

Brahemodellen

Slutrapport från FoU-projekt 2023

Projektansvarig: Joachim Rudling

Kontakt: joachim.rudling@ptj.se

Brahemodellen - att erbjuda något annat

“Det handlar också om att ge patienten en utväg när de ringer, många som ringer ser ingen utväg, de är inne i en återvändsgränd, det fungerar inte på jobbet och de mår skit och ser inget ljus alls i tunneln och att då ge ett hopp där att till exempel rehabkoordinatorn kan ringa arbetsgivaren. Kan det då öppnas en väg och man kan få in ett hopp där, det är det vi måste ge också.

(Sjuksköterska på Brahehälsan i Eslöv)

Sammanfattning

Projektet genomfördes under året 2023 på Brahehälsan i Eslöv som är en fullbemannad primärvårdsenhet med knappt 10 000 listade patienter. Mottagningen har sedan 2019 varit organiserad utifrån en modell för integrerad beteendehälsa (IBH). I korthet innebär IBH att patienter direkttriageras utifrån symtombild till den yrkesgrupp som är bäst lämpad att hjälpa patienten, exempelvis till psykosociala teamet vid psykisk ohälsa eller fysioterapeut vid muskuloskeletala besvär och att dessa arbetar utifrån en primärvårdsanpassad metodik. I traditionell IBH gäller principen för direkttriagering generellt alla ärenden utom för patienter med en frågeställning om "sjukskrivning", vilka bokas direkt till läkare oavsett symtombild. Anledningen till detta undantag från direkttriageringen är att bara läkare får sjukskriva och att det därför finns en risk att sjukskrivning (när sådan behövs) ska bli fördröjd om patienten först får träffa en annan profession.

Inför projektet hade man på Brahehälsan i Eslöv uppmärksammat att det också fanns risker med att patienter oavsett symtombild men med en tydlig förväntan om sjukskrivning bokades direkt till läkare. Riskerna summerades som: 1. en fördröjning av sådana åtgärder som andra professioner har i sina verktyglådor och som syftar till att stärka patientens möjlighet att vara kvar i arbetet, 2. en överförskrivning av sjukskrivningar och läkemedel, 3. sämre tillgänglighet och en undanträngningseffekt av ärenden som egentligen har högre medicinsk prioritet, 4. en mer belastande arbetsmiljö för läkare och sjuksköterskor.

Med *Brahemodellen* som innefattade multidisciplinära utbildningsinsatser och en ny rutin för bedömning av DFA gjordes det möjligt att på ett patientsäkert sätt erbjuda alla patienter direkt tillgång till rätt profession i enlighet med principen för IBH. Resultatet visade:

- en total minskning av antal sjukskrivningar med > 50 procent över ett års tid
- ökad tillgänglighet för patienter med faktiskt behov av läkarbedömning
- minskad arbetsbelastning och stress för läkare och triagesköterskor.

Utöver effekter direkt kopplade till sjukskrivningsärenden såg man också att effekterna av ett redan påbörjat arbete, med att minska förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, kraftigt förstärktes.

De samlade effekterna bedömdes bero på att ett större antal patienter direkt erbjöds funktionshöjande åtgärder som kvalificerad psykologisk behandling, psykosocialt stöd, koordineringsinsatser eller fysioterapi.

Slutsatserna är att en primärvård organiserad för multiprofessionell direkttriagering, där flödet också inkluderar så kallade "sjukskrivningsärenden", leder till: minskad medikalisering, en bättre arbetsmiljö och en god och jämlik vård utifrån behovsprincipen.

Bakgrund	4
Primärvårdens organisation och patientflöde	4
Frågeställning för sjukskrivning - ett undantag	4
Tillgänglighet en komplex fråga	5
Risker med sjukskrivning	5
Nuläget	6
Omvärldsanalys	6
Brahehälsan i Eslöv	7
Problemformulering	8
Målsättning	9
Brahemodellen - genomförandet	9
Utvärdering	10
Finansiering	11
Effekter	11
Uppnådda nyckelfaktorer	13
Generellt minskad medikalisering	13
Djupintervjuer - kvalitativ utvärdering	15
Implementeringsprocessen	15
Fördelar för verksamheten	16
Patientnytta	16
Utmaningar och risker	17
Arbetsmiljö och yrkesrollerna	17
Framtiden	18
Slutsatser	18
Multiprofessionell direktriagering IBH	18
Brahemodellen en naturlig katalysator	18
Rätt förutsättningar för IBH	19
Effekterna	19
Sjukskrivningar ett nyckelområde	19
Diskussion	19
Förutsättningar för IBH och Brahemodellen	19
Kompetens och utveckling	20
Sjukskrivningar	20
Slutord	21
Bilaga	22
1. Sjukskrivningspolicy och rutin	22

Bakgrund

Primärvårdens organisation och patientflöde

Alla hälso-och sjukvårdens professioner har olika men, för vissa diagnosområden i primärvården, också överlappande kompetenser och verktygslådor. Det betyder att vårdsökande, inom framförallt de stora områdena psykisk- och stressrelaterad ohälsa och muskuloskeletal besvär, kan erbjudas olika åtgärder för samma symptom beroende på vilken profession de möter. Det innebär i praktiken att den enskilda individens vård i många fall bestäms mer av vilken profession patienten först möter än av den aktuella symtombilden.

I ett traditionellt läkarcentrerat patientflöde triageras patienten till läkare först. Samtidigt har laguppställningen under de senaste decennierna utvecklats med kompletterande paramedicinska professioner som kunnat specialisera sig på enskilda diagnosområden¹ och triagesjuksköterskor som besitter en hög kompetens för att snabbt värdera olika symtombeskrivningar. I takt med utvecklingen av primärvårdens laguppställning har det utvecklats alternativa organisationsmodeller med syfte att tillvarata alla tillgängliga kompetenser till fullo och erbjuda ett mer ändamålsenligt vårdutbud. En sådan organisationsmodell som fått stort genomslag, både internationellt och i Sverige, är integrerad beteendehälsa² (IBH). Begreppet “integrerad” syftar på att de paramedicinska professionerna traditionellt varit organiserade som externa vårdgivare där inflödet primärt kommit på remiss från läkare, i IBH är resurserna integrerade som en del av kärnverksamheten. I korthet innebär IBH, att patienter utifrån symtombild triageras direkt till den profession som kan ge bästa effektiva omhändertagande exempelvis till psykolog/kurator vid psykisk ohälsa och fysioterapeuter vid muskuloskeletal besvär. Dessa professioner är legitimerade och ska ha tillräcklig kompetens³ för att självständigt bedöma och behandla besvär inom det egna kompetensområdet. Utöver ett patientflöde för multiprofessionell direkttriagering innefattar IBH-modellen att alla vårdutförare arbetar med primärvårdsanpassad metodik för stegvis vård och ett fokus på hög tillgänglighet.

Frågeställning för sjukskrivning - ett undantag

I traditionell IBH gäller principen för direkttriagering generellt alla ärenden utom för patienter med en egen frågeställning om “sjukskrivning”, vilka bokas direkt till läkare oavsett symtombild. Anledningen till detta undantag från direkttriageringen är att bara läkare får sjukskriva.

¹ Främst diagnosområdena: F00-99 psykisk ohälsa och M00-99 muskuloskeletal besvär.

² *Integrerad primärvård - principer, färdigheter och rutiner för hela vårdcentralens arbete med beteenderelaterad ohälsa.*

³ För leg. kurator krävs tillägg med Grundläggande psykoterapiutbildning (s.k. steg 1) för tillräcklig kompetens avseende diagnostisk bedömning och psykologisk behandling

Tillgänglighet en komplex fråga

I takt med den digitala utvecklingen i vården har tillgängligheten och förväntningarna på tillgänglighet ökat. En effekt av de ökade möjligheterna att söka vård är att fler söker vård också för normala livsomständigheter. Det innebär i praktiken att en väsentlig del av vårdsökande idag inte har sådana avvikelser som kräver åtgärder från en läkares verktygslåda.

Den ökade tillgängligheten till vårdsökande innebär paradoxalt nog att tillgängligheten till läkarvård för de som faktiskt behöver sådan riskerar att minska. För att motverka denna *undanträngningseffekt* krävs en primärvårdsorganisation som effektivt kan hantera en komplex blandning av sökorsaker utan att missa avvikelser som skulle kunna leda till skada men också utan att medikalisera normala livsomständigheter genom överdiagnostik och överbehandling⁴. Detta primärvårdens dilemma är relevant för hela spektrat av möjliga vårdåtgärder där också något så enkelt som en tidsbokning till läkare i, ett psykologiskt perspektiv, kan verka medikaliserande i och med signalvärdet att den vårdsökande "behöver" träffa en läkare för sina besvär. Det finns dock få områden där frågan om överdiagnostik och överbehandling blir mer relevant än vid *sjukskrivning*, som per definition innebär att en läkare kan skriva en patient sjuk.

Risker med sjukskrivning

De senaste åren har det blivit mer allmänt uppmärksammat att åtgärden sjukskrivning innefattar risk för skada i ett längre perspektiv:

“Ett antal studier, har visat att det till exempel finns en högre relativ risk för sjukskrivna personer att i framtiden drabbas av olika sjukdomar, sjukskrivningar, förtidspension och förtida död än jämförelsegrupper även efter justeringar för sjuklighet. (Socialstyrelsen 2023a).

Samtidigt är det ett faktum att alla sjukskrivningar innebär omedelbara skador, ekonomiskt och psykosocialt för individen som lyfts ur det sociala och inkomstbringande sammanhang som ett förvärvsarbete innebär. Därtill kommer skada för arbetsgivare och företag som tappar kompetens och produktion.

“Det är viktigt att varje bedömning om behov av sjukskrivning är rätt, så att individen får en optimal sjukskrivning både gällande längd och omfattning, att rätt åtgärd ordineras utifrån individens behov men också att sjukskrivning ibland kan förebyggas. Om sjukskrivning felaktigt rekommenderas kan det få stora konsekvenser för individen och samhället.” (Socialstyrelsen 2023a)

⁴ <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2023/11/overdiagnostik-vad-ar-det/>

Med en förståelse för medikaliseringsprocessen bör även kortare sjukskrivningar vid psykisk ohälsa betraktas som komplicerade, särskilt om de görs i onödan.

"Gränsdragningen mellan sociala och medicinska omständigheter är särskilt problematisk för psykisk ohälsa och därmed finns även risk för medikalisering gällande dessa hälsotillstånd." (Socialstyrelsen 2020)

Nuläget

En av Socialstyrelsen nyligen publicerad lägesbeskrivning visade särskilt på de delar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som behöver förbättras. Insikterna baseras på enkätsvar från Regionledningarna och över 4000 läkare inom primärvård och psykiatri. Resultatet visade bland annat att 78 procent av läkare inom primärvården alltid eller ofta upplever tidsbrist i patientmötet. Hela **85** procent upplever tidsbrist i arbetet kring sjukskrivning och rehabilitering. En tredjedel upplever att det alltid eller ofta är problematiskt att ställa diagnos vid psykiska besvär, 53 procent att det alltid eller ofta är problematiskt att bedöma en patients funktionsnedsättning och **65** procent att det alltid eller ofta är problematiskt att bedöma aktivitetsbegränsning i förhållande till kraven i patientens arbete eller annan sysselsättning. (*Socialstyrelsen 2023a*)

Resultatet borde för den oinvidge vara häpnadsväckande och skrämmande men inom vården är det föga förvånande siffror då det under lång tid varit känt att just arbetet med sjukskrivningar och psykisk ohälsa är allmänläkarens akilleshäla. I Sveriges läkarförbunds policy för *läkares arbete med sjukskrivningsärenden* framgår tydligt att frågan behöver prioriteras både i ett arbetsmiljöperspektiv och avseende vårdkvalitet:

"Många läkare upplever tidsbrist och stress i arbetet. Att skriva läkarintyg tar allt mer tid och har under senare år inneburit ett växande arbetsmiljöproblem för läkarna och de får lägga allt mer tid på att komplettera läkarintyg som inte godkänns av Försäkringskassan. Inte minst gäller detta inom primärvården och när det handlar om patienter med psykiska diagnoser." (Sveriges läkarförbund 2021)

Socialstyrelsen nöjer sig med att konkludera att:

"Resultatet är inte tillfredsställande... det är alldeles för många läkare som upplever att den försäkringsmedicinska bedömningen, inklusive den medicinska bedömningen, alltid eller ofta är problematisk." (Socialstyrelsen 2023a)

Omvärldsanalys

Inför och under projektet undersöktes andra projekt relevanta för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det visade sig att det fanns gott

om vårdcentraler som redan arbetade med någon form av modell för multiprofessionell direkttriagering som IBH, dock ingen exakt siffra eftersom det saknas övergripande uppföljning av hur enheter väljer att organisera verksamheten. I många fall var det enskilda vårdcentraler som lokalt hade tagit initiativet för omställning men det fanns också Regioner där omställningen drevs centralt exempelvis Region Östergötland⁵ eller Region Värmland där man valt att kalla motsvarande modell för *bästa effektiva omhändertagandenivå* (BEON)⁶.

Av allt att döma har man på de enheter som gått över till IBH generellt valt att undanta sjukskrivningsärenden från principen för direkttriagering. Det hittades endast ett tidigare exempel, från Brunflo⁷ hälsocentral i Jämtland, där det 2017 gjorts ett fullskaligt försök med multiprofessionell direkttriagering vid sjukskrivningsärenden. I Brunflo hade man olyckligtvis valt att formellt delegera intygsutfärdandet till flera professioner, vilket inte var förenlig med regelverket och, som den här rapporten visar, inte alls nödvändigt.

Trots att ett stort antal av landets vårdcentraler redan har ställt om till IBH har det inte hittats någon antydan från Socialstyrelsen att erbjuda ett övergripande strategiskt stöd, riktlinjer eller krav för en sådan omställning.

I Socialstyrelsens betänkande *Rätt förutsättningar för sjukskrivning* uppmärksammades resultat från bland annat två studier på ett flöde med tidiga multidisciplinära *teambedömningar* av sjukskrivnings- och rehabiliteringsbehov. Man såg där att teambedömningar ledde till signifikant längre sjukskrivningar och slutsatsen var att en teambaserad primärvård i det perspektivet inte var ändamålsenlig. (*Socialstyrelsen 2023b*)

Det har under projektiden inte hittats något exempel motsvarande det för projektet specifika arbetssättet, här kallat Brahemodellen, vilket gör det angeläget att sprida de erfarenheter som gjorts i processen.

Brahehälsan i Eslöv

Brahehälsan i Eslöv är en fullbemannad primärvårdsenhet med knappt 10 000 listade patienter i ett område med blandad demografi. På enheten finns tillgång till den moderna primärvårdens alla professioner: läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, psykolog, kurator, fysioterapeut, rehabkoordinator, arbetsterapeut, dietist. Mottagningen arbetar digifysiskt med stöd av Praktikertjänsts digitala verktyg för vårdkontakter "MittPTJ". Mottagningen har sedan 2019 implementerat organisationsmodellen IBH till förmån för ett traditionellt läkarcentrerat patientflöde. Erfarenheterna från omställningen till IBH var att en

⁵<https://vardgivare.regionostergotland.se/vgw/utveckling-och-kompetens/utvecklings--och-forbattningsarbete/pagaende-projekt-och-forbattningsarbeten/integrerad-beteendehalsa-pa-vardcentraler>

⁶https://www.youtube.com/watch?v=X3DHkhHT_KU

⁷<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2017/04/minskar-bordan-med-delat-ansvar-for-sjukskrivningar/>

multiprofessionell direktriagering möjliggjorde en mer effektiv prioritering av mottagningens resurser och att patienterna fick mer ändamålsenliga åtgärder utifrån behov. Mottagningen har också en modell för ständigt stegvis förbättringsarbete enligt Lean som bygger på att alla medarbetare görs delaktiga i utvecklingsarbetet och att de får tydligt ansvar för kvaliteten i det egna arbetet. Avseende demografin är det av relevans att Eslövs kommun under 2023 utmärkte sig som en av de kommunala arbetsgivare⁸ i Skåne med högst andel sjukskrivna, både kortare sjukfrånvaro och långtidssjukskrivna.

Problemformulering

På Brahehälsan i Eslöv gällde principen för IBH och multiprofessionell direktriagering alla ärenden utom för patienter med en frågeställning om “sjukskrivning”, vilka bokades direkt till läkare oavsett symtombild. Anledningen till detta undantag var att det fanns en risk att sjukskrivning (när sådan behövdes) skulle bli fördröjd om patienten först triagerades till en annan profession.

Inför projektet hade man uppmärksammat att det också fanns risker för överdiagnostik och överbehandling inom diagnosområdena F och M när patienter oavsett symtombild och med en tydlig egen förväntan om sjukskrivning bokades direkt till läkare. En intern kartläggning visade att merparten av dessa ärenden var initierade av patienterna själva som sökte till vårdcentralen för att få ett intyg under sin sjuklöneperiod⁹ (dag 8-14) eller för förlängning av pågående sjukskrivning där intygande läkares prognos varit att patienten skulle återgå i arbete efter den aktuella perioden. Det var dagligen flera av dessa ärenden bokade på läkarnas jourtider. Mottagningen hade också ett förhållandevis högt totalt antal sjukskrivna patienter och merparten var, i likhet med övriga landet¹⁰, ärenden med en symtombild för psykisk, stressrelaterad eller muskuloskeletal ohälsa.

Riskerna med det särskilda (läkarcentrerade) flödet för sjukskrivningsärenden summerades som:

1. en fördröjning av sådana åtgärder som andra professioner har i sina verktygsåldor och som syftar till att stärka patientens möjlighet att vara kvar i arbetet
2. ett sjukliggörande av normala livsomständigheter med överförskrivning av sjukskrivningar och läkemedel, det vill säga överdiagnostik och överbehandling
3. sämre tillgänglighet och en undanträngningseffekt av ärenden som egentligen har högre medicinsk prioritet
4. en mer belastande arbetsmiljö för läkare och sjuksköterskor

⁸https://www.lansstyrelsen.se/download/18.2e63c2ef18a8d31f0f11bdf6/1695648144049/Hur%20jämförda%20är%20arbetsvillkoren%20i%20kommuner%20och%20regioner_slutlig.pdf

⁹ Ett intyg till arbetsgivaren behövs vanligen först efter dag 7 i sjukfallet.

¹⁰ <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-pagaende-sjukfall-diagnos>

Utgångspunkten var att patienterna får bäst vård när de triageras direkt till den profession som är specialiserad att omhänderta den aktuella symtombilden. Det strukturella undantaget för patienter som hade en egen frågeställning om sjukskrivning och som då bokades direkt till läkare oavsett symtombild var därför problematiskt. Anledningen till undantaget var i grunden av **a)** administrativ karaktär; då bara läkare får "sjukskriva" fanns en risk att sjukskrivning (när sådan behövdes) skulle bli fördröjd om patienten först triagerades till en annan profession. När man övervägde en lösning på det administrativa hindret uppstod också **b)** frågetecken avseende om de andra professionerna hade tillräcklig kompetens för att utföra adekvata bedömningar avseende indikation för sjukskrivning vanligen benämnt som en "DFA¹¹-bedömning".

Målsättning

Den övergripande målsättningen med projektet var att utarbeta en lösning så att också patienter med en uttalad frågeställning om sjukskrivning skulle kunna erbjudas en god, jämlik och behovsorienterad vård enligt samma princip för direkttriagering som alla andra ärenden.

Brahemodellen - genomförandet

a) Administrationen av tidiga sjukskrivningar

En lösning på den "administrativa" utmaningen visade sig redan finnas på mottagningen. Man hade sedan två år tillbaka en rutin där sjuksköterskorna specifikt för patienter med övre luftvägsinfektioner (ÖLI) vid behov utfärdade ett bedömningsunderlag till läkarens intyg till arbetsgivaren (dag 8-14). Rutinen innebar att sjuksköterskorna var den prioriterade professionen, även för sjukskrivningsärenden, vid symtombild ÖLI. Rutinen hade visat sig frigöra läkartid och till synes utan några negativa effekter. Kliniskt kände sjuksköterskorna sig trygga att göra den bedömningen på egen hand och läkarna ansåg sällan att det fanns behov av en läkarundersökning i dessa ärenden. Administrativt gjorde sjuksköterskorna en bedömning avseende DFA som dokumenterades på ett särskilt formulär som därefter, av en läkare, kunde omvandlas till ett intyg till arbetsgivaren.

I projektet valde man att bygga vidare på samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare när man implementerade samma rutin inom respektive kompetensområde för fysioterapeuter, psykolog och kurator. Därmed var risken för att flödet med direkttriagering skulle orsaka en fördröjning av sjukskrivning (vid behov) administrativt undanröjd. Nästa steg var att instruera triagesköterskorna att fortsättningsvis triagera alla ärenden till bäst lämpad profession utifrån symtombild oavsett patientens egna frågeställning avseende åtgärd.

¹¹ <https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/sjukdom-och-skada/utlatande-for-sjukersattning>

b) Multiprofessionell bedömning av DFA

Parallellt med den organisatoriska förändringen av patientflödet adresserades också frågeställningen: om mottagningens enskilda vårdutförare hade tillräcklig kompetens för att på ett säkert sätt bedöma DFA? De berörda professionerna, utöver läkarna, var fysioterapeuter, psykolog och kurator. Det var legitimerade vårdutförare som redan hade fullgod kompetens för att självständigt göra diagnostiska bedömningar och tillhandahålla rekommenderade behandlingar enligt befintliga riktlinjer inom respektive diagnosområde M00-99 och F00-99.

Alla var överens om att det i dessa professioners kliniska arbete också ingick att göra en bedömning av patientens funktion. Det fanns dock en viss osäkerhet avseende de försäkringsmedicinska aspekterna och det praktiska hantverket för att göra en så kallad DFA-bedömning. Det vill säga att bedöma vilken *aktivitetsbegränsning* en konstaterad *funktionsnedsättning*, orsakad av *diagnostiserad* sjukdom eller skada, ger i relation till de krav som ställs på individen i arbetet. Det identifierades också en professionsövergripande osäkerhet i hur man kan värdera patienters subjektiva uttryck av funktionsnedsättning när det saknas motsvarande biomedicinska markörer. I projektets inledande diskussioner visade det sig, helt i linje med Socialstyrelsens lägesbeskrivning, att osäkerheten avseende dessa bedömningar också delades av läkargruppen.

Utifrån de identifierade bristerna fokuserades en stor del av projektet till tvärprofessionell kompetensutveckling i:

- försäkringsmedicin, handledning och fortbildning i sjukskrivningsärenden
- bedömning och behandling av psykisk- och stressrelaterad ohälsa utifrån kognitiv beteendeterapi (kbt)
- beteendemedicinska faktorer¹² som påverkar patientens och vårdutförarens upplevelse av symtom och vårdbehov

För utbildning och handledning användes de kvalificerade resurser som redan fanns i laguppställningen, primärt: psykolog, kurator, rehabkoordinator och försäkringsmedicinskt ansvarig läkare. Nödvändiga utbildningar, styr- och stöddokument utformades efterhand internt. Valet att använda interna resurser för implementeringen gav ytterligare positiva effekter med en ökad tvärprofessionell dialog och en tydligt genomarbetad samsyn.

Utvärdering

Som en del i processen gjordes både en kontinuerlig *kvantitativ* utvärdering och en avslutande *kvalitativ* utvärdering. Kvantitativt följdes och diskuterades vissa förutbestämda nyckelmått: som antal sjukskrivningar, sjukskrivningsorsak, antal listade patienter och också mått på förskrivning av vissa läkemedel. Den kvalitativa utvärderingen innefattade

¹² Utifrån boken Beteendemedicin: KBT för läkare

genomförandet av semistrukturerade intervjuer med respektive professionsgrupp utförda av en extern forskare (Farnsworth von Cederwald). Den kvalitativa utvärderingen var det enda momentet i projektet där en extern resurs anlätades. Materialet från intervjuerna har till denna rapport analyserats av projektansvarig.

Finansiering

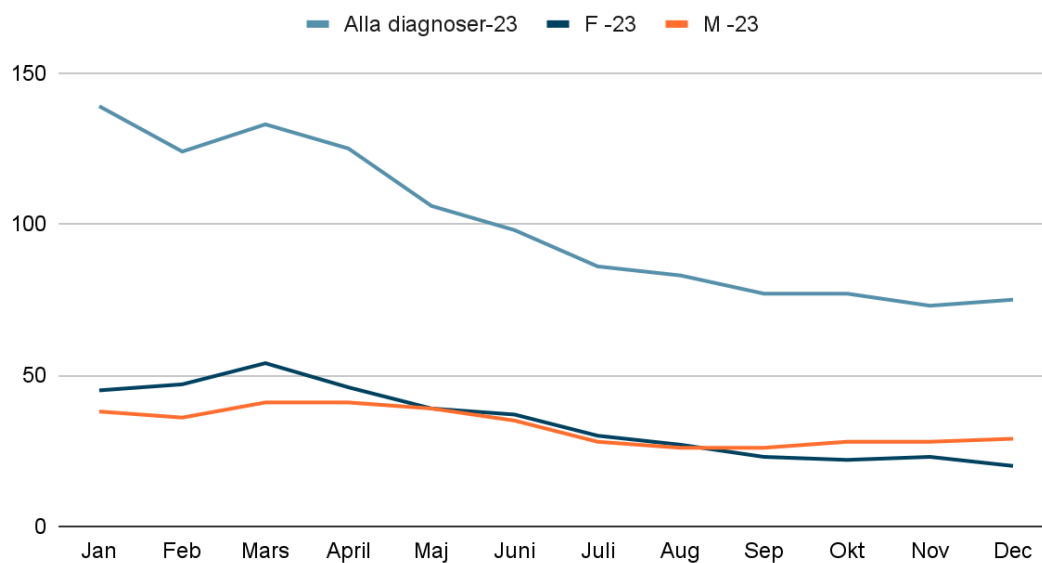
Projektet hade godkänts som ett FoU-projekt av Praktikertjänst som gett medel motsvarande den extra tid som behövdes för mottagningens kurator tillika rehabkoordinator att leda projektet. Övrigt arbete gjordes innanför ramarna för ordinarie verksamheten och utvecklingsarbete.

Effekter

Även om en minskning i antal sjukfall inte var ett explicit mål med projektet var det en hypotes att ökad tillgänglighet till flera professioners funktionsfrämjande åtgärder borde leda till att fler patienter kunde bibehålla arbetsförmåga och därmed ha ett minskat behov av sjukskrivning och andra behandlingsåtgärder.

När projektet startade i januari 2023 var andelen sjukskrivna¹³ 2,4 procent. Utvecklingen av antalet sjukfall följdes upp månadsvis. Redan tre månader in på projektåret påbörjades en stabil nedåtgående trend. Den största minskningen visade sig snart inom diagnosområde F00-99 följt av M00-99.

Antal sjukskrivningar per månad



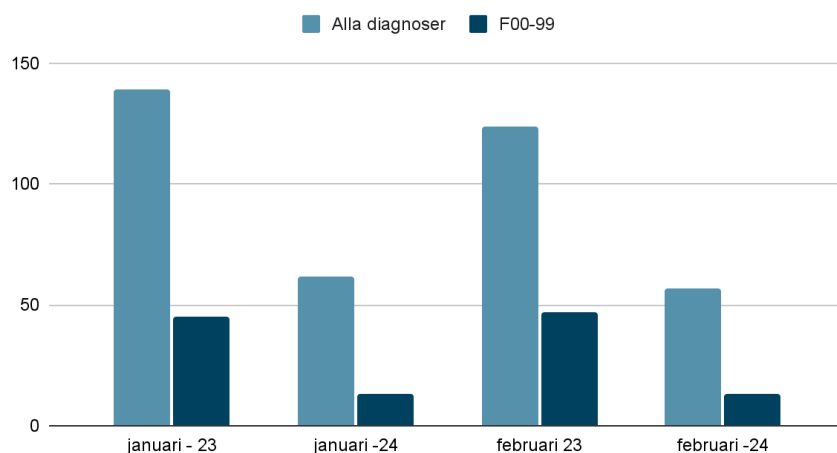
¹³ Beräknas på antalet listade i arbetsför ålder det vill säga mellan 18-65 år

I tabellen visas det totala antalet¹⁴ sjukskrivningar under hela de aktuella månaderna

Månad	Alla diagnoser -23	F00-F99 -23	M00-M99 -23
Januari	139	45	38
Februari	124	47	36
Mars	133	54	41
April	125	46	41
Maj	106	39	39
Juni	98	37	35
Juli	86	30	28
Augusti	83	27	26
September	77	23	26
Oktober	77	22	28
November	73	23	28
December	75	20	29

En jämförelse mellan det totala antalet sjukskrivningar under de två första månaderna 2023 och 2024 visade att resultatet var signifikant och stabilt även efter projektiden. I januari 2024 var andelen sjukskrivna patienter i åldern 18-65 år **1,1** procent.

Brahehälsan i Eslöv



Månad	Alla diagnoser -24	F00-F99 -24	M00-M99 -24
-------	--------------------	-------------	-------------

¹⁴ Inkluderat alla påbörjade och avslutade sjukskrivningar under månaden

Januari	62	13	26
Februari	57	13	22

Uppnådda nyckelfaktorer

Även om projektet primärt fokuserade på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen stod det tidigt klart att flera faktorer överlappade andra vårdåtgärder. Några sådana nyckelfaktorer som uppnåddes var att:

- fler patienter erbjöds kvalificerade koordinerande, psykosociala, psykologiska och fysioterapeutiska åtgärder som första åtgärd
- färre patienter erbjöds läkarbesök, sjukskrivning och läkemedel som första åtgärd
- alla mottagningens vårdutförare erhöll internt utbildning för grundläggande beteendemedicinsk och försäkringsmedicinsk kompetens
- ökad samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt ökade krav på arbetsgivare att ta ansvar för arbetsmiljö och anpassningar

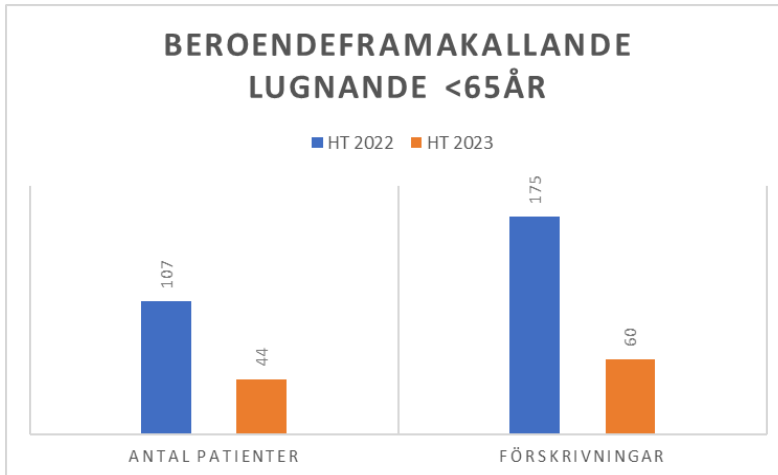
Generellt minskad medikalisering

Ett grundläggande problem med ett läkarcentrerat patientflöde är att det riskerar att leda till medikalisering¹⁵. Redan när en patient bokas till ett läkarbesök skapas förväntningar hos patienten att erhålla åtgärder från läkarens verktygslåda. På samma sätt har läkaren förväntningar på att patienter som bokas på läkartid har behov av läkarens kompetens och åtgärder. Kortfattat kan det sägas att ett läkarcentrerat patientflöde är riggat för en medikalisering. Motsatsen innebär i sammanhanget att patienter som istället triageras till en profession som primärt arbetar med beteendemedicinska eller fysioterapeutiska åtgärder kommer att ha andra förväntningar på vilka åtgärder de behöver för sina besvär. En erfarenhet i projektet var att multiprofessionell direkttriagering inte bara innebär att patienten får bättre tillgång till kompletterande (till läkarens) åtgärder utan att läkarens tid och åtgärder många gånger helt kan undvaras.

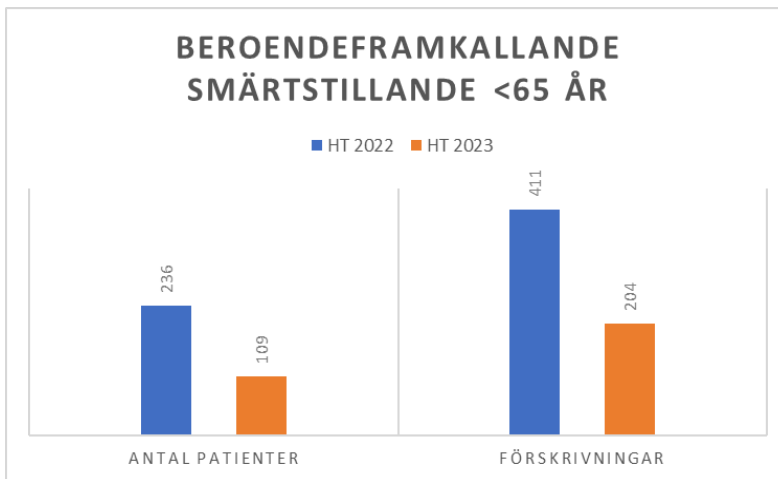
En initialt oväntad men i efterhand rimlig effekt av den minskade strukturella medikaliseringen var en signifikant minskad förskrivning av beroendeframkallande smärtstillande och lugnande läkemedel. På Brahehälsan i Eslöv hade man redan 2022 påbörjat ett arbete för att minska denna förskrivning men det framgick tydligt, i både statistiken och den kvalitativa utvärderingen, att det aktuella projektet förstärkt effekten genom ett generellt ökat salutogent "tänk" hos förskrivande läkare.

Antalet förskrivningar av beroendeframkallande lugnande till patienter < 65 år var under andra halvan av projektåret 66 procent lägre än motsvarande period året innan.

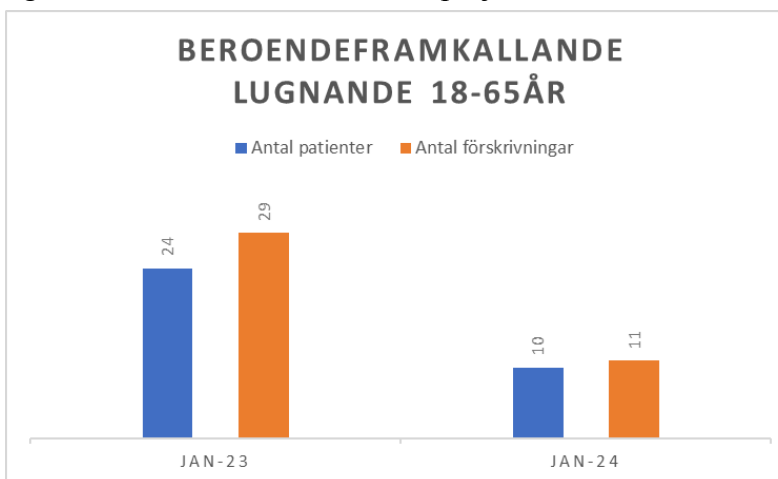
¹⁵Överdiagnostik – vad är det?

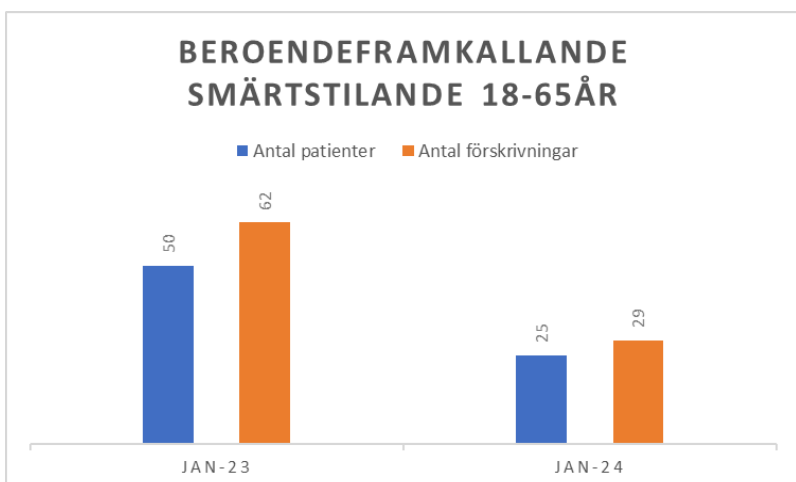


Antalet förskrivningar av beroendeframkallande smärtstillande patienter < 65 år var under andra halvan av projektåret 50 procent lägre än motsvarande period året innan.



En jämförelse mellan det totala antalet förskrivningar av beroendeframkallande läkemedel under de enskilda månaderna januari 2023 och januari 2024 visade att effekterna var signifikanta och stabila även efter projektiden.





Djupintervjuer - kvalitativ utvärdering

I syfte att skapa en fördjupad förståelse för de processer som initierats i projektet genomfördes en kvalitativ utvärdering av en extern forskare (Farnsworth von Cederwald) under november och december 2023. Semistrukturerade intervjuer hölls med fem fokusgrupper: läkarna, fysioterapeuterna, psykosociala teamet, sjuksköterskorna och en ledningsgrupp. Intervjuerna spelades in och transkriberades i efterhand. Materialet har till den här rapporten analyserats av undertecknad projektansvarig och sammanfattats i teman med utvalda huvudpunkter och citat.

“Det börjar redan vid allra första kontakten. Om det är sköterska eller vem det är när man kontaktar allra först, så börjar man tänka att man lägger ärendet till rätt person, rätt funktion för att kunna göra bäst bedömning. Inte slentrianmässigt till doktor. “ (Verksamhetschef)

Implementeringsprocessen

- Brahemodellen kan ses som en tilläggsmodul till IBH - Brahemodellen funkar inte utan IBH men IBH funkar bättre med Brahemodellen
- Avgörande att det finns tider att boka på till alla professioner - psykosociala teamet och fysioterapeuter måste ha arbetssätt och en inställning som prioriterar tillgänglighet
- Ett tvärprofessionellt beteendemedicinskt “tänk” är avgörande för att få effekt - tänket skapas genom kontinuerlig utbildning och handledning

“Dels har vi suttit ner tillsammans, alltså med psykosociala resurserna till exempel, och också kunnat diskutera och lyfta de svårigheter som vi ser och de frågetecken vi kanske hade och det har blivit väldigt tydligt vilka fördelar det kan vara för patienten, att kanske till exempel inte vara sjukskriven och vilka faktiskt farliga biverkningar.” (sjuksköterska)

“Och sen har det ju varit en förutsättning också att det har funnits tider att boka. Jag tänker att när man gör en sån här grej så måste det finnas gott om tider hos de som ska ta det där första samtalet.” (sjuksköterska)

“det är ett arbete som har gjorts övergripande på hela vårdcentralen, även sekreterare och undersköterskor som inte triagerar eller bokar in har ändå fått samma information och fått lyssna på det här med för- och nackdelar och hur vi jobbar på det nya sättet.” (ledning)

“Tankesättet har, från min sida, i alla fall alltid funnits där att prata om det här med patienterna om ifall det är bra att bli sjukskriven eller inte. Men jag upplever att det sätter lite mer press på mig nu att vara mer delaktig i processen än vad jag var tidigare där läkaren kanske hade huvudansvaret och den rollen.” (fysioterapeut)

“alla måste förstå vikten av och anpassa sitt arbetssätt och bemötande för att upprätthålla tillgänglighet och erbjuda bästa effektiva åtgärd, det handlar om att förstå sin roll och ta sin del av ansvaret för att hela verksamheten ska fungera optimalt” (rehabkoordinator)

Fördelar för verksamheten

- Arbetet med sjukskrivningar verkar integrerande istället för segregande
- Alla tar ansvar för fullständiga bedömningar inom sitt eget kompetensområde - inget skjuts vidare till en annan profession om det inte behövs
- Tänket sprider sig till andra områden helt i linje med kloka kliniska val, att inte göra onödiga åtgärder

“Det har blivit en stor skillnad, det är tydligare och enklare för oss när de ringer. Vi har en strategi om hur vi går tillväga, det är mycket enklare och det är mycket bättre. Det är även mycket bättre för patienten också.” (sjuksköterska)

“Varje jourpass är ju så mycket bättre när vi inte får några sådana sjukskrivningar där. Där är aldrig någon sjukskrivning. Det var det ju ofta innan.” (läkare)

“det var lättare att tidigare skjuta frågan om sjukskrivning till läkare, men nu känns det helt naturligt att själv ta ansvar för den bedömning jag ändå gör om vad som är bäst för patienten och mitt arbete blir mer meningsfullt.” (kurator)

“Man vet att alla tänker likadant, det är väldigt skönt, det spelar ingen roll om det är jag eller någon av mina kollegor som svarar så blir det en bedömning som är utifrån det arbetssättet vi har.” (sjuksköterska)

“tillgängligheten för andra besvär har ju blivit bättre till framför allt läkare, alltså akuta tider.” (sjuksköterska)

Patientnytta

- Minskad medikalisering - när patienten får en bedömning av den för symtombilden bäst lämpade professionen ökar patientsäkerheten och vårdkvaliteten

- *Patientens rätt till arbete* i så hög utsträckning som möjligt- är en bra riktlinje för patientflödet och arbetet på en vårdcentral
- Bättre och snabbare dialog med arbetsgivaren och krav på Anpassningar

“Man känner att man hjälper patienterna på ett bättre sätt tycker jag.” (läkare)

“Vi “hjälper” inte bort det som känns obehagligt utan patienten får lära sig att hantera det.” (psykolog)

Självbildens tänker jag mycket på, hur de som kanske egentligen är ganska resursstarka och ganska friska, men vad en sjukskrivning som kanske inte hade behövs gör med självbildens för resten av livet. (sjuksköterska)

“Det blir färre och kortare och sjukskrivningar” (läkare)

“Det finns också en större risk för läkemedelsförskrivning om man träffar en läkare jämfört med fysioterapeut och psykoterapeut” (läkare)

Utmaningar och risker

- När patienten möts av samma budskap från alla professioner ökar tryggheten att det är rätt - även om det känns jobbigt både för vårdutföraren och patienten
- Vårdutförare måste ges stöd, utbildning och handledning - en ständigt tillåtande utvecklingsprocess
- Inget exempel på att utebliven sjukskrivning lett till skada men många exempel på att tidigare utfärdade sjukskrivningar varit ogynnsamma

“viktigt att ingen vårdutförare blir lämnad ensam i det här arbetet, det är många gånger kliniskt svåra bedömningar och samtal med patienterna” (rehabkoordinator)

“Det har varit några lite jobbiga situationer där patienten har varit missnöjd med att inte få sjukskrivningar som de önskade.” (läkare)

“att ta mer ansvar kan vara tufft, psykologisk, sen tycker jag att det har påverkat arbetsmiljön positivt på det sättet att man sitter inte längre bredvid” (psykolog)

Arbetsmiljö och yrkesrollerna

- Bättre arbetsmiljö för läkare och sjuksköterskor
- Potentiellt mer utmanande arbetsmiljö för psykosociala teamet och fysioterapeuter
- Alla får möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens - mer utmanande och mer stimulerande

“Ja, vi är de enda som har verktyget att sjukskriva, men om man bortser från det, så är det ju de andra som sitter på alla de andra verktygen.” (läkare)

“Det är en surdeg med sjukskrivningarna som på något vis har varit lagda på läkaren under lång tid. Och nu är det väl det att vi söker stöd i varandra. Så här jobbar vi här. Det gör nog att det kanske blir lättare för alla. Eller det blir svårare för oss, men det blir lättare för läkarna.” (fysioterapeut)

“Det är klart en fördel för oss att vi har avlastning. Man hade behövt fråga de andra yrkesgrupper om de känner en ökad belastning. Om det är jobbigt att de i stället tar de svåra samtal som vi har haft tidigare.” (läkare)

Jag tänker att det blir ett mer kvalificerat arbete. Att man verkligen får jobba på toppen av sin förmåga. Man får använda kompetens man ändå har i skarpt läge. Det tycker jag är värt ganska mycket. Det gör ju att allt känns mer meningsfullt.” (kurator)

Framtiden

- Implementeringen blir aldrig färdig - arbetssättet måste ständigt hållas aktuellt
- Viktigt med kontinuerlig handledning och introduktion för nya medarbetare
- Viktigt med regelbunden uppföljning och att alla problem adresseras tidigt

“jag tänker att hela tiden fortsätta, att utbyta erfarenheter, ha dialogen öppen, fortsätta med bokade möten för att fortsätta ha den här dialogen, kommer att leda till ökad kvalitet och jämlikhet.” (kurator)

“Arbetet måste göras varje dag.” (läkare)

Slutsatser

Multiprofessionell direktriagering IBH

Projektet bekräftade grundläggande att ett patientflöde med multiprofessionell direktriagering organiserat enligt IBH är en ändamålsenlig primärvårdsmodell som möjliggör god och jämlik vård utifrån behovsprincipen. Patientnyttan innefattade hög tillgänglighet till bästa effektiva omhändertagandenivå. Projektet visade att det är angeläget att underlätta en omställning till IBH.

Brahemodellen en naturlig katalysator

Implementeringen av Brahemodellen visade att effekterna av IBH ökade i alla delar av verksamheten när även “sjukskrivningsärenden“ inkluderades i flödet. Positiva effekter för organisationen var förbättrad arbetsmiljö och ökad tvärprofessionell kompetensutveckling. Patientnyttan var ökad tillgänglighet till bästa effektiva omhändertagandenivå, minskat antal patienter med behov av sjukskrivning och minskat antal patienter med behov av beroendeframkallande läkemedel.

Rätt förutsättningar för IBH

En slutsats är att det finns stora vinster att göra om alla hälso- och sjukvårdens professioner tillåts arbeta på toppen av sin kompetens. Ett problem är att det generellt saknas kunskap om och riktlinjer för hur de paramedicinska kompetenserna bäst används i primärvården. Det saknas också naturliga utbildningsspår för att öka användbarheten av dessa professioners grundkompetens för arbetet specifikt på en mottagning med multiprofessionell direkttriagering.

Effekterna

Utvärderingen visade att effekterna i projektet berodde på att patienter med symtombild inom diagnosområde F och M i flera fall än tidigare direkt erbjöds bedömning och vid behov åtgärder från andra (än läkare) som första alternativ. Sådana åtgärder var ofta inom områdena

- stöd med problemlösning kring psykosociala faktorer i privatlivet eller på arbetet
- stöd i och krav på kontakt med arbetsgivare
- kvalificerad psykologisk behandling eller fysioterapi.

Gemensamt för dessa åtgärder var att de var salutogena och syftade till att stärka individens färdigheter för att själv kunna hantera sina livsomständigheter.

Sjukskrivningar ett nyckelområde

Projektet visade att området sjukskrivningar innefattar nycklar som i hög utsträckning påverkar alla delar av en primärvårdsenhet. En slutsats är att man kan få goda effekter på arbetsmiljö och vårdkvalitet genom att på övergripande nivå prioritera upp området försäkringsmedicin utifrån ett multiprofessionellt perspektiv.

Diskussion

Det är viktigt att komma ihåg att projektet var ett utvecklingsprojekt och de åtgärder som genomfördes var resultatet av en dynamisk process där man inte i förväg visste exakt vad som skulle behövas för att komma vidare eller vilka effekter som skulle uppstå. Till skillnad från vid en kontrollerad forskningsstudie så går det inte att entydigt bestämma *vad* som gett *vilka* effekter, men det går knappast heller att bortse från det anmärkningsvärda resultatet och det går att dra rimliga och användbara slutsatser.

Förutsättningar för IBH och Brahemodellen

I utvärderingen framkom att det specifika projektmålet: *att åstadkomma ett patientflöde med multiprofessionell direkttriagering utan undantag för sjukskrivning* var möjligt att genomföra på mindre än ett år med minimala resurser utifrån att det redan fanns goda rutiner för IBH och direkttriagering för alla andra ärenden. Med dessa insikter blir det naturligt att titta på de strukturella förutsättningarna för omställningen till IBH.

Kompetens och utveckling

IBH innebär konkret att de paramedicinska professionerna integreras som prioriterade vårdutförare inom respektive kompetensområde. En insikt i projektet är att man i verksamheterna ofta inte vet vad de paramedicinska grundutbildningarna innefattar. Konkret innebär det att man inte vet vad man betalar för när man anställer eller vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som kan läggas på respektive vårdutförare. Alla legitimerade hälso- och sjukvårdsprofessioner ska ha god kompetens inom respektive område men ingen paramedicinsk grund- eller påbyggnadsutbildning har en särskild inriktning mot primärvård och för rollen i ett patientflöde med multiprofessionell direkttriagering där man ofta är den första och enda vårdutföraren som bedömer och behandlar patienten.

Att det saknas vidareutbildning för primärvård för alla andra professioner än läkare är ett problem för omställningen till IBH. I viss mån kan man lösa kompetensbehovet med andra allmänna vidareutbildningar och internutbildning men det finns ett faktiskt behov av utbildning på högskola och universitet med inriktning primärvård och IBH för: psykologer, kuratorer och fysioterapeuter. På något märkligt sätt har man på övergripande nivå undvikit den här frågan genom att hålla fast vid en formell ansvarsfördelning från det läkarcentrerade paradigmet där läkare förväntas träffa och ha ansvar för alla patienters vård. Den stora frågan för framtidens primärvården är rimligen inte *om* någon ska jobba med IBH utan *hur*? En fråga som kräver att man skapar övergripande riktlinjer för kompetenskrav och ansvarsfördelning för ett patientflöde med multiprofessionell direkttriagering.

Sjukskrivningar

När det gäller specifikt arbetet med sjukskrivningar handlar det i grunden om att skapa rätt organisatoriska förutsättningar. Detta har sedan tidigare uppmärksammats av Sveriges läkarförbund som tydligt påtalat att problemen behöver adresseras på organisationsnivå:

“Det är också ett bekymmer att det saknas en gemensam strategi för sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. Det handlar till stora delar också om organisatoriska förutsättningar inom hälso- och sjukvården som försvårar möjligheterna att arbeta med sjukskrivning på ett professionellt och välavvägt sätt. (Sveriges läkarförbund 2021)

Några av projektets insikter om sjukskrivningar:

- ett nyckelområde som kan segregera eller integrera en mottagning
- en åtgärd med stor risk att skapa och eskalera medikalisering
- ett område som en övervägande del av allmänläkare känner sig osäkra på
- ett område där det behövs mer kompetens hos alla professioner

- ett område där övriga professioner har uppmanats att skjuta över frågan till läkare även när man själv egentligen har haft den bästa kliniska kompetensen att bedöma DFA

I socialstyrelsens utredning framkommer:

“Resultatet visar att det försäkringsmedicinska arbetet med sjukskrivningar inte får den tid och prioritet som skulle behövas för att hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning ska vara kvalitets- och patientsäkert. Flera läkare påtalar i fritextsvar upplevelsen av en ohållbar belastning kopplat till arbetet med sjukskrivning. Flera regioner påtalar också den låga prioriteringen som det försäkringsmedicinska området har jämfört med annan vård. (Socialstyrelsen 2023a)

Allting signalerar att detta är ett område som inte kan lämnas åt enskilda läkare eller verksamheter att hantera på egen hand. Projektet visar att vi genom att optimera användningen av befintliga resurser i primärvården kan minska sjukskrivningar med 50 procent. Det är en minskning av arbetsbelastning, vårdskador och kostnader. En övergripande slutsats är att det finns anledning att prioritera sjukskrivningsarbetet på alla nivåer inom vården och också att det är dags att göra det med en specifik inriktning för IBH.

Slutord

Projektet har genererat mycket kunskaper och erfarenheter som sannolikt kan vara till hjälp för andra enheter som vill ställa om till IBH och Brahemodellen och utveckla sitt arbete med sjukskrivningsärenden.

Till denna rapport har fokus lagts på att beskriva *vad* man gjort på Brahehälsan i Eslöv och *varför*. För den som vill veta mer ingående om *hur* man i sin egen verksamhet kan implementera IBH och Brahemodellen, kan material och erfarenheter göras tillgängligt på förfrågan. Kontakta projektansvarig.

“innan tyckte jag att det värsta för patienterna var att de hade ont eller depression eller något annat, nu tycker jag att det värsta för dem är om de inte kan jobba” (läkare)

Bilaga

1. Sjukskrivningspolicy och rutin

Allmänt om handläggning av patientärende

På Brahehälsan är arbetssättet att alla patienter triageras direkt till den profession som är bäst lämpad att bedöma problematiken utifrån symtombild oavsett frågeställning. Vården ska styras enligt principen för bästa effektiva omhändertagandenivå.

När är sjukskrivning tillämpligt eller olämpligt

Sjukskrivning är tillämpligt när en individ på grund av *Diagnostiserad* sjukdom eller skada bedöms ha en sådan *Funktionsnedsättning* som leder till en *Aktivitetsbegränsning* på minst 25% av ordinarie anställning utifrån de krav som ställs på individen i arbetet och när sjukskrivning inte samtidigt bedöms vara en olämplig åtgärd.

Funktionsnedsättningen motsvarar observerat status, i vissa fall kompletterat med självrapporterade nedsättningar. **Aktivitetsbegränsningen** kan bara bedömas i relation till de faktiska krav som arbetsgivaren ställer på individen och därför först efter att arbetsgivaren tagit ansvar för alla anpassningar¹⁶ som kan underlätta arbetssituationen.

Sjukskrivning ska användas med samma precision som läkemedelsbehandlingar och eventuella fördelar ska alltid vägas mot riskerna för skada. Om det bedöms olämpligt ska sjukskrivning inte utfärdas. Oavsett längd och omfattning på sjukskrivning ska vårdutförare göra en riskanalys (för kontraindikation) utifrån patientens individuella sårbarheter och sociala faktorer. Särskilt ska beaktas:

- missbruk (aktuellt eller tidigare) använd PEth eller Audit
- våld i hemmet (utsatt eller utövare)
- stressorer i hem/privatliv
- problem på arbetsplatsen/konflikt
- sjukskrivningshistorik (även kortare)
- psykisk (o)hälsa och attityd och motivation

Om sjukskrivning ges i onödan eller i för stor omfattning skapas en medikalisering som riskerar ge ogynnsamma beteendemönster som är svåra att förändra över lång tid.

¹⁶ Arbetsgivarens ansvar för anpassning är långtgående men arbetsgivaren a) **behöver inte** skapa arbetsuppgifter eller tjänster som inte redan finns och b) **får inte** göra anpassningar för en anställd om det leder till sämre arbetsmiljö för en annan anställd.

Rutin vid sjukskrivning

Sjuklöneperioden dag 8-14

Om sjukskrivning under sjuklöneperioden bedöms tillämpligt kan alla vårdcentralens leg. professioner dokumentera sin bedömning på särskilt formulär som underlag för läkare att utfärda intyg till arbetsgivaren. Dessa utfärdas från dag 8 till och med som längst dag 14 och skrivs på 25,50,75 eller 100%. Lägre omfattning minskar risken för skadliga effekter.

Från och med dag 15

Om det finns behov av läkarundersökning för sjukskrivning från och med dag 15 kan patienten bokas till i första hand PAL, endast i undantagsfall till annan läkare. Senast inför sjukskrivning dag 15 ska arbetsgivaren ha tagit ansvar för att genomföra anpassningar i arbetssituationen. Som stöd används formulär "fyra frågor" som ska vara ifyllt och undertecknat. Detta ska kontrolleras och skannas in i patientens journal.

Oavsett längd och omfattning på sjukskrivning ska vårdutföraren i journal och på intyg alltid ange:

- DFA och det medicinska syftet med åtgärden samt motivera omfattningen
- prognos och vid behov tid till uppföljning
- en konkret plan för: a) återgång i ordinarie arbete och eller b) nästa steg avseende utredning, behandling och eller c) arbetsrehabiliterande åtgärder
- kontaktperson vid behov av koordinerande insatser

Förlängning av pågående sjukskrivning

Som regel ska sjukskrivning inte förskrivas för en längre period än 3 månader i taget. Detta för att eventuella problem med planeringen ska uppmärksammas i tid. Inför frågeställning avseende förlängning bör patienten få en ny bedömning hos den profession som är bäst lämpad att handlägga problematiken och planeringen kan följas upp av rehabkoordinator. Förlängning ska i möjligaste mån göras av den läkare som påbörjat sjukskrivningen.

Vid förlängning tas ställning till:

- förändring i DFA
- om sjukskrivning haft avsedd positiv effekt eller indikation på negativa effekter
- patientens deltagande i sin egen rehabilitering
- arbetsgivarens anpassningar och vad som gäller utifrån (dag i) rehabkedjan

Patienter som har försörjningsstöd från kommunen

För patienter som behöver *intyg om hälsotillstånd* till handläggare på kommunen ska enligt lokal överenskommelse särskild blankett användas. Utfärda inte intyg avsedda till försäkringskassan i annat fall än när patienten avser att ansöka om ersättning via försäkringskassan.