer krav på organisation, profession och kompetens [5]. Försäkringsmedicin är ett komplext kunskapsområde som berör många både inom och utanför hälso- och sjukvården. För att lyckas inom området behövs tydliga lednings- och stödfunktioner både centralt i regionen och i verksamheten [5].

Uppdragen för den centrala funktionen/enheten bör vara:

- › Försäkringsmedicinsk kunskapsinhämtning, utbildning, kompetensförsörjning och uppföljning.
- › Utvecklings- och samverkansuppdrag inom olika områden som psykisk ohälsa, jämlik och jämställd vård och sjukskrivning, rehabilitering och sjukskrivning, samverkan med andra aktörer och försäkringsmedicinska utredningar.
- › Bilda och hålla samman nätverk för rehabiliteringskoordinatorer och läkare med försäkringsmedicinskt uppdrag.
- › Ge kontinuerlig utbildning, uppdatering om nyheter inom området till chefer med flera.

## Verksamhetschefens uppdrag

Verksamhetschefens intresse, ledning och stöd har visat sig vara den viktigaste framgångsfaktorn för att rehabiliteringskoordinatorn ska kunna utföra sitt arbete framgångsrikt [49]. Verksamhetschefernas ansvar i hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag kan kortfattat beskrivas enligt SKR:s *Vägledning – ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* [5].

- › Inom ramen för ledningssystemet ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för det systematiska kvalitetsarbetet för sjukskrivningsprocessen för att kunna styra, följa upp och utveckla arbetet.
- › Ansvara för att mål för arbetet med sjukskrivningsprocessen formuleras och uppnås.

- Ansvara för uppföljning och analys av sjukskrivningsprocessen, så att åtgärder kan vidtas som förbättrar arbetet.
- Fastställa ändamålsenliga rutiner och entydigt fördela ansvaret för de intyg som utfärdas inom verksamhetsområdet.
- Fortlöpande följa upp verksamheten och säkerställa att rutinerna och fördelningen av ansvar uppfyller kvalitets- och säkerhetskraven i dessa föreskrifter.

Verksamhetschefen har ett viktigt uppdrag på sin enhet för att hälso- och sjukvården ska fungera tillfredsställande för befolkningen. En del i chefens ansvar är att leda och fördela arbetet inom det försäkringsmedicinska området. I ReKoord-arbetet [4] framkom att den viktigaste påverkansfaktorn för att rehabiliteringskoordinators arbete ska bli lyckosamt är stöd och engagemang från chefen. Chefens tydliga presentationer av uppdraget inför övrig personal och tilldelning av tillräcklig tid för uppdraget, vilket förutsätter att hen vet vad koordinatorsfunktionen innebär.

Chefen ska också se till att det finns tydliga rutiner för det försäkringsmedicinska arbetet. Ledningssystemet på verksamhetsnivå ska säkerställa att det finns rutiner för arbetet med sjukskrivningar utifrån föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Rutinerna är ett viktigt stöd för läkare, rehabiliteringskoordinator och annan berörd personal. De ska vara skriftliga, kända för alla berörda och fungera som introduktionsmaterial för nya läkare, läkarvikarier, koordinator och annan personal. ”Så här gör vi på vår enhet kring sjukskrivningar och rehabilitering.” Patienterna ska känna att de får samma vård, behandling och bemötande oavsett vem de träffar på vårdcentralen.

SKR har tagit fram en bok ”Att leda funktion för koordinering” som stöd för verksamhetschefer och regionledning. Boken uppdateras under 2020 så att den innefattar ledning och styrning av hela området försäkringsmedicin.

Boken kommer att finnas tillgänglig via SKR:s webbutik.

## Läkarens uppdrag

Läkaren har ett medicinskt ansvar för patientens behandling, rehabilitering och sjukskrivning, vilket ska ske utifrån jämlika förutsättningar, bland annat mellan kvinnor och män. Läkaren ansvarar för att bedöma kvinnors och mäns sjukdom respektive diagnos och hur denna påverkar funktionsförmågan samt i vilken utsträckning förmågan till aktivitet påverkas.

Läkaren har även möjlighet, och bör vid behov, ta stöd av andra professioner såsom arbetsterapeut, fysioterapeut, psykolog, kurator och koordinator för bedömning, vård och rehabilitering. Dessa professioner arbetar även med patienter utifrån egen bedömning som legitimerad sjukvårdspersonal.

I läkares uppdrag ingår också att förse andra aktörer som arbetsgivare och myndigheter med medicinska underlag i form av utlåtanden och intyg. Läkaren kan också få underlag inför sjukskrivning från sina medarbetare.

## Rehabiliteringskoordinators uppdrag

SKR har utifrån överenskommelsen med staten sammanställt elva punkter över vad som kan ingå i en funktion som ska koordinera och stödja patienter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Arbetet har skett tillsammans med en referensgrupp från regioner bestående av rehabiliteringskoordinatorer samt processledare. Punkterna har tagits fram med inspiration från bland annat Stegen i ReKoord-projektet. Uppdraget har uppdaterats utifrån lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

Målsättningen för koordinators arbete är att underlätta återgång och inträde i arbetslivet, förebygga och optimera sjukskrivning ur ett patientperspektiv. Uppgiften är i första hand att vara samordnare av de åtgärder som bedöms värdefulla för utvecklingen av en kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess på den egna vårdenheten och för patienter med nedsatt arbetsförmåga. Dessutom är koordinators uppgift att vara samverkans- och samarbetspartner till andra rehabiliteringsaktörer internt i hälso- och sjukvården såväl som samverka externt med andra parter omkring patienterna.

Uppdraget innefattar tre huvudområden: *Samverka och samordna internt, Individuellt anpassat stöd till patienter samt Samverka externt:*

TABELL 2. Rehabiliteringskoordinators uppdrag

<b>Samverka och samordna internt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A. Stödja verksamhetschefen med att ta fram, implementera och följa upp rutiner för sjukskrivningsprocessen. Mandat och stöd måste i sin tur ges av verksamhetschefen.* Tillsammans med verksamhetschefen kartlägga behov inom den specifika vårdenheten och vilka förutsättningar som finns. Samordna och utveckla arbetssätt inom hälso- och sjukvården, till exempel utveckling av teamsamverkan.</li> <li>B. Koordinera och utveckla det interna arbetet inom sjukskrivningsprocessen, såväl inom vårdenheten som genom samverkan med andra vård- och rehabiliteringsenheter.</li> <li>C. Verka för en jämställd sjukskrivningsprocess och vara uppmärksam på våld i nära relationer.</li> <li>D. Stödja verksamhetschefen med att följa, redovisa och analysera könsuppdelad sjukskrivningsstatistik på enhetsnivå.</li> <li>E. Bidra till att uppmärksamma tidiga signaler och riskfaktorer för lång sjukskrivning samt i ett tidigt skede identifiera sjukskrivna patienter som har behov av koordinerande insatser.</li> <li>F. Vara uppdaterad inom försäkringsmedicin, jämställdhet och våld i nära relationer samt arbetsrättens betydelse. Sprida kunskap och vara rådgivare på vårdenheten. Delta i lokala och länsgemensamma nätverksträffar och utbildningar för rehabiliteringskoordinatorer.</li> </ul>
<b>Individuellt anpassat stöd till patienter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>G. Kartlägga patientens rehabiliteringsbehov om det krävs för att vården ska bli mer effektiv.</li> <li>H. Föra dialog med patient, sjukskrivande läkare, arbetsgivare, vid behov Arbetsförmedlingen/socialtjänst samt övriga teamet för att bidra till att en plan för återgång i arbete upprättas, dokumenteras och hålls aktuell.</li> <li>I. Vara kontaktperson/individuellt stöd till sjukskrivna patienter. Om ingen annan medarbetare naturligt har den uppgiften.</li> <li>J. Stödja patienten i kontakten med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering i de fall det är lämpligt och patienten gett sitt samtycke.</li> </ul>
<b>Samverka externt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>K. Vara en samarbetspartner och kontaktperson för externa aktörer såsom arbetsgivare/företagshälsa, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunens socialtjänst med flera. Koordinatören bidrar till utveckling inom denna samverkan.</li> </ul>

\* Socialstyrelsen, Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9.

## Rehabiliteringskoordinators kunskap och kompetens

SKR:s litteraturstudie [5] visar att införandet av koordinatörer som utvecklar samarbete över organisationsgränser gynnar patientens rehabiliteringsprocess tillbaka i aktivitet och arbete. Studien bekräftar också resultaten från ReKoord-projektet [4], att det krävs omfattande kunskaper och lämpliga personliga egenskaper för att klara av arbetet som rehabiliteringskoordinator oavsett organisation och verksamhet.

Kunskap och kompetens kan delas upp i generella och specifika. De generella kunskaperna handlar om allt från hälso- och sjukvårdens bedömning, vård och rehabilitering till kunskaper om arbetsmarknadens arbetsrehabiliterande insatser. Det ställer stora krav på personerna som ska stödja och koordinera individens process för att stanna kvar i eller återgå till arbete. Det krävs också specifika kunskaper beroende på inom vilken organisation koordinatorfunktionen ska arbeta i [4]. Det skiljer sig åt ifall koordinatören ska arbeta inom hälso- och sjukvårdens olika enheter eller inom övriga arbetslivet.

### Generella kunskaper och egenskaper gemensamma för koordinatörer oavsett arbetsområde

Kompetenskrav för rehabiliteringskoordinatorn regleras inte i lagen om koordineringsinsatser. Det är en fråga för regionerna att säkerställa rätt kompetens. Nedan ges förslag på generella kunskaper och egenskaper som kan vara stöd för chefer som ska anställa en rehabiliteringskoordinator och för blivande rehabiliteringskoordinatörer. På SKR:s webbplats finns också som stöd en vägledning med kompetensmål för rehabiliteringskoordinator.

#### **Relevant kunskapsbas**

Det är lämpligt med legitimerad personal, socionom eller rehabiliteringsvetare. Alla behöver grundläggande kunskaper om medicinsk terminologi för att förstå läkarintyg, journalhandlingar med mera. Personen ska också ha god kunskap om försäkringsmedicin och betydelsen av innehållet i definitionen av detta begrepp samt om jämställdhet och mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och våld i nära relationer. Dessutom finns lämpliga högskolekurser för rehabiliteringskoordinatörer vid flera lärosäten i dag

#### **Lämpliga individuella egenskaper och kvaliteter**

Personen ska ha god förmåga till mellanmännsliga relationer, inneha social kompetens och förmåga att kunna utveckla och underhålla relationer. Kunskap om vikten av att upprätthålla sekretessen är också väsentligt. Koordinatören bör ha samarbetsförmåga men också våga ställa krav, vara bestämd och kunna arbeta självständigt.

### ***Inriktning på rehabilitering***

Personen bör förstå rehabiliteringens grundläggande idé, ha insikt om arbetets värde för människan och om betydelsen av helhetsperspektiv på människans olika domäner i livet. Det sistnämnda handlar om att förstå de roller som krävs av individen och hur dessa påverkar arbetsförmågan. Personen behöver inse behovet av grundläggande bedömning av rehabiliteringsbehov både på individnivå och i omgivande kontext (arbete, hem och fritid) innan insatser sätts in. För koordinatoren i en rehabiliteringsprocess är det en viktig egenskap att effektivt kunna lösa problem tillsammans med nyckelpersoner i rehabiliteringen.

### ***Kommunikativ förmåga***

Personen bör ha förmåga att upprätta god kontakt med individen. Det handlar också om att kunna upprätta god kontakt och gott samarbete med andra rehabiliteringsaktörer runt individen. För att klara arbetet som koordinators behovs bedömningskunskap samt förmåga till problem- och konfliktlösning.

### ***Organisatorisk förmåga och omvärldskunskap***

Personen behöver ha en god organisations- och administrativ förmåga, det vill säga vara tillgänglig, strukturerad, ha ledarförmåga och kunna hantera många saker samtidigt. Hen bör också ha omvärldskunskap, känna till regelverk, uppdrag, arbetssätt, struktur och kultur, ansvar och roller, kontaktvägar internt och till externa aktörer.

### ***Förmåga att främja återgång i arbete***

Personen bör ha förmåga att upprätta god kontakt med individen, ha förmåga att synliggöra patientens resurser och motivera till arbetsåtergång alternativt stanna kvar i arbete.

### ***Erfarenhet***

Att ha livserfarenhet är näst intill en förutsättning, likaså att vara erfaren inom sitt ämne, kunskapsområde, organisation.

## **Specifika kunskaper olika beroende på arbetsområde**

Det är skillnader i uppdrag och kunskapsbehov mellan hälso- och sjukvårdens koordinators i primärvård och specialistvård, och mellan dem och koordinerande funktion hos arbetsgivare. Behovet av de generella kunskaperna kan vara relativt lika oavsett arbetsområde. Däremot skiljer det vilka specifika kunskaperna som krävs. Nedan följer en kort beskrivning av specifika kunskaper som krävs i olika organisationer.

### ***Specifika kunskaper för hälso- och sjukvårdens koordinatörer***

Koordinatorer inom hälso- och sjukvården behöver god kunskap om medicinsk bedömning, vård, rehabilitering, intern organisation och kontaktvägar. Det är en fördel att ha arbetat inom hälso- och sjukvården tidigare. Kunskap om samtalsmetodik, kommunikation, hur patientens resurser kan tas tillvara och hur förändring motiveras är väsentligt i den koordinerande rollen.

Att vara koordinatörer inom primärvård eller på specialistkliniker skiljer sig åt. I primärvård är koordinatören generalist och bör ha god kunskap om samhället, arbetsmarknaden och kontaktvägar inom vårdcentralens verksamhetsområde. En koordinator på specialistklinik bör i första hand ha god kännedom om sin kliniks specialområde och kontaktvägar, men också om patientens hemort och dess generalister på vårdcentralen.

Många koordinatörer inom hälso- och sjukvården arbetar även själva med utredning, bedömning av vård och rehabiliteringsbehov, ger stöd till patienten och leder rehabiliteringsteam. Professionell kompetens krävs då för dessa uppgifter.

### ***Specifika kunskaper för RTW-koordinatörer***

Rehabiliteringskoordinator som arbetar inom arbetslivsinriktad rehabilitering, till exempel inom företagshälsan eller på arbetsgivares HR-avdelning, kallas ofta RTW-koordinator. En RTW-koordinator behöver omfattande specifika kunskaper, bland annat om arbetslivsinriktad bedömning, rehabilitering i arbetslivet, arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, viss kunskap om arbetsrelaterad juridik, arbetsmarknaden de verkar i och kontaktvägar till andra rehabiliteringsaktörer som finns omkring arbetstagaren/arbetssökanden.

Arbetsgivaren ansvarar för arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsåtergång. Enligt Sveriges Företagshälsor [50] behöver den som arbetar inom företagshälsovården med rehabilitering och arbetsåtergång kunskap om Socialförsäkringsbalken, Hälso- och sjukvårdslagen, Arbetsmiljölagen och dess olika författningar. Dessutom är det viktigt att känna till hur partsförhållandena regleras, hur skyddsorganisationen involveras i arbetet, hur de fall hanteras där medarbetaren drabbas av en så pass allvarlig funktionsnedsättning att den inte kan arbeta kvar. Vilket innebär att också ha kunskap om hur det senare regleras i Lagen om anställningsskydd (LAS). Till det kommer att en gedigen kunskap behövs om hur sekretessregler ska hanteras i relationen mellan arbetstagaren och arbetsgivaren, samt vilka branscher som har kollektivavtal på området [50].





# Fördjupning

*Detta kapitel innehåller flera fördjupningar, bland annat Stegen, samt en beskrivning av uppdragen hos rehabiliteringsaktörer utanför hälso- och sjukvården. Dessutom hittar du avsnitt om samtal och teamarbete samt våld i nära relationer.*

Kapitlet innehåller:

- › I. Stegen – uppdrag för koordinering
- › II. Andra rehabiliteringsaktörer
- › III. Lär mer om risk- och friskfaktorer
- › IV. Lär mer om samtal
- › V. Lär mer om teamarbete
- › VI. Lär mer om våld i nära relationer

## I. Stegen – Uppdrag för koordinering

Detta stycke är delvis kopierat från rapporten *ReKoord-projektet, Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet* med godkännande från författarna.

Stegen togs fram utifrån resultaten i ReKoord-projektet för att illustrera skillnader i arbetsuppgifter för koordinatörer i olika regioner. I botten av Stegen var koordinatörernas uppgift enbart att boka tider för möten medan det åttonde steget i toppen innebar omfattande arbetsuppgifter. Stegen har senare använts både i samband med överenskommelser mellan SKR och Socialdepartementet om medel till hälso- och sjukvården för fortsatt utveckling av försäkringsmedicinskt arbete, och som diskussionsunderlag vid utveckling av koordinatörfunktioner i många regioner. Efter figuren med Stegen följer kortfattade beskrivningar av de olika uppdragen/arbetsuppgifterna som redovisats i figuren.

FIGUR 5. Stegen som visar uppdragets omfattning



Stegen som beskriver arbetsuppgifter som vanligen ingår i koordinatoruppdraget. Enligt enkäter och intervjuer med koordinatörer.

\* Förebyggande arbete ingår inte enligt lagen om koordineringsinsatser.

## **Uppdragen/arbetsuppgifterna i Stegen**

Stegen togs fram under arbetet i ReKoord-projektet som enbart studerade koordinatörer i primärvård eftersom det vid den tidpunkten (2012–13) inte fanns så många koordinatörer på sjukhuskliniker. Men troligt är att kunskapen om uppdragen/arbetsuppgifterna från Stegen är användbara även för kliniker. Skillnaderna har vid senare kontakter med koordinatörer i den specialiserade vården visat sig vara små i jämförelse med primärvården.

## **Tidbokare**

Oftast är det en medicinsk sekreterare eller mottagningssköterska som bokar tider för patienter, egen personal och externa aktörer till olika planeringsmöten som till exempel rehabiliteringsmöten (interna och externa aktörer) eller avstämningsmöten. Fasta mötestider finns vanligtvis inte, det har funnits problem med att få till ett sådant system.

## **Organisatör**

Denna koordinator har ett mer omfattande ansvar att tillsammans med verksamhetschef och medicinskt ledningsansvarig läkare (alternativt läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin) lägga upp interna riktlinjer för försäkringsmedicinskt arbete på enheten och att se till att dessa följs och utvecklas. Här har koordinatören ofta nära kontakt med regionens processledning. Vanligen har denna koordinator rehabiliteringsutbildning som arbetsterapeut eller fysioterapeut men kan också vara till exempel utbildad sjuksköterska med specialkunskap inom rehabilitering och försäkringsmedicin.

## **Rådgivare och kunskapsförmedlare**

Har mer kunskap om försäkringsmedicinskt arbete och om regionens organisation än som är vanligt hos övriga på enheten. Kan fungera som rådgivare till sina medarbetare om försäkringsmedicinska frågor och även i viss mån till andra rehabiliteringsaktörer genom sin kunskap om vårdens organisation och uppdrag. Oftast är detta en person med rehabiliteringsutbildning.

## **Kontaktperson till andra rehabiliteringsaktörer i samhället**

Enhetens kontaktperson när det gäller sjukskrivning och därmed följande rehabilitering. I vissa fall är koordinatören enbart kontaktperson till Försäkringskassan, i andra fall kontaktperson som kontakt och samarbete med andra enheter inom vården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunens socialtjänst, arbetsgivare och företagshälsovård. Dessa koordinatörer arbetar inte med de sjukskrivna förutom när de tas upp i bedömningsgrupp.

### **Kontaktperson till sjukskrivna**

Ett uppdrag för denna koordinator är att ha inledande och uppföljande kontakter med patienter som är sjukskrivna. Denna är ofta kontaktperson för patienten, både i kontakter med vården och med andra rehabiliteringsaktörer. Koordinatorn fungerar också ofta samtalsstöd till patienten. Detta är oftast en person med rehabiliteringsutbildning och lång erfarenhet av patientarbete.

### **Kontaktperson till sjukskrivna och patienter med risk för sjukskrivning**

Denna koordinator har ett utökat uppdrag jämfört med ovanstående. I uppdraget ingår både arbete med sjukskrivna och med personer där risk uppmärksammas av läkare, andra medarbetare eller andra rehabiliteringsaktörer, med andra ord ett förebyggande arbete. Här är huvudsyftet att hjälpa patienten att få de behov tillfredsställda som gör att denna kan stanna kvar i arbetslivet. I lagen om koordineringsinsatser finns inte krav att arbeta förebyggande, men respektive region avgör vad som ingår i uppdraget utöver lagen. Åtgärderna kan vara såväl rehabilitering inom vården som kontakter med arbetsgivare eller andra aktörer. Det kan också innebära utredning om privatlivet har påverkan på patientens möjligheter att arbeta, samt att vara samtalsstöd till patienten. Denna koordinator upplevs som en samverkanspartner till bland andra Försäkringskassans handläggare som har samordningsuppdraget. Koordinator med detta uppdrag har oftast en rehabiliteringsutbildning som bas och omfattande vana vid arbete med utredningar, behandlingar och andra insatser för patienter.

### **Ledare internt rehabiliteringsteam**

Detta uppdrag innebär att vara ledare för det interna rehabiliteringsteamet och om detta saknas, starta upp sådant team. Denna koordinator har oftast rehabiliteringsutbildning eller annan vårdutbildning med rehabiliteringskunskap och kan dessutom ha ledarskapsutbildning. I det interna teamet ingår vanligen koordinator, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, om sådan finns på enheten och läkare (med försäkringsmedicinskt uppdrag och/eller patientansvarig läkare). Mottagningssköterska eller distriktssköterska ingår i vissa team.

### **Bedömare av individens behov**

Dessa arbetsuppgifter ingår i koordinatorsuppdraget om koordinatorn har uppdraget att arbeta direkt med patienter och har de kunskaper som krävs för att kunna göra en kartläggning och första behovsbedömning samt ge förslag för intern rehabiliteringsplan. Dessa koordinatörer deltar oftast också i planläggning tillsammans med patient och enhetens bedömnings-/rehabiliteringsteam samt med andra rehabiliteringsaktörer.

