Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-12-17	Godkänd av nationellt programområde rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Versionen bygger på den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, som godkändes av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) 2021-03-19. Denna bearbetade version riktar sig till kliniska verksamheter, såväl till ledning som till medarbetare där rehabilitering och sjukskrivningsrelaterat arbete är en del av verksamheten.
2023-09-27	Uppdatering för att förtydliga huvudsakligen de försäkringsmedicinska delarna samt ICF och indikatorer för uppföljning.
2026-03-31	Angelägna rättningar och följdändringar gällande uppdatering av terminologi och referenser samt språkliga korrigeringar och korrigering av tabelltext.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Rehabilitering och försäkringsmedicin så som sjukskrivningsrelaterat arbete är en integrerad del av vård och behandling - ett specialitetsöverskridande kunskapsområde oavsett diagnos, patientgrupp eller ålder.

Rehabilitering är en process som tar sin utgångspunkt i de konsekvenser sjukdomen eller skadan får för patientens totala livssituation. Rehabiliteringsprocessen är målinriktad och grundar sig på en strukturerad behovsbedömning. Bedömningen utgår från hälso- och sjukvårdens utredning och ställs i relation till patientens upplevda förmåga, behov och intresse.

Patientens behov av rehabilitering bedöms tidigt i en vårdprocess och om det är aktuellt görs även en försäkringsmedicinsk bedömning. Det kan vara aktuellt att återkommande upprepa bedömningen av patientens behov av rehabilitering under vårdprocessen. Om patienten har behov av rehabilitering utformas en rehabiliteringsplan, enligt den biopsykosociala modellen, i nära dialog med patient och eventuellt närstående. Rehabiliteringsplanen innehåller en sammanfattande bedömning, mål, åtgärder och uppföljning.

För patienter med sammansatta behov krävs ofta en samordning av rehabiliteringsåtgärderna mellan professioner, verksamheter och huvudmän. En rehabiliteringsplan minskar risken för brister i samordning och uppföljning, underlättar kommunikationen och skapar förutsättningar för ett resurseffektivt arbetssätt som utgår från patientens behov. Målet med patientens rehabilitering ska framgå av rehabiliteringsplanen. Planen innehåller även information om vilka åtgärder som patienten, utifrån egna förutsättningar, kan utföra som egenvård. I dokumenterad överenskommelse ingår rehabiliteringsplanen tillsammans med uppgifter om vem i teamet som är den fasta vårdkontakten.

En generisk nationell modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete skapar förutsättningar för att alla patienter i behov av rehabilitering får ett strukturerat omhändertagande med tidig individuell bedömning, upprättande av rehabiliteringsplan, evidensbaserade åtgärder och uppföljning. Den generiska modellen ger förutsättningar för en jämlik och kunskapsbaserad rehabilitering med ett personcentrerat arbetssätt. Ett annat syfte är att underlätta implementering av diagnosspecifika vårdförlopp och vårdprocesser då rehabiliteringsdelen är utformad utifrån en gemensam struktur.

I den generiska modellen ingår delar av det försäkringsmedicinska arbetet som bedömning av förmågan till arbete eller annan sysselsättning, behov av sjukskrivning och behov av koordineringsinsatser för återgång i arbete. Sjukskrivning som en del i vård och behandling kan därför ingå som en åtgärd i rehabiliteringsplanen.

I den generiska modellen används en biopsykosocial modell med struktur och begrepp från Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF), WHO:s klassifikation. Det ger ett gemensamt språk och underlättar kommunikationen mellan olika professioner, verksamheter och huvudmän.

I en del kvalitetsregister finns indikatorer för uppföljning av rehabiliteringsåtgärder. Däremot saknas det indikatorer för rehabiliteringsåtgärder på en övergripande nationell nivå. I den generiska modellen ingår ett fåtal processmått som fångas med koder från klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). För diagnosspecifika vårdförlopp och vårdprocesser definieras därutöver ytterligare indikatorer för uppföljning och utvärdering av rehabiliteringen.

Den generiska modellen har tagits fram av en nationell arbetsgrupp på uppdrag av Nationella programområdet (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Modellen baseras på Socialstyrelsens definition av rehabilitering och utgår från den Nationella informationsstrukturen (NI). Den generiska modellen för klinisk verksamhet riktar sig i första hand till ledning och

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

verksamhetsutveckling, men även till medarbetare i verksamheter där rehabilitering och sjukskrivningsrelaterat arbete är en del av verksamheten.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Innehåll

Sammanfattning ... - 3 -
1 Beskrivning av generisk modell för rehabilitering ... - 6 -
1.1 Utgångspunkter ... - 6 -
1.2 Om generisk modell för rehabilitering ... - 7 -
1.3 Mål ... - 9 -
1.4 Ingång och utgång ... - 9 -
1.5 Flödesschema generisk modell för rehabilitering ... - 11 -
1.6 Den generiska modellens åtgärder ... - 12 -
1.7 Personcentrering och dokumenterad överenskommelse ... - 18 -
2 Uppföljning av generisk modell ... - 19 -
2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter ... - 19 -
2.2 Indikatorer för uppföljning ... - 20 -
3 Bakgrund ... - 21 -
3.1 Patienters erfarenheter och utmaningar ... - 21 -
3.2 Kompletterande kunskapsunderlag ... - 23 -
3.3 Arbetsprocess ... - 23 -
4 Referenser ... - 24 -
Appendix ... - 28 -
A Rehabiliteringsplan ... - 29 -
B Utredning, behandling och uppföljning i rehabiliteringsprocessen ... - 31 -
C Integrering av rehabiliteringsåtgärder i vårdförlopp ... - 37 -
D Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF ... - 38 -
E Försäkringsmedicin ... - 42 -
F Klassifikation av vårdåtgärder – KVÅ-koder ... - 43 -
G Konsekvenser att beakta ... - 44 -

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1 Beskrivning av generisk modell för rehabilitering

Den generiska modellen för rehabilitering syftar till att säkerställa att rehabilitering utgår från en gemensam struktur med likartade termer och begrepp. Modellen beskriver rehabiliteringsprocessen och i den ingår även delar av det försäkringsmedicinska arbetet. Rehabilitering är en del av vård och behandling för ett hälsotillstånd och inte en parallell process. Detsamma gäller försäkringsmedicin, exempelvis är sjukskrivning en åtgärd inom vård och behandling.

Den generiska modellen för klinisk verksamhet riktar sig i första hand till ledning och verksamhetsutvecklare, men även till medarbetare inom verksamheter för rehabilitering och försäkringsmedicin.

Den generiska modellen för rehabilitering ska kunna användas oavsett hälso- och funktionstillstånd, diagnos och patientgrupp. Modellen bygger på att rehabilitering och sjukskrivningsrelaterat arbete har ett flertal gemensamma delar som kan anpassas till specifika diagnoser. Rehabiliteringsplanen, enligt den biopsykosociala modellen (ICF), har en central roll i den generiska modellen med ett teambaserat och målinriktat arbetssätt med patientens behov och förutsättningar i centrum.

1.1 Utgångspunkter

- Det är angeläget att framhålla att rehabilitering i hälso- och sjukvård kan bedrivas på såväl vårdavdelningar, mottagningar, vårdcentraler/hälsocentraler som i patientens hem. Rehabilitering i hälso- och sjukvård utförs både inom regionalt och kommunalt finansierade verksamheter.
- I denna modell för rehabiliteringsprocessen används genomgående ordet patient.
- Patienten är delaktig och medskapande i rehabiliteringsprocessens olika delar. Det är patienten som avgör om även närstående ska involveras.
- Den generiska modellen använder begreppet rehabiliteringsprofessioner även om det inte är ett fastställt begrepp. Med rehabiliteringsprofessioner avses i fösta hand arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, kuratorer, logopeder och psykologer. Givetvis är även andra professioner och funktioner inom hälso- och sjukvården verksamma inom rehabiliteringen som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor med flera.
- Rehabiliteringsplanen kan vara fristående eller en del av en mer omfattande vårdplan. Patienten kan vid sidan av rehabiliteringsplanen även samtidigt ha en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan alternativt en samordnad individuell plan (SIP).
- Den generiska modellen använder den biopsykosociala modellen enligt *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF*) för grundläggande struktur och för ett gemensamt språk. Inom rehabiliteringsområdet finns det verksamheter och medarbetare som ger uttryck för att ICF har mindre relevans för deras uppdrag. Men då ICF baseras på en bio-psykosocial modell och eftersom det saknas alternativa gemensamma termer och begrepp är beslutet att använda ICF.
- Den generiska modellen omfattar även delar av det försäkringsmedicinska arbetet; bedömning av förmåga till arbete eller annan sysselsättning, bedömning av sjukskrivningsbehov och koordineringsinsatser för att återgå i arbete. Försäkringsmedicin omfattar även andra delar utöver vad som tas upp i den generiska modellen.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

- En rehabiliteringsprocess har en början och ett slut över en viss tidsperiod. Vid kroniska tillstånd kan behov av rehabilitering vara återkommande. Processen kan även sträcka sig över olika vårdnivåer, verksamheter och huvudmän.

1.2 Om generisk modell för rehabilitering

Den generiska modellen för rehabilitering omfattar patienter i behov av rehabilitering. Patienten kan ha flera olika hälso- och funktionstillstånd och därför samtidigt få insatser inom olika verksamheter på olika vårdnivåer och som involverar fler huvudmän. En generisk modell kan underlätta samordning mellan verksamheter, förenkla överlämningar och ge patienten en helhetsbild över sina rehabiliteringsbehov. Rehabilitering ska integreras i ett så tidigt skede som möjligt i patientens vårdprocess och inte ses som en efterföljande, helt parallell eller separat process [1].

Den generiska modellen för rehabilitering utgår från och beskrivs i förhållande till processmodellen i *Nationell informationsstruktur* (NI), Socialstyrelsens ramverk för dokumentation [2,3].

Definition av rehabilitering

Den generiska modellen för rehabilitering har sin utgångspunkt i Socialstyrelsens definition av rehabilitering:

> ”Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet” [4].

I Socialstyrelsens definition av rehabilitering finns en anmärkning angiven:

> ”Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår” [4].

Utifrån Socialstyrelsens definition har basen för den generiska modellen för rehabilitering identifierats:

- tidig bedömning av rehabiliteringsbehov
- tidig försäkringsmedicinsk bedömning, vid behov
- personcentrerat förhållningssätt
- rehabiliteringsplan med sammanfattande bedömning, mål, åtgärder och uppföljning
- teambaserat arbetssätt
- samordning av rehabiliteringsåtgärder

Försäkringsmedicin

Försäkringsmedicinska bedömningar och intyganden ingår ofta som en del i rehabiliteringsprocessen; ofta benämns denna process sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Sjukskrivning är en del av vård och behandling och ska möta samma krav på kvalitet som övriga insatser. Det sjukskrivningsrelaterade arbetet bör präglas av ett aktivt förhållningssätt och tillvaratagande av individens resurser. Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering och Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd för diagnoser (FMB) är vägledande och ska användas. [5, 6].

En viktig försäkringsmedicinsk utgångspunkt är att en viss diagnos, i enlighet med ICF-modellen, får olika konsekvenser hos olika individer. I de försäkringsmedicinska bedömningarna är därför bedömning av sjukdomstillståndets konsekvenser grunden. Ett stöd för den försäkringsmedicinska bedömningen, analys och utfärdandet av intyg är DFA-kedjan [7]:

- Diagnos – säkerställ evidensbaserad diagnostik; somatisk och psykiatrisk differentialdiagnostik inklusive substansbruk
- Funktionsnedsättning – undersökningsfynd inklusive gradering av avvikelserna, testresultat, observationer samt i förekommande fall läkarens bedömning av den information som framkommer vid undersökning av patienten (t ex avseende sömnstörning, fatigue etc.)
- Aktivitetsbegränsning – vad patienten bedöms inte kunna göra samt hur stora begränsningarna bedöms vara
- Bedömning av arbetsförmåga

Koordineringsinsatser är en viktig del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen: att efter behov ge stöd till patienten, samordna hälso- och sjukvårdens insatser (rehabiliteringsplan) samt samverka med andra berörda aktörer, till exempel arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller kommunen [8].

Utöver sjukpenning kan även andra försäkringsförmåner och relaterade bedömningar vara aktuella inom ramen för rehabiliteringsprocessen [7].

För definition av försäkringsmedicin samt kompletterande text – se appendix E.

Biopsykosocial modell - ICF som struktur och gemensamt språk

Rehabilitering inklusive försäkringsmedicinskt arbete behöver en grundläggande struktur och gemensamma termer och begrepp för att förstå och beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd [8]. WHO:s klassifikationer ICD-10 och ICF utgör ett standardiserat gemensamt språk. ICD-10 utgör standard för klassificering av sjukdomar, skador och relaterade hälsoproblem medan ICF kan användas som ett stöd när patientens funktionstillstånd och funktionshinder ska beskrivas eller synliggöras i en rehabiliteringsplan för aktuellt hälsotillstånd. På så vis kompletterar ICD-10 och ICF varandra och ger tillsammans en bred bild av patientens hälsa [9,10,11,12].

ICF beskriver kroppsfunktioner och kroppsstrukturer, aktivitet, delaktighet samt omgivnings- och personfaktorer. ICF baseras på en biopsykosocial modell och är en syntes av olika perspektiv för att erbjuda en sammanhållen syn på hälsa utifrån ett biologiskt, individuellt och socialt perspektiv. Helhetsperspektivet möjliggör en bred kartläggning av patientens behov och underlättar målformulering som teamet gör tillsammans med patient med eventuellt närstående [11,12]. ICF kan därför tillämpas för alla patienter och av olika professioner eftersom den omfattar aspekter av hälsa i mycket vid bemärkelse [10,11,12]. Att den generiska modellen utgår från ICF som grund och

tankemodell motsäger inte att professionsspecifika evidensbaserade bedömnings- och utvärderingsinstrument ska användas.

För fördjupande text om ICF – se appendix D.

1.3 Mål

Målen med den generiska modellen för rehabilitering är att:

- Rehabiliteringen är personcentrerad och samordnad.
- Patienten får sitt rehabiliteringsbehov bedömt tidigt i vårdprocessen.
- En individuell rehabiliteringsplan upprättas och följs upp för de patienter som bedöms ha ett rehabiliteringsbehov.
- Rehabiliteringen är en integrerad del i patientens vård och behandling.
- Bedömning av sjukskrivningsbehov på grund av nedsatt förmåga till arbete eller annan sysselsättning ingår som en del i vård och behandling när det är relevant.

För uppföljning av den generiska modellen – se kapitel 2.

1.4 Ingång och utgång

Ingång i rehabiliteringsprocessen

Rehabiliteringsprocessen startar tidigt i ett vårdförlopp eller i en vårdprocess när misstanke om rehabiliteringsbehov föreligger och utredning av patientens rehabiliteringsbehov inleds. Vid behov genomförs även en försäkringsmedicinsk bedömning

Processen tar sin utgångspunkt i de konsekvenser sjukdomen eller skadan får för patientens totala livssituation [12]. Utredningen av patientens rehabiliteringsbehov genomförs av ett team eller en enskild medarbetare inom en rehabiliteringsprofession. Här bedöms även vilka av teamets kompetenser som är aktuella för att genomföra utredningen av rehabiliteringsbehovet och förmåga till arbete eller annan sysselsättning när det är aktuellt.

För patientgrupper med kronisk sjukdom eller skada kan behov av rehabilitering vara återkommande. Behov av utredning om ett rehabiliteringsbehov föreligger kan då bli aktuellt vid flera tillfällen under den tidsperiod som vårdprocessen omfattar.

Starten av rehabiliteringsprocessen kan ha föregåtts av en inledande bedömning som kan ses som en typ av triagering. Den görs utifrån anamnes om funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar. För att säkerställa att alla patienter som behöver rehabilitering också får det tillgodosett är det av vikt att den inledande bedömningen görs på ett likvärdigt och strukturerat sätt.

Rehabiliteringsprocessen

Rehabiliteringsprocessen är målinriktad och grundar sig på en strukturerad och återkommande behovsbedömning. En bedömning som utgår från hälso- och sjukvårdens utredning och ställs i relation till patientens upplevda förmåga, behov och intresse. Om patienten har behov av rehabilitering utformas en rehabiliteringsplan, enligt den biopsykosociala modellen, i nära dialog med

patienten. Rehabiliteringsplanen innehåller en sammanfattande bedömning, mål, åtgärder och uppföljning [12,13]. De rehabiliterande åtgärderna utvärderas kontinuerligt under rehabiliteringsprocessen, samt inför avslut av den överenskomna rehabiliteringsperioden. Målen och de rehabiliterande insatserna kan behöva ändras under rehabiliteringsperioden.

Försäkringsmedicinska bedömningar, sjukskrivning och utfärdande av intyg samt koordineringsinsatser ingår ofta som en del i rehabiliteringsprocessen, som då benämns sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Utgång från rehabiliteringsprocessen

Rehabiliteringsprocessen avslutas när:

- Rehabiliteringsplanens mål är uppfyllda och den överenskomna tidsperioden har uppnåtts.
- Rehabiliteringsprocessen kan även avslutas om målen inte är uppfyllda och bedöms inte kunna uppfyllas med ytterligare rehabiliterande åtgärder.

I samband med att rehabiliteringsprocessen avslutas har patienten och eventuellt närstående i dialog fått kunskap om sitt hälsoläge och är informerade om vad som sker efteråt.

Efter att rehabiliteringsprocessen är avslutad kan patienten själv och vid behov med stöd av närstående eller andra bedriva egenvård för att bibehålla eller förbättra funktionstillstånd som uppnåtts. Det kan därefter återigen bli aktuellt med rehabiliteringsinsatser från hälso- och sjukvården som då baseras på en förnyad bedömning av rehabiliteringsbehovet.

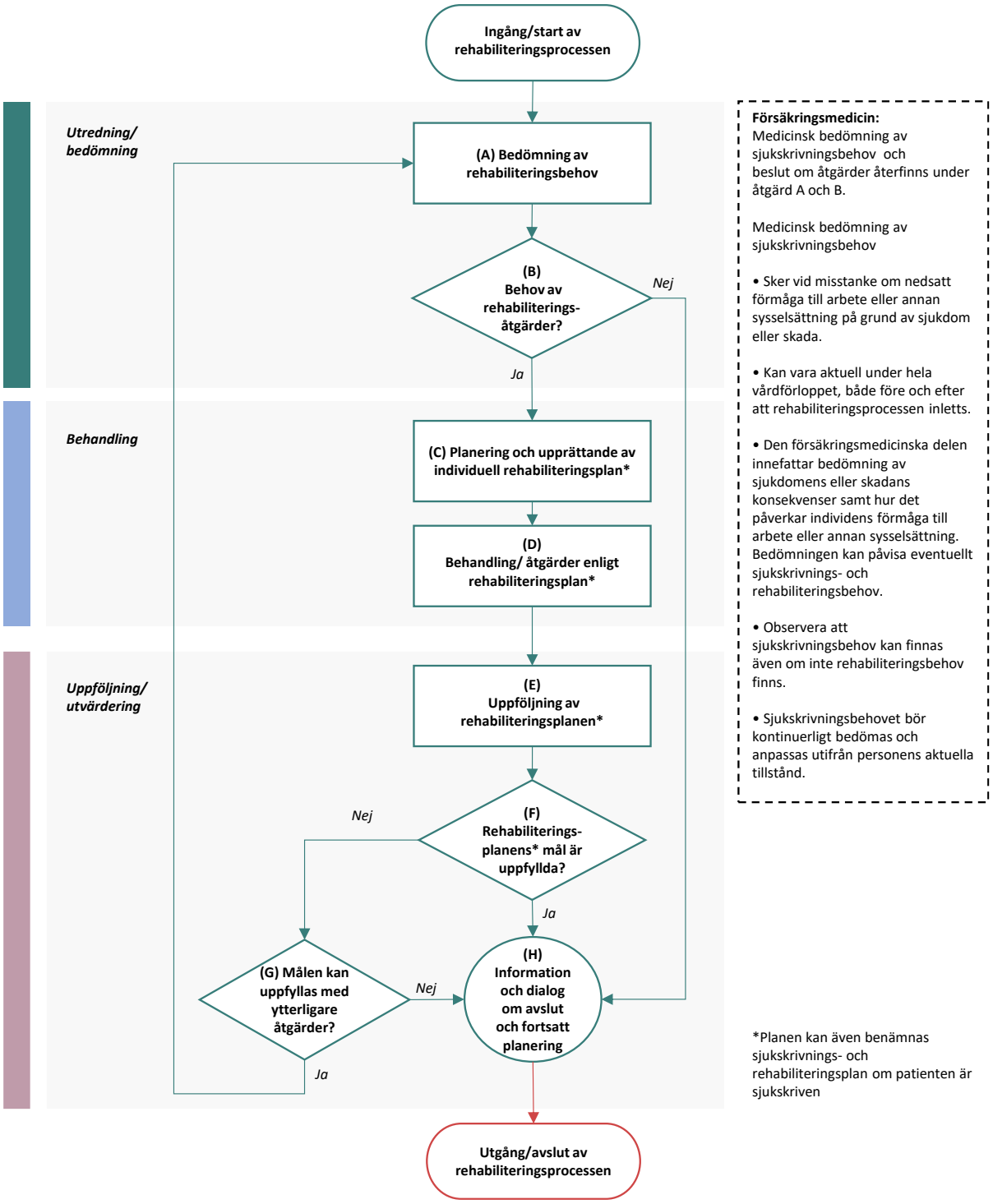
Övergångar

Övergångar såväl inom som mellan huvudmän är särskilt att beakta, eftersom de är definierade patientsäkerhetsrisker. Rehabiliteringsprocessen sträcker sig ofta över flera verksamheter vilket förutsätter samordning, aktiv överlämning och informationsöverföring [14]. Rehabiliteringsplanen och övrig nödvändig information bör därför följa patienten.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1.5 Flödesschema generisk modell för rehabilitering

Flödesschemat beskriver rehabiliteringsprocessen och delar av det försäkringsmedicinska arbetet och ska inkluderas i det diagnosspecifika vårdförloppet eller vårdprocessen. Rehabiliteringsprocessen kan följa en annan tidslinje än vårdförloppet eller vårdprocessen i sin helhet. För exempel på hur rehabiliteringsprocessen kan integreras i en diagnosspecifik vårdprocess se kapitel 1.6.2. För en horisontell version av rehabiliteringsprocessen, se Figur 5 i appendix.



Figur 1. Flödesschema för rehabiliteringsprocessen

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

1.6 Den generiska modellens åtgärder

1.6.1 Åtgärdstabell

Åtgärdstabellen innehåller en beskrivning av åtgärderna i de olika blocken i flödesschemat ovan.

Den generiska modellen innehåller även delar av det försäkringsmedicinska arbetet som utredning av förmåga till arbete eller annan sysselsättning, sjukskrivningsbehov samt behov av koordineringsinsatser.

Det är viktigt att rehabiliteringsprocessen genomförs i dialog med patient och vid behov närstående. Vid övergångar mellan olika verksamheter och huvudmän beakta behov av samordning, aktiv överlämning och informationsöverföring.

Den rehabiliteringsplan som omnämns i flera åtgärder kan även benämnas sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan om patienten är sjukskriven.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Tabell 1. Rehabiliteringsåtgärder och delar av det försäkringsmedicinska arbetet

	Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)	Kommentarer
	(A) Bedömning av rehabiliteringsbehov Detta inkluderar vid behov försäkringsmedicinsk bedömning. Bedömningen av rehabiliteringsbehov görs i vissa fall utifrån medicinsk utredning och diagnos. Tidig bedömning av behov av rehabilitering sker utifrån sjukdomens eller skadans konsekvenser. Bedöm enligt den biopsykosociala modellen (ICF): • **Funktionsnedsättningar** – Vilka kroppsfunktioner är nedsatta eller vilka kroppsstrukturer har förändrats? Exempelvis symtom, undersöknings- och utredningsfynd och bedömning av det som framkommer vid undersökning • **Aktivitetsbegränsningar** – Vad bedöms patienten inte kunna göra? Exempelvis begränsningar i dagliga aktiviteter och arbete. • **Delaktighetsinskränkningar** – På vilket sätt bedöms patienten ha inskränkt delaktighet? Exempelvis nedsättning av förmåga för engagemang i arbete och studier eller delaktighet inom andra livssituationer. • **Omgivningsfaktorer** – Underlättande eller hindrande faktorer som är viktiga att utreda och beakta i planeringen. Exempelvis social situation, våld i nära relationer, arbetsmiljö, möjliga anpassningar av arbete, bostad mm. • **Personfaktorer** –Utgörs av personliga egenskaper. Exempelvis motivation, tilltro till den egna förmågan, copingstrategier samt levnadsvanor. En del i bedömningen är förväntat utfall eller prognos.	Beskriva symtom och mående, farhågor, förväntningar och önskemål.	Utgå från ICF som grund och tankemodell, men beroende på hälsotillstånd och profession används olika evidensbaserade bedömningsinstrument. För fördjupning om ICF se appendix D. Vid behov utred: • Sjukdomens eller skadans konsekvenser enligt ICF, samt hur det påverkar individens förmåga till arbete eller annan sysselsättning. Bedöm eventuellt sjukskrivnings- och rehabiliteringsbehov. För fördjupning se appendix E. Utredningen inkluderar även: • bedömning av levnadsvanor • **riskbedömning för fall, undernäring** Se appendix B för fördjupning om: • utredning och bedömning • riskbedömning • levnadsvanor

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

	Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)	Kommentarer
	(B) Beslut: Behov av rehabiliteringsåtgärder? Beslutet inkluderar behov av eventuell sjukskrivning • Ja: Behov av rehabiliteringsåtgärder föreligger. Detta kan inkludera behov av sjukskrivning. Vidare till block (C). • Nej: Inget behov av rehabiliterings-åtgärder föreligger. Vidare till block (H).	Reflektera över given information om diagnos eller funktions-bedömning. Förmedla farhågor och förväntningar.	Utifrån vad som framkommit i utredningen förs en dialog i teamet och med patient om behovet av rehabilitering vilket leder fram till ett beslut. Utredningen/bedömningen kan resultera i att den direkt följs av planering och behandling. Om utredningen påvisar att det vid tillfället inte finns behov av rehabilitering kan det likväl uppstå längre fram i vårdprocessen och ny bedömning blir då aktuellt.
	(C) Planering och upprättande av individuell rehabiliteringsplan **Rehabiliteringsplanen består av följande delar**: 1) Sammanfattning av utredning/bedömningens resultat enligt (A) 2) Mål: • huvudmål • delmål 3) Åtgärder: • åtgärder/behandling (omfattar även det som patienten själv ansvarar för, ofta benämnd egenvård) • sjukskrivning vid behov (planering avseende grad och längd samt återgång i arbete, behov av koordineringsinsatser) • ansvarig (ansvarsfördelning inom teamet) • tidplan och omfattning för genomförande av åtgärder 4) Uppföljning: Planering av när uppföljningen ska genomföras och av vem. • mätning och utvärdering Registrering av KVÅ-kod (AW020, DV077)	Förmedla upplevelsen av utredningen och förväntningar på mål och planerade åtgärder. Delta i dialog vid upprättande av rehabiliterings-planen.	Utredningen ligger till grund för en bedömning av vilket rehabiliteringsbehov som föreligger och leder fram till en planering som är inledningen på behandlingen. Rehabiliteringsplanen sammanfattar teamets bedömning av patientens samlade funktionstillstånd, behov och förutsättningar tillsammans med patientens egen uppfattning om behov, mål och åtgärder [12,13]. Rehabiliteringsplanen kan vara en del av en mer omfattande vårdplan som i en samordnad individuell plan (SIP) som berör flera huvudmän [15]. I förekommande fall utfärdas intyg baserat på den försäkringsmedicinska bedömningen i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att utfärda intyg [16]. Socialstyrelsens Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och försäkringsmedicinska

	Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)	Kommentarer
			beslutsstöd är vägledande [5,6]. För fördjupning om: • rehabiliteringsplan, se appendix A och B • egenvård, se appendix B.
	(D) Behandling/ åtgärder enligt rehabiliteringsplan Åtgärder genomförs enligt rehabiliteringsplanen	Medverka i behandling utifrån upprättad rehabiliterings-plan. Fortlöpande delta i dialog om genomförande av åtgärder och uppföljning. Själv ta kontakt med arbetsplatsen eller med stöd av den som ger koordinerings-insatser.	Uppföljning och vid behov revidering av rehabiliteringsplaneringen görs kontinuerligt under rehabiliteringsprocessen. Åtgärder kopplade till sjukskrivningsprocessen som koordineringsinsatser samt kontakt med arbetsplatsen och Försäkringskassan vid behov. För fördjupning om: • koordineringsinsatser med koppling till sjukskrivnings-processen, se appendix E • behandling, se appendix B.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

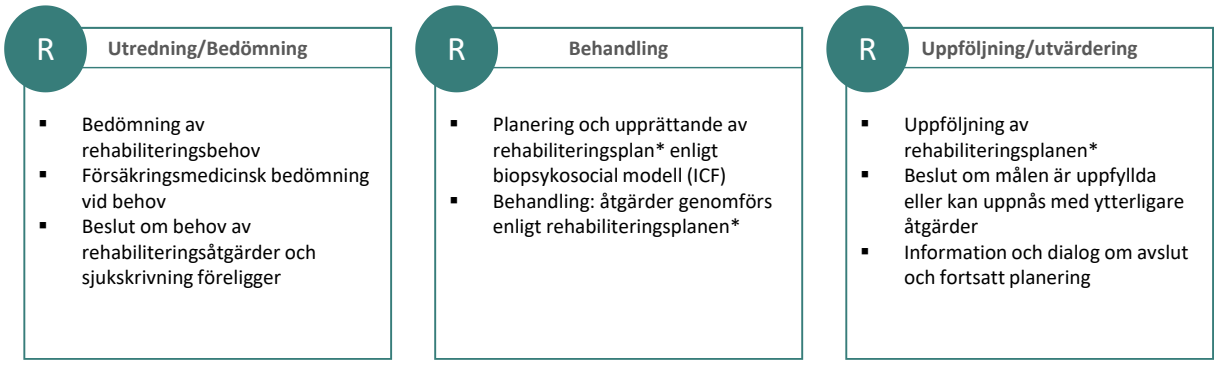
	Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)	Kommentarer
	(E) Uppföljning av rehabiliteringsplanen • Resultat av olika åtgärder/behandlingar • Måluppfyllelse • Patienttillfredsställelse • Vid behov förnyad försäkringsmedicinsk bedömning • Utvärdering av rehabiliteringsprocessen: – tid – omfattning – typ av åtgärder/ behandlingar ○ registreringar i kvalitetsregister Registrering av KVÅ-kod (AW024, AW027, AW035)	Medverka i uppföljning och beskriva erfarenheter och upplevelser av rehabiliterings-process. Medverka i planering för återgång i arbete när det är aktuellt.	Uppföljningen innebär en ny bedömning av aktuellt funktionstillstånd. Det är grunden för att kunna se om målen har uppnåtts eller inte. Rehabiliteringsplanen revideras vid behov. För fördjupning om: • uppföljning, se kapitel 2, tabell 2 • uppföljning av rehabiliteringsplanen, se appendix B • KVÅ-koder, se appendix F.
	(F) Beslut: Är rehabiliteringsplanens mål uppfyllda? • Ja: Målen enligt rehabiliteringsplanen är uppfyllda. Vidare till block (H). • Nej: Vidare till block (G).	Delta i dialog om målsättningarna i rehabiliterings-planen är uppfyllda.	De rehabiliterande åtgärderna utvärderas kontinuerligt under rehabiliteringsprocessen, samt inför avslut av den överenskomna rehabiliteringsperioden.
	(G) Beslut: Målen kan uppfyllas med ytterligare åtgärder? • Ja: Målen är inte uppfyllda och patienten bedöms vara i behov av fortsatt rehabilitering. Förnyad utredning av rehabiliteringsbehov. Vidare till block (A). • Nej: Målen är inte uppfyllda och bedöms inte kunna uppfyllas med ytterligare rehabiliterande åtgärder. Vidare till block (H).	Delta i dialog om behov av eventuellt fortsatta åtgärder.	Målen och de rehabiliterande insatserna kan behöva ändras under rehabiliteringsperioden.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

	Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)	Kommentarer
	(H) Information och dialog om avslut och fortsatt planering Dialog och information tillsammans med patienten: • Sammanfattning inför avslutad rehabiliteringsperiod om måluppfyllelse och fortsatt planering. • Egenvård utifrån egna förutsättningar samt råd angående vardagsaktiviteter. • Eventuell ytterligare uppföljning. • Åtgärder och kontaktvägar vid försämring.	Medverka i dialog om planering av fortsatta åtgärder. Ansvara för fortsatta insatser utifrån egna förutsättningar.	Se appendix B för fördjupning om: • information och dialog om avslut och fortsatt planering • egenvård • levnadsvanor.

1.6.2 Integrering av generisk modell för rehabilitering

När rehabilitering ska beskrivas i vård och behandling av olika hälsotillstånd används den generiska modellen. Processen är indelad i tre delar; utredning/bedömning, behandling och uppföljning/utvärdering (figur 2).



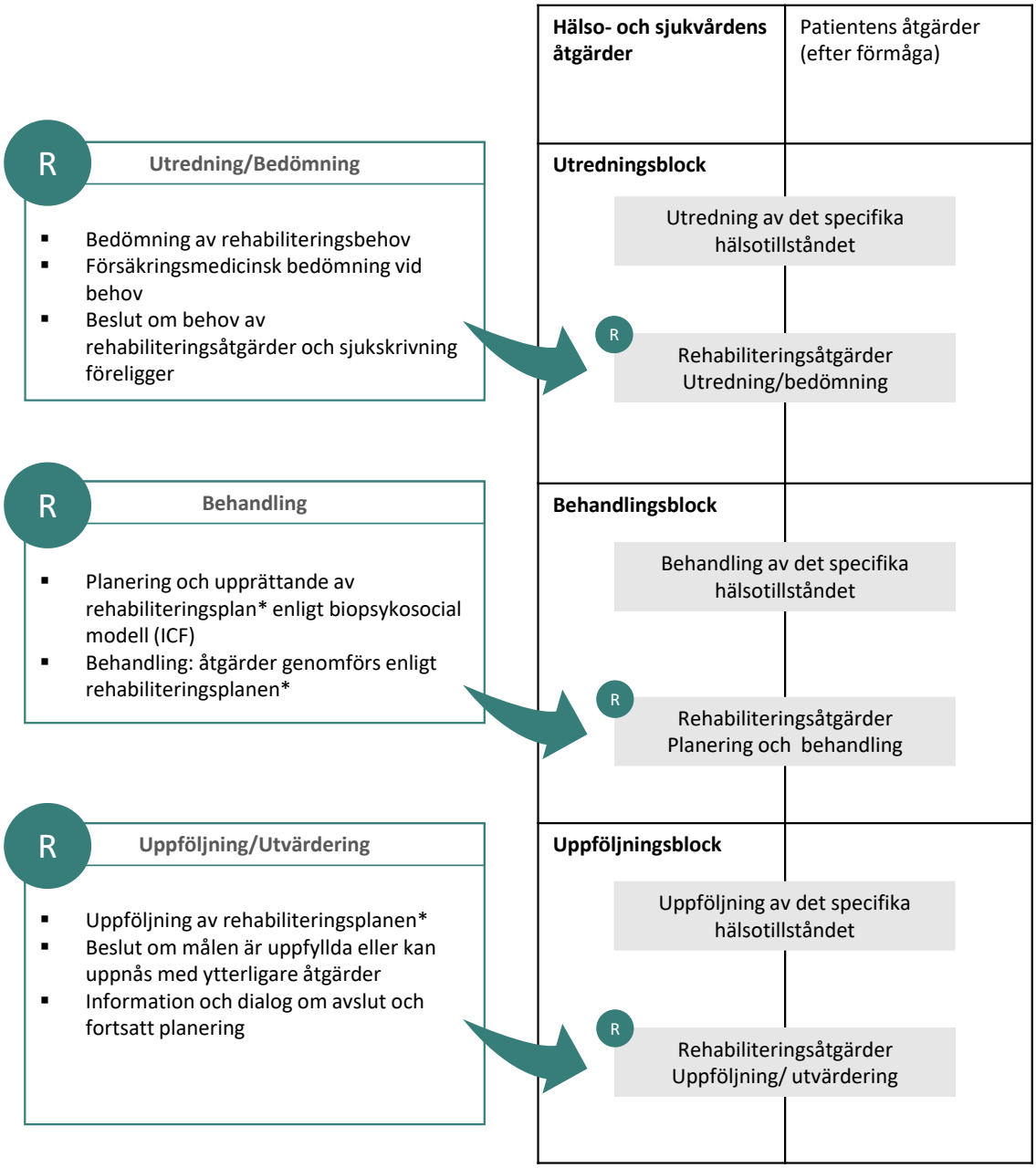
Figur 2. Centrala delar i processen för rehabilitering och sjukskrivningsrelaterat arbete

*Planen kan även benämnas sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan om patienten är sjukskriven

Åtgärder gällande rehabilitering och sjukskrivning vävs in i de åtgärder som utvecklas för olika hälsotillstånd (figur 3).

Behov av rehabilitering och försäkringsmedicinska åtgärder är föränderliga över tid och bör utredas samt bedömas vid flera tillfällen under en vårdprocess. För att förebygga komplikationer och framtida vårdbehov är det viktigt att rehabiliteringsinsatserna sätts in vid rätt tidpunkt.

Åtgärder där rehabilitering och sjukskrivningsrelaterade åtgärder finns med har markerats med ett ”R”. Observera att illustrationen i figur 3 endast beskriver ett exempel på hur och när rehabiliteringsåtgärderna vävs in i åtgärderna för olika hälsotillstånd.



*Planen kan även benämnas sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan om patienten är sjukskriven

Figur 3. Illustration av hur centrala delar i processen för rehabilitering och sjukskrivningsrelaterat arbete kan integreras i ett diagnosspecifikt kunskapsstöd.

För ett fiktivt exempel på hur rehabiliteringsåtgärderna kan integreras i ett flödesschema för ett diagnosspecifikt vårdförlopp eller vårdprocess, se appendix C.

1.7 Personcentrering och dokumenterad överenskommelse

Patientens rehabiliteringsbehov ska fastställas tidigt i vårdprocessen. Om utredningen påvisar att det föreligger ett rehabiliteringsbehov genomförs en planering av vilka åtgärder som ska utföras för att nå de mål och delmål som är satta samt hur åtgärderna ska följas upp. Mål och delmål tydliggörs och dokumenteras i en separat rehabiliteringsplan eller som en del i en individuell plan tillsammans med

övriga åtgärder inom vård och behandling. En framgångsrik rehabilitering där delmål och mål uppnås förutsätter att rehabiliteringen är personcentrerad. Åtgärderna utgår från patientens behov och från att patienten medverkar efter egen förmåga och möjlighet [17,18].

Rehabiliteringsplanen utgår från patientens individuella behov, förmågor och förutsättningar tillsammans med resultatet av hälso- och sjukvårdens utredning. Den upprättas av ett team eller en enskild medarbetare tillsammans med patient som avgör om även närstående ska medverka. I planeringen deltar olika professioner, verksamheter och huvudmän beroende på patientens aktuella situation och den görs i samverkan. Patienten kan vid sidan av rehabiliteringsplanen även samtidigt ha en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan alternativt en samordnad individuell plan (SIP).

Rehabiliteringsplanen omfattar åtgärder som teamet, alternativt en enskild medarbetare, ska utföra och den egenvård som man i dialog har kommit överens om att patienten själv eller med stöd av närstående med flera kan utföra, till exempel egenträning. Egenvården innehåller även åtgärder för att främja hälsa och goda levnadsvanor.

Rehabiliteringsplanen är en del av dokumenterad överenskommelse som även innehåller uppgift om fast vårdkontakt och, om möjligt, avtalade tider för kommande besök.Den dokumenterade överenskommelsen mellan patient och hälso- och sjukvården ska säkra kontinuiteten för patienten i vården och underlätta vårdens övergångar [17,19].

2 Uppföljning av generisk modell

Den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete (sjukskrivningsrelaterat) med dess mål och åtgärder följs upp med processmått vilket skapar förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete.

I nästa avsnitt sammanfattas nuvarande datatillgång och uppföljningsmöjligheter för den generiska modellen. I avsnitt 2.2 beskrivs indikatorerna och anvisningar om kodning för att möjliggöra uppföljning.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

I en del kvalitetsregister finns indikatorer för uppföljning av rehabiliteringsåtgärder; exempelvis Riksstroke, Svenskt Register för Rehabiliteringsmedicin och Svenska Artrosregistret. Denna uppföljning är relevant för det syfte som respektive kvalitetsregister har. Uppföljningen via kvalitetsregistren är inte tillräcklig för att följa upp den generiska modellen för rehabilitering. Regionernas vårdinformationssystem kommer att behöva användas för datafångst och modell för datainsamling behöver fastställas.

För vårdförloppen kommer den generiska modellen följas upp genom att den Nationella arbetsgrupp (NAG) som tar fram vårdförloppet specificerar rehabiliteringsindikatorer (processmått) för sitt vårdförlopp, en för upprättande av rehabiliteringsplan, en för uppföljning av rehabiliteringsplan samt en för upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan när det är aktuellt. De behöver då ta ställning till dels vilka tidsgränser som ska gälla, dels om patientgruppen ska avgränsas genom diagnos eller åtgärd (eller både diagnos och åtgärd). Dessa indikatorer publiceras tillsammans med

respektive vårdförlopps övriga indikatorer i Kvalitetsindikatorkatalogen på webbplatsen www.kvalitetsindikatorkatalog.se. Som beskrivits ovan kommer regionernas vårdinformationssystem vara den primära datakällan för uppföljning avseende rehabilitering. Primärvårdskvalitet (PVQ) kan också vara ett instrument i regionernas arbete med denna uppföljning.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Indikatorerna i tabell 2 visar vilka indikatorer som avses följas. För detaljerad information om hur indikatorerna beräknas hänvisas till webbplatsen www.kvalitetsindikatorkatalog.se där kompletta specifikationer publiceras i takt med att de är genomarbetade. Där beskrivs och motiveras också de valda indikatorerna. Indikatorerna redovisas könsuppdelat och totalt, och för både region- och enhetsnivå när det är möjligt och relevant.

Tabell 2. Processmått

Indikator	**Målvärde**	**Mätning och återrapportering**	**Källa**
Antal unika patienter där minst en rehabiliteringsplan har upprättats under det senaste året	Ökande antal eftersträvas	År	Regionernas vårdinformationssystem
Antal unika patienter där uppföljning av rehabiliteringsplan genomförts minst en gång under det senaste året	Ökande antal eftersträvas	År	Regionernas vårdinformationssystem
Antal unika patienter där minst en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan har upprättats under det senaste året	Ökande antal eftersträvas	År	Regionernas vårdinformationssystem

Kodningsanvisningar

Uppföljning av indikatorerna i tabell 2 grundar sig enbart på användning av åtgärdskoder utifrån kodstrukturen Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) [20,21]. Socialstyrelsen gör årliga uppdateringar av befintliga KVÅ-koder. Följande KVÅ-koder för registrering, som baseras på KVÅ-koder publicerade 2023-01-01 [22,23]:

- AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan

- AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan
- AW027 Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan
- AW035 Avslutande av rehabiliteringsplan (uppföljning och avslutande av rehabiliteringsplan)
- DV077 Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning

För att möjliggöra uppföljningen och därmed ytterligare utveckla och förbättra patientens rehabilitering är det särskilt angeläget att ovanstående KVÅ-koder används för varje upprättande och uppföljning av rehabiliteringsplan även om det kräver en manuell hantering. Registreringen av dessa KVÅ-koder kan med fördel göras fortlöpande under rehabiliteringsprocessen för att möjliggöra uppföljning. Varje klinisk verksamhet behöver därmed sätta upp rutiner för att registrera de anvisade koderna vid upprättande respektive uppföljning av rehabiliteringsplan.

I de fall där rehabiliteringsplanen ses som en del av upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning” (KVÅ DV077) är det viktigt att även koden AW020 ”Upprättande av rehabiliteringsplan” sätts parallellt för att denna uppföljning ska möjliggöras. Motsvarande gäller om rehabiliteringsplanen tas fram som en del av den Samordnade individuella planen (SIP) och åtgärdskoden för SIP används. Rekommendationen är att alltid även ange åtgärdskoden för upprättande av rehabiliteringsplan (AW020).

Förslag på ytterligare KVÅ-koder som kan vara relevanta för uppföljning samt för fördjupad information om KVÅ, se appendix F.

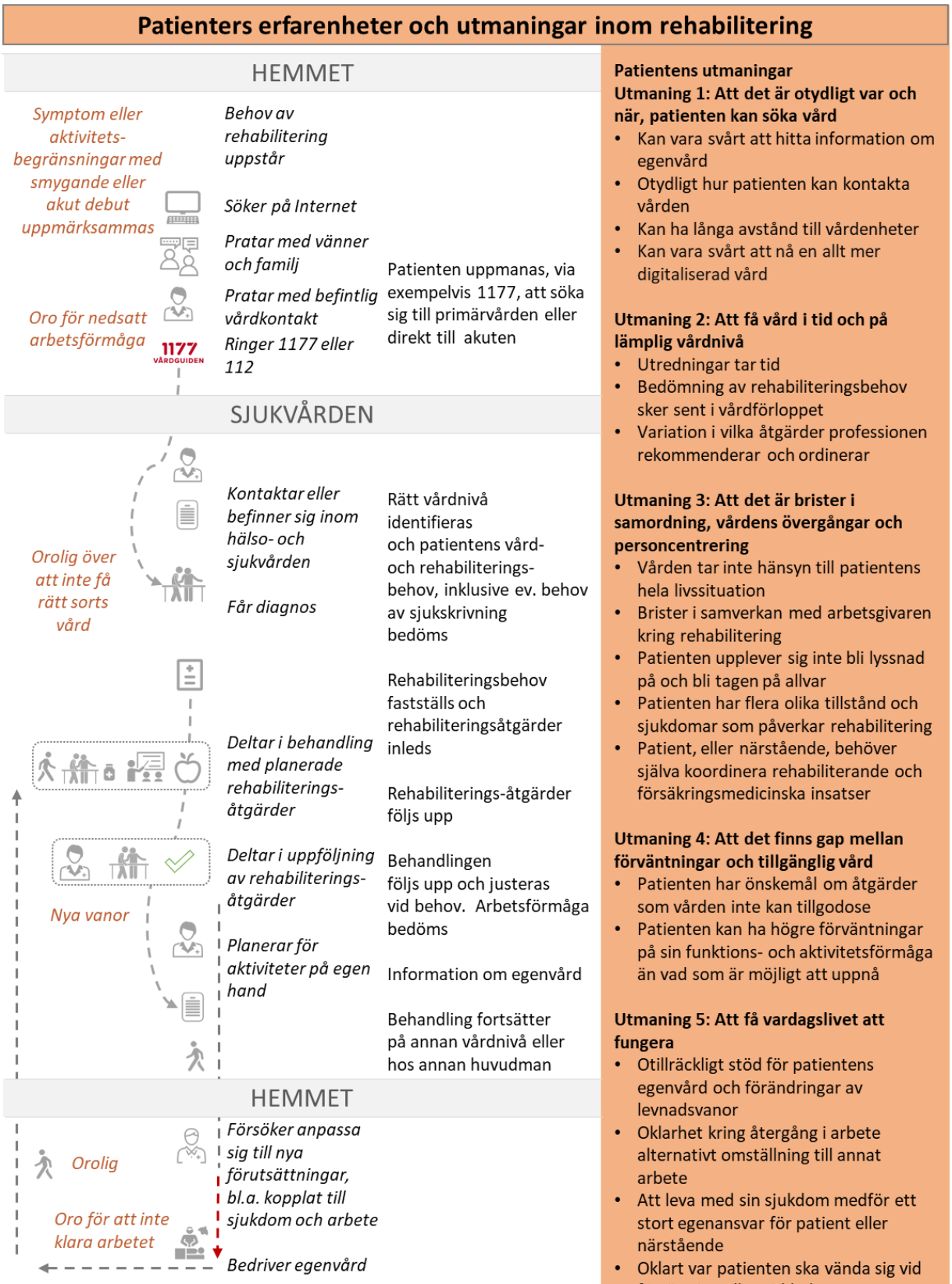
3 Bakgrund

3.1 Patienters erfarenheter och utmaningar

I figur 4 presenteras ett allmängiltigt hälso- och sjukvårdsförlopp sett ur patientens perspektiv och som visualiseras utifrån vanligt förekommande händelser och utmaningar som kan identifieras i en vårdprocess, till exempel vid vårdövergångar. Syftet är att belysa utmaningar och förbättringsområden för rehabilitering på ett generellt plan. Den generiska modellen är inriktad på att möta potentiella utmaningar och i möjligaste mån bidra till att de inte realiseras.

Det är angeläget att framhålla att rehabilitering i hälso- och sjukvård kan bedrivas på såväl vårdavdelningar, mottagningar, vårdcentraler/hälsocentraler som i patientens hem. Rehabilitering inom hälso- och sjukvård utförs såväl inom regionalt som kommunalt finansierade verksamheter.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



Figur 4. Grafisk presentation av vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer med behov av rehabilitering

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

Den generiska modellen för rehabilitering baseras på Socialstyrelsens definition av rehabilitering samt utgår från den nationella informationsstrukturen (NI) [2,3,4]. Ytterligare referenser som styrker innehållet anges i de olika avsnitten.

3.3 Arbetsprocess

En ”Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp” har tagits fram av en nationell arbetsgrupp på uppdrag av Nationella programområdet (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Den godkändes av SKS i mars 2021. Modellen har därefter genomgått en mindre bearbetning, med stöd av sakkunniga, för att rikta sig till all verksamhet inom rehabiliteringsområdet såväl till ledning som till medarbetare.

Den bearbetade versionen av den generiska modellen för rehabilitering har godkänts av Nationellt programområde rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

Den nationella arbetsgruppen som tog fram den ursprungliga versionen ”Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp” bestod av följande medlemmar som framgår av Tabell 3.

Tabell 3. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Eva Stjernström	MPA	Ledningsstrateg, Master inom public administration. Leg fysioterapeut	Hälso- och sjukvårdsförvaltningen	Region Värmland	Ordförande Kontaktperson nationellt programområde rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin
Siv Folkhammar Andersson	MSc	Sjukvårdsstrateg Leg.sjukgymnast, MSc i klinisk medicinsk vetenskap, specialist i fysioterapi inom primär hälso- och sjukvård	Samrehab	Region Kalmar län	Processledare
Camilla Arvidsson		Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) Leg. sjukgymnast	Omsorgsförvaltningen Kalmar kommun	Kalmar Kommun	Kommunal representant
Ann Christine Elfving		Leg. sjuksköterska	Rehabiliteringsmedicinska kliniken	Region Gävleborg	
Mia von Euler	Professor	Professor och överläkare i Neurologi	Örebro universitet och Universitetssjukhuset i Örebro	Region Örebro län	Kontaktperson nationellt programområde nervsystemets sjukdomar
Anette Forsberg	Docent	Verksamhetschef, Leg Fysioterapeut Specialist inom neurologisk fysioterapi	Fysioterapiavdelningen Universitetssjukhuset Örebro	Region Örebro län	
Jennifer McGreevy	Med Lic	Leg. Dietist	Dietistenheten, Rehabhuset. Nyköpings lasarett	Region Sörmland	

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Xiaolei Hu	Med Dr	Specialistläkare inom Rehabiliteringsmedicin	Norrlandsuniversitetssjukhus Umeå, Umeåuniversitet	Region Västerbotten	
Birgitta Johansson	Fil. Dr	Docent i neurobiologi, Universitetsöverpsykolog	Kliniken för medicinsk rehabilitering, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Institutionen för neurovetenskap, Göteborgs universitet.	Västra Götalandsregionen	
Anneli Lernestål	MSc	Enhetschef. Magisterexamen ledarskap i offentlig verksamhet, Leg. Arbetsterapeut	Verksamheten för Arbetsterapi & Fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Arbetsterapi Mölndal	Västra Götalandsregionen	
Jan Lexell	Professor	Professor i rehabiliteringsmedicin och forskargruppchef	Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet	Region Skåne	
Elisabeth Wallenius		Ordförande i funktionsrätt Sverige. Leg. Arbetsterapeut	Funktionsrätt Sverige	Region Stockholm	Patient- och närstående-representant
Malin Åman	Fil. Dr	Utredare, fil dr. Leg. Fysioterapeut	Socialstyrelsen	Region Stockholm	

4 Referenser

1. World Health Organization. Rehabilitation 2030: A call for action 2030 [Internet]. Geneva:World Health Organization; 2017.Hämtad 2023-07-07 från: Rehabilitation 2030: A call for action (who.int)

2. Socialstyrelsen. Nationell informationsstruktur-NI [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 2026-03-27 från: Nationell informationsstruktur- NI - Socialstyrelsen

3. Socialstyrelsen. Stöd till kunskapsbaserad rehabilitering i kommunal Hälso-och sjukvård – en förstudie [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen 2019. Dnr 15149/2019. Hämtad 2023-07-07 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6804.pdf

4. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen 2007. [citerad 17 november 2021]. Rehabilitering. Hämtad 2023-07-07 från: https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=655&SrcLang=sv

5. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd - Socialstyrelsen. [Internet].Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2026-03-23 från: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-11-8831.pdf

6. Socialstyrelsen. Beslutsstöd för diagnoser - FMK [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2026-03-23 från: https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/

7. Försäkringskassan. Hälso- och sjukvården. Hämtad 2023-07-07 från: Hälso- och sjukvården - Försäkringskassan (forsakringskassan.se)

8. Lag (2019:1297*)* om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Stockholm: Socialdepartementet, 2019-12-19; SFS nr 2019:1297; Ändrad t.o.m. SFS 2022:919 [Internet]. Hämtad 2023-07-07 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20191297-om-koordineringsinsatser-for_sfs-2019-1297
9. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen, 2020.
10. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001. Hämtad 2023-07-07 från: https://www.who.int/classifications/icf/en/
11. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF [Internet]. Stockholm: Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)- Svensk version; 2023. Hämtad 2023-07-07 från: Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF - Socialstyrelsen
12. Lexell J, Rivano Fischer M. Rehabiliteringsmetodik. Lund: Studentlitteratur AB; 2017
13. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen 2010. [citerad 17 november 2021]. Rehabiliteringsplan. Hämtad 2023-07-07 från: https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=427&SrcLang=sv
14. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso och sjukvård. Stockholm: Socialdepartementet, 2017-06-22; SFS nr. 2017:612; Ändrad SFS 2019:979 [Internet]. Hämtad 2023-07-07 från: Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård | Sveriges riksdag (riksdagen.se)
15. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen 2010. [citerad 17 november 2021]. Samordnad individuell plan (SIP). Hämtad 2023-07-07 från: https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=424&SrcLang=sv
16. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården senaste versionen av HSLF-FS 2018:54; Ändrad HSLF-FS 2020:87 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen 2021. Hämtad 2023-07-07 från: Senaste version av HSLF-FS 2018:54 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården - Socialstyrelsen
17. Socialdepartementet. God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem [Internet]. Stockholm: Statens offentliga utredningar från Socialdepartementet; 2020. SOU2020:19. Hämtad 2023-07-07 från: https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202019/
18. Sveriges kommuner och regioner. Personcentrering [Internet]. . Stockholm: SKR 2025-09-25. Hämtat 2026-03-27 från: https://skr.se/naravard/dethararnaravard.8396.html
19. Sveriges kommuner och regioner Dokumenterad överenskommelse [Internet]. Stockholm: SKR 2025-09-15. Hämtad 2023–07–07 från: https://skr.se/naravard/naravardipraktiken.8395.html#h-Dokumenteradoverenskommelse
20. Socialstyrelsen. Hur kan ICF användas? En manual för användning av Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen, 2016. Hämtad 2023-07-07 från: Hur kan ICF användas? (socialstyrelsen.se)
21. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen, 2018; uppdaterad 2023-05-02. Hämtat 2023-07-07 från: Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) - Socialstyrelsen

22. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Databas med klassifikationer för KVÅ [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen 2021. Hämtad 2023-07-07 från: Hälsorelaterade klassifikationer - Socialstyrelsen

23. Socialstyrelsen. Ändringar i Socialstyrelsens klassifikationer [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen 2023. Hämtad 2023-07-07 från: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/senaste-uppdateringar/

24. Socialstyrelsen. Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Förutsättningar för nationella riktlinjer för områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Artikelnummer 2023-2-8373. Stockholm: Socialstyrelsen 2023. Hämtad 2023-07-07 från: Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel (socialstyrelsen.se)

25. Fallprevention. Översikt. Risker och riskfaktorer. Riskbedömning. Vårdhandboken, Fallprevention [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR); 2021. Hämtad 2023-07-07 från: Fallprevention - Vårdhandboken (vardhandboken.se)

26. Socialstyrelsen: Kunskapsguiden Fallolyckor och fallprevention [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen, 2022. Hämtad 2023-07-07 från: Fallolyckor och fallprevention - Kunskapsguiden

27. Socialstyrelsen. Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso-och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen, 2020.

28. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor; Stockholm: Socialstyrelsen, 2018.

29. Stebenberga U, Haaland-Øverbya M, Fredriksenc K, Westermanna KF , Kvisvikd T.A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. Patient Educ Couns, 2016 Nov; 99(11):1759-1771. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.027. Epub 2016 Jul 18

30. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse Ó Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (NK LMH) 2018 Utgitt**:** Mars 2019 (første gang utgitt i juni 2018) ISBN: 978-82-92686-35-5

31. World Health Organization. WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022; ISBN 978 92 4 005219 2. Hämtad 2023-07-07 från: WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision

32. Lag (2022:1250) om egenvård. Stockholm; Socialdepartementet, 2022-06-30; SFS nr. 2022:1250 [Internet]. Hämtad 2023-07-07 från: Lag (2022:1250) om egenvård | Sveriges riksdag (riksdagen.se)

33. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen 2009. [citerad 7 december 2021]. Hälsofrämjande åtgärd. Hämtad 2023-07-07 från: https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=403&SrcLang=sv

34. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Stockholm: Vårdanalys; 2017. Rapport 2017:9.

35. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård i hemmet - Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering. Artikelnummer 2023-3-8458. Stockholm: Socialstyrelsen, 2023. Hämtad 2023-07-07 från: Hälso- och sjukvård i hemmet (socialstyrelsen.se)

36. Socialstyrelsen. Att beskriva behov och resultat inom kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.

37. Grimby G, Harms-Ringdahl K, Morgell R, Nordenskiold U, Sunnerhagen KS. ICF- klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd, Ett internationellt utvecklingsarbete. Läkartidningen 2005;102(37):2556-9.

38. Darzins P, Fone S, Darzins S. Viewpoint. The International Classification of Functioning, Disability and Health can help to structure and evaluate therapy. Austral OccupTher J 2006;53(2):127-131.

39. Kostanjsek N, Rubinelli S, Escorpizo R, Cieza A, Kennedy C, Selb M, Stucki G, Üstün TB. Assessing the impact of health conditions using the ICF. Disability & Rehabilitation, 2011. 33(15/16): p. 1475-1482.

40. Socialstyrelsen. Digitalisering av Socialstyrelsens produkter och tjänster 2019. Stockholm: Socialstyrelsen, 2019.

41. ICF Research Branch. ICF Case Studies (webbsida) Hämtat 2023-07-07 från: https://www.icf-casestudies.org/introduction/introduction-to-the-icf-core-sets/introduction-to-icf-core-sets

42. Prodinger B, Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Üstün TB, Chatterji S, et al. Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: A Minimal Generic Set of Domains for Rehabilitation as a Health Strategy. Arch Phys Med Rehabil 2016; 97: 875–884.

43. Sveriges kommuner och regioner. Definition av försäkringsmedicin av Nationellt försäkringsmedicinskt forum 2017 [Internet]. Stockholm: SKR 2017. Hämtad 2026-03-27 från: https://skr.se/vardochbehandling/forsakringsmedicin/kompetensutvecklinginomforsakringsmedicin.7878.html#h-Definitionavforsakringsmedicin

44. Socialstyrelsen. Utvecklingsplan för försäkringsmedicin - Socialstyrelsens strategiska utvecklingsplan för att stödja och bidra till utveckling av hälso[1]och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020

45. Larsson M, Lexell J. Delaktighet och omgivningsfaktorer i ICF. Möjligheter och utmaningar vid användning inom rehabilitering. Läkartidningen 2009;13(106): 932-935.

46. Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret SOSFS 2013:35 samt ändringsföreskrifterna HSLF-FS 2016:91. Stockholm: Socialstyrelsen.

47. Socialdepartementet. God och nära vård – En primärvårdsreform [Internet]. Stockholm: Statens offentliga utredningar från Socialdepartementet; 2018. SOU 2018:39.
Hämtad 2021-11-17 från: https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2018/06/sou-201839/

Appendix

Appendix innehåller fördjupning av den generiska modellen för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete. Här återfinns också exempel med visualisering av hur den generiska modellen kan integreras i vårdprocessen samt på hur en rehabiliteringsplan kan se ut.

WHO:s initiativ Rehabilitation 2030 – A call for action

I Socialstyrelsens rapport Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel [24] framhålls WHO:s initiativ Rehabilitation 2030 – A call for action [1]. I den lyfter WHO vikten av att:

• öka integreringen av rehabilitering på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet, inte minst på primärvårdsnivå

• se till att rehabilitering, inklusive hjälpmedel har god kvalitet och bygger på bästa tillgängliga kunskap

• utveckla en stark multidisciplinär rehabilitering med tillgång till nödvändiga kompetenser, och bidra till att hälsofrämjande och rehabiliterande förhållningssätt finns hos all hälso- och sjukvårdspersonal

• integrera strukturerade hälsodata och dokumentation kopplat till rehabilitering i lokala och nationella hälsodatasystem så att man kan mäta effekter av rehabilitering effektivt och främja rehabiliteringsforskning av hög kvalitet.

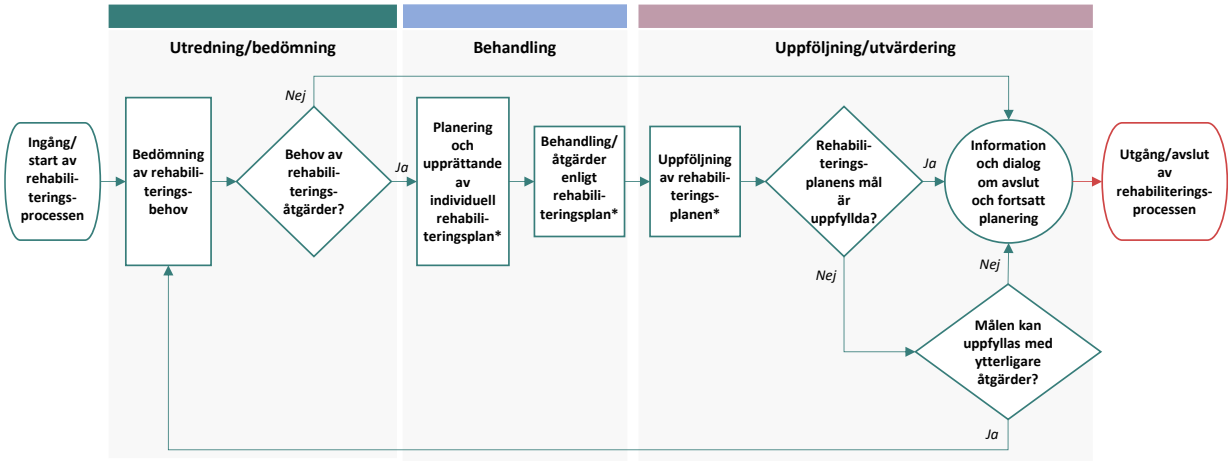
Rehabilitering som process

Rehabilitering är en process som tar sin utgångspunkt i de konsekvenser sjukdomen eller skadan får för patientens totala livssituation. Rehabiliteringsprocessen är målinriktad och utgår ifrån patientens upplevda förmåga, behov och intresse. En rehabiliteringsprocess har en början och ett slut och sträcker sig över en viss tidsperiod.

Rehabilitering är en process som stödjer patienten att få kunskap och insikt om sjukdomen eller skadan och dess konsekvenser, att mobilisera egna copingstrategier och kunna ta ansvar för sin livssituation. Att bli medveten om sina möjligheter utifrån resurser och begränsningar samt att nå gamla och nya mål i livet [12].

Figur 5 nedan visar flödesschemat för rehabiliteringsprocessen i en horisontell version som komplement till den version som finns i avsnitt 1.5:

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN



*Planen kan även benämnas sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan om patienten är sjukskriven

Figur 5. Flödesschemat för rehabiliteringsprocessen i en horisontell version

Medicinsk bedömning av sjukskrivningsbehov och beslut om försäkringsmedicinska åtgärder återfinns vid behov under utrednings- och bedömningsfasen i Figur 5.

A Rehabiliteringsplan

Rehabiliteringsplanen har en central roll i den generiska modellen. Den utgör en viktig del av rehabiliteringsprocessen med ett teambaserat och målinriktat arbetssätt med patientens behov och förutsättningar i centrumI patientens rehabiliteringsplan ingår vid behov planering av sjukskrivning och kallas då sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan.Enligt den biopsykosociala modellen ingår rehabiliteringsplanen som en del av dokumenterad överenskommelse..

Den individuella rehabiliteringsplanen enligt biopsykosocial modell (ICF) vänder sig till både patienter och rehabiliteringspersonal. Planens syfte är att underlätta samordningen och genomförandet av rehabiliteringsåtgärderna inom en definierad tidsram [12].

Enligt Socialstyrelsen termbank definieras rehabiliteringsplan som *”Vård- och omsorgsplan som beskriver rehabilitering för den enskilde. Anmärkning*: *Rehabiliteringsplanen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående och tas i regel fram med den enskildes samtycke”* [13].

Idag föreligger det ett flertal olika planer för patientens vård och behandling. Patienten kan därmed samtidigt ha flera olika planer vilket försvårar samordningen. Det förekommer även olika benämningar på planerna vilket är komplicerande. Önskvärt är att det finns en plan vars innehåll utgår från patientens behov.

För exempel på en rehabiliteringsplan, se Figur 6 nedan [12]:

REHABILITERINGSPLAN

Namn **Personnummer**	

BEDÖMNING	
Funktionshinder	
Funktionsnedsättning och strukturavvikelser	**Svårigheter i aktivitet och problem i delaktighet**
Omgivnings- och personfaktorer	
Resurser	**Hinder**

PLANERING – ÅTGÄRDER – UTVÄRDERING				
Huvudmål				
På kort sikt: *På lång sikt:*				
Delmål	**Åtgärd**	**Ansvarig**	**Tidsplan**	**Måluppfyllelse**

FORTSATT PLANERING EFTER REHABILITERINGSPERIODEN

REHABILITERINGSTEAMET

Figur 6. Exempel på struktur och innehåll i rehabiliteringsplanen

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

B Utredning, behandling och uppföljning i rehabiliteringsprocessen

Rehabiliteringsprocessen beskrivs i avsnitt 1.5 Flödesschema generisk modell för rehabilitering och avsnitt 1.6.1 Åtgärdstabell.

Utredning/bedömning av rehabiliteringsbehov

Utredning/bedömning av rehabiliteringsbehov (se ruta A-B i åtgärdstabellen), leder till en sammanfattning av utredningsresultat som formuleras utifrån den biopsykosociala modellen (enligt ICF). I bedömningen ingår beskrivningen av en patients funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar samt kartläggning av omgivnings- och personfaktorer i form av resurser (främjande) och hinder. När det är aktuellt ingår en bedömning av patientens förmåga till arbete eller annan sysselsättning i utredningen.

Bedömning kan genomföras av ett team eller av en medarbetare som har en rehabiliteringsprofession. Initialt görs även en bedömning av vilka kompetenser i teamet som är aktuella för fortsatta åtgärder och eventuellt behov av ytterligare bedömning. Ett teambaserat arbetssätt ger de olika teamdeltagarna kännedom om varandras specifika kompetens vilket ökar förutsättningarna för att rätt kompetens kopplas in utifrån patientens unika behov. Bedömningen utgör grunden för rehabiliteringsplanen.

Även bedömning av levnadsvanor samt riskbedömning för exempelvis undernäring och fall ingår i utredning.

Risker

Att identifiera, bedöma och analysera risker är en viktig del i arbetet med att förebygga vårdskador. Riskområdena är fall och fallskador, undernäring, med flera.

Fall och fallskador

Fall och fallskador är i särklass den vanligaste skadeorsaken till inläggningar på sjukhus och ger upphov till stora kostnader för samhället och mänskligt lidande.

Den samlade forskningen visar att det fallförebyggande arbetet handlar om att flera åtgärder bör sättas in samtidigt och bör utgå från individens behov. Evidens finns för att fallprevention ger effekt i slutenvården och i äldreomsorgen. Teambaserat, multiprofessionellt och multifaktoriell individanpassad fallprevention kan ge 30–60 procent reduktion av antal fall [25,26]. Det är svårt att föreslå generella åtgärder. Varje verksamhet måste utöver generella riktlinjer anpassa åtgärderna utifrån aktuella patientgrupper och vårdformer.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Nutrition

Patientens nutritionsstatus påverkar hälsan samt utfallet av rehabiliteringen. Undernäring kan till exempel leda till minskad ork och muskelmassa samt försämrad muskelfunktion. Alla patienter ska därför riskbedömas för undernäring. Inom svensk hälso- och sjukvård tillämpas Socialstyrelsens riktlinjer för att bedöma risk för undernäring. Utifrån riktlinjerna bedöms en patient ha risk för undernäring vid en eller fler av följande riskfaktorer:

- lågt BMI
- ofrivillig viktförlust
- ätsvårigheter till exempel aptitlöshet eller tugg- och sväljproblem.

Utredning av nutritionsproblem samt allvarlighetsgrad görs för att bestämma vilka åtgärder som ska sättas in. Vid sväljsvårigheter bör logoped kopplas in. Framgångsrik nutritionsbehandling kräver ett teamarbete där läkare, sjuksköterskor, dietist och även andra professioner inom rehabilitering involveras. Undernäring kan komma att klassas som en vårdskada om adekvata åtgärder för att förhindra den hade kunnat vidtas. En vårdskada kan även uppstå som en konsekvens av undernäring, till exempel fallskador, trycksår och försämrad munhälsa [27].
Vid övervikt, fetma eller ohälsosamma matvanor bör patienten erbjudas kvalificerad rådgivning utifrån ett personcentrerat synsätt [28].

Behandling: Planering och upprättande av individuell rehabiliteringsplan enligt ICF

Rehabiliteringsplanen (se ruta C i åtgärdstabellen) sammanfattar rehabiliteringsteamets, alternativt en enskild medarbetares, bedömning av patientens samlade funktionstillstånd, behov och förutsättningar tillsammans med patientens egen uppfattning om behov, mål och åtgärder [12,13]. Rehabiliteringsplanen kan vara en del av en mer omfattande vårdplan som i en samordnad individuell plan (SIP) som berör flera huvudmän [15]. Patienten kan vid sidan av rehabiliteringsplanen även samtidigt ha en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete.

För många patienter är flera olika professioner, verksamheter och huvudmän involverade och då är rehabiliteringsplanen ett särskilt viktigt verktyg för att samordna rehabiliteringsåtgärderna.

Rehabiliteringsplanen består av:

- utredning/bedömning
- mål
- åtgärder
- uppföljning.

Bedömning

Bedömning utgörs av en sammanfattning av vad som framkommit i *utredningen* av vilket rehabiliteringsbehov som föreligger (beskriven ovan under avsnitt ”Utredning/bedömning av rehabiliteringsbehov, ruta A i åtgärdstabell), och leder fram till en planering. En del i bedömningen är förväntat utfall eller prognos.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Mål

Mål består ofta av ett övergripande huvudmål och flera delmål som formuleras ihop med patient och vid behov närstående. Målen ska vara skrivna utifrån patienten perspektiv, det vill säga vad patienten förväntas uppnå under rehabiliteringsperioden. Teamet och patienten utgår från vad som framkommit i bedömningen och målen ska fånga vilka värden som ska uppnås för patienten.

Åtgärder

Åtgärder inom rehabilitering kan omfatta en mängd olika behandlingar och insatser som kan utföras eller handledas av olika yrkeskategorier, till exempel arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped, läkare, psykolog, sjuksköterska eller undersköterska. Här ingår även det som patienten ska göra på egen hand, alltså egenvård. Vid egenvård kan patienten behöva stöd av exempelvis någon närstående för att genomföra åtgärden.

För åtgärder i rehabiliteringsplanen behöver följande förtydligas:

- *Vad:* Evidensbaserade eller beprövade åtgärder som kan vara en eller flera av medicinsk, psykologisk, pedagogisk, fysisk, kognitiv och social art.
- *Vem/Ansvar:* Rehabiliteringen utförs av patienten tillsammans med personal med rehabiliteringskompetens utifrån hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Det kan handla om åtgärder utförda av ett team eller av en medarbetare som har en rehabiliteringsprofession. Åtgärderna är baserade på patientens individuellt bedömda rehabiliteringsbehov. Parallellt ansvarar patienten själv för att utföra sin egenvård. När flera verksamheter eller huvudmän är involverade krävs att ansvarig för samordning av processen utses och det kan variera utifrån patientens individuella behov.
- *När/Tidsplan:* Rehabiliteringsåtgärder är alltid tidsbegränsade och styrs av de uppsatta målen i rehabiliteringsplanen.

Uppföljning av rehabiliteringsplanen görs kontinuerligt under rehabiliteringsprocessen.

Behandling: åtgärder genomförs enligt rehabiliteringsplan

Behandlingen kan innefatta tre huvudsakliga komponenter (se ruta D i åtgärdstabellen) [12]:

- eliminera eller minska
- träna
- kompensera.

Utifrån de mål som satts upp väljer de olika behandlarna tillsammans med patienten och dennes närstående lämpliga åtgärder för att nå målet. Den eliminerande eller minskande åtgärden kan vara riktad mot olika funktionsnedsättningar till exempel smärta, spasticitet, fatigue/hjärntrötthet eller miljöhinder, exempelvis en tröskel i bostaden som hindrar förflyttning.

De tränande åtgärderna inriktas på både olika kroppsfunktioner samt aktivitet och delaktivitet i vardagen. Målet med olika tränande åtgärder är inte bara att förbättra utan även att bibehålla funktioner, aktivitet och delaktighet. Därutöver kan patienter behöva kompensatoriska åtgärder i

form av hjälpmedel och andra medicintekniska produkter för att underlätta deras vardag eller lära sig kompensatoriska strategier för att klara en vardagsaktivitet.

I rehabiliteringsplanen kan det även ingå åtgärder kopplade till sjukskrivningsprocessen som koordineringsinsatser och kontakt med arbetsplatsen och Försäkringskassan vid behov.

I behandlingen ingår att patienten och närstående får kunskap om sitt hälsotillstånd eller funktionsnedsättning förmedlad från teamet men även från andra patienter med likartade tillstånd. Det kan bidra till att stärka patientens, och närståendes, förmåga att fortsatt leva med aktuellt hälsotillstånd utifrån nya förutsättningar [29,30].

Uppföljning/utvärdering: uppföljning av rehabiliteringsplanen

Uppföljningen (se ruta E, F, G i åtgärdstabellen) innebär en utvärdering av utfallet av rehabiliteringsåtgärderna och en ny bedömning av aktuellt funktionstillstånd. Det utgör grunden för att kunna avgöra om målen har uppnåtts. Utvärdering är en noggrann genomlysning och efterhandsbedömning av rehabiliteringen vid en viss tidpunkt.

Uppföljning av rehabiliteringsplanen görs kontinuerligt under rehabiliteringsprocessen. Man ställer sig frågor om målsättningen fortsatt gäller, om planerade åtgärder genomförs, eventuella behov av att revidera planen och behov av att vidta ytterligare åtgärder.

Uppföljningen av förmåga till arbete eller annan sysselsättning omfattar även en prognos om eventuellt behov av omställning till annat arbete där samverkan mellan hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan samt även kommunens socialtjänst kan vara aktuellt.

Information och dialog om avslut och fortsatt planering

Utvärderingen av rehabiliteringsplanen med dess mål och åtgärder inkluderar även information och dialog om avslut och fortsatt planering (se ruta H i åtgärdstabellen).

Fortsatt planering och samordning behövs för att kunna bibehålla funktionstillståndet efter en rehabiliteringsperiod. Det är åtgärder utanför hälso- och sjukvården till exempel friskvård och kontakt med patientföreningar. Syftet är att stödja och skapa förutsättningar för att kunna ta ansvar utifrån egna förutsättningar, förmågor och möjligheter för ett så självständigt och aktivt liv som möjligt.

I samband med avslut av rehabiliteringsprocessen kommer man överens om eventuell uppföljning samt vart patienten kan vända sig med sina frågor eller vid behov av ny bedömning.

Egenvård

I den generiska modellen används begreppet egenvård utifrån den definition som WHO har formulerat. Egenvård definieras som förmågan hos individer, familjer och samhällen att:

- främja hälsa och förebygga sjukdom
- bibehålla hälsa, hantera sjukdom och funktionsnedsättning

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Av definitionen framgår vidare att egenvården kan utföras med eller utan stöd från hälso- och sjukvårdens personal [31]. Det är inte givet att alla vårdprocesser ska använda denna definition.

Ett nationellt arbete om egenvård resulterade i ny lag, 2022:12:50 lagen om egenvård, som trädde i kraft januari 2023. ”Egenvård är när patienten själv, eller med hjälp av någon annan, utför hälso- och sjukvårdsåtgärder utanför hälso- och sjukvården. Det kan till exempel vara att själv ta ett ordinerat läkemedel eller att göra övningar som har rekommenderats av en fysioterapeut.” [32].

I rehabiliteringsplanen ingår egenvård som patienten ska utföra dels under pågående rehabiliteringsprocess, dels efter att den är avslutad. Av dokumenterad överenskommelse ska framgå vart i hälso- och sjukvården patienten kan vända sig för att få stöd i egenvården.

Egenvården kan utgöras av enkla åtgärder men kan också vara relativt komplicerade som för patienter med mer omfattande funktionsnedsättningar. Patienten kan då behöva hjälp av närstående, personlig assistent eller annan person för att utföra egenvården.

Hälsofrämjande åtgärder

Hälsofrämjande åtgärd definieras i Socialstyrelsens termbank som en åtgärd för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande [33]. Avsikten är att stärka människors resurser, möjlighet till delaktighet och tilltro till den egna förmågan. Hälsofrämjande åtgärder kan genomföras i alla delar av hälso- och sjukvården, från prevention till behandling och rehabilitering samt i form av egenvård. Ett hälsofrämjande förhållningssätt är också centralt för att främja goda levnadsvanor.

Levnadsvanor

Patienters levnadsvanor har betydelse för en rad sjukdomstillstånd, både som bidragande faktorer till insjuknande och som påverkan av sjukdomsförloppet. De *Nationella riktlinjerna för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor* fokuserar på tobaksvanor, riskbruk av alkohol, fysisk inaktivitet och ohälsosamma matvanor [28]. Även om det i det enskilda fallet är svårt att med precision ange samband mellan individuellt hälsoproblem och individens levnadsvanor, är utgångspunkten att hälso- och sjukvården har ansvar för att vid klinisk bedömning också väga in levnadsvanornas möjliga roll. Därmed kan åtgärder för att förbättra levnadsvanor ingå i rehabiliteringsplanen.

Teambaserat arbetssätt

Det multiprofessionella teamet med olika kompetenser som arbetar integrerat i nära samverkan med patienten har oftast de bästa möjligheterna att bidra till att uppnå målen i rehabiliteringsplanen [12]. Sammansättningen av teamet ska anpassas efter patientens behov.

I ett välfungerande team med tydliga roller och ansvar utvecklar medlemmarna kännedom om varandras kompetenser och kan därför initiera att relevanta professioner involveras utifrån patientens behov.

Dialog inom teamet, men även tillsammans med patient och närstående, är en förutsättning för en rehabiliteringsprocess som uppnår målen.

Enligt den generiska modellen är det ofta teamet som är utförare av rehabiliteringsåtgärderna. Beroende på behov av kompetens för utredning och behandling för det aktuella hälsotillståndet kan åtgärderna dock utföras av en enskild profession i stället för av ett team.

Samordning

Övergångar i vårdprocessen mellan olika verksamheter och huvudmän innebär en känd patientsäkerhetsrisk [14]. En samordnad vård och omsorg bidrar till ökad patientsäkerhet och kan innebära att patienten inte behöver upprepa information i onödan. Kontinuitet erbjuds även om den inte alltid är personbunden. Patienten upplever en trygghet i att vård och omsorg ser till helheten samt är i så stor utsträckning som möjligt själv involverad i samordningen [34,35].

Vård- och omsorgsanalys skriver i sin rapport (2017:9) om samordning av vård och omsorg att man uppskattar att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Man konstaterar att det finns brister i samordningen mellan huvudmän [34].

En samordnad individuell plan (SIP) utgör grunden för samordningen av insatser. Definitionen av samordnad individuell plan (Socialstyrelsen termbank):

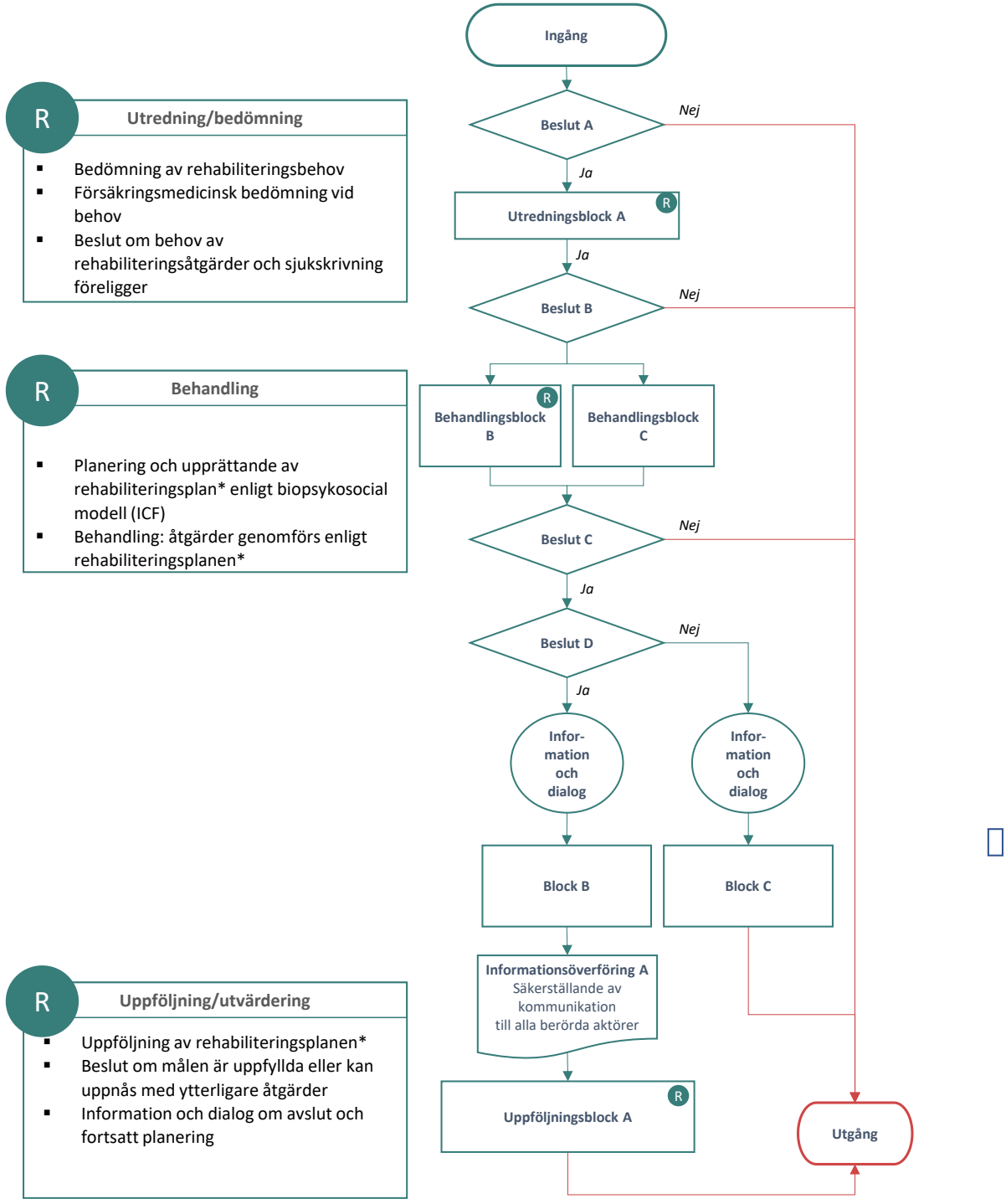
> ”Vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering.”
>
> ”Anmärkning: Den samordnade individuella planen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående och förutsätter samtycke från den enskilde. Även aktiviteter som planeras av andra än huvudmän inom vård och omsorg dokumenteras. Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov. Den samordnade individuella planen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.” [15].

En rehabiliteringsplan ingår oftast som en del i en samordnad individuell plan men den kan också utgöra en fristående plan. Rehabiliteringsplanen kan även innehålla patientens planering för återgång i arbete.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

C Integrering av rehabiliteringsåtgärder i vårdförlopp

I ett fiktivt exempel visas nedan hur åtgärder för rehabilitering och sjukskrivningsrelaterat arbete integreras i ett flödesschema för ett diagnosspecifikt vårdförlopp eller vårdprocess. För att förtydliga har här åtgärdsblock där rehabiliteringsåtgärderna finns med markerats med ett ”R”.



*Planen kan även benämnas sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan om patienten är sjukskriven

Figur 7. Exempel på hur åtgärder för rehabilitering och sjukskrivningsrelaterat arbete integreras i ett flödesschema

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

D Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF

I den generiska modellen används ICF för att beskriva funktionstillstånd, bedöma behov och sätta mål samt kan även användas för att utvärdera resultat av åtgärder [,9,20]. Förutom inom hälso-och sjukvård används ICF inom Försäkringskassan, företagshälsovård och socialtjänst. ICF kan användas för att få struktur i till exempel journaldokumentation och då särskilt i teambaserad dokumentation, intyg och olika typer av planer [36,37]. Den biopsykosociala modellen bidrar till en ökad förståelse av individens funktionstillstånd och vilka fastställda mål som ska uppnås med de planerade åtgärderna. Den teambaserade dokumentationen underlättar också kommunikation med verksamheter utanför teamet [36]. Genom att använda ICF som komplement för att beskriva sjukdomens effekter på funktionstillståndet i hälsoinformationssystem kan planeringen av åtgärder och beskrivningen av hälsa förbättras [38].

Socialstyrelsen använder urval ur ICF inom det Försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) för olika diagnoser. Dessa urval kan användas av läkaren som stöd för att bedöma funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i läkarintyget för sjukskrivning [39]. Urval för den kommunala hälso- och sjukvården har också utvecklats av Socialstyrelsen för att ge stöd i dokumentationen och där informationen sedan kan återanvändas för exempelvis uppföljning och systematiskt kvalitetsarbete på lokal och regional nivå [40].

Om ICF

”Det övergripande målet för klassifikationen är att erbjuda ett samlat och standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd”, [9, s 9][10] enligt WHO.

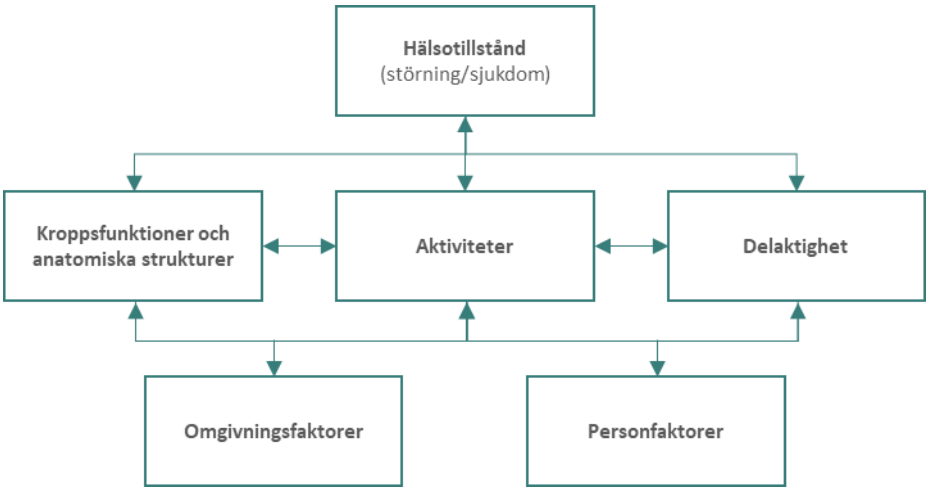
Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) är utvecklad och godkänd av WHO [9,10] (2001) som komplement till WHO:s International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), där den svenska versionen heter Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE).

Information om funktionstillstånd som komplement till diagnos ger en bredare och mer meningsfull bild av personers/människors och befolkningsgruppers hälsa [9,10]. WHO uppmanar medlemsländerna att använda ICF, som översattes till svenska av Socialstyrelsen 2003 [9]. Socialstyrelsen har också översatt en manual för hur man kan använda ICF inom olika områden och är den myndighet som ansvarar för ärenden om klassifikationer. ICF utvecklades för vuxna men täcker sedan år 2007 alla åldrar, dvs. även barn och unga [11].

ICF ska:

- erbjuda grund för ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd
- möjliggöra jämförelser av data mellan länder, mellan olika delar av verksamheter samt över tid
- ge vetenskaplig grund för att förstå och studera hälsa och hälsorelaterade tillstånd, dess konsekvenser och bestämningsfaktorer
- erbjuda ett systematiskt kodschema för hälsoinformationssystem

ICF utgår från den biopsykosociala modellen och består av de två delarna, funktionstillstånd och kontextuella faktorer, med vardera två komponenter. Den första delen, funktionstillstånd, innefattar komponenterna kroppsfunktioner (b) och anatomiska strukturer (s), samt aktiviteter och delaktighet (d). Den andra delen, kontextuella faktorer, innefattar komponenterna omgivningsfaktorer (e) och personliga faktorer [9,10].



Figur 8. ICF-modellen med de olika komponenterna och interaktionen mellan dessa

ICF:s olika komponenter

ICF omfattar alla aspekter av en människas hälsa och är uppdelade i olika kapitel (domäner) för respektive komponent.

Kroppskomponenten

Kroppskomponenten innefattar kroppens funktion (åtta kapitel) och kroppens anatomiska struktur (åtta kapitel). Kroppsfunktioner omfattar fysiologiska och psykologiska funktioner i kroppen och kroppsstrukturer avser anatomiska delar av kroppen [12]:

Kroppsfunktioner	Kroppsstrukturer
Psykiska funktioner	Strukturer i nervsystemet
Sinnesfunktioner och smärta	Ögat, örat och relaterade strukturer
Röst- och talfunktioner	Strukturer involverade i röst och tal
Hjärt- och kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner	Relaterade strukturer i systemet
Matsmältning- och ämnesomsättnings-funktioner samt endokrina funktioner	Strukturer som sammanhänger i systemet
Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	Strukturer som sammanhänger i systemet
Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner	Strukturer som sammanhänger med rörelse
Funktioner i huden och därmed relaterade strukturer	Hud och därmed sammanhängande strukturer

Aktivitets- och delaktighetskomponenten

Aktivitets- och delaktighetskomponenten omfattar olika aspekter av funktionstillståndet ur ett individuellt och socialt pespektiv (nio kapitel) [12]:

- lärande och att tillämpa kunskap
- allmänna uppgifter och krav
- kommunikation
- förflyttning
- personlig vård
- hemliv
- mellanmänskliga interaktioner och relationer
- viktiga livsområden
- samhällsgemenskap, socialt och medborgeligt liv

Aktivitet motsvarar en persons genomförande av en uppgift