### **Rådgivare till läkare om intygsskrivning**

Koordinatorer som har omfattande kunskap om försäkringsmedicin, tillika bedömning av funktion och aktivitet, kan vara ett värdefullt stöd till läkare vid diskussioner om sjukskrivning och ifyllande av läkarintyg för detta ändamål. Detta är företrädesvis koordinatorer med professionen arbetsterapeut eller fysioterapeut.

### **Organisatör av internutbildningar i försäkringsmedicin för medarbetare**

Vissa koordinatorer som har uppdrag att organisera det försäkringsmedicinska arbetet har också till uppgift att se till att medarbetarna får den utbildning inom området som de har behov av. Ofta genomförs utbildningen av regionens processledning för försäkringsmedicin alternativt upphandlade utbildare. Det förekommer också att koordinatorer själva genomför utbildning för sina medarbetare. Det kräver då en koordinator med mer omfattande kunskaper inom ämnesområdet.

## **II. Andra rehabiliteringsaktörer**

I det här avsnittet hittar du en fördjupning om rehabiliteringsaktörer utanför hälso- och sjukvården. Det är en fördjupning av kapitel 3 där det var en kort genomgång av alla aktörer. Här finns information om aktörernas uppdrag, vad du kan förvänta dig av dem och vilka krav du kan ställa. Det hjälper dig att se var gränserna går mellan hälso- och sjukvården och övriga aktörer. Samverkan är viktig för att patienten ska få gott stöd och inte falla mellan stolarna mellan de olika aktörerna. Du hittar också information om försäkringsmedicinska utredningar och läkarintygen. Koordineringsinsatser ska inte avse sådana insatser som andra aktörer ansvarar för. Koordineringsinsatserna ska bara inriktas på de behov som ska tillgodoses av regionen inom hälso- och sjukvårdsverksamheten, och inte avse insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter.

### **Arbetsgivaren**

I detta avsnitt beskriver vi arbetsgivaransvaret i samband med sjukdom och rehabilitering på arbetsplatsen, vad som kan tolkas som effektiv rehabilitering och synpunkter på effekter av rehabiliteringskoordinatorernas arbete.

### **Arbetslivsinriktad rehabilitering**

Det finns olika typer av rehabilitering. Arbetsgivaren ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen som syftar till att den anställda ska återfå arbetsförmågan till sitt arbete. Ansvaret regleras i arbetsmiljölagen (AML), socialförsäkringsbalken (SFB) och även till viss del i lagen om anställningskydd (LAS).

I SFB fastställs att arbetsgivaren har skyldighet att vidta de åtgärder som innebär en effektiv rehabilitering. Någon definition på vad som är en effektiv rehabilitering finns däremot inte i SFB. I stället får svar sökas i AML, föreskrifter och i Arbetsdomstolens (AD) praxis. Omfattningen av arbetsgivarens rehabiliteringsansvar framgår när AD, i en prövning av saklig grund för uppsägning, prövar om arbetsgivaren inför en uppsägning genomfört alla de rehabiliteringsåtgärder som kan krävas i den specifika verksamheten för den specifika arbetstagaren.

Av AML framgår att arbetsgivaren på ett lämpligt sätt måste ha en organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. I praktiken handlar det om att arbetsgivaren ska ha policier, handlingsplaner, riktlinjer och så vidare för arbetet med rehabilitering i sin verksamhet. För att förtydliga samspelet mellan AML och SFB än mer kan sägas att begreppet arbetslivsriktad rehabilitering vilar på två lagar och innefattar rehabiliteringsåtgärder som regleras i SFB och arbetsanpassningsåtgärder som regleras i AML. Det tar alltså sikte på två olika åtgärder som tillsammans kompletterar varandra, arbetsanpassning och rehabilitering.

Ett anställningsförhållande innebär ett lojalitetsåtagande för både arbetsgivaren och arbetstagaren. När det gäller arbetsgivarens rehabiliteringsarbete innebär lojalitetsåtagandet att arbetsgivaren i möjligaste mån ska se till att arbetstagaren kan ha kvar sin anställning och arbeta kvar i verksamheten. Anställningsskyddet för en sjuk arbetstagare är mer långtgående än för andra arbetstagare eftersom det krävs betydligt mer för att arbetsgivaren ska anses ha "saklig grund" enligt LAS för att skilja en sjuk arbetstagare från sin anställning. Som huvudregel är sjukdom inte saklig grund för att säga upp en arbetstagare. För arbetstagarens del innebär lojalitetsåtagandet en skyldighet att medverka i sin rehabilitering. Det handlar såväl om att lämna uppgifter för att kunna ta reda på om det finns ett rehabiliteringsbehov som att efter bästa förmåga delta aktivt i rehabiliteringsåtgärderna.

### **Vad är en effektiv rehabilitering?**

Huruvida en rehabilitering är effektiv måste avgöras från fall till fall, beroende på individen, dennas problem och inte minst vilken typ av verksamhet som bedrivs. Målet med en lyckad rehabilitering är att en anställd ska kunna återgå och arbeta som tidigare med de arbetsuppgifter hen hade före sjukfallet.

Från och med den 1 juli 2018 har arbetsgivare en skyldighet enligt SFB att upprätta en plan för återgång i arbete (PÅA) om arbetstagaren förväntas vara sjukskriven i minst 60 dagar från och med sjukperiodens första dag. Arbetsgivaren ska ta fram planen senast dag 30 i sjukperioden. Utifrån arbetstagarens läkarintyg ska arbetsgivaren göra ett antagande om när den anställda kan komma tillbaka i ordinarie arbete. På Försäkringskassans hemsida kan arbets-

givare hitta en mall för PÅA, men eftersom det inte finns något formkrav för planen, kan även den plan som eventuellt redan finns inom arbetsgivarens rehabiliteringspolicy användas.

Arbetslivsriktad rehabilitering innebär ett, i många fall, tålmodskrävande arbete. Stöd och anpassningsåtgärder ska utgå från individens fysiska och psykiska förutsättningar. Dessa stöd och anpassningsåtgärder måste också ställas i förhållande till om de är möjliga att genomföra på arbetsplatsen. Hänsyn till arbetskollegor, organisation och verksamhetens krav måste vägas in i bedömningen. Det är endast stöd och anpassningsåtgärder som syftar till att arbetstagaren ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren som ligger inom ramen för arbetsgivarens skyldighet. Sammanfattningsvis kan sägas att rehabiliteringsarbetet innebär rättigheter och skyldigheter för såväl arbetsgivaren som arbetstagaren och det kan vara avgörande för resultatet att båda parter i förväg känner till ramarna för rehabiliteringen och går in i processen med rimliga förväntningar.

### **Rehabiliteringskoordinator – nyckel till framgång!**

För att öka chanserna till en lyckad rehabilitering krävs bra dialog och samverkan mellan såväl de två givna aktörerna – arbetsgivaren och arbetstagaren – som hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Här kan rehabiliteringskoordinatorn göra stor nytta genom att uppmärksamma respektive aktör på dess ansvar och roll, och även ha en övergripande bild av arbetstagarens rehabilitering. Sannolikt kan rehabiliteringskoordinatorn se lösningar som övriga aktörer, av olika skäl, inte självklart har upptäckt. Det inte alltid lätt att se vilket stöd och vilka anpassningar som kan vara den mest effektiva vägen fram i en rehabilitering. Ibland framgår det inte tydligt av exempelvis ett läkarintyg vad personen klarar av, eller omvänt, vad personen bör undvika.

Koordinatorrollen kan även ses som den sammankopplande länken mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren och, i förekommande fall, dennes företagshälsovård.

Om arbetsgivaren ska upprätta en PÅA kan rehabiliteringskoordinatorn erbjuda stöd och vara en kanal in till vårdgivaren för de arbetsgivare som behöver det. Kanske finns det frågetecken kring de medicinska underlagen och prognos för den anställdes sjukfall? Med utgångspunkt i en konstruktiv dialog, eventuellt initierad av koordinatorn, kan arbetsgivaren tillsammans med den anställda ta fram en plan för rehabiliteringsarbetet, sätta upp målförslag och följa upp planen genom avstämningsmöten. Om arbetsgivaren i sitt rehabiliteringsarbete, trots försök med skäliga stöd och anpassningsåtgärder ändå kommer fram till att arbetstagaren inte kommer att kunna återgå i sitt tidigare arbete, avslutas rehabiliteringsarbetet. Istället ska arbetsgivaren undersöka om det finns något annat arbete som arbetstagaren kan utföra i verksamheten. Även här kan rehabiliteringskoordinatorn vara en tillgång, tillsammans med arbetsgivaren och företagshälsovården.

Genom att utveckla detta arbetssätt ökar förutsättningarna för arbetsgivaren att, tillsammans med den anställda, ta fram en handlingsplan för rehabiliteringsarbetet som innehåller gemensamma mål, förslag till stöd och anpassningar samt avstämningsmöten.

### **Arbetsgivaren och företagshälsovården**

I detta avsnitt beskrivs lagstiftning, partsförhållanden på arbetsmarknaden, och företagshälsovårdens roll och dess arbetsuppgifter. Dessutom framförs en syn på samverkan med hälso- och sjukvårdens rehabiliteringskoordinatorer [51].

Arbetsgivarens ansvar regleras genom tre föreskrifter från Arbetsmiljöverket: ”Systematiskt arbetsmiljöarbete” (AFS 2001:1) som främst beskriver under vilka förutsättningar planering, ledning och uppföljning av verksamheten ska ske för att förebygga ohälsa och olycksfall, ”Organisatorisk och social arbetsmiljö” (AFS 2015:04) som förtydligar det systematiska arbetsmiljöarbetet och kopplingen till den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och ”Arbetsanpassning och rehabilitering” (AFS 1994:1) som omfattar de krav som gäller för arbetsgivarens arbete med arbetslivsinriktad rehabilitering och arbetsanpassning.

Genom Arbetsmiljölagen krävs att arbetsgivaren ska ha tillgång till företagshälsovård vilket är tydligt formulerat i lagen kapitel 3, § 2b: *”Arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa”*.

Ovanstående paragraf innebär att det är upp till arbetsgivaren att bestämma vad ”arbetsförhållandena kräver”. Arbetsgivaren kan antingen bedöma att verksamheten kräver ett stöd, att kompetensen saknas internt och därför köpa in den, eller att verksamheten inte kräver något löpande stöd och köper in vid behov. Alternativt kan arbetsgivaren anse att kompetensen finns internt, på exempelvis HR-avdelningen, och att något extra stöd inte behövs. Detta i kombination med att arbetsmiljöer, resurser, fokus med mera ser helt olika ut på olika arbetsplatser gör att behoven varierar. Begreppet ”oberoende” i paragrafen är också viktigt och kan kräva en särskild utläggning men i korthet får begreppet ”oberoende” den praktiska konsekvensen att företagshälsovård till skillnad från till exempel primärvård inte är patientens ombud utan just oberoende.



I och med att relationer och ansvar på arbetsmarknaden är reglerade i lagar och avtal är det viktigt att hålla rätt på vem som ansvarar för vad. Arbetsgivaren har sitt ansvar, oavsett hur denna har valt att organisera det. Dessutom har Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, samt hälso- och sjukvården och kommunen alla har sin del av ansvaret. Samtliga måste se till att de har rätt kompetens på sin sida av ansvaret. Arbetsgivaren har en oinskränkt rätt att "leda och fördela arbetet" vilket innebär att förfoga över alla resurser och att fatta alla beslut. Det är arbetsgivaren som inom ramen för ovanstående regelverk bedömer och beslutar om vilka arbetsuppgifter som en anställd med sviktande förmåga kan erbjudas och under vilka förutsättningar en rehabilitering ska ske. Därför är det viktigt att det finns en gedigen kunskap om vilka förutsättningar som finns hos den som bistår i rehabiliteringsarbetet så att arbetsgivaren får rätt råd kring hur en rehabilitering ska gå till, vilka anpassningar som behöver göras och om det alls går att rehabilitera personen tillbaka.

Medarbetaren omfattas förenklat av två parallella men ändå samverkande system. I förhållande till arbetsgivaren är du medarbetare medan du i förhållande till samhället är medborgare eller patient. Systemen förväntas samverka genom sina olika regelverk men utan eller med mycket liten möjlighet att formellt kunna påverka varandras beslutsprocesser. För att arbetet ska vara effektivt och just samverkande så finns det en tydlig uppdelning. Hälso- och sjukvården hanterar individen och säkrar att den får den vård som behövs. Arbetsgivaren har som ansvar att säkra rehabilitering och arbetsåtergång vid sjukdom eller att individen ska kunna stanna kvar i arbete utan sjukskrivning eller med deltidssjukskrivning, eller återgång efter sjukskrivning.

Företagshälsan kan anses ha en partsmässigt oberoende ställning i förhållande till både arbetsgivare och arbetstagare, även om de ytterst arbetar på uppdrag av arbetsgivaren. Företagshälsan kan genom sin tvärprofessionella sammansättning bidra till att relevant information förs mellan aktörerna på ett såväl medicinskt som rättssäkert, kvalitetsäkert och patientsäkert sätt. I dessa processer kan hälso- och sjukvårdens rehabiliteringskoordinator bidra genom att koordinera sjukvårdens insatser i förhållande till de arbetslivsinriktade rehabiliterings- och anpassningsinsatserna. Samspelet med företagshälsovården kan i många fall vara nyckeln till en lyckad medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering. Rehabiliteringskoordinatorn arbetar på uppdrag av sjukvården och företagshälsovården på uppdrag av arbetsgivaren och arbetstagaren. Rollerna mellan de olika systemen blir härmed tydlig.

### **Arbetsmiljöverket [51]**

Arbetsmiljöverket kan kontaktas om arbetsgivare inte lever upp till de krav som ställs i arbetsmiljölagen och de föreskrifter som Arbetsmiljöverket utfärdar. I vissa fall ska läkare anmäla sjukdomar som kan ha samband med arbetet och arbetsmiljön. En sådan anmälan ska skickas till Arbetsmiljöverket. Arbetsgivaren kan få böter, straff eller sanktionsavgifter om kraven på arbetsmiljö inte uppfylls.

Vår psykiska och sociala arbetsmiljö är lika viktig som den fysiska. Från och med den 31 mars 2016 gäller nya föreskrifter (AFS 2015:4) [51] om organisatorisk och social arbetsmiljö.

### ***Försäkringskassans kommunikation med Arbetsmiljöverket***

Arbetsmiljöverket har tillsyn över tillämpningen av arbetsmiljölagen och de föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen (7 kap. 1 § arbetsmiljölagen). Regeringen har i regeringsbeslut S2015/07796/SF gett Försäkringskassan i uppdrag att utveckla kommunikationen till Arbetsmiljöverket i syfte att uppmärksamma verket på arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar enligt arbetsmiljölagen och/eller socialförsäkringsbalken.

Försäkringskassan ska samverka med Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. (5 § förordningen Arbetsmiljölagen 2009:1174, överenskommelse med Försäkringskassan) Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket har tagit fram en överenskommelse om samverkan och där framkommer att Försäkringskassan kan kontakta Arbetsmiljöverket när det finns brister i arbetsgivarens systematiska rehabiliteringsarbete. I överenskommelsen kan du läsa om hur det går till vid en anmälan till Arbetsmiljöverket (dnr 59330-2007).

### ***Arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd - bidrag till arbetsgivare för att förebygga och förkorta sjukfall***

Arbetsgivare kan få bidrag för köp av arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser som kan förebygga sjukfrånvaro eller underlätta för anställda att komma tillbaka i arbete vid sjukskrivning. Detta kallas arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd. Läs mer på Försäkringskassans webbplats. Sök på: *bidrag för att förebygga och förkorta sjukfrånvaro*.

### **Arbetsförmedlingen**

Arbetsförmedlingens uppdrag ska bidra till en väl fungerande arbetsmarknad, att fler människor har ett arbete att gå till och att arbetsgivare får den kompetens som de efterfrågar. Arbetsförmedlingen ska prioritera de som står längst från arbetsmarknaden.

Arbetslivsinriktad rehabilitering är insatser som Arbetsförmedlingen kan erbjuda i syfte att ta till vara och utveckla den arbetssökandes resurser och kompetens. Det kan vara vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbets-

förberedande insatser för att underlätta för arbetssökande att finna, få, behålla eller återgå till en anställning. En del personer har svårigheter med att delta i aktiviteter vid Arbetsförmedlingen på grund av ohälsa, sjukdom eller funktionsnedsättning. Dessa kan ibland behöva stöd av hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och andra myndigheter för att komma vidare i sin rehabilitering och återgå till arbete. Personer som kan styrka att de har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga kan genom Arbetsförmedlingen få tillgång till särskilda insatser för att utveckla eller kompensera en nedsatt arbetsförmåga. Dessa insatser kan till exempel vara arbetshjälpmedel, stöd till personligt biträde och anställning med lönebidrag. Syftet är att utveckla eller kompensera en nedsatt arbetsförmåga.

På Arbetsförmedlingen arbetar arbetsförmedlare med kompetens inom arbetslivsinriktad rehabilitering, arbetsterapeuter/sjukgymnaster, audionomer, dövkonsulenter, psykologer, socialkonsulenter samt synspecialister. Tillsammans med den kompetens som vårdgivare ger kan vi underlätta för arbetssökande och arbetsgivare. Insatserna är både på individnivå och på gruppnivå utifrån behov. På individnivå kan exempelvis en insats vara att tydliggöra arbetssökandes arbetsförutsättningar inför deras yrkesval och att kontakta lämplig arbetsgivare och arbetsplats. Det kan också vara en riktad insats till en enskild arbetsgivare eller ett arbetslag. Då kan det handla om information och rådgivning vid anställning av en person med särskilda behov och vid behov av anpassning av en arbetssituation. På gruppnivå kan det handla om karriär- och yrkesvägledning för arbetssökande som av olika anledningar är osäkra på sina framtida yrkes- och studieval.

Under 2019 påbörjades en reformering av Arbetsförmedlingen. Syftet är att Arbetsförmedlingen i framtiden ska ha mera fokus på sitt myndighetsutövande och att insatser för att matcha och rusta den arbetssökande i högre grad ska ske av externa aktörer.

### ***Den arbetssökandes behov av medicinska underlag***

För att personer så tidigt som möjligt ska få rätt stöd i processen att söka arbete ska Arbetsförmedlingen identifiera om en person har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Arbetsförmedlingen utgår från de uppgifter som de arbetssökande lämnar om sin hälsa. En funktionsnedsättning ska i normalfallet styrkas genom ett medicinskt underlag och Arbetsförmedlingens rutin är att fråga arbetssökande om hen har ett befintligt underlag som Arbetsförmedlingen kan ta del av. Om arbetssökande inte har något underlag kan det bli aktuellt om sökande samtycker att Arbetsförmedlingen skickar en förfrågan till den vårdgivare som den arbetssökande har en pågående eller nyligen avslutad kontakt med. Arbetsförmedlingen har tagit fram ett nytt utlåtande i samarbete med SKR, Af 00213 Medicinskt utlåtande.

Arbetsförmedlingen godkänner att fler professioner än läkare kan utfärda ett medicinskt utlåtande, det är vårdgivaren som avgör och tar ansvar för vilken profession som är bäst lämpad att utfärda utlåtande för den specifika förfrågan. Många ungdomar och personer som är nyanlända saknar tidigare kontakt med hälso- och sjukvården. Det gör det svårare för Arbetsförmedlingen att inleda en samverkan med hälso- och sjukvården för att komma vidare i rehabiliteringsarbetet. Här kan rehabiliteringskoordinatoren vara en viktig kontaktväg mellan sjukvården och Arbetsförmedlingen. Ibland kan vissa frågor besvaras enklare genom ett samtal i stället för ett medicinskt utlåtande.

Arbetsförmedlingen har inget lagstöd att kräva ett medicinskt utlåtande från hälso- och sjukvården utan kan endast göra en förfrågan. Vårdgivare har ingen skyldighet att utfärda ett utlåtande till Arbetsförmedlingen utan gör så i den mån de har möjlighet och tid. För patientens skull ska vi naturligtvis samarbeta på bästa sätt. Arbetsförmedlingen kan ersätta vårdgivare som utfärdar ett medicinskt utlåtande som Arbetsförmedlingen efterfrågar.

### ***Andra fall där arbetssökande har behov av intyg***

Arbetssökande som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program hos Arbetsförmedlingen kan behålla sin ersättning i form av aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning under sjukfrånvaro i programmet. Det handlar om sjukdom som hindrar personen från att delta i insatser i programmet.

Om personen är sjukfrånvarande mer än sju dagar behöver hen lämna in ett läkarintyg till Arbetsförmedlingen om sjukdomen för att fortsatt kunna behålla ersättningen under sjukfrånvaron. Detta gäller enligt förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser. Det kan jämföras med när en arbetstagare behöver lämna läkarintyg till sin arbetsgivare för att kunna få sjuklön.

Arbetsförmedlingen tog över hanteringen av läkarintyg för programdeltagare den 1 januari 2019, tidigare lämnades läkarintyget till Försäkringskassan.

Arbetsförmedlingen har tagit fram ett läkarintyg för denna målgrupp som heter AF00251 "Läkarintyg för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning". Läkarintyget är utformat för att bättre svara på frågan om patientens förmåga att delta i programmet.

Det är endast läkare som kan utfärda läkarintyg för programdeltagare. Arbetsförmedlingen betalar inte ersättning för dessa läkarintyg.

## Kommunens socialtjänst

Landets 290 kommuner har ett omfattande uppdrag och det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialtjänstens övergripande mål är att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktivt deltagande i samhällslivet [39].

Målet för alla personer som uppstår ekonomiskt bistånd är att de ska bli självförsörjande. Grundregeln för att erhålla ekonomiskt bistånd är att personen ska stå till arbetsmarknadens förfogande. Klarar inte personen det, kan olika former av arbetslivsinriktade insatser (aktiviteter) från socialtjänsten ibland beviljas för att personen ska närma sig självförsörjning. Deltagande i dessa insatser är normalt ett villkor för att ha rätt till ekonomiskt bistånd. Om personen uppger att den inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande alternativt delta i planerad aktivitet på grund av sjukdom, måste denna oförmåga styrkas med ett läkarintyg. Det är personen själv som behöver styrka sina begränsningar med läkarintyg. Det är då inte att betrakta som en begäran om läkarutlåtande från socialtjänsten. Innehållet i läkarintyget kan se olika ut beroende på besvärens omfattning. Ibland kan det räcka med att beskriva vad det är personen inte kan göra, men i andra fall kan det även finnas behov av att beskriva vad individen har för förmåga.

## Försäkringskassan

Försäkringskassan har en central roll när det gäller sjukskrivning och rehabilitering. Ett viktigt uppdrag som Försäkringskassan har är att samordna alla aktörer så att den som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom så snabbt som möjligt kan komma tillbaka till arbetslivet. Det sker i kontakter med patienten, arbetsgivare, hälso- och sjukvården samt vid behov Arbetsförmedlingen och/eller kommunens socialtjänst. Försäkringskassan har dock inget eget rehabiliteringsansvar. För att hälso- och sjukvården ska kunna utgöra ett stöd för patienten är det angeläget att förstå Försäkringskassans roll i sjukskrivningsprocessen.

Försäkringskassan ansvarar för att:

- › Besluta om rätten till sjukpenning
- › Klarlägga patientens behov av rehabilitering
- › Planera, samordna åtgärderna och se till att de genomförs
- › Kalla till avstämningsmöte

### **Försäkringskassans samordningsansvar**

Försäkringskassan har ansvar för att samordna rehabiliteringsinsatser för den som är sjukskriven. I det arbetet ska Försäkringskassan samverka med arbetsgivare, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen samt andra myndigheter som berörs av rehabilitering för den sjukskrivna.

Det innebär att Försäkringskassan i samverkan med andra aktörer, både när det gäller den enskilde och på strukturell nivå, ställer krav på att alla bidrar till att skapa förutsättningar för återgång i arbetet för den som är sjukskriven. Försäkringskassan ska se till att rätt åtgärder görs i rätt tid av den som har ansvar för det, men utför inte några rehabiliterande insatser.

Försäkringskassans handläggare har ett samlat ansvar för patientens sjukförsäkringsärende, vilket innebär att bedöma rätten till sjukpenning, planera framåt tillsammans med patienten och att samordna rehabiliteringsinsatser. Hälso- och sjukvården kommer att ha kontakt med handläggaren i samband med till exempel avstämningsmöten.

Syftet med ett avstämningsmöte är dels att klarlägga vad patienten på grund av sin sjukdom kan och inte kan göra, dels att ta ställning till vilka åtgärder som krävs för att patienten ska komma tillbaka till arbetet. Mötet ska fokusera på en plan för återgång i arbete. Om patienten behöver arbetslivsriktade rehabiliteringsåtgärder ska en diskussion föras om vilka åtgärder som är möjliga och lämpliga. Resultatet av mötet ska ligga till grund för en plan för återgång i arbete.

### **Bedömning av arbetsförmåga - Rehabiliteringskedjan**

Under de första 90 dagarna i en sjukskrivning har den försäkrade rätt till sjukpenning förutsatt att det vanliga arbetet eller andra tillfälliga arbetsuppgifter inte kan utföras. Arbetsgivare ska upprätta en plan för återgång i arbete för de arbetstagare som varit frånvarande i 30 dagar på grund av arbetsoförmåga och som kan antas vara frånvarande från arbetet mer än 60 dagar. Efter 90 dagar har den försäkrade rätt till sjukpenning om den inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare. Efter 180 dagar har den försäkrade rätt till sjukpenning om den inte kan klara något arbete på den normala arbetsmarknaden. Men det gäller inte om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos arbetsgivaren före dag 365. Då bedöms arbetsförmågan i förhållande till ett arbete hos arbetsgivaren även efter dag 180. Det gäller inte heller om det kan anses oskäligt att bedöma arbetsförmågan i förhållande till annat arbete.

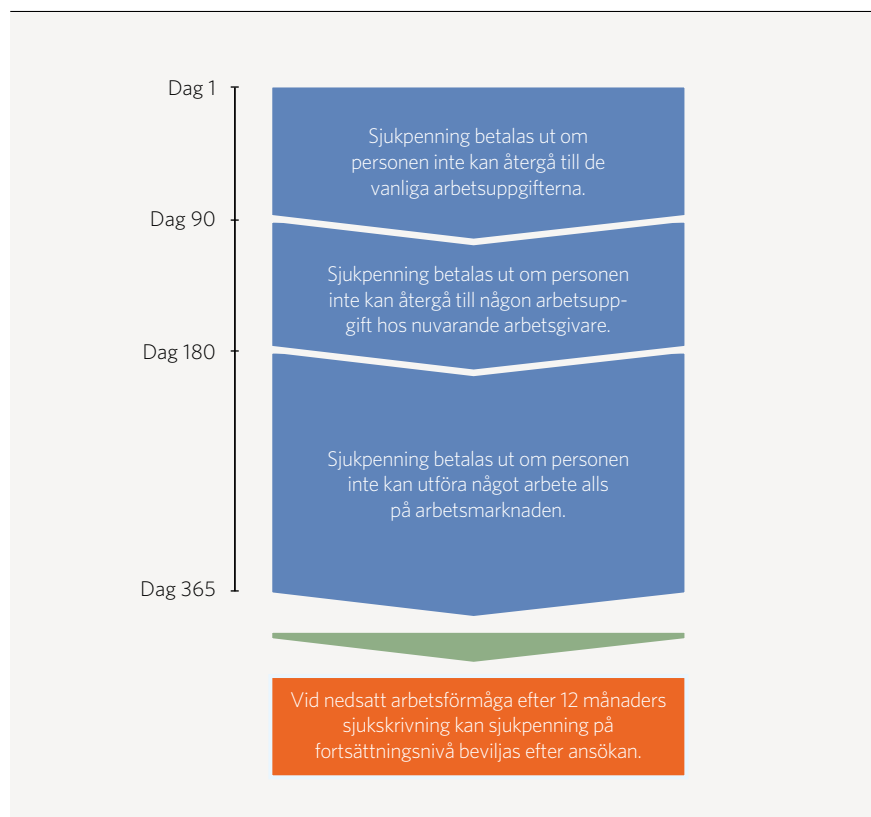
Detta sätt att bedöma rätten till sjukpenning kallas rehabiliteringskedjan och den är reglerad i lag. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut bara för den som har en anställning. Om den försäkrade är egen företagare bedömer Försäkringskassan arbetsförmågan i förhållande till personens vanliga arbetsuppgifter

fram till och med dag 180. Efter det bedöms arbetsförmågan i förhållande till arbeten på den normala arbetsmarknaden. Om den försäkrade är arbetslös bedöms arbetsförmågan i förhållande till arbeten på den normala arbetsmarknaden redan från dag 1 i sjukperioden.

Om Försäkringskassan nekar en patient sjukpenning måste patienten dagen efter Försäkringskassans aviserade dag återgå till arbetet eller skriva in sig som arbetssökande på Arbetsförmedlingen. Man har 25 dagar på sig att skriva in sig som aktivt arbetssökande på Arbetsförmedlingen för att skydda sin SGI. Patienten bör dock skriva in sig som aktivt arbetssökande dagen efter man tagit del av beslutet alternativt samma dag som sjukpenningen upphör, eftersom A-kassa inte kan ansökas om för retroaktiv tid.

Patienten måste begära om tjänstledighet på grund av sjukdom från sin arbetsgivare om personen har en anställning. Annars kan hen gå miste om sin sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och kan därmed förlora rätten till ersättning om hen blir sjuk på nytt.

FIGUR 6. Så här fungerar rehabiliteringskedjan



### ***Försäkringskassans utredningsskyldighet***

Försäkringskassan ska utreda enligt den så kallade officialprincipen. Den innebär att myndigheten har en skyldighet att utreda varje ärende såsom dess förutsättningar kräver. En likformig och rättssäker tillämpning förutsätter att beslut fattas på ett så fullständigt underlag som ärendet kräver.

### ***Försäkringskassans utredning***

Försäkringskassans utredning innebär en bedömning av sjukdomens konsekvenser för arbetsförmågan. Försäkringskassans försäkringsmedicinska utredning är i det flesta fall en utredning som innehåller en sammanställning av uppgifter från den behandlande läkarens intyg och uppgifter i patientens ansökan om sjukpenning. I komplicerade ärenden kan fördjupade försäkringsmedicinska utredningar krävas. Försäkringskassan utreder även om det finns en sjukpenninggrundande inkomst, vilket är en förutsättning för att kunna beviljas sjukpenning.

### ***Fördjupade försäkringsmedicinska utredningar***

Lagen om försäkringsmedicinska utredningar (FMU) som trädde i kraft den 1 januari 2019 innebär att Försäkringskassan får begära att den försäkrade ska genomgå en försäkringsmedicinsk utredning när det behövs för bedömningen av frågan om ersättning eller andra förmåner enligt socialförsäkringsbalken.

Regionerna ansvarar för att försäkringsmedicinska utredningar kan tillhandahållas på begäran av försäkringskassan.

I nuläget finns bara aktivitetsförmågeutredning (AFU) som är en utredningsform som kan användas för sjukförsäkringsärenden.

### ***Aktivitetsförmågeutredningar (AFU)***

Syftet med en AFU är att få ett underlag som tydligt beskriver individens aktivitetsförmåga på ett sätt som kan relateras till vad ett normalt förekommande arbete kräver. Utredningen ska inte bara beskriva funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning utan även belysa den försäkrades kvarvarande förmåga till aktivitet. Undersökningen som görs i en AFU är standardiserad, vilket innebär att samtliga försäkrade som genomgår en utredning undersöks med samma metoder. Den utredande läkaren beställer vid behov en utökad utredning med en eller flera undersökningar av fysioterapeut, arbetsterapeut eller psykolog. Även dessa undersökningar är standardiserade.

Den försäkrade fyller i ett formulär inför besöket hos den utredande läkaren. Här får den försäkrade svara på frågor om sin hälsa, sina förmågor och sin egen syn på sina möjligheter att arbeta.



## **Förmåner som är bra att ha kännedom om**

### ***Arbetshjälpmedel***

Den som är sjukskriven kan få bidrag till arbetshjälpmedel för att kunna återgå i arbete eller fortsätta att arbeta trots en funktionsnedsättning. Försäkringskassan kan också ge bidrag till reparationer av arbetshjälpmedel och bidrag till arbetsgivaren för anpassning av arbetsplatsen. Bidrag kan bara betalas ut till arbetshjälpmedel och anpassningar som inte ingår i arbetsgivarens ansvar för en god arbetsmiljö.

### ***Högriskskydd***

Det särskilda högriskskyddet ska skydda personer som har en sjukdom eller ett funktionshinder. Om en person lider av en sjukdom som kan antas medföra fler än tio sjukperioder under en tolv månadersperiod kan hen få sjuklön eller sjukpenning redan från första dagen i varje sjukperiod. Om personen i fråga har en arbetsgivare kan också denna ha rätt till ersättning för kostnaderna för sjuklönen.

En person kan ha rätt till särskilt högriskskydd om den har en sjukdom som kan ge upphov till en eller flera längre sjukperioder (fler än 28 dagars sjukfrånvaro i följd under en tolv månadersperiod) men inte för karensdagen. Även här kan arbetsgivaren få ersättning för sina kostnader för sjuklön.

Sjuklön eller sjukpenning betalas dessutom ut redan från första dagen till den som har rätt till sjuklön eller sjukpenning till följd av ingrepp i samband med donation eller förberedelse för donation av egna organ eller vävnader. Arbetsgivaren kan få ersättning för sina kostnader för sjuklön också här.

Egna företagare kan få särskilt högriskskydd om de har en eller sju dagars karenstid. De som har valt att ha 14, 30, 60 eller 90 dagars karenstid omfattas inte av det särskilda högriskskyddet.

### **Sjukpenning och alternativa ersättningar**

På Försäkringskassans webbplats finns information om ersättningar A–Ö. Här hittar du de flesta ersättningar som man kan ha rätt till från Försäkringskassan.

På webbplatsen kan du också läsa om Försäkringskassans uppdrag inom sjukförsäkringen.

### III. Lär mer om risk- och friskfaktorer

En lång rad *riskfaktorer* har uppmärksamats för sjukskrivning, långtids-sjukskrivning och hinder för att stanna kvar i eller återgå i arbete. Forskning visar att det finns fem faktorer som är mest utslagsgivande för risk för sjukskrivning och förtida pension från arbetslivet. Dessa kan visa sig även vara betydelsefulla även för snabb återgång i arbete och då vara så kallade friskfaktorer. I detta avsnitt fördjupar vi oss i detta. Faktorerna är: många eller få dagar i tidigare sjukskrivning, lång eller kort nuvarande sjukskrivning, vilken diagnos och ålder personen har [52] samt vilken ”tro” personen har om sin egen förmåga och möjlighet att kunna arbeta [53], [54]. Egen ”tro” om arbetsförmåga är den faktor som visat sig predicera mest hur utfallet arbete-icke arbete blir för personen.

*Psykisk ohälsa* är utbredd och den vanligaste sjukskrivningsorsaken idag. Det finns många faktorer som ger upplevd psykisk ohälsa men inte är en psykiatrisk sjukdom. I en ny rapport, om riktlinjer för psykisk ohälsa, finns en tabell över riskfaktorer och främjande faktorer för psykisk hälsa i arbetet [24]. (FHV:s riktlinjegrupp 2/2015). Diagnostiserad psykiatrisk sjukdom får inte sammanställas med lättare psykisk ohälsa. Psykisk sjukdom måste i många fall behandlas medicinskt, men oftast behövs en utredning av patientens hela livssituation. Det gäller oavsett diagnostiserad sjukdom eller om patienten ”mår dåligt” utan påvisbar sjukdom. Andra aktörer kan behöva kopplas in, som arbetsgivare och kommunens socialtjänst.

*Fysisk ohälsa* kan ha många ursprung, av sjukdom, och/eller symtom av smärta eller inskränkt rörelseförmåga i olika delar av kroppen som hindrar att utföra aktiviteter. Sjukskrivning orsakad av rygg- eller nackbesvär är näst efter psykisk ohälsa den vanligaste sjukskrivningsorsaken idag. I många fall har setts både fysisk och psykisk ohälsa, och det är inte allt så lätt att avgöra vad som är orsak till vad.

*Medikalisering* av normala livsprocesser har blivit allt vanligare, både bland befolkningen och hos personal i hälso- och sjukvården och andra organisationer i samhället. Titta på Mr Ramesh och inspireras. Filmen finns på youtube. Sök på: *Mr Ramesh*.

*Risk* finns att vi försöker lösa psykisk ohälsa, som har sin grund i livets motgångar, svackor och kriser med att göra detta till sjukdom och medikalisera livssymtomen [55]. Att må dåligt i livet kan vara orsakat av till exempel kulturella, sociala och ekonomiska faktorer och att personen inte klarar att hantera det uppkomna, personen ”mår dåligt”. Att medikalisera normala livsprocesser är naturligtvis inte bra för patienten/klienten eftersom det kan göra att de åtgärder som föreslås och sätts in kan träffa fel mål. Om problemet finns på arbetet eller i privatlivet, men detta inte uppmärksammas utan insatserna

sätts in som om det är en sjukdom som ska behandlas och kanske sjukskrivning sätts in för att gynna tillfrisknande, så blir effekten troligen fel. I vissa fall är det negativt att sjukskrivas från arbetet. Det vore önskvärt att kunna "sjukskrivas" från hemmet eller sociala kontexten. I de fallen är det väsentligt att utredning och stöd sätts in där problemen finns [7].

Arbetet i sig och kontexten i arbetsmiljön kan vara riskfaktorer för sjukskrivning. Att arbeta – att ha ett arbete är viktigt i människors liv. Arbetet och upplevelser på arbetsplatsen påverkar människors välbefinnande och hälsa i positiv men kan också vara i negativ riktning. Höga och också låga fysiska och mentala krav kan vara både risker såväl som positiva resurser för arbete. Även personens eget krav på sig själv i arbetet och i samband med att få ihop hela sitt liv är väsentliga att diskutera med patienten [54].

Hur bemötandet av det professionella inom vården och i andra organisationer är beskaffat har stor betydelse för hur det kommer att gå för patienten. I en intervjustudie [33] med patienter som besökt vården på grund av problem att klara arbete framkom två viktiga teman "Tillit i processen" och "struktur och balans". Temat tillit innebär att bemötandet präglas av ömsesidig tillit mellan patient och vårdpersonal, att patienten upplever att denna blir lyssnad på och trodd, och att tillräcklig tid ges för att ett fint samarbetsklimat ska kunna uppstå. Struktur och balans handlar om att det finns planering och tydliga strukturer för vad som ska hända och för arbetsåtergång. Patienten vill och behöver få förstå vad som ska hända, vad nästa steg är och få veta vem som gör vad. Strukturstöd kan efterfrågas och bör då ges, en informant i ovanstående studie uttryckte att det kan vara svårt att vara sin egen projektledare [33]. Patienten ska ges så mycket information och stöd som den behöver, med successiv nedtrappning när patienten klarar av mera utan stöd eller med backupstöd.

*Levnadsvanor.* Det är viktigt att alla vårdgivare med självständiga vårdkontakter har levnadsvanorna i åtanke i mötet med patienterna. Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och måttlig med alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor. Även den som redan drabbats av sjukdom kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor. En patient med hjärtinfarkt, som inte röker samt börjar äta hälsosamt och motionera regelbundet minskar sin risk för ny hjärtinfarkt, stroke eller död med 74 procent redan sex månader efter hjärtinfarkten jämfört med den som fortsätter att röka, vara fysiskt inaktiv och inte förbättrar sina matvanor.

Fråga gärna vad patienten själv vad hen vet om levnadsvanornas betydelse för att förebygga och behandla sjukdom och ohälsa, speciellt i relation till patientens egna besvär. Fråga också om det går bra att gå igenom patientens egna levnadsvanor. Att i förväg dela ut ett formulär om levnadsvanor kan på flera sätt underlätta kartläggningen, dels genom att patienten får tid att reflektera och fundera, dels genom att det sparar tid. Ett formulär, som tar upp flera levnadsvanor ger också en bättre helhetssyn, se förslag på frågeformulär i kapitel 5, *Verktyg och instrument*.

## IV. Lär mer om samtal

I de flesta högskoleutbildningar ingår samtalsmetodik och många rehabiliteringskoordinatorer har också gått utbildning i MI – Motiverande samtal eller en annan samtalsutbildning. Vi väljer ändå att ta med en fördjupning om samtal som inspiration. De viktigaste två punkterna när det gäller samtal i rehabiliteringsprocessen är att lyckas skapa god kontakt med patienten samt att använda ett förhållningssätt som ser till det friska och att lyfta möjligheter. Nedan följer tips för god patientkontakt från en praktiker [77].

### Tips för god patientkontakt

1. Människor drivs inte av fakta! Vi drivs av känslor även om vi ibland låter fakta motivera eller påverka våra känslor. Det betyder att rabblandet av fakta har liten eller ingen effekt. Hjärnan fungerar på ett mycket enkelt sätt i detta avseende. Den gör allt för att uppleva njutning och den gör allt för att undvika smärta. Motiverad blir du först när målet är kopplat till stor njutning och att inte göra något är kopplat till stor smärta. Låter det svårt? Att skapa känslor är svårt men att få människor att minnas hur det kändes när de mådde riktigt bra är lättare. Målet är sedan att koppla den känslan till det mål som skall uppnås. Det finns mängder med sätt/tekniker för att uppnå det.
2. Människor har lättare att motiveras av personer som liknar dem själva. Att använda deras ord och till viss del gestikulering samt uttryck/maner skapar en känsla av samhörighet och igenkänning. Dessutom är det lättare att förstå den känslomässiga innebörden i ord och uttryck som vi ofta använder. När en person beskriver hur hen mår eller när hen skall beskriva en situation så använder de oftast en av våra tre dominanta sinnen (syn, hörsel och känsel). Till exempel kan en person beskriva att ”det känns tungt och att det är som att gå i motvind nu” medan en annan beskriver att ”allt nu ser ljust ut och att jag äntligen är på väg ut ur tunneln” och en tredje kanske säger att det ”låter bra, jag har hört flera lösningar”. Som de vanemänniskor vi är så använder vi oftast framför allt ett av våra sinnen när vi beskriver känslor och skeden. Genom att lyssna efter detta och sedan försöka beskriva och förklara med hjälp av framför allt samma sinne så kommer den vi pratar med att ha lättare att förstå. Just den personen kanske använde synuttryck för att beskriva och har därför lättare att själv förstå när någon använder det. Om någon säger till dig: ”Allt känns tungt nu, det är som att gå i sirap”, så svarar du säkert inte ”jag förstår att det ser mörkt ut men du ska se att snart kommer ljusningen”. Det blir en krock på två helt olika sätt att beskriva känslor. Risken är därför att inte nå hela vägen fram.

## **Frågor**

Ställ rätt frågor. För att skapa drivkraft når du ofta bättre framgång genom att fråga en person hur de kommer må när målet är uppnått. Be dem verkligen känna hur det känns. Finns känslan där så kommer drivkraften av sig själv. Hur de sedan skall komma dit är en kunskapsfråga och den minst viktig när det gäller motivation och driv.

## **Mål**

Mål måste vara mätbara. Patienten måste alltså ha ett kriterium som gör att patienten vet när de nått sitt mål.

Målet kan vara ”jag ska börja arbeta 25 % inom en månad eller innan 14 mars nästa år.” Målet ”att återgå till arbetet” är för okonkret för hjärnan att hantera. För att göra det lättare att uppnå sitt mål så kan målen delas upp i mindre mätbara delar. Steg nummer ett i målet att kunna börja jobba 25 % är att gå och fika på arbetsplatsen två gånger denna veckan. Sedan byggs det på med delmål både för att det skall gå att mäta och personen ska ha ett tydligt mål som går att uppnå men också för att personen ska känna att hen faktiskt är på väg.

Det handlar om att skapa en vana. Vi kan likna det vid en muskel som måste byggas upp. Muskeln att göra, muskeln att skapa en ny vana.

Målet måste vara tydligt och det måste vara mätbart. Det måste även förstärkas vilket betyder belöning under resans gång när vissa delmål uppnåtts. Missa aldrig ett tillfälle till uppmuntran.

## **Kongruens**

Ett av de i särklass viktigaste koncepten i kommunikation är kongruens. Kongruens är enkelt uttryckt samstämmighet. Att alla delar i kommunikationen säger samma sak. När vi interagerar med en person så skickar vi ut mängder med signaler, allt från de ord vi väljer till hur vi uttalar våra ord eller hur vi rör oss.

För att skapa en tydlig kommunikation där vi inte säger emot oss själva eller skickar signaler om tveksamhet eller dylikt måste alla delar av vår kommunikation säga samma sak. Det är när det uppstår skillnader i detta som vi blir otydliga och ineffektiva. Att säga att allt kommer bli bra samtidigt som du skakar på huvudet är alltså ingen bra idé i kulturer där skaka på huvudet betyder nej.

### **Negationer**

Vår hjärna har svårt att processera negationer när de gäller förstahandsupplevelser. Det betyder att om vi till exempel säger till en patient att ”inte oroa sig” så måste hjärnan först definiera ordet oro. Det gör den genom att leta i sin stora databank och få fram exempel på oro och sedan ta med det tillbaka till den aktuella situationen. Nästa steg blir att förstå att det var just det som hen inte skulle göra. Som ni förstår så funkar inte detta. Hjärnan har redan hämtat information om oro och därmed skapat lite oro innan den ska släppa det. Vi ska därför aldrig använda ordet inte när det gäller förstahandsupplevelser. Ett annat klassiskt exempel är när vi säger ”glöm nu inte det här”. Vi har i praktiken skickat ett kommando till personen att glömma. Bättre är därför att fokusera på det du vill uppnå till exempel ”kom ihåg detta.” ”Detta kommer gå bra”.

### **Mer av det vi fokuserar på**

Har du någonsin upplevt att du köpt något nytt, kanske en bil eller klädesplagg och sedan upptäckt att större delen av världen faktiskt har exakt samma bil eller plagg? Detta är ett tydligt exempel på hur hjärnan väljer att plocka ut vissa saker som den tror att vi vill att den ska fokusera mer på. Grundregeln är att ”du får mer av det du fokuserar på”. Väljer du att se det som är bra hos andra människor så skickar det en signal/kommando till hjärnan att detta är vad som är viktigt för dig och därmed skall hjärnan leta efter detta. När vi kommunicerar är det därför viktigt att i vår kommunikation fokusera på våra resultat. Att få hjärnan att börja leta efter nya saker som istället kommer stärka oss och andra. Till vår hjälp för detta så har vi frågor.

En fråga är ett kommando till hjärnan, något som vi vill att den ska hitta ett svar på. Har du någon gång varit på väg någonstans och frågat dig själv vilken väg du skulle ta och då fått upp en bild av hur du skall gå eller köra? Fråga så svarar hjärnan! Om vi nu ställer samma fråga om och om igen till oss själva så uppfattar hjärnan det som en viktig fråga och börjar därför lägga resurser på att hitta svar. Problemet uppstår när frågan skapar ett svar som får oss att må sämre. Till exempel jag har på min klinik träffat många personer som är överviktiga och oftast så har dom en dialog i sitt huvud där dom frågar sig själv ”varför är jag så tjock”, ”varför kan jag aldrig gå ner i vikt?” etcetera. Hjärnan kommer nu leta efter orsaker till varför personen inte kan gå ner i vikt eller varför hen är så tjock. När hen har fått en lång radda med svar på varför hen är så tjock kommer hen då gå ner i vikt? Nej. Nu har hen ju tusen anledningar till varför hen är tjock och varför det inte kommer gå! Tricket är att lära sig vända på sina frågor så att svaret skapar driv och möjlighet. Svaret på frågan måste skapa lösning eller driv och inte mer problem. ”Hur ska jag göra för att gå ner i vikt?” ”Vilket är bästa sättet?” ”Hur kan jag gå ner i vikt och fortfarande tycka om det?”. Låt hjärnan jobba för att hitta svar, låt den använda sin fantastiska kraft till att skapa driv och möjlighet.

### ***Kroppsspråk***

När vi känner oss stressade eller hotade eller kanske bara möter en okänd så har vi en tendens till att avskärma oss. Det betyder att vi brukar sätta upp någon form av hinder mellan mig och den jag pratar med. Oftast sker detta genom att vi lägger armarna framför oss eller kanske sitter med benen i kors eller har ett skrivbord mellan oss och den vi talar med. Ibland väljer vi att sitta snett med axeln mot den andra personen.

Genom att öppna upp, genom att minska vad som är emellan mig och den jag talar med (gäller även skrivbord och dylikt) så skickar vi en signal om öppenhet och att vi är mottagliga för vad vår motpart har att säga.

När det gäller gester så är de kulturellt contextualiserade det betydde att de har olika värden i olika kulturer. Gester som vi tycker är helt uppenbara har en helt annan innebörd i en annan del av världen. Tänk därför på om du har några gester som du ofta använder i ditt språk och vem det är du talar med. Tänk även på att gester från personer från andra delar av världen än du själv kanske har en helt annan betydelse än vad du tror den har. En universell gest är dock den öppna handen. Som både visar att vi är ofarliga men även är ett tecken på en gåva. Så när du pekar på något använd gärna en öppen hand just eftersom den signalerar en gåva.

### ***Tonalitet***

I varje mening som vi säger så avslutar vi med en inflektion, det vill säga antingen går vi upp precis i slutet av en mening eller så går vi ner. Runt om i hela världen så betyder ett uppåtgående tonläge i slutet av en mening att det är en diskret fråga. På samma sätt så betyder ett nedåtgående tonläge ett kommando eller ett påstående. Ofta när vi är osäkra på något så tenderar vi att gå upp i slutet av meningen precis som om vi ställde en fråga. Det skapar osäkerhet hos den som lyssnar eftersom vi både skickar signalen om att det är en fråga samtidigt som vi inte ställde en fråga.

### ***Tala långsamt (men bara ibland)***

När vi talar långsamt, speciellt om vi gör det mitt i en mening så registrerar hjärnan det som att vi har något viktigt att säga. På samma sätt så registreras snabbt tal inte lika starkt och det blir mer avfärdat som oviktigt för hjärnan. Bäst effekt får vi oftast om vi pratar i normalt tempo men sedan saktar ner när vi har något extra viktigt att förmedla. Chansen är stor att du gör det redan i dag.

### ***Sänk tonläget***

Faktum är att även tonläge har en påverkan på det som vi säger. En röst som ligger väldigt högt i registret tenderar till att tolkas mer i den högra hjärnhalvan än en röst som ligger i det lägre registret. Det betyder att information som förmedlas med en djupare röst tenderar att tolkas i ljuset av logik och förnuft (vänster hjärnhalva) medan en röst som är högre tolkas i ljuset av känslor (höger hjärnhalva). Detta eftersom de olika hjärnhalvorna har olika uppgifter och styrkor. Ett lätt sätt att sänka röstläget, om det är något extra viktigt vi vill förmedla, är genom att sänka hakan något. Då slappnar stämbandena av och ger en något lägre och fylligare ton [77].

### ***Normer i bemötande och språk***

Orden vi väljer påverkar hur personen känner sig bemött och sedd. Det blir skillnad på att säga har du en man eller har du en partner eller hur ser din familjesituation ut. Att säga vi i Sverige istället för vi svenskar. Det är mer inbjudande att se bortom normer.

### ***Du själv som verktyg***

I samtliga fall ovan var observant på hur du bemöter personer med olika bakgrund. Skatteverkets studie 2007 visade att män fick mer utförlig hjälp än kvinnor, att sakkunniga tillkallades snabbare om kunden var en man samt att fler broschyrer delades ut till män än till kvinnor. Kvinnors besök var tidsmässigt kortare bland annat eftersom män fick mer information om ärendet, och till ärendet närliggande information. Män fick också i större utsträckning än kvinnor hjälp i att fylla i blanketter. Skatteverket har arbetat med sitt bemötande och bilden är inte densamma idag [56]. Observera dig själv: vad säger du till kvinnor, män och transpersoner? Hur är din ögonkontakt? Ditt kroppsspråk? Din tonalitet och ditt tålamod? Levererar du likvärdig service? Hjälp varandra att observera varandra.

## **V. Lär mer om teamarbete**

På de flesta vårdcentraler och alltmer också på specialistkliniker finns ett team med olika professioner som arbetar med sjukskrivningar och rehabilitering. Som koordinator kan det vara din uppgift att leda teamet. I det här avsnittet hittar du inspiration till vad som är ett effektivt team men också hur du kan lägga upp möten.



## Vad är ett effektivt team?

Team är olika individer med kompletterande kunskaper som kommer tillsammans kring ett tydligt mål vilket skapar samverkande (synergi) effekter. Det vill säga att det åstadkoms mer än om var och en hade arbetat var för sig. I sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det vanligt att ett internt team i hälso- och sjukvården består av: läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut, psykolog, socionom/kurator och rehabiliteringskoordinatör. I vissa fall deltar också till exempel sjuksköterska och medicinsk sekreterare. I samverkansteam med externa parter kan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten vara representerade liksom arbetsgivare och i vissa fall deras företagshälsovård.

När det handlar om en sjukskriven patient är målet för teamet i hälso- och sjukvården att stödja patienten att återfå så bra hälsa som möjligt, och att underlätta för patientens återgång till eller inträda i arbetslivet så snabbt som möjligt.

## Fungerande team och teammöten

För att ett team ska fungera är det viktigt med ett gemensamt mål. Det är också viktigt att träffas regelbundet och vara systematisk, därför är det bra att bestämma en regelbunden tid när teamet träffas. Om det inte fungerar att ha samma veckodag, se till att boka in tiderna minst halvårsvis i allas kalendrar – det underlättar för alla teammedlemmar och inte minst för koordinatör som inte behöver agera tidbokare.

Det kan hjälpa teamet framåt att diskutera igenom vilka gemensamma regler och normer som ni har i teamet, till exempel vilket förhållningssätt ni har till sjukskrivning, omotiverade skillnader när det gäller vård och behandling för kvinnor och män som patienter. Men även frågor som tidshållning, roller i gruppen och liknande är bra att ha samtalat om och skrivit ned. Det hjälper också att i gruppen samtala om hur arbetet fungerar, vad ni kan göra för att kommunikation och lyssnande ska bli ännu bättre och liknande. För att team ska fungera krävs tid, så hav förtröstan om det inte fungerar från start, avsätt tid och följ upp arbetet så kommer det att utvecklas snabbare. Kom ihåg att konflikter är mänskligt, hitta sätt att hantera konflikterna och uppmuntra olika åsikter för det kan föra arbetet framåt och det blir ett bättre resultat för patienterna. Utvärdera arbetet kort vid varje möte med frågorna:

- › Vad fungerar bra?
- › Vad kan vi förbättra?
- › Vad kan vi sluta med?
- › Vad kan vi ta lättare på?

Ett bra tips är att avsluta varje möte med en runda där alla kan ta upp saker de inte förstod eller inte håller med om – det får inte bli prat i korridoren efteråt. Allt som behöver dryftas ska upp under mötet. Bestäm om det är något ni ska ändra på till nästa möte och testa det.

För att få fram fler och mer kreativa idéer låt var och en själva bedöma fallet och lista idéer innan ni samtalar om det i hela teamet. Lyssna på varandras idéer, kritisera, utveckla och bygg vidare på dem. Det är viktigt att samtliga teammedlemmar får möjlighet att uttrycka sig och dela sina kunskaper – hitta former för att dela på talutrymmet.

I teamet finns möjlighet att hjälpa varandra att skapa jämställd och jämlik vård och behandling. Hjälpt varandra att hitta omotiverade skillnader i olika åldrar, mellan kvinnor och män och födda i Sverige eller i andra länder. Roterat ansvaret för att ställa frågor utifrån genushanden samt tvärtomfrågan – vad hade vi tänkt om till exempel patienten hade haft en annan ålder, annat kön, kommit från annan kultur. Har vi tänkt på alla aspekterna i genushandens fingrar.

***Ha gärna ett planeringsmöte en gång per år där ni samtalar om:***

- › Vilka behov och utmaningarna finns vi till för?
- › Vilka är vår målgrupp? (troligen kvinnor, män och transpersoner som riskerar att bli långtidssjukskrivna eller som är sjukskrivna).
- › Vad är syftet med teamet?
- › På vilket sätt vill vi leda arbetet tillsammans?
- › Vad är vår vision med arbetet och vilket resultat ser vi framför oss när vi träffas om ett år?
- › Vilka behöver vara med i teamet för att åstadkomma ovanstående? Är vi rätt personer här eller saknas någon, någon som inte behöver vara med?
- › Hur ska vi organisera arbetet? Tid, plats, rollfördelning, metoder, hur håller vi oss uppdaterade, hur mäter och följer vi resultatet av vårt arbete? Hur håller vi jämställdhetsperspektivet levande eller hur säkerställer vi att vi inte har några omotiverade skillnader? Med mera.

Exempel på hur en dagordning för ett teammöte kan se ut

- › Välkomna
- › Hänt sen sist – runda
- › Mötet idag; vem ansvarar för anteckningar, genushanden, vad skulle vi testa annorlunda idag
- › Uppföljning patienter
- › Dagens patienter
- › Övrigt
- › Utvärdering dagens mötet, vad provar vi nästa gång
- › Avslutning

För att teammöten ska bli effektiva och meningsfulla är det viktigt att de planeras. Använd dessa frågor:

1. **Syftet med mötet.** Vad är syftet med mötet? Vilka behov ska mötet lösa?
2. **Ledarskapet.** Hur skapar vi förutsättningarna för deltagarna att leda sig själva på mötet? Vilken typ av mötesledning stödjer möjligheten för deltagarna att leda tillsammans? Hur vill ni leda mötet så de följer organisationens värdegrund?
3. **Resultat.** Vilka resultat önskas efter mötet? Hur bidrar mötet till ett önskat resultat på längre sikt?
4. **Gemenskap.** Om resultatet ska kunna uppnås – vilka behöver då delta på mötet? Är hela systemet representerat på mötet?
5. **Organisering av mötet praktiskt.** När och var ska mötet ske? Dagordningen? Vilka metoder kan användas på de olika punkterna på mötet? Behövs det dokumenteras, för vem?

Några tips:

- › **Att starta mötet.** Starta i tid. Planera en positiv start. Börja gärna med en kort runda så alla får möjlighet att inta rummet.
- › **Spelregler.** Kom överens om vilka spelregler, vad som är viktigt för er för att skapa bra möten med ett gott samtalsklimat.
- › **Fördela ordet.** Hitta olika metoder för att fördela ordet. Det kan vara att gå laget runt, att ha en viss tid på inläggen, turas om att leda mötena och de övriga rollerna.
- › **Roller.** Roter rollerna på mötena. Utse till exempel en tidshållare, en som är ansvarig för genushanden som ser till att alla aspekter kommer med och att tvärtomfrågan ställs.
- › **Dokumentation.** Gör dokumentationen enkel och gärna direkt på mötet. Hitta till exempel en gemensam skrivvyta på nätet där ni kan skriva direkt.
- › **Skapa agenda.** Skapa agendan tillsammans, i början på mötet eller innan mötet.
- › **Avsluta.** Genom att gå en runda där allt som behöver sägs på mötet och inte efter mötet. Gör en kort utvärdering vad som har fungerat och inte. Bestäm vad ni ska prova på nästa möte för att det ska bli bättre.
- › **Ständiga förbättringar.** Jobba med ständig förbättringar även på era teammöten.

## VI. Lär mer om våld i nära relationer

En orsak till sjukskrivning kan vara att personen blivit utsatt för våld i nära relationer därför finner du här en fördjupning om hur vanligt mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer är samt vilka konsekvenser det får för personens hälsa.

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK, skriver Våld i nära relationer inkluderar alla typer av våld som kan förekomma mellan närstående i såväl heterosexuella som samkönade relationer samt inom syskon- och andra familje- och släkterelationer. Kännetecknande är att den utsatta har en nära relation till och ofta starka emotionella band till förövaren, vilket försvårar möjligheten till motstånd och uppbrott. Våldet sker vanligtvis inomhus i offrets egen bostad och ökar i allvar och intensitet ju längre relationen pågår [57]. Enligt NCK är den vanligaste formen av våld i nära relationer den som utövas av en man mot en kvinna. År 2009 hade 90 procent av de polisanmälda fallen en man som misstänkt gärningsman. Mäns våld mot kvinnor är därför ett relevant begrepp som synliggör problemet.

### Våld och hälsa

#### *Kvinnors och mäns våldsutsatthet [30]*

- › Varannan kvinna och 15 procent av männen har erfarenheter av att efter sin 18-årsdag blivit utsatt för någon form av sexuellt våld i enlighet med WHO:s definition, det vill säga i termer av sexuellt övergrepp, sexuell förnedring eller sexuella trakasserier.
- › 14 procent av kvinnorna och 17 procent av männen har erfarenheter och minnen av upprepad utsatthet för fysiskt våld i sin barndom (före 18 års ålder). Kvinnorna utsattes för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld i första hand av vuxna, männen av jämnåriga.
- › Var femte kvinna och man har utsatts för någon form av fysiskt våld, inklusive mindre allvarligt våld som att ha blivit dragen i håret, fått en örfil eller liknande.
- › 14 procent av kvinnorna har som vuxna blivit utsatta för våld eller hot om våld av en aktuell eller tidigare partner och tre procent av okända män. Fem procent av männen har blivit utsatta för våld eller hot om våld av en aktuell eller tidigare partner och 16 procent av okända män.
- › Mörkertalet när det gäller brott i nära relation är stort. Man räknar med att endast 20 procent av brotten kommer till polisens kännedom.

### ***Fler grupper utsätts för våld:***

Var femte, 19 procent, av 16–25-åringarna i gruppen homosexuella och bisexuella har utsatts för fysiskt våld av en förälder, partner eller annan närstående vuxen. Det är en dubbelt så stor andel som bland unga heterosexuella [58].

### **Konsekvenser för hälsa och sjukdom**

Att bli utsatt för våld påverkar hälsan på både kort och lång sikt. Dels i form av akuta skador som frakturer och sår men också i form av långsiktiga konsekvenser psykiskt och fysiskt.

Bland annat kan det leda till kroniska smärtor som huvudvärk, muskelvärk och ont i magen, gynekologiska sjukdomar, oönskade graviditeter, depression, ångest, ätstörningar, posttraumatiskt stressyndrom samt riskbruk av alkohol och hjärtinfarkt. I den direkta krissituationen är det också vanligt med ångest och rädsla, skam och skuldkänslor [44].

Att utsättas för våld innebär ofta att personen känner skuld och skam för det som sker samt en rädsla för vad som kan hända om våldet avslöjas. Vanligtvis är både självkänsla och tillit till andra personer skadade. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvården har ett tillitsfullt bemötande och ställer direkta frågor om våld. Våldet kan dessutom få konsekvenser på en rad sociala och ekonomiska områden för den utsatta personen [30].



# Verktyg och instrument

*I det här kapitlet har vi samlat flera verktyg, instrument och frågeområden som kan utgöra ett stöd i koordineringsuppdraget.*

Arbetsmetodikerna utgår från begreppet evidensbaserad praktik (EBP), för att betona att vi tillvaratar både forskning och den praktiska erfarenheten med fokus på bästa möjliga nytta för patienten. En utredning sker ofta stegvis där flera i teamet kan vara involverade.

De flesta av frågorna och instrumenten är inte knutna till någon särskild profession utan kan användas av flera för till exempel kartläggning, bedömning och samarbete. När det är förbehållet viss profession står det tydligt i beskrivningen. Eftersom instrument ständigt blir flera och befintliga uppdateras ges här ett mindre urval. Mer information finns på [Vårdhandboken.se](http://Vardhandboken.se) under ämne Koordinering vid sjukskrivning och rehabilitering.

## **Innehållsförteckning bokstavsordning:**

- ‡ ADA – Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång, s. 124
- ‡ Vidareutvecklad version av ADA, kallad ADA+ ("ADA-plus"), s. 125
- ‡ Arbetsplatsdialog AD-A, s. 125
- ‡ AUDIT, s. 125
- ‡ Coping Resources Inventory – CRI, s. 126
- ‡ Den biopsykosociala modellen av smärta – Linton, s. 127
- ‡ Dokumentation av våldsutsatthet, s. 127
- ‡ DUDIT, s. 128
- ‡ EQ5D, s. 128
- ‡ Fyrfältaren, s. 129
- ‡ Genushanden, s. 130

- › Hedersförtryck, s. 131
- › ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health, s. 132
- › KASAM – Känsla av sammanhang (Sense of Coherence), s. 133
- › KEDS – Karolinska Exhaustion Disorder Scale, s. 133
- › Kvinnofridslinjen, s. 134
- › Levnadsvanor, s. 135
- › Linton – frågeformulär om smärtproblem, s. 135
- › Locus of control (Loc), s. 136
- › NCK:s kunskapsbank, s. 137
- › Orosanmälan, s. 138
- › SASSAM – Strukturerad Arbetsmetod för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering, s. 139
- › Stress and Crisis Inventory (SCI-93), s. 139
- › Stress och sårbarhetsmodell, s. 140
- › Tvärtomfrågan, s. 141
- › Välmåendeskalan, s. 141
- › WHO (FEM) Välbefinnande index, s. 142
- › Work Ability Index (WAI), s. 142
- › WRFQ 2.0 Sweden, s. 143
- › Övrigt – frågeformulär, blanketter och brevmallar, s. 143

## **ADA – Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång**

### **Syfte**

ADA är en manual som ger förslag på hur en dialog för arbetsåtergång kan genomföras.

### **Beskrivning**

Används inom företagshälsovården för patienter med arbetsrelaterad utmattning samt inom primärvården under arbetet med att utveckla kontakten med arbetsgivare. Det är fritt att använda ADA-manualen.

### **Referens**

Mer information samt formulär: [http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2014/02/ADA\\_Manual\\_v.1.3.pdf](http://fhvmetodik.se/wp-content/uploads/2014/02/ADA_Manual_v.1.3.pdf).



## Vidareutvecklad version av ADA, kallad ADA+ ("ADA-plus")

ADA har vidareutvecklats av Therese Eskilsson och medarbetare vid Umeå universitet och Region Västerbotten. ADA+ kan användas inom hälso- och sjukvård samt företagshälsa för att involvera arbetsgivare i rehabiliteringsprocessen eller i det förebyggande arbetet. Metoden är användbar vid all typ av ohälsa. Du hittar metodstöd för denna vidareutvecklade modell under namnet ADA+ ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd.

### **Referens**

Mer information på webbplats Vårdhandboken.se, sidan *relaterad information*.

## Arbetsplatsdialog AD-A

Metodstöd för arbetsgivare vid ohälsa och sjukfrånvaro. För att förbättra hälsan och undvika sjukskrivning eller underlätta återgången till arbete kan chefer använda AD-A, Arbetsplatsdialog för arbetsgivare i sitt systematiska arbetsmiljöarbete. AD-A är ett stöd för cheferna i deras dialog med medarbetarna, så att det blir enklare och tydligare att sedan anpassa arbetet på bästa sätt. Även personalkonsulter, HR och företagshälsa kan med fördel använda AD-A för att i sin tur stödja chefer som använder metoden.

### **Referens**

[https://www.umu.se/globalassets/centralwebb/forskningswebb/forskningsprojekt/ada-metodstod/metodstod\\_ad-a\\_2019\\_web.pdf](https://www.umu.se/globalassets/centralwebb/forskningswebb/forskningsprojekt/ada-metodstod/metodstod_ad-a_2019_web.pdf).

## AUDIT

### **Syfte**

Med AUDIT kan hälso- och sjukvårdspersonal samt socialtjänstpersonal snabbt och enkelt identifiera personer med riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion.

### **Beskrivning**

Formuläret kan användas för självskattning av patienten eller som underlag för en strukturerad intervju. Det kan användas i samband med tagning av anamnes, allmän hälsoundersökning eller liknande.

AUDIT består av ett frågeformulär med tio frågor, avsedda att mäta tre domäner: Konsumtion (tre frågor om mängd och frekvens), Beroende (tre frågor), Alkoholrelaterade skador (fyra frågor om problem eller skador orsakade av alkoholkonsumtionen). Resultat över cut-offgränsen sex poäng för kvinnor och åtta poäng för män ger indikationer om ett riskfyllt drickande. Kostnadsfritt att använda för kliniskt bruk.

### **Referenser**

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenfor-socialarbete/audit>.

## **Coping Resources Inventory - CRI**

### **Syfte**

Begreppet Coping och copinginstrument används för att undersöka en individs copingresurser vid utredning av olika slag.

### **Beskrivning**

Coping ingår i psykosociala förklaringsmodeller om individuell problemlösning och individens förmåga att kunna bemästra sin livssituation. Här ingår problemfokuserad coping, emotions-/känslorokuserad coping och att söka socialt stöd.

Det finns troligen flera instrument utvecklade för att identifiera copingresurser. Det instrument vi har erfarenhet av och redovisar här är ett som ofta använts i forskning och praktik. Coping Resources Inventory (CRI) är utvecklat av Hammer och Marting (ref 1988). Instrumentet innehåller 60 påståenden som undersöker fem domäner: kognitiva, sociala, emotionella, fysiska och andliga/filosofiska.

### **Referenser**

Hammer A.L, Marting S. Coping resources inventory. California, Palo Alto 1988; Consulting Psychologists Press.

Svenska versionen av detta instrument utges av Psykologförlaget. Observera att instrumentet är förbehållet psykologer.

## Den biopsykosociala modellen av smärta – Linton

### **Syfte**

En pedagogisk modell att använda som stöd i möte och samtal med patienten.

### **Beskrivning**

Det finns olika pedagogiska modeller att använda i samtal med patienten. Den biopsykosociala modellen av smärta är en av dem och visar att många olika faktorer påverkar vår smärtperception. I smärtupplevelsen ingår subjektiva, beteenderelaterade och fysiologiska aspekter. Modellen är utvecklad av Linton.

Förutom sensoriska stimuli som förknippas med skada inkluderas även sociala och psykologiska aspekter. Det är de sociala aspekterna som bestämmer ramen för hur vi reagerar på smärta.

### **Referens**

Linton S. *Att förstå patienter med smärta*. 2005. Studentlitteratur.

## Dokumentation av våldsutsatthet

### **Syfte**

Gemensamt sökord för dokumentation när en person utsatts för mäns våld mot kvinnor samt våld i nära relationer.

### **Beskrivning**

Inera har antagit sökordet ”våldsutsatthet” som sökord. Det skyddas från direktåtkomst, det vill säga att det inte är läsbart i journalen via ”Mina vårdkontakter”. Säkerställ rutinerna för dokumentation. En bra och tydlig dokumentation är viktig för rätt vård och behandling samt vid en eventuell rättegång.

### **Referens**

Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:4, 8 kap 3 §. Bestämmelser om rutiner som säkerställer att det är möjligt att föra patientjournal även när en patient har skyddade personuppgifter finns i 3 kap 5 § Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

## DUDIT

### **Syfte**

Syftet med DUDIT är att identifiera personer som har drogrelaterade problem.

### **Beskrivning**

DUDIT är ett frågeformulär bestående av elva frågor som syftar till att ta reda på konsumtionsmönster och drogrelaterade problem av olika slag. DUDIT kan vara av värde för att identifiera dem som har problem med drogmisbruk eller beroende och för att kunna utesluta dem som inte har sådana problem. DUDIT har utvecklats med tanken att instrumentet ska användas i grupper där drogprevalensen är väsentligt lägre som i skolor, primärvård, företagshälsovård, socialtjänst och andra miljöer.

DUDIT-E, Drug Use Disorders Identification Test – Extended, är ett fördjupningsformulär för personer som redan tidigare identifierats för drogproblem. Kostnadsfritt att använda för kliniskt bruk.

### **Referens**

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenfor-socialarbete/duditdrugusedisordersidentific>.

## EQ-5D

### **Syfte**

EQ-5D är ett instrument för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet.

### **Beskrivning**

Instrumentet består av ett frågeformulär samt ett formulär för självskattad hälsa EQ VAS. Individen klassificerar sin hälsa utifrån fem dimensioner (rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär, oro/nedstämdhet) i tre grader (inga problem = 1, måttliga problem = 2, svåra problem = 3). Individens svar viktas och räknas ut som ett scorevärde i en tabell där full hälsa innebär 1 och död innebär 0. Värdet kan bli negativt på grund av omräkningssystemet.

EQ VAS – individen skattar ett värde på sitt nuvarande hälsotillstånd på en barometerliknande skala graderad 0 till 100. Det skattade värdet för VAS anges. För att skillnad i resultat skall räknas krävs en förändring på 0,10 i scorevärdet och en förändring på 10 steg i barometern. Värdering av förändring kan göras på enskild patient men kräver ett större material för att kunna användas statistiskt. Instrumentet får användas fritt.

Enligt B. Grahn, Docent, IKVL, avd för ortopedi, Lunds universitet, personlig kommunikation 25 maj 2016: EQ5D har cut-off >0,6 som gräns för att individen kan förväntas ha så god hälsa/livskvalitet att individen kan förväntas ha tillräcklig arbetsförmåga för att vara i arbete. I studier på patienter inom Rehabgarantin MMR ligger de flesta patienterna långt under det vid inskrivning. I studier genomförda i Skåne ligger de ofta på 0,2–0,4. På gruppnivå närmar de sig 0,6 under rehabiliteringen.

Ett sätt att använda EQ5D kan vara att indela patienterna vid inskrivning i de som ligger över >0,6 och då i stor utsträckning inte är sjukskrivna. Här handlar det om att stärka, bibehålla arbetsförmågan och förhindra behov av sjukskrivning. Patienter som ligger under 0,6 behöver insatser som stärker arbetsförmågan och möjliggör återgång i arbete och återgången blir hållbar för patienten.

### Referenser

- › <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=14051&nodeId=38555#eq>.
- › [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org), [www.ihe.se](http://www.ihe.se).
- › The EuroQol Group – a new facility for the measurement of health-Related Quality of life. Health policy 1990;16(3): 199–208.

## Fyrfältaren

FIGUR 7. Fyrfältaren



Fyrfältare som kan användas tillsammans med patienten.

### **Syfte**

Fyrfältaren är en beslutsmodell som synliggör för- och nackdelar med sjukskrivning respektive arbete för patienten.

### **Beskrivning**

Verktyget har bland annat använts i projektet Jämt sjukskriven för att utgå från ett salutogent perspektiv som fokuserar på faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa men också för att jämföra kvinnors och mäns situation. Verktyget synliggör också risken för att personer medikaliseras när problemet snarare handlar om att till exempel vardagspusslet inte går ihop.

Ställ frågor till patienten eller låt patienten själv fylla i rutorna enligt modellen. Det är viktigt att frågorna ställs i rätt ordning och avslutas med ett samtal om fördelarna med att återgå i arbete. Erfarenheter från projektet Jämt sjukskriven visar bland annat att förutom medicinska faktorer så måste eventuella problem i ruta tre lösas för såväl kvinnor som män för att möjliggöra återgång till arbete. Det är inte vårdens uppgift att hitta lösningar i ruta tre men att synliggöra problemen kan underlätta rehabilitering. Andra erfarenheter från Jämt sjukskriven var att kvinnor i högre utsträckning beskrev problem inom sin privata situation medan männen relaterade till arbetet.

### **Referens**

Modellen har använts under lång tid och inom många olika områden. Vi har dock inte kunnat finna ursprunget till den. Den beskrivs i Eklund U, (2010). *Jämställda sjukskrivningar*. Arbetsbok för kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. Sveriges Kommuner och Regioner.

## **Genushanden**

### **Syfte**

Genushanden är utvecklad för att undvika genusbias, alltså fördomar och författade meningar utifrån om patienten är kvinna eller man.

### **Beskrivning**

Genushanden används som stöd för att bedöma individen individuellt istället för att riskera att traditionella föreställningar om kön påverkar bedömningen av vård och omsorg. Genushanden påminner om att ställa samma frågor till kvinnor och män. Handens fem fingrar representerar: Familjesituation, våld – om personen är utsatt för våld (speciellt mäns våld mot kvinnor men även på arbetsplatser, mobbning eller liknade samt att utsätta andra för våld), somatisk eller psykiatrisk diagnos, riskbruk och rehabiliteringsplan. När frågor kring alla fem ovanstående områden är ställda ska behandlaren tänka tvärtom, alltså tänka efter om hen skulle ha ställt samma diagnos om patienten varit av ett annat kön.

## GENUSHANDEN

**Tumme:** Kvinnor tillfrågas ofta om sin familjesituation, medan män sällan får dessa frågor.

**Pekfinger:** Våld och hot är en riskfaktor för långvarig sjukskrivning. Mäns våld mot kvinnor är ofta ett dolt problem.

**Långfinger:** Somatisk inriktning på männens diagnoser och psykosomatisk på kvinnors. Stor risk att depressioner inte upptäcks hos män och sjukdomsförklaring av normala livsprocesser hos kvinnor.

**Ringfinger:** Riskbruk, alkohol är mer skamligt för kvinnor.

**Lillfinger:** Män får tidigare specialistremisser och mer stöd av arbetsgivaren. Män rehabiliteras utifrån arbete, medan kvinnor oftare rehabiliteras utifrån sin sociala situation.

Läs mer i arbetsboken *Jämställda sjukskrivningar* (SKL, 2010) och på [www.skr.se/sjukskrivningar](http://www.skr.se/sjukskrivningar).



## Referens

Genushanden är framtagen av Skurups vårdcentral som deltog i SKR:s projekt Jämt sjukskriven. Region Skåne har ett utbildningsmaterial med filmer och handledning. Introduktionsfilm till Genushanden: <http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/sjukskrivning/filmer-om-sjukskrivning2/#17982>.

## Hedersförtryck

### Syfte

Syftet med stödtelefonen är att stötta aktuella aktörer så att, i förlängningen, utsatta barn, unga och vuxna ska få det stöd och skydd som de har behov av och rätt till.

### Beskrivning

När du som yrkesverksam eller arbetar ideellt och behöver råd och konsultation i situationer där ett barn eller ungdom är utsatt, eller som du misstänker riskerar att utsättas för hedersrelaterat förtryck, våld, barnåktenskap, tvångs-åktenskap och könsstympning kan du vända dig till den nationella stödtelefonen 010-223 57 60 eller söka information på hemsidan.

### Referens

Länsstyrelsen i Östergötland. <http://www.hedersfortryck.se/-hedersfortryck/ar-du-utsatt/>.

## ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

### Syfte

ICF är en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa. Att använda ICF ger ett gemensamt språk, som ger gemensam förståelse.

### Beskrivning

Det är väsentligt att förstå varandras ord och beskrivningar över organisationsgränser. DFA-kedjan exempelvis kräver att funktionsnedsättningen och begränsningen av förmåga och aktivitet beskrivs på ett sådant sätt att de kan förstås inom olika organisationer (se information DFA-kedjan under DFA). Även mellan olika professioner inom hälso- och sjukvården är det till hjälp med ett gemensamt språk.

ICF använder sig av en gradering med hjälp av en skala. Att ha ett problem kan betyda en funktionsnedsättning, strukturavvikelse och aktivitetsbegränsning. Lämpliga ord att använda för bedömningen visas inom parentes nedan och bör väljas utifrån vad som passar i det aktuella fallet. Breda procentalsområden har angivits för de fall där det finns tillgång till kalibrerade bedömningsinstrument eller andra standarder för att kvantifiera en funktionsnedsättning, strukturavvikelse och aktivitetsbegränsning.

TABELL 3. Gradering enligt ICF

0	INGET problem	(ingen, avsaknad, obetydlig...)	0-4 %
1	LÄTT problem	(litet, lågt...)	5-24 %
2	MÅTTLIGT problem	(medel, ganska stort...)	25-49 %
3	STORT problem	(gravt, högt, extremt, svårt...)	50-95 %
4	TOTALT problem	(fullständigt...)	96-100 %

### Referens

- › Utförligare instruktioner finns i ICF-boken <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2003-4-1.pdf>.
- › Region Jönköpings län har utvecklat ett ifyllnadsstöd för läkarintyg. Mer information på Region Jönköpings läns webbplats ”Folkhälsa och sjukvård”, sök på: *ifyllnadsstöd för läkarintyg vid sjukskrivning*.



## KASAM – känsla av sammanhang

### Syfte

Används vid utredning för att mäta en individs känsla av sammanhang i livet. Har också används för att mäta resultat av insatser.

### Beskrivning

Sence of Coherence på engelska. Detta salutogena begrepp, salutogent innebär att se till det friska, myntades av Aron Antonovsky som en förklaring till individers varierande förmåga att hantera stress på ett kontinuum mellan upplevelse av hälsa och ohälsa. Enligt flera forskare har hög känsla av sammanhang (det vill säga hur begripligt, hanterbart och meningsfullt individen upplever sitt liv) en skyddande effekt mot långvariga posttraumatiska stressreaktioner och annat som individen går igenom i livet, sjukdom och sjukskrivning.

Antonovsky ansåg att individens KASAM var stabilt över livet. En senare svensk studie har dock visat att KASAM är stabilt enbart hos de individer som initialt har höga ingångsvärden. Det antas därför att förändringar av KASAM kan ske för dem som har låga ingångsvärden, om ändringar i livet sker [59], [60]. En annan svensk studie visade att KASAM bidrog till att förutsäga återgång i arbete, alternativt förtidspension [54].

Antonovsky utarbetade också ett instrument, Livsfrågeformulär, som mäter känsla av sammanhang, Det finns en längre version med 29 frågor och en kortare med 13 frågor, båda har godkänts av Antonovsky. De finns att hämta i nedanstående referens.

### Referenser

Bok: *Hälsans mysterium*, Aron Antonovsky, Natur och Kultur 1991. Livsfrågeformuläret finns i boken.

## KEDS – Karolinska Exhaustion Disorder Scale

### Syfte

KEDS ger en indikation om i vilken grad upplevda symptom är förenliga med kriterierna för utmattningssyndrom.

### Beskrivning

Vid summerade 19 poäng eller högre anses det föreligga risk för utmattningssyndrom. Värt att tänka på är att samtliga nio KEDS-faktorer måste vara inmatade för att visa ett totalresultat. Om någon fråga har lämnats obesvarad bör en försöka ge ett svar även på den. KEDS säger inte något om orsaken till eventuella stresstecken eller hur lång alternativt tung belastningen har varit.

Resultatet räcker alltså inte för att ställa diagnos och tillfälligt höga poäng kan bero på att personen utsatts för stress utöver det vanliga och att de går ner igen när läget normaliserats. Skalan får användas fritt.

### **Referens**

- › KEDS har tagits fram i en forskargrupp på Karolinska Institutet, Institutionen för kliniska vetenskaper, (KIDS): Danderyds sjukhus/Karolinska Institutet.
- › <https://www.suntarbetsliv.se/verktyg/vara-vanners-verktyg/keds-sjalvskattningstest/>.

## **Kvinnofridslinjen**

### **Syfte**

Kvinnofridslinjen (020-50 50 50) är en nationell stödtelefon för personer som utsatts för hot och våld. Anhöriga och vänner kan också ringa liksom personal som har frågor om våld.

### **Beskrivning**

Kvinnofridslinjen är öppen dygnet runt och erbjuder gratis samtal. Socionomer eller sjuksköterskor med vana att möta människor i kris eller i svåra livssituationer svarar på frågor. De har tystnadsplikt och det finns möjlighet att vara anonym och samtalet syns inte på telefonräkningen. Hänvisa gärna till Kvinnofridslinjen, det finns gratis visitkort och affischer med telefonnummer på många olika språk, perfekta sätta upp i vänt- och behandlingsrum.

### **Referens**

Kvinnofridslinjen drivs av Nationellt centrum för kvinnofrids kliniska enhet vid Akademiska sjukhuset på uppdrag av regeringen. [www.kvinnofridslinjen.se](http://www.kvinnofridslinjen.se).

## Levnadsvanor – frågeformulär och nationella riktlinjer

### **Syfte**

Frågeformuläret används för att få en överblick av patientens levnadsvanor.

### **Beskrivning**

Formuläret finns hos Socialstyrelsen. Det är ett självskattningformulär som gärna kan användas som diskussionsunderlag mellan vårdgivare och patient. Det innehåller frågor om rökning och snusning, alkohol, träning och motion samt om mat och hur personen äter.

### **Referens**

- › Formuläret: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Fragor-om-levnadsvanor.pdf>.
- › Kortversion av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18680/2012-4-13.pdf>.

## Linton – frågeformulär om smärtproblem

### **Syfte**

Frågeformuläret om smärtproblem kan användas som ett hjälpmedel för att tidigt identifiera patienter som riskerar att utveckla långvarig funktionsnedsättning eller sjukfrånvaro relaterad till smärta. Formuläret kan också användas som ett diskussionsunderlag mellan behandlare och patient.

### **Beskrivning**

Utvecklat av Steven Linton, adjungerad professor vid Universitetssjukhuset i Örebro. Formuläret avser att identifiera personer som ligger i riskzonen för långvariga smärtproblem. Metoden är vetenskapligt testad och har visat sig fungera bra för att identifiera individer som riskerar funktionsnedsättning och långvarig sjukskrivning. Samtidigt ska formuläret tolkas med försiktighet eftersom det endast ger en uppskattning av risk, det kan inte ersätta anamnesen eller den medicinska undersökningen. Det är översatt till flera språk. Formuläret finns även i en kortversion om 13 frågor.

### Referens

- › Linton S, Linton K. *Early Identification of Patients at Risk of Developing a Persistent Back Problem: The Predictive Validity of The Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. The Clinical Journal of Pain*, 2003. 19(2): p. 80–86.
- › Ursprungsformuläret är upphovsrättsskyddat men får kopieras fritt för användning inom forskning eller för kliniskt bruk. [www.oru.se/jps/champ](http://www.oru.se/jps/champ).
- › Kortversion av formuläret med 13 frågor: <https://www.oru.se/globalassets/oru-en/research/environments/hs/jps/champ/frageformular-om-smartproblem-kortversion.pdf>.

## Locus of control (Loc)

### Syfte

Loc kan användas vid utredning och underlag för att få en uppfattning om individens uppfattning av sina egna kontrollmöjligheter. Kan ingå till exempel inför bedömning av rehabiliteringsbehov.

### Beskrivning

Loc kommer från Rotters Internal versus external control of reinforcement [61]. Loc ingår i området psykosociala förklaringsmodeller och definieras som ett personligt särdrag och handlar om individuell problemlösning, om var individen medvetet och/eller omedvetet förlägger sina kontrollmöjligheter. Termen ”Locus of control” har inte kunnat översättas till svenska men har beskrivits som ett känslomässigt tillstånd som kan förklara varför vissa människor aktivt och medvetet försöker ta itu med omständigheter, medan andra uppvisar en mängd negativa känslor och ger efter för dem [62]. Loc hjälper till att få en förståelse för var och hur individen upplever och uppfattar sina kontrollmöjligheter, är det individen själv som styr vad som händer denna eller är det någon eller något utanför individen som styr, till exempel ödet, gud, närstående eller samhället. Forskning har visat att en individs Locus of control kan spela en viktig roll i utfallet av arbetslivsinriktad rehabilitering [63].

En svensk version av instrumentet för bedömning av Locus of control finns vid Umeå Universitet, Psykologiska institutionen. Instrumentet innehåller 50 påståenden, 40 av dem refererar till Loc och 10 som tillskrivs social desirability (översätts social önskvärdhet) [64], [65].

### Referenser

Eisemann M, Perris C, Palm U, Palm A, Perris H. Loc-presentation of a Swedish instrument for assessing Locus of control. *Cognitive Psychotherapy – An update*. Ed. C. Perris, M. Eisemann. By Department of Psychiatry, University of Umeå, Umeå 1988, sid 45–48.

## **NCK:s kunskapsbank – om våld i nära relationer**

### **Syfte**

Kunskapsbanken syftar till att samla kunskap om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i nära relationer.

### **Beskrivning**

På kunskapsbanken finns material på olika nivåer, från kortfattade ämnesguider till avhandlingar i fulltext. Myndigheternas publikationer, presentation av forskare, litteraturtips och en söktjänst. En avdelning är särskilt inriktad mot kommunernas och socialtjänstens arbete.

### **Referenser**

Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK) [www.nck.uu.se](http://www.nck.uu.se).

## **Norfunk**

### **Syfte**

Norfunk är ett forsknings- och utvecklingsprojekt som sedan 2003 bedrivs vid Oslo universitet och som erbjuder ett självskattningsverktyg för patienten.

### **Beskrivning**

Ett formulär som reliabilitets- och validitetstestats där patienten själv gör en skattning av den egna förmågan. Den svenska versionen finns tillgänglig i Vårdhandboken.se. Norfunk är fritt att använda.

### **Referens**

<https://uni.no/en/uni-helse/stress-helse-og-rehabilitering/norfunk-prosjektet/>.

## Orosanmälan

### Syfte

Orosanmälan är till för att skydda och hjälpa barn (från 0–18 år) som far illa eller riskerar att fara illa.

### Beskrivning

Begreppet innefattar alla former av övergrepp, försummelse och utnyttjade som leder till faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa eller utveckling. Det kan till exempel handla om barn och ungdomar som i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse eller om barnet har allvarliga relationsproblem i förhållande till sin familj, eller om det blir vittne till våld eller lever i en miljö där våld och hot om våld förekommer.

Personal inom hälso- och sjukvård samt tandvård har enligt lag (Socialtjänstlagen kapitel 14 1§) skyldighet att genast anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa eller riskerar att fara illa. Som anmälare behöver du inte vara säker på att barnet far illa. Det räcker att du har en misstanke. Socialtjänsten utreder barnets situation och bedömer om barnet behöver skydd eller stöd.

När du gör en orosanmälan och det visar sig att din misstanke var rätt, så hjälper du barnet att få det stöd den behöver, till exempel att få en trygg miljö med stabilt boende eller någon som hjälper till med läxorna. Anmälan görs skriftligt till social tjänsten i den kommun där barnet är skrivet, i övrigt finns inga krav på hur anmälan ska utformas. Råder osäkerhet går det bra att kontakta socialtjänsten utan att röja barnets identitet. Kom ihåg att själv dokumentera din anmälan och skriv gärna i anmälan att du vill bli kontaktad när ärendet påbörjats så att du kan förvissa dig om att det handläggs.

Det är viktigt att det finns rutiner och riktlinjer för orosanmälan på varje arbetsplats, att ni har samtalat om frågan i arbetsgruppen och att chefen stödjer. Hyrpersonal ska också ha kunskap om dessa rutiner.

### Referens

- › Socialstyrelsen – Anmälan till socialnämnden vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa.

## **SASSAM – Strukturerad Arbetsmetod för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering**

### **Syfte**

SASSAM är en kartläggningsmetod för bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov hos sjukskrivna utifrån den enskilda individens behov. Kartläggningen och analys sker av resurser och hinder hos individen och i dennas omgivning.

### **Beskrivning**

Används idag i första hand av Försäkringskassans handläggare, men skulle också kunna användas av andra organisationer då den utvecklades med målsättningen att vara ett hjälpmedel i samverkan mellan alla berörda aktörer. SASSAM består av SASSAM-metoden och arbetsverktyget SASSAM-kartan. Metoden poängterar vikten av den enskildas egen medverkan i kartläggningen. Kartan kan användas vid informationsinsamling men är särskilt användbar vid analys av resurser och hinder och är bra underlag för diskussion med patienten/den försäkrade.

### **Referens**

Metoden och arbetsboken utarbetades av en arbetsgrupp som leddes av Sven-Olof Krafft. Finns hos Försäkringskassan.

## **Stress and Crisis Inventory (SCI-93)**

### **Syfte**

Formuläret SCI-93 används för att skatta symptom på autonom dysfunktion.

### **Beskrivning**

Poängsumman räknas ut enligt instruktion på formuläret.

- Referensvärde ingen dysfunktion <25.
- Stressnivå >25 – autonom dysfunktion – innebär begränsning i olika grad av förmåga och resurs för normal psykosocial funktion och yrkesinriktad rehabilitering.
- Stressnivå 26–50 viss begränsning.
- Stressnivå 51–75 betydande begränsning, kan hålla sig kvar i arbete eller återkomma i tidigare arbete eventuellt på deltid, svårighet att som arbetslös komma i arbete inom ett år.
- Stressnivå 76–100 stor begränsning, svårt att över huvud taget klara ett arbete.

- › Vid stressnivå >105 har patienten uppenbara kliniska besvär som hinder för rehabilitering. Patienten är i behov av medicinsk eller psykiatrisk behandling innan någon rehabiliteringsplanering kan ske.
- › Formuläret får användas fritt.

### **Referenser**

- › Stress and Crisis Inventory SCI-93.  
[http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=14051&nodeId=38555#stress\\_and\\_crisis](http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=14051&nodeId=38555#stress_and_crisis).
- › [http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida38555/sci\\_93\\_frageformular.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida38555/sci_93_frageformular.pdf).
- › Övriga referenser: nr. 73 och 74 i referenslistan.

## **Stress-sårbarhetsmodellen**

### **Syfte**

Pedagogisk modell för samtal med patienten i samband med depression.

### **Beskrivning**

Det finns olika pedagogiska modeller att använda i samtal med patienten varav Stress-sårbarhetsmodellen av Zubin och Springs är en. Modellen ger en dynamisk bild av depressionssjukdom där depression liknas vid en process, där tillräcklig belastning under tillräcklig tid kan föra individen in i ohälsa. En viktig erfarenhet är att individens sårbarhet förändras efter upprepade depressioner. Det krävs mindre stress för att utlösa ett nytt sjukdomstillstånd. Liknande utveckling kan ses vid smärta eftersom depression är vanligt hos personer med långvarig smärta. Enligt Linton rapporterar 75 procent av smärtpatienterna nedstämdhet, vilket inte alltid noteras eller behandlas.

Modellen påvisar också två möjliga vägar för ökad stresskänslighet: Den yttre stressen (livshändelsen) i sig och den depressiva episoden och dess påverkan på nervcellernas känslighet. Sårbarhet kan vara ärftlig, men kan också förvärfvas via tidiga barndomstrauman eller senare livshändelser.

### **Referens**

- › Zubin J, Spring B. *Vulnerability – a new view of schizophrenia*. J Abnorm Psychol 1977; 86(3):103–26.
- › Övriga referenser: nr. 75, 76, 77 i referenslistan.



## **Tvärtomfrågan**

### **Syfte**

Tvärtomfrågan bidrar till att genusbias undviks, alltså fördomar och förutfattade meningar utifrån om patienten är kvinna eller man. Att tänka tvärtom är ett enkelt sätt att uppmärksamma om patientens kön påverkar eller har påverkat behandlarens bedömning av hen eller inte.

### **Beskrivning**

Tvärtomfrågan ställs i såväl patientmötet som på teammötet: Vad hade jag/vi tänkt och gjort om patienten hade haft annat kön? Frågan hjälper dig/er att reflektera över om det finns fler bakgrundsvariabler att ta hänsyn till och om det eventuellt kan finnas föreställningar som påverkar eller har påverkat valet av diagnossättning, vård, remiss och rehabilitering. Använd frågan som rutin i teamet, lämpligen tillsammans med Genushanden, för att säkerställa att inga omotiverade skillnader skapas.

### **Referens**

Sveriges Kommuner och Regioner.

## **Välmåendeskalan**

### **Syfte**

Välmåendeskalan (ibland kallat Välmåendeformuläret) ger ett mått på subjektivt psykiskt välmående.

### **Beskrivning**

Skalan bygger på självskattning och är konstruerad för enstaka eller upprepade mätningar hos en individ eller en grupp. Skalan får användas fritt.

### **Referens**

<http://fbanken.se/form/250/valmaendeskalan>.

## **WHO (FEM) Välbefinnande index**

### **Syfte**

Ett självskattningsinstrument för bedömning av psykiskt välbefinnande.

### **Beskrivning**

Instrumentet har visat god validitet vid screening av depression. Det har fem frågor oc fem svarsalternativ (mellan ”aldrig” = 0 och ”hela tiden” = 5) om psykiskt välbefinnande. Poängen beräknas genom summering av svaren och multipliceras med 4 för att få en procentuell poäng från 0 till 100. Resultat under 52 betyder dåligt välbefinnande och föranleder utredning för depression.

### **Referens**

- › [https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5\\_Swedish.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Swedish.pdf).
- › Övriga referenser: nr. 78 och 79 i referenslistan.

## **Work Ability Index (WAI)**

### **Syfte**

Work Ability Index är ett instrument som används för att utvärdera individers arbetsförmåga och resurser i förhållande till arbetets krav. Metoden har utvecklats vid Finska Arbetshälsainstitutet.

### **Beskrivning**

Resultaten från en WAI-studie kan användas som grund för olika åtgärder. Om en person får låga poäng bör en dialog startas för att kunna vidta rätt åtgärder. Instrumentet får användas fritt.

### **Referens**

<http://fhvmetodik.se/metod/wai/>.

## WRFQ 2.0 Sweden

### **Syfte**

WRFQ är ett verktyg som kan användas för att utvärdera i vilken grad en person upplever svårigheter att utföra sitt arbete på grund av mentala och/eller fysiska problem.

### **Beskrivning**

Metoden är utvecklad för att mäta eventuella kroniska hälsoproblems påverkan på arbetsförmågan och finns översatt och anpassad för en svensk kontext.

WRFQ består av 27 påståenden som kan indelas i fyra subkategorier: Schemaläggning av arbetet och krav på prestation, fysiska krav, mentala och sociala krav samt flexibilitetskrav. Verktuget får användas fritt.

### **Referens**

<http://fhvmetodik.se/metod/work-role-functioning-questionnaire-wrfq/>.

## Övrigt - frågeformulär, blanketter och brevmallar

I Vårdhandboken.se presenteras frågeformulär, frågeguider, blanketter och brevmallar som kan vara till hjälp vid kontakt med patient och arbetsgivare. I regionerna har det setts ett behov av att utveckla flera frågeformulär blanketter och frågeguider. Syftet har varit att underlätta och att effektivisera arbetet i sjukskrivningsprocessen. Frågeformulären och blanketterna har tagits fram utifrån beprövad erfarenhet. De är dock inte vetenskapligt testade. Mer information finns på webbplatsen vårdhandboken.se. Sök på: *koordinering vid sjukskrivning och rehabilitering*.



## Några exempel

*Det finns många goda exempel runt om i landet att lära och inspireras av. Ta del av några i detta kapitel. Exempelen är framtagna under 2015 förutom exemplet från psykiatrin som har tagits fram under 2019. De handlar om arbetsrehabilitering vid tumbasoperation, om hur en vårdcentral samt en ortopedklinik kan arbeta. Kapitlet innehåller även ett exempel på hur du/ni kan göra en jämställdhetskartläggning. Dessutom finns ett exempel på koordinators roll vid avslag av sjukpenning.*

Kapitlet innehåller exemplen:

- › I. Arbetsrehabilitering vid tumbasoperation
- › II. Ortopedens rehabiliteringskoordinatorer vid Södersjukhuset i Stockholm
- › III. Jämställdhetskartläggning
- › IV. Om rehabiliteringskoordinatorns insatser vid vårdcentral
- › V. Rehabkoordinering vid avslag sjukpenning – avgränsa rollen
- › VI. Utveckla uppdraget för rehabkoordinering via enkät
- › VII. Rehabkoordinering inom psykiatrin vid arbetsåtergång
- › VIII. Historik

## I. Arbetsrehabilitering vid tumbasoperation

Vid hand- och plastikkirurgiska kliniken i Umeå har ett nytt arbetssätt utvecklats för att stärka samarbetet med arbetsgivaren. Arbetsgivaren kontaktas före operation för att bli delaktig i arbetsrehabiliteringen. Arbetssättet tillämpas för operation med Weilbyplastik för tumbasartros men kan mycket väl användas även vid andra behandlingar och diagnoser.

*Från Helena Millkvist, Västerbottens läns landsting.*

### Arbetssättet går till enligt följande:

#### Läkaren

- › Mottar remiss från primärvården för utredning och bedömning.
- › Patienten erbjuds läkarbesök på mottagningen för utredning och beslut om kirurgiskt ingrepp med Weilbyplastik.
- › Läkaren informerar patienten om den planerade operationen samt rutinen att en arbetsterapeut/rehabiliteringskoordinator kommer att kontakta patienten för information om arbetsrehabilitering.

#### Operationsplaneraren

- › Planerar och bokar tid för operation samt kallar patienten. Ett bokningsunderlag läggs på rehabs väntelista med uppgifter om operation.

#### Arbetsterapeuten/rehabiliteringskoordinatorn

- › Patienten kontaktas via telefon och får information om arbetsrehabilitering.
- › En blankett för medgivande från patienten att få kontakta arbetsgivaren skickas, via mail eller brev, för underskrift.
- › Arbetsgivaren erhåller ett informationsbrev via mail eller post.
- › Därefter kontaktas arbetsgivaren via telefon eller mail och tid bokas för gemensamt möte mellan patient, arbetsgivare och arbetsterapeut/rehabiliteringskoordinator. Mötet kan genomföras via videolänk, flerparts-telefonsamtal eller fysiskt möte. Under mötet informerar arbetsterapeut/rehabiliteringskoordinator om arbetsrehabilitering och restriktioner efter operationen. Arbetsgivaren och patienten ges tillfälle att ställa frågor.

- Patienten, arbetsgivaren och arbetsterapeuten/rehabiliteringskoordinator gör en plan för arbetsrehabilitering.
- Förslag på sjukskrivningslängd och sjukskrivningsgrad ges muntligt till läkare samt dokumenteras i journalen före den planerade operationen.
- Patienten opereras och läkaren sjukskriver patienten enligt uppgjord plan.
- Tre veckor efter operationen sker rehabiliteringen enligt överenskommet program.
- Ytterligare ett flerpartssamtal mellan patient, arbetsgivare/arbetsledare och arbetsterapeut genomförs.

En gemensam plan för arbetsrehabilitering med sjukskrivningsgrad och sjukskrivningslängd tas fram enligt följande rollfördelning.

### **Arbetsterapeut**

Tre veckor efter operation bokas ett återbesök till kliniken då gipset plockas bort och rehabilitering påbörjas. Handen får börja användas i vardagliga aktiviteter men med en maxbelastning på ett kilo. Sju veckor efter operation erbjuds patienten ännu ett återbesök till kliniken, antingen fysiskt eller via videolänk. Patienten får nu successivt öka belastningen på den opererade handen men maxbelastning på tummen tillåts först tre månader efter operation. För att optimera sjukskrivningslängd och sjukskrivningsgrad görs en gemensam plan för arbetsrehabilitering.

### **Patienten**

Informerar om sin arbetssituation, arbetsmiljö och sina arbetsuppgifter samt hur en plan för arbetsrehabilitering kan se ut.

### **Arbetsgivare/arbetsledare**

Informerar om det finns arbetslivsinriktade insatser som kan vara aktuella, till exempel tillfälligt förändrade arbetsuppgifter eller andra förslag som kan underlätta patientens arbetsrehabilitering.

## II. Ortopedens rehabiliteringskoordinatorer vid Södersjukhuset i Stockholm

Följande exempel kommer från Södersjukhuset som är ett akutsjukhus inom Stockholms läns landsting. Det visar hur de arbetar för att identifiera patienter som riskerar långa sjukskrivningar.

*Karin Axelsson, Lena Lundman, Stockholms läns landsting.*

VO Ortopedi består av fem vårdavdelningar och ett 50-tal ortopedläkare. Att arbeta som rehabiliteringskoordinator enligt "SöS-modellen" kan sammanfattas:

### **Patienten som kontaktar ortopedmottagningen/telefonrådgivning:**

Rehabiliteringskoordinatorn tar emot samtliga inkommande samtal gällande sjukskrivningar via TeleQ där patienten gör knappval "sjukskrivning". De allra flesta samtal handlar om att patienten önskar förlängd sjukskrivning. *Syftet med denna funktion är att tidigt identifiera patienter med risk för långtidssjukskrivning.*

Patienten får redogöra för funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och pågående medicinsk rehabilitering. Därefter diskuteras alternativ till sjukskrivning – kan successiv upptrappning av arbetstiden, eller alternativt färdlätt till och från arbetet, underlätta återgång i arbete? Finns det ett behov av arbetslivsinriktade insatser?

Patienten uppmuntras att kontakta sin arbetsgivare för att diskutera möjligheten till ett mer anpassat arbete, samt vid behov kontakta sin handläggare på Försäkringskassan som har till uppgift att samordna rehabiliteringsinsatser.

Patienten informeras om rehabiliteringskedjan, för att kunna bli mer delaktig i sin egen sjukskrivning.

Först därefter kontaktas ansvarig läkare. Koordinator lämnar information och fungerar som stöd vid intygsskrivande. Målet är att det ska leda till en mer kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och minska antalet kompletteringsärenden från Försäkringskassan.

### **Begäran om komplettering av läkarintyg från Försäkringskassan:**

Rehabiliteringskoordinatorn handlägger samtliga ärenden som inkommer till ortopedkliniken från Försäkringskassan. Syftet är dels att ärendet ska handläggas snabbt, dels att det i varje enskilt ärende ska bli ett lärotillfälle för läkaren.



Med stöd av aktuella läkarintyg och journalanteckningar analyseras ärendet. I samtliga fall kontaktas patienten för att diskutera aktuella aktivitetsbegränsningar och vilka rehabiliteringsinsatser patienten kan behöva för återgång i arbete.

Därefter kontaktas ansvarig läkare som informeras om vad som kommit fram under samtalet med patienten. Detta ger läkaren ett bra underlag för att komplettera läkarintyget.

### **Nytan av rehabiliteringskoordinatorer sett ur ett patientperspektiv är att:**

- Patienten får en kontaktperson som håller i sjukskrivningsärendet, vilket minskar risken för oro och stress.
- Handläggningstiden blir snabbare – ärendet blir inte liggande, utan åtgärdas omgående.
- Koordinatorn fungerar som en länk mellan patienten och läkaren/Försäkringskassan.
- Patienten blir mer delaktig i sin egen sjukskrivningsprocess genom vägledning och information om regelverk.
- Patienten kan ta del av skriftlig diagnosspecifik patientinformation gällande sjukskrivning.

Koordinatorn kan avlasta och utbilda läkare genom att:

- Vara kunskapsförmedlare och stöd vid intygsskrivning, vilket kan leda till ökad kvalitet och minska antalet kompletteringsärenden från Försäkringskassan.
- Fungera som en länk till patient och Försäkringskassa.
- Utföra kontinuerliga skraddarsydda fortbildningar inom kliniken.
- Utbilda nyanställda läkare under ca 1 timme gällande läkarintygets innehåll, beslutsstödet, rehabiliteringskedjan samt lokala rutiner vid sjukskrivning.

### **Koordinatorn kan underlätta för Försäkringskassan genom att:**

- › Höja kvaliteten på läkarintygen och därmed minska antalet begäran om komplettering.
- › Handläggarna får en snabb återkoppling, vilket påskyndar handläggningstiden. Vissa kompletteringar kan ske muntligt efter patientkontakt och journalgranskning.
- › Antalet påminnelser om kompletteringar i det närmaste kan upphöra, då koordinatoren ser till att ärendet åtgärdas inom angiven tidsram.

### **Ur övriga medarbetares perspektiv:**

Avlastar övriga medarbetare – såsom mottagningssköterskor, sekreterare och avdelningspersonal – som tar emot frågor om sjukskrivning från patienter och från Försäkringskassan, men saknar kunskap i försäkringsmedicin.

## **III. Jämställdhetskartläggning**

Följande modell kommer från Västerbottens läns landsting och kan användas i utbildningar eller i utvecklingsarbete på vilken vårdenhet som helst. Den handlar om att genusgranska, alltså undersöka om kvinnor och män får en likvärdig bedömning och service.

*Sonya Bylund, Västerbottens läns landsting.*

### **Modellen går ut på följande**

#### **Flödesschema**

Börja med att skapa ett flödesschema över processen för hur patienten ”färdas” genom er enhet, och vilka professioner hen möter. Då är det lättare att se alla moment där det finns risk för att kvinnor och män behandlas utifrån traditionella föreställningar om kön.

#### **Ta fram fakta**

Ta fram könsuppdelad statistik. Siffror är en bra utgångspunkt för att synliggöra det osynliga och upptäcka risker för ojämställdhet. Era undersökningar kan baseras på data från Diver, patientenkäter, journaler eller läkarintyg.

#### **Analysera resultat**

Undersök om det förekommer skillnader mellan kvinnor och män. Vid jämförelser av till exempel väntetider och behandling, jämför patienter med samma diagnoser. Med fördel kan genushanden användas som mall vid granskning av journaler.

Upptäcker ni några könsmönster? När ska det vara lika och när ska det ska vara olika för kvinnor och män? Har de samma tillgång till behandling? Om den ena gruppen har sämre tillgång, vad beror det på? Vilka konsekvenser får könsskillnaderna?

Diskutera med arbetskamrater. Ibland kan det finnas förklaringar till könsskillnader, de kan vara motiverade.

### **Förslag på frågeställningar**

Om det finns omotiverade skillnader, vilka åtgärder skulle kunna göras? Nedan följer förslag på frågeställningar. Välj en eller flera att studera, för att se om kvinnor och män fått samma frågor och likvärdiga bedömningar.

### **Dokumentation**

- › Hur omfattande är dokumentationen i journalen?
- › Värdeladdade ord?
- › Finns en beskrivning av arbetsituationen?
- › Finns en beskrivning av den sociala situationen?

### **Läkarintyget**

- › Hur beskrivs funktionsnedsättning?
- › Hur beskrivs på vilket sätt sjukdomen begränsar aktivitetsförmågan?
- › Har patienten fått en diagnoskod som finns i det försäkringsmedicinska beslutsstödet?
- › Har Försäkringskassan begärt kompletteringar av läkarintyget? (enligt Försäkringskassans senaste läkarintygsgranskning i Västerbotten är endast 50 procent av kvinnors och 70 procent av mäns läkarintyg av så god kvalitet att Försäkringskassan kan fatta beslut utifrån dem).
- › Vilka konsekvenser får intygets utformning?

### **Bedömning och behandling**

- › Vilka frågor ställs?
- › Vilka prover tas?
- › Vilka undersökningar genomförs?
- › Diffusa diagnoser?
- › Används det Försäkringsmedicinska beslutsunderlaget?
- › Får patienten remiss till specialist/second opinion?
- › Hur snabbt får patienten åtgärder, till exempel remiss, behandling, undersökning?
- › Vilken typ av behandling erbjuds patienten?
- › Vilken farmakologisk behandling ges?
- › Ställs frågor om riskbruk?
- › Ställs frågor om våld och misshandel?

### **Väntetider**

- › Hur långa är väntetiderna till olika behandlingar/rehabiliteringar?
- › Vad väntar patienten på?
- › Vad är anledningen till väntetiden?
- › Sjukskrivning och rehabilitering
- › Vilka patienter får en vårdplan?
- › Vilka patienter får en rehabiliteringsplan?
- › Hur snabbt får patienten komma till teamet?
- › Hur länge sjukskrivs patienten?
- › Blir patienten sjukskriven på heltid/deltid?
- › Har patienten blivit sjukskriven inom de tidsgränser som anges i det försäkringsmedicinska beslutsstödet?

### **Bemötande**

- › Vad anser patienterna om bemötandet på enheten?

## **IV. Om rehabiliteringskoordinators insatser vid vårdcentral**

Vad gör en rehabiliteringskoordinator? Här följer ett exempel från Vråens vårdcentral, Caroline Grahn i Värnamo med cirka 5 800 listade patienter i åldern 20–64 år, vars rehabiliteringskoordinator har en tjänst på 35 procent.

Syftet är att tidigt uppmärksamma patienter som har en ökad risk för långtidssjukskrivning. Därför prioriteras patienter med:

- › Psykisk ohälsa
- › Icke specifik smärta och/eller långvarig smärta
- › Andra komplexa tillstånd
- › Tidigare sjukskrivningsperioder

### **Vad förväntas rehabiliteringskoordinatorn göra?**

- › Logga in på Rehabstödet för att se enhetens sjukskrivningar varje vecka. Prioritera patienter enligt ovan.
- › Efter samråd med läkare, vid behov ta kontakt med patient via telefon eller för fysiskt möte. Detta för att gå igenom framtagna plan, göra en sjukskrivnings- och rehabplan, kartlägga eventuella hinder (exempelvis trivsel på arbetsplatsen, motivation för sitt arbete, familjesituation) som påverkar arbetsförmågan eller se över vilken typ av stöd patienten behöver för att återfå arbetsförmåga. Vid behov av kontakt med arbetsgivare/ Arbetsförmedlingen säkerställs samtycke (muntligt eller skriftligt) som dokumenteras i journal. Brev lämnas/skickas till patienten om rehabiliteringskoordinators roll samt information om sjukskrivning. Vid behov involveras företagshälsovård via arbetsgivaren, om sådan finns.

- Vid behov etableras kontakt via telefon med arbetsgivare/arbetsförmedlare tidigt i sjukskrivningen i syfte att föra en dialog om exempelvis anpassningar kan ske utifrån patientens nuvarande aktivitetsbegränsningar. Om behov finns av ett fysiskt möte bokas möte mellan patient, läkare och/eller rehabiliteringskoordinator samt arbetsgivare/Arbetsförmedlingen för att gemensamt finna möjligheter/lösningar för att förkorta sjukskrivningsperioden. Om mer information om arbetsplatsen krävs kan aktuellt formulär för detta lämnas till patienten som i sin tur tar med det till arbetsgivaren.
- Om patientens sjukskrivning inte bedöms som risk kan, efter samtycke från patienten, ett brev skickas för allmän information till arbetsgivaren om rehabiliteringskoordinators roll samt vikten av tidiga insatser och kontaktuppgifter.
- Träffa varje enskild läkare 30 minuter en gång per månad. Däremellan sker kontakt via meddelandefunktion i journalsystemet. Ärenden lyfts, för att kunna ta ett gemensamt beslut om aktiv utredning, planering och rehabilitering. Detta för att identifiera sjukskrivna patienter i behov av rehabkoordinering.
- Vara kontaktperson till Försäkringskassan och berörda parter. Kontaktuppgifter till handläggare med direktnummer och mailadresser finns.
- Säkerställa att det finns en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan.
- Dokumentera med korrekta KVÅ-koder vid kontakt med arbetsgivare/arbetsförmedlare. (XS005 ”extern kontakt” QR002 ”rådgivning vid arbete och sysselsättning” + patientens diagnoser).
- Vara med på läkarmöten 3 gånger per termin i syfte att gå igenom könsuppdelad statistik, rutiner & sjukskrivningsprocessen.
- Vara rådgivare/kunskapsförmedlare i sjukskrivningsfrågor till patient, läkare och övriga på vårdcentralen.
- Föra statistik på enheten, i slutet av månaden över: antal sjukfall, könsfördelat och diagnosuppdelat samt hur fördelningen ser ut mellan läkarna. Dessutom föra statistik över hur många kompletteringar som kommer in. Underlaget tas upp med verksamhetschef och informeras vid APT.
- Stödja verksamhetschefen med att ta fram ledningssystem för en jämställd sjukskrivningsprocess.

## V. Rehabkoordinering vid avslag sjukpenning – avgränsa rollen

Ett exempel på hur Södersjukhuset arbetar.

*Karin Axelsson, Lena Lundman, Stockholms läns landsting.*

När en patient riskerar att få avslag på sin begäran om sjukpenning. Vägled och informera!

Försäkringskassan grundar sin bedömning på information i läkarintyg och andra underlag.

Det finns flera orsaker till att Försäkringskassan överväger att avslå en ansökan om sjukpenning, eller att inte längre betala ut sjukpenning, till exempel:

- › Att individen bedöms ha arbetsförmåga.
- › Att patienten saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI).
- › Att patienten är arbetslös men har blivit sjukskriven i förhållande till ett arbete.

När Försäkringskassan överväger att avslå sjukpenning – sänder de ett kommuniceringsbrev till patienten, där patienten ges möjlighet att lämna sina synpunkter inför Försäkringskassans beslut, till exempel i form av komplettering med ett utförligare läkarintyg/läkarutlåtande. Det är ofta då en rehabiliteringskoordinator kopplas in.

Eftersom dessa brev för en patient ofta är svåra att förstå innehållet av, är det viktigt att ge information och vägledning så att patienten själv kan agera!

Be patienten om att få läsa kompletteringsbrevet och titta där särskilt på motiveringen. Där står vad Försäkringskassan motiverat sitt övervägande på och du kan då få vägledning i vad det är vården kan komplettera med.

Rehabiliteringskoordinatoren kan:

- › Förklara försäkringsmedicinska beslutstödet och rehabkedjans tidsgränser.
- › Informera om att Försäkringskassan kan ge information om vikten av att skydda sin SGI.
- › Kontrollera om läkarintyget ger rätt information i förhållande till sysselsättning, och vid behov stötta ansvarig läkare om intyget behöver kompletteras. Fundera över:
  - Hur ser prognosen ut? Ta ställning till om patienten kommer att kunna återgå heltid i ordinarie arbete innan rehabkedjans tidsgräns om 365 dagar.
  - Prognosen för återgång till ordinarie arbete är ”nej” i läkarintyget, men kan patienten klara ett mindre belastande/fysiskt ansträngande arbete? Sjukförsäkringen är inte en sjukdoms- eller yrkesförsäkring utan i väsentliga delar en omställningsförsäkring. Det viktiga är att komma tillbaka i någon form av arbete.

- Finns det särskilda skäl? Särskilda skäl innebär att FK kan bedöma arbetsförmågan i förhållande till det vanliga arbetet även efter dag 180 och det kan tillämpas om patienten med stor sannolikhet bedöms kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren innan dag 365 i samma omfattning som före sjukskrivningen. Efter dag 365 bedöms arbetsförmågan alltid mot normalt förekommande arbete om det inte kan anses oskäligt att bedöma mot normalt förekommande arbete. I betänkandet (Socialförsäkringsutskottets betänkande 2009/10:SfU13) ges exempel på tillfällen när det skulle kunna anses oskäligt men i huvudsak handlar det om när patienten lider av en allvarlig sjukdom.
- Är det oskäligt att patienten ställs till arbetsmarknadens förfogande på grund av att arbetsförmågan i förhållande till normalt förekommande arbeten är varaktigt nedsatt? Föreligger en allvarlig sjukdom/skada?
- › Uppmuntra/stödja patienten till kontakt med arbetsgivare/företagshälsövård/fackföreningen för att se över möjligheten att få anpassade arbetsuppgifter och en plan för återgång i arbete.
- › Uppmuntra/stödja patienten att kontakta sin handläggare på Försäkringskassan som har till uppgift att utreda rehabiliteringsbehovet och samordna de insatser från arbetsgivare, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och andra myndigheter som behövs för att den sjukskrivna ska kunna återgå i arbete eller kunna söka arbete.
- › Om patienten är arbetslös eller tim-/behovsanställd och har arbetsförmåga till ett arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden – uppmuntra patienten till att anmäla sig till Arbetsförmedlingen och att aktivt bli arbetssökande.
- › Patienten behöver ta del av informationen om hur hen skyddar sin SGI som alltid ska finnas i beslutsbrevet om sjukpenning. Uppmana patienten att ta kontakt med Försäkringskassan vid eventuella frågetecken.

## VI. Utveckla uppdraget för rehabkoordinering via enkät

En del i att utveckla uppdraget för koordinering kan vara att genomföra patientenkäter. Där kan båda rehabteamets och rehabiliteringskoordinators uppdrag utvärderas. Ett förslag på patientenkät från rehabiliteringskoordinator/ arbetsterapeut *Helena Millkvist, Västerbottens läns landsting* följer här:

**ENKÄT SOM ANVÄNDS VID HAND- OCH PLASTIKKIRURGKLINIKEN, UMEÅ**

---

**Till dig som haft kontakt med Hand- och plastikkirurgklinikkens Rehabiliteringsenhet på Norrlands universitetssjukhus i Umeå för rehabilitering med åtgärder riktade mot återgång i arbete eller sjukskrivningsfrågor.**

Vi på Rehabiliteringsenheten skulle vilja veta vad Du som patient är nöjd och missnöjd med så att vi kan förbättra oss till nytta för kommande patienter. Den enskildas svar är inte intressant i sig utan svaren kommer att behandlas helt anonymt. Har du frågor kontakta XX, telefonnummer XX.

Kvinna

Man

Annan

**Rehabenhetens personal bemöter mig med respekt och förståelse för min situation**

Instämmer helt

Inte alls      Vet ej

**Rehabenhetens personal är professionell**

Instämmer helt

Inte alls      Vet ej

**Rehabenhetens personal visar engagemang för min arbetsrehabilitering**

Instämmer helt

Inte alls      Vet ej

**Jag känner mig delaktig i beslut som är rör min arbetsrehabilitering**

Instämmer helt

Inte alls      Vet ej

**Jag har fått den information jag behöver av min behandlande läkare på Handkirurgen när det gäller sjukskrivningsfrågor och arbetsrehabilitering**

Instämmer helt

Inte alls      Vet ej

**Jag har den information och rehabilitering jag behöver av arbetsterapeut/fysioterapeut på Handkirurgen när det gäller sjukskrivning och arbetsrehabilitering**

Instämmer helt

Inte alls      Vet ej

**Övriga synpunkter:**

.....  
.....



## SAMMANSTÄLLNING AV SVAREN FRÅN ENKÄT PATIENTNÖJDHET SJUKSKRIVNINGSPROJEKT 2015

---

En enkät, se separat bilaga, skickades i november–december 2015 till 27 patienter som varit i kontakt med Hand- och plastikkirurgens för åtgärder inriktade mot arbetsrehabilitering eller sjukskrivningsfrågor. Av dessa besvarade elva patienter enkäten, sex kvinnor och fem män, och resultatet blev enligt följande:

- Rehabiliteringens personal bemöter mig med respekt och förståelse för min situation.  
*91 % instämmer helt i påståendet.*
- Rehabiliteringens personal är professionell.  
*91 % instämmer helt i påståendet.*
- Rehabiliteringens personal visar engagemang för min arbetsrehabilitering.  
*91 % instämmer helt i påståendet.*
- Jag känner mig delaktig i beslut som rör min arbetsrehabilitering.  
*82 % instämmer helt i påståendet.*
- Jag har fått den information jag behöver av min behandlande läkare på handkirurgen när det gäller sjukskrivningsfrågor och arbetsrehabilitering.  
*55 % instämmer helt eller delvis i påståendet.*
- Jag har fått den information jag behöver av arbetsterapeut/fysioterapeut på handkirurgen när det gäller sjukskrivningsfrågor och arbetsrehabilitering.  
*82 % instämmer helt eller delvis i påståendet.*

Ett tips är att göra sammanställningen av resultatet uppdelat på kön. Detta för att kunna upptäcka eventuella omotiverade skillnader.

---

## VII. Rehabkoordinering inom psykiatrin vid arbetsåtergång

*Rehabiliteringskoordinator Therése Karlsson, Psykiatriska kliniken, Eskilstuna oktober 2019.*

### Bakgrund

Läkare aktualiserar ett ärende till rehabiliteringskoordinator där en bedömning kring lämplig rehabiliteringsinsats önskar ses över. Patienten är en kvinna som är 55 år, hon har sedan 2016 ny arbetsplats som lett till försämring. Patienten har fått sömnsvårigheter, tilltagande stresskänslighet, koncentrationssvårigheter och ångest. Är också belastad socialt utifrån barn med psykisk ohälsa. Medicinjustering med byte antidepressiva har skett samt insatt sömnmedicinering. Hon sjukskrevs första gången 2006 av privatpraktiserande läkare och sedan 2016 finns sjukskrivning via psykiatrin under diagnoser Recidiverande depression, har varit sjukskriven i perioder. Patientens ambition och huvudmål har hela tiden varit att kunna återgå i sitt arbete som handläggare inom kommunen.

## Fördjupning

På mottagningen har patienten fått genomgå en diagnostisk psykologutredning under år 2016, initierad av behandlande läkare, vilken kom att utmynna i att diagnosen Emotionellt instabil personlighetsstörning. Patienten erbjuds en mentaliseringsinriktad psykoterapi men då mer konkret inriktad behandling efterfrågas avslutas psykoterapin och hon får vänta på att istället delta i en UP-grupp (Unified Protokoll) som påbörjas året efter och som sträcker sig över en termin. Psykolog initierar vid behandlingens slut sedan en kontakt med mig och jag träffar patienten och presenterar mitt uppdrag och vad jag kan bistå med. Samtal sker utifrån patientens vardagssituation, mående och rehabilitering. Patientens ambition och huvudmål är tydligt, hon vill kunna återgå i sitt arbete som handläggare inom kommunen och det konstateras att samverkan behöver ske med arbetsgivaren. Blanketten Samtycke till att tillfälligt häva sekretess i samband med sjukskrivning/rehabilitering undertecknas. Jag kontaktar Arbetsgivaren (närmaste chef och HR) och Försäkringskassan och ett första gemensamt möte bokas in vilket syftar till att se över arbetsgivarens möjligheter till att erbjuda rehabiliteringsinsats och arbetsanpassning. Kan under mötet även konstateras kroppsliga besvär med spänningar och svårigheter att nå avslappning och jag tar på mig möjligheten att se över med fysioterapeutkollega om basal kroppskänedom och avslappning kan erbjudas patienten vilket så sedan sker. Arbetsgivaren påtalar svårigheter med att anpassa tjänsten då arbetsuppgifter innehållande klientkontakter och myndighetsutövning, som i detta läge helt avrådes av läkaren, är svårt att undvika fullt ut. Ett erbjudande om arbetsträning hos arbetsgivaren men med placering på annan arbetsplats med enbart administrativa arbetsuppgifter utan klientkontakter erbjuds som ett första steg för att kartlägga patientens arbetsförmåga vilket också kan ligga till grund då omplacering har diskuterats som ett ev framtida alternativ om hon då inte bedöms kunna gå åter i ordinarie tjänst. En planering läggs upp med alla inblandade parter och patienten planeras för en 4 veckors lång arbetsträning i administrativa sysslor, insatsen planeras till måndag till fredag kl 8–10. Jag ringer under de första 3 veckor patienten 1g/v och lyssnar in hur arbetet fungerar för henne, vi resonerar kring de sociala kontakter som sker, tröttheten som uppstår under och efter arbetet och behovet av struktur och rutin i arbetet. Under vecka 4 så meddelar hon mig att arbetsträningen inte längre fungerar. Hon skildrar försämring utifrån nedstämdhet, stress, ångest, svårigheter med affektregleringen och bristande koncentrationsförmåga. Återbesök bokas in hos läkare och jag meddelar arbetsgivaren och Försäkringskassan att den påbörjade arbetsträningen får lov att avbrytas pga patientens försämrade mående. Hon återgår till sjukskrivning och enbart medicinsk behandling. När jag och läkare talar med patienten framkommer att hon dels har känt krav på sig att prestera då hon vill åter i

arbetet som handläggare men framförallt har hon drabbats av personliga påfrestningar inom familjen som nedsätter hennes mående, hennes son har gjort ett suicidförsök. Kommer överens med alla inblandade parter om att avvakta vidare rehabiliteringsinsats och krissamtal utifrån mottagningen kopplas istället på som stöd. Efter 12 månader kommer signal från läkaren att patienten är stabil och att möjligheten till återgång i ordinarie arbete bör ses över. Nytt avstämningmöte med berörda (patient, läkare, rehabiliteringskoordinator, FK handläggare, arbetsgivare och HR) bokas in av mig. På mötet konstateras att de medicinska förutsättningarna nu är förbättrade, hon har påbörjat en ny medicinering med gott resultat och den sociala belastningen har avtagit, förespråkas att det utifrån detta är möjligt att prova en arbetsrehabilitering åter i ordinarie tjänst som handläggare. Under mötet läggs en tydlig plan upp kring arbetsåtergången som initialt kommer att ske med arbetsträning på 25 % under 6 veckor för att sedan planeras övergå i arbete på 25 %, en försiktig successiv arbetsupptrappning förespråkas liksom arbetsanpassning utifrån att lugn arbetsmiljö rekommenderas liksom att mängden arbetsuppgifter anpassas utifrån patientens förutsättningar. Uppföljningssamtal mellan patient och arbetsgivare bokas in varannan vecka och jag kommer att delta i ett möte med patienten och arbetsgivaren veckan innan arbetsträningen övergår i arbete på 25 %. Prognosen är återgång i heltid men att tiden får avvisa om så är möjligt, har diskuterats att arbete i en omfattning av 75 % kan vara patientens maxkapacitet men ställningstagande kring det kan i detta skede ännu ej ske.

### **Resultat**

Resultatet blev lyckat och patientens huvudmål nåddes men det är viktigt att vara medveten om att en rehabilitering åter i arbete, särskilt vid psykisk ohälsa, kräver samarbete mellan olika parter och att den kan ta tid. Olika insatser kan komma att behövas längs resans gång och en tydlig planering är viktigt. Patientens motivation att vilja tillbaka i arbete har i detta exempel varit en viktig faktor liksom arbetsgivarens välvilja att anpassa arbetet.

### **De viktigaste slutsatserna**

- › Bra och tydlig dialog behövs med berörda (ex arbetsgivare, Försäkringskassa, vården).
- › Viktigt med struktur och tydlig planering.
- › Synliggöra konkreta mål med insatser och åtgärder, vad de syftar till.
- › Vara lyhörd för ex patientens målsättning och förutsättningar, vårdens rekommendationer och arbetsgivarens möjligheter till arbetsanpassning.

## VIII. Historik om socialförsäkringen

Socialförsäkringen växte fram under en längre tid i takt med industrialiseringen då man istället för att leva i storfamiljer övergick till att i många fall bli beroende av bara en familjeförsörjare. Omställningen innebar flytt till tätorter, dåliga bostadsförhållanden och arbetsmiljöer. Människor började gå samman och bilda föreningar i slutet av 1800-talet, så kallade sjukhjelpkassor för att få stöd. Staten godkände föreningarna 1931 och de fick då namnet sjukkassor. Statligt stöd utbetalas till föreningarna. 1955 införs de 21 första allmänna länsvisa sjukkassorna, som 1962 byter namn till försäkringskassan. Gemensam arbetsgivarorganisation blev Försäkringskassaförbundet och tillsynsmyndighet var Riksförsäkringsverket. Syftet med en allmän sjukförsäkring är att garantera landets medborgare en grundläggande trygghet. Tanken med socialförsäkringen präglas av allas skyldigheter att betala skatt och avgifter vilket i sin tur ger rätt att få del av försäkringen när det finns behov. 2005 förstatligas alla försäkringskassorna till en gemensam myndighet, efter sammanslagning med Riksförsäkringsverket. En ny tillsynsmyndighet inrättas, Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF).

I boken *Bättre sjukskrivningar – handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården* skrivs följande: ”I början av 2000-talet var en större andel av befolkningen i Sverige frånvarande från arbetsmarknaden för att de var sjukskrivna eller hade sjuk- eller aktivitetsersättning (tidigare förtidspension) jämfört med många andra länder. Kulmen nåddes år 2003 då personer i arbetsför ålder var frånvarande från arbetet på grund av sjukskrivning eller förtidspension i genomsnitt 43,2 frånvarodagar per år (det så kallade ohälsotalet), 52 dagar för kvinnor och 35 dagar för män. Kostnaden inom sjukförsäkringen var ungefär lika mycket som hela hälso- och sjukvården (exklusive läkemedelskostnader).

Halva ökningen berodde på att fler blev sjukskrivna och den andra halvan på att personerna blev sjukskrivna längre tider. Bakgrunden till den höga sjukfrånvaron berodde på en mängd olika faktorer på olika nivåer i samhället, till exempel:

- › **På samhällsnivå:** Socialförsäkringssystemet, arbetsmarknadsfaktorer.
- › **På arbetsplatsen:** Arbetsmiljöfaktorer.
- › **Försäkringskassan:** Bemötande, policy, grad av kontroll och oklara samverkansformer.
- › **Inom hälso- och sjukvården:** Om det finns policy, bemötande, kompetens.
- › **På personnivå:** Familjeförhållanden och individrelaterade faktorer såsom sjukdom, ålder, kön och socialgrupp.

En av förklaringarna till den höga sjukfrånvaron hade också sin grund i bristande kunskap om effekterna av långvarig sjukskrivning. Attityder till och normer för sjukskrivning påverkar också hanteringen av sjukskrivningsärenden, och den har sett olika ut i landet och förändrats över tid. Sjukskrivningstiderna för samma diagnoser har varierat mycket mellan olika regioner och var längre för kvinnor än för män.

Sjukförsäkringsavgiften ska täcka samhällets kostnader för sjukskrivningar. För en anställd är avgiften år 2016 4,85 procent av lönesumma.

TABELL 4. Viktiga årtal

År	
1901	Lag om ersättning vid olycksfall i arbetet.
1901	Kvinnor får rätt till ledighet i fyra veckor utan lön vid barnsbörd.
1914	Lag om folkpension.
1935	Lika folkpension för kvinnor och män införs.
1939	Förvärsarbetande kvinnor får inte avskedas på grund av havandeskap, förlossning eller giftermål.
1948	Allmänt barnbidrag införs.
1955	Allmän sjukförsäkring med inkomstrelaterad sjukersättning och subventionerad sjukvård.
1955	Lagstadgad betald ledighet för yrkesarbetande kvinnor vid barnsbörd, 3 månader.
1955	Yrkesskadeförsäkring införs.
1960	ATP, allmän tilläggspension, införs.
1960	SAF och LO beslutar att inom en femårsperiod slopa de särskilda kvinnolönerna.
1961	Riksdagen beslöt att sjukförsäkringskassorna skulle sköta administrationen av folkpension och ATP, samt att sjukförsäkringskassorna skulle organiseras landstingsvis. De allmänna försäkringskassorna bildades.
1965	Väldtäkt inom äktenskap förbjuds.
1971	Särbeskattning, det vill säga individuell beskattning av arbetsinkomst, ersätter sambeskattnig.
1974	Föräldraförsäkring införs.
1977	Arbetsskadeförsäkring införs.
1980	Lag mot könsdiskriminering i arbetslivet.
1982	All kvinnomisshandel på enskild plats under allmänt åtal.
1983	Alla yrken öppna för kvinnor, även inom försvaret.
1986	Karensdagen avskaffas.

## År

- 1991 Statsbidraget till företagshälsovården avskaffas. Troligen den första rehabiliteringskoordinatör (rehabsamordnare) i Sverige, Ulla Bergström, anställs på Råslätts vårdcentral i Jönköping. Funktionen har bibehållits sedan dess. Ulla såg efter några år ett behov av att företagen utvecklade en "Nanny". "Nanny" skulle ha koll på att de anställda gick hem i tid, inte var inloggade på ledig tid och skulle också ordna med trivsel samt gemenskap på arbetsplatsen, det vill säga förebygga psykisk ohälsa.
- Flera regioner såg behovet av att utveckla sjukskrivningsprocessen och startade olika projekt med stöd av de så kallade "dagmarmedlen". Men när medlen upphörde avslutades oftast projekten.
- 1992 Sjuklönelagen och rehabiliteringspeng införs.
- 1993 Karensdagen återinförs.
- 1995 En månad av föräldraförsäkringen reserveras för modern eller fadern ("pappamånad") och kan inte överlåtas.
- 1999 Nytt pensionssystem införs.
- 2000 Äldre reglerna för förtidspension avskaffas.
- 2001 Socialförsäkringen regleras och omfattar från och med nu alla som bor eller arbetar i Sverige.
- 2002 Antal dagar i föräldraförsäkringen utökas med 30 så kallade sjukpenningdagar till 480 dagar. 60 av dessa reserveras för vardera föräldern och kan inte överlåtas. WHO ger ut ICF via Socialstyrelsen på svenska.
- 2005 De 21 länsvisa försäkringskassorna bildar en gemensam nationell myndighet som heter Försäkringskassan.
- 2006–  
2007 Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner om den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Flera regioner inför rehabiliteringskoordinatorer i första hand inom primärvården. Försäkringskassan påbörjar en total omorganisation för att bland annat förbättra servicen och kontaktvägarna för kunderna. Försäkringsmedicinska beslutstödet infördes av Socialstyrelsen.
- 2008 Rehabiliteringskedjan med fasta tidsgränser infördes samt att Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner gör en överenskommelse om rehabiliteringsgarantin som ska stödja personer att återgå i arbete.
- 2009 En uppdaterad och mer detaljerade krav på rehabiliteringsgarantin mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner.
- 2010–  
2011 Två tvååriga överenskommelser mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner med mer detaljerade krav i de båda överenskommelserna.
- 2012 Två ettåriga överenskommelser mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner om rehabiliteringsgarantin och en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.
- 2013 Två ettåriga överenskommelser mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner om rehabiliteringsgarantin och en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Nytt område "Tidig samverkan i sjukskrivningsprocessen" där även funktion för rehabkoordinering finns med. Ny modell för den rörliga delen.

## År

- 2014–2015 En tvåårig överenskommelse mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess. Fortsatt utveckling inom rehabkoordinering. En tvåårig överenskommelse om rehabiliteringsgarantin hade ett lägre belopp, totalt 750 miljoner kronor. 2015 Rehabiliteringsgarantin hade högre krav på "återgång i arbete".
- 2016 En ettårig överenskommelse där gamla Rehabiliteringsgarantin modifieras och läggs in i en gemensam överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. 500 miljoner för motsvarande gamla Rehabiliteringsgarantidelen. Den rörliga delen är borta och mer fokus på utvecklingsinstanser. Fortsatt stimulering av rehabkoordinering och med ett ökat fokus på arbetsåtergång genom bland annat direktkontakter med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen.
- 2017–2018 Överenskommelse "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" förlängs. Statlig utredning tillsätts 2017 för att utreda möjlighet att permanenta funktion för koordinering.
- 2018 Från den 1 juli har arbetsgivaren ett förtydligt ansvar att senast 30 dagar efter sjukfallets start ta fram en plan med åtgärder för återgång i arbete.
- 2019 Överenskommelse "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" förlängs.
- 2020 Överenskommelse "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" förlängs.
- 2020 En lag om koordinerande insatser för sjukskrivna patienter träder i kraft 1 februari 2020.

# Referenser

- [1] Wade, D., & de Jong, B. (2000). Recent advances in rehabilitation. *Brittish Medical Journal*, 1385–1388., 320(20).
- [2] Höök, O., & Grimby, G. (2001). Rehabiliteringsmedicin. Stockholm: Liber.
- [3] Hansen Falkdal, A. (2005). *Sjukskrivnas resurser och hinder för återgång i arbete – Viktiga faktorer för tidig bedömning*. Avhandling för doktors-examen. Umeå universitet.
- [4] Hansen Falkdal, A., & Hörnqvist Bylund, S. (2015). *Hälso- och sjukvårdens funktion för koordinering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, En litteraturstudie*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- [5] Hansen Falkdal, A., Hörnqvist Bylund, S., Edlund, C., Janlert, U., & Bernspång, B. (2013). *ReKoord-projektet. Nationell utvärdering av koordinatorsfunktionen inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområde*. Umeå: Västerbottens läns landsting, Umeå, i samarbete med Umeå universitet och Mittuniversitetet.
- [6] SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*. Slutbetänkande av parlamentariska socialförsäkringsutredningen.
- [7] Ekberg, K., Eklund, M., & Hensing, G. (2015). *Kunskapsbaserade åtgärder för främjande av arbetsförmåga och återgång i arbete*. I Återgång i arbete, Processer, bedömningar, Åtgärder. (Ekberg K, Eklund M, Hensing G. Red). Lund, Studentlitteratur. sid 229–231.
- [8] Ekberg, K. (2014). *Långtidssjukskrivning och rehabilitering för återgång i arbete. I Den relativa arbetsförmågan*, Teoretiska och praktiska perspektiv. (Ekberg K. Red). Lund, Studentlitteratur. sid 158–160.
- [9] Sackrisson, L., & Edlund C. (2007) *Tidig arbetsförmågebedömning i samband med sjukskrivning på vårdcentral. Kortform av rapport om Vindelprojekten*. Försäkringskassan och Västerbottens läns landsting.
- [10] Eklind, I. (2005). *Utveckling av rehabiliteringsarbete i Sörmland. "Rehab-skelettet", tidig multidisciplinär samverkan inom primärvården*. Sörmlands läns landsting.
- [11] Socialstyrelsen, & Försäkringskassan. (2015). *Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågor. Kartläggning och analys*. Socialstyrelsen; Försäkringskassan.
- [12] Slutrapport: *Lägre sjukskrivning med rehabkoordinator*. Health Navigator, Stockholms läns landsting. [https://skr.se/download/18.4633bca1168ec68c254d3604/1550759194484/Utvardering\\_och\\_utveckling\\_av\\_rehabkoordinator\\_i\\_Stockholms\\_lans\\_landsting\\_slutrapport\\_april\\_2018.pdf](https://skr.se/download/18.4633bca1168ec68c254d3604/1550759194484/Utvardering_och_utveckling_av_rehabkoordinator_i_Stockholms_lans_landsting_slutrapport_april_2018.pdf).



- [13] Hellman, T., Bergström, A., Eriksson, G., Hansen Falkdal, A., & Johansson, U. (in press). Return to work after stroke – important aspects shared and contrasted by five stakeholder groups. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*.
- [14] Försäkringskassan. (2016). *Socialförsäkringen i siffror 2016*. Försäkringskassan.
- [15] Smirthwaite, G., Tengelin, E., & Borrman, T. (2014). *(O)jämsliddhet i hälsa och vård*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- [16] Arrelöv, B., Henriksson, P., Kiesling, A., Larsson, A., & Fridner, A. (2010). *LUH – Kvalitetsstudie utifrån jämsliddhetsperspektiv*. Stockholms läns landsting.
- [17] Mulder, M. (2011). Kvinnor mer sjukskrivna i alla yrkesgrupper. *Välfärd*, ss. 14–15.
- [18] Försäkringskassan, Korta analyser, 2018:1.
- [19] Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- [20] Juul Jensen, U. (1985). *Sjukdomsbegrepp i praktiken: det kliniska arbetets filosofi och vetenskapsteori*. Köpenhamn: Munksgaarden, Danmark.
- [21] Vahlne Westerhäll, L., Thorpenberg, S., & Jonasson, M. (2009). *Läkarintyget i sjukförsäkringen. Styrning, legitimitet och bevisning*. Stockholm: Santérus Förlag.
- [22] Gerner, U. (2005). *De sjukskrivna i rehabiliteringsprocessen – hinder och möjligheter*. Avhandling för doktorsexamen. Stockholms universitet.
- [23] Socialstyrelsen. (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health*. Socialstyrelsen.
- [24] Företagshälsans riktlinjegrupp 2/2015. *Riktlinjer för psykisk hälsa på Arbetsplatsen*. Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Ins. För miljömedicin, Karolinska Institutet.
- [25] Ilmarinen. (2012). *Promoting active ageing in the workplace*. European Agency for Safety and Health at Work. Hämtat från <https://osha.europa.eu/>.
- [26] Sveriges Kommuner och Landsting. (den 10-10-2016). *Jämlig vård och hälsa*. Hämtat från Jämlig vård och hälsa: <https://skr.se/halsasjukvard/jamlikvardochhalsa.6206.html>.

- [27] Försäkringskassan. (2011). *Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden. Socialförsäkringsrapport 2011:12*. Försäkringskassan.
- [28] Inspektionen för Socialförsäkringen. (2016). *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*. Rapport 2016:13.
- [29] Socialstyrelsen. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2014:4. Våld i nära relationer*. Socialstyrelsen.
- [30] Nationellt Centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. NCK-rapport 2014:1*. Nationellt Centrum för Kvinnofrid; Uppsala Universitet.
- [31] Socialstyrelsen. (2013). *Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet*. Socialstyrelsen.
- [32] Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Experiences of factors contributing to women's ability to make informed decisions about the process of rehabilitation and return to work: a focus group study. *Work* 43(2), 237–248.
- [33] Sturesson, M., Edlund, C., Hansen Falkdal, A., & Bernspång, B. (2014). Healthcare encounters and return to work: a qualitative study on sick-listed patients' experiences. *Primary Health Care Research & Development*, 15: 464–475.
- [34] Hensing, G. (2015). *Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i ett välfärdsperspektiv*. I Återgång i arbete, processer, bedömningar, åtgärder. (K. Ekberg, M. Eklund, & G. Hensing Red). Lund: Studentlitteratur.
- [35] Aronsson, G., Johansen, V., Marklund, S., Rönning, R., Solheim, L.J. (2015). *Sjukfrånvarons dimensioner – svensk-norska jämförelser och analyser*. Stockholm: Liber AB.
- [36] Sturesson, M. (2015). *Primärvårdens arbete med sjukskrivna – patientmötet, bedömningen och samverkan*. Avhandling för doktorsexamen. Umeå: Umeå universitet.
- [37] Järvholm, B., Mannelqvist, R., Olofsson, C., & Torén, K. (2013). *Försäkringsmedicin*. (B. Järvholm, R. Mannelqvist, C. Olofsson, & K. Torén, Red.) Lund: Studentlitteratur.
- [38] Socialstyrelsen. (den 24-10-2016). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*. Hämtat från Försäkringsmedicinskt beslutsstöd: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/omforsakringsmedicinsktbeslutsstod>.
- [39] Sveriges Kommuner och Landsting. (2007). *Samverkan om bättre välfärd – en idéskrift om finansiell samordning*. Sveriges Kommuner och Regioner.

- [40] Hansson, A. (2008). *Nya utmaningar, gamla strategier – om distriktsläkarens yrkesroll och attityder till samarbete*. Avhandling för doktors-examen. Samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin, Göteborgs Universitet.
- [41] Mannelqvist, R., Karlsson, B., & Järholm, B. Läkarintyg om bedömning av arbetsförmåga klarar inte alltid rättslig prövning. *Läkartidningen*, nr 49, volym 107 (2010), 3125–3127.
- [42] Åberg, A. (u.d.). jurist, Sveriges Kommuner och Landsting.
- [43] Förenta Nationerna. (1993). Deklarationen om avskaffande av allt våld mot kvinnor. UN.
- [44] Nationellt Centrum för kvinnofrid. *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. NCK-rapport 2010:4*. Nationellt Centrum för Kvinnofrid; Uppsala Universitet.
- [45] Förordningen om den officiella statistiken (2001:01).
- [46] Stureson-Johansson, Å. (u.d.). rehabiliteringskoordinator, Lund, Skåne läns landsting.
- [47] Socialstyrelsen. (2008). *Samverkan i re/habilitering – en vägledning*. Socialstyrelsen.
- [48] Socialstyrelsen. (2011). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet*. Socialstyrelsen.
- [49] Sveriges Kommuner och Landsting. (2010). *Bättre sjukskrivningar, Handbok om ledningssystem i hälso- och sjukvården*.
- [50] Munck af Rosenschöld, P. (u.d.). VD Sveriges Företagshälsor.
- [51] Arbetsmiljöverket. (den 29-09-2016). *Arbetsmiljöverket*. Hämtat från Arbetsmiljöverket: [www.arbetsmiljoverket.se](http://www.arbetsmiljoverket.se).
- [52] von Celsing, A. (2016). *Early risk assessment of long-term sick leave among patients in primary health care*. Avhandling för doktorsexamen. Uppsala universitet.
- [53] Ekbladh, E., Haglund, L., & Thorell, L.H. (2004). The worker role interview – Preliminary data on the predictive validity of return to work of clients after an insurance medicine investigation. *Journal of Occupational Rehabilitation 2* (2004), sid. 131–141.
- [54] Hansen Falkdal, A., Edlund, C., & Henningsson, M. (2006). Factors relevant to a return to work: a multivariate approach. *Work*, 26:2.
- [55] Bäfverfeldt, J. (Red.) (2016). *Håller vi på att förvandla livet till en sjukdom? Kunskapscentrum för jämlik vård*. 8tto kunskapsföretaget Volante. Tryck: CPI, Leck, Tyskland.

- [56] Stenman, M. (2007). *Jämställt bemötande Faktainsamling för att ge förutsättningar för att skapa en mer jämställd verksamhet*. Skatteverket.
- [57] Stenman, M., Trotzig, Å, & Lindquist, P. (2014). *Nulägesanalys av jämställt bemötande vid Skatteverket. Kartläggning och analys för en fördjupning av Skatteverkets jämställdhetsintegreringsarbete 2014*. Stockholm: Kontigo.
- [58] Ungdomsstyrelsen. (2010). *Hon, hen, han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Ungdomsstyrelsens skrifter 2010:2*. Ungdomsstyrelsen.
- [59] Nilsson, B., & Westman, G. (1999). The impact of patients influence on recovery in a group of patients with dyspepsia. *Family Practice*; 16 (5): 515–521.
- [60] Nilsson, B. (2002). *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv? Aspekter på stabilitet, kön, hälsa och psykosociala faktorer*. (Avhandling). Inst för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå Universitet, Umeå.
- [61] Rotter, J.B. Generalized expectancies for internal versus external locus of control of reinforcement. *Psychology Monographs*, 1966.
- [62] Lefcourt, H.M. *Locus of control*. In, Measures of Personality and Social Psychological Attitudes, (Shaver R.P. & Wrightman L. Eds) San Diego 1991; Academic Press Vol 1.
- [63] Millet, P., & Sandberg, K.W. Locus of control and its relationship with vocational rehabilitation of unemployed sick leaves in Sweden. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2003; 19: 59–66.
- [64] Crowe, D.P. & Marlowe D. *The approval motive*. New York 1964. Wiley.
- [65] Edwards, A.L. *The measurement of personality traits by scales and inventories*. Holt, Rinehart & Winston, New York 1970.
- [66] Krafft B, Nyström C; Hög stressnivå och omogna försvar ger ond cirkel vid långvarig smärta. Stressreaktion och välfärdsdata. *Läkartidningen* nr 41. 2002.
- [67] Krafft B, Nyström C, Nyström O, Pedersen C. Stressymptom vid nedsatt arbetsförmåga, Ohälsa eller medicinsk realitet. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 3/2004.
- [68] Heim, C., et al. The role of early adverse and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in woman; a multiple regression analysis. *Depress Anxiety* 2002; 15(3): sid 117–25.
- [69] Post, R.M. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149(8): 999–1010. Review.

- [77] Sullivan et al, Ph.D. *Professor of Psychology, Medicine and Neurology Jr of Occ Rehab*, 2006.
- [71] Bech, P., Staehr-Johansen, K., & Gudex, C. (1996). The WHO (ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom.* 66(4):183–190.
- [72] Bonsignore, M., Barkow, K., Jessen, F., & Heun, R. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *Eur-Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 251:Suppl.2,II/27-II/31.
- [73] Riksförsäkringsverket. (2004). *Orsaker till skillnader i kvinnors och mäns sjukskrivningsmönster – en kunskapsöversikt. Analyserar 2004:16.* Riksförsäkringsverket (RFV).
- [74] Klanghed, U., Svensson, T., & Alexanderson, A. (2004). Positive encounters with rehabilitation professionals reported by persons with experience of sickness absence. *Work* 22(3), sid 247–254.
- [75] <https://rapporter.skr.se/ojamstalldhet-i-halsa-och-varld.html> samt [www.jamstall.nu](http://www.jamstall.nu).
- [76] Sporrang, A. (u.d.). utbildningsledare, Rehabpartner.
- [77] Löving Stråhle, A. (u.d.). läkare, Jönköpings läns landsting.
- [78] Eskilsson, T., Lehti, A., Stureson, M., Ståhlacke, B.-M. (2017). Metodstöd ADA+ : ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång: planering, uppföljning och stöd. Umeå: Umeå universitet.
- [79] Björk Bremberg, E. Sandman, L. Hellman, T. Kwak. L (2019) Facilitators, barriers and ethical values related to the coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders: a protocol for a qualitative study (the CORE-project). *BMJ Open* 17;9 (9).





# Metodbok för koordinering

## AV SJUKSKRIVNING OCH REHABILITERING FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Hälso- och sjukvården ska tillsammans med andra aktörer i samhället bidra till att patienter återgår eller inträder i arbetslivet. För att underlätta detta arbete har en ny funktion successivt skapats inom vården, en rehabiliteringskoordinator. Funktionen för koordinering inom hälso- och sjukvården har vuxit fram med statliga stimulansmedel sedan 2013.

Syftet med denna metodbok är att ge praktisk vägledning för de personer som har, eller kommer att få, uppdraget som rehabiliteringskoordinatorer för sjukskrivna patienter. Boken beskriver det viktiga arbete som rehabiliteringskoordinatorer förväntas göra och gör. Hur koordinering i praktiken kan utföras, vilken kunskap och kompetens som krävs för uppdraget och vilka förutsättningar som behövs för att funktionen för koordinering ska fungera tillfredsställande. Boken ger också bakgrund om kunskapsläget inom försäkringsmedicin, beskrivning av hälso- och sjukvårdens uppdrag inom det området, och fördjupade diskussioner om de olika aktörernas uppdrag inom rehabilitering för återgång till eller inträde i arbetslivet.

Boken kan vara användbar även för andra, till exempel beslutsfattare och chefer för information och kunskap om funktionen och dess olika arbetssätt. Den kan också användas som ett kunskapsunderlag i olika utbildningar internt i regionerna, i grundutbildningar för vårdens rehabiliterings- och vårddyrken samt i andra kurser som behandlar försäkringsmedicin och rehabilitering för återgång till eller inträde i arbetslivet.

ISBN 978-91-7585-872-2

Beställ eller ladda ner på [webbutik.skr.se](http://webbutik.skr.se)

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | [skr.se](http://skr.se)



**Sveriges  
Kommuner  
och Regioner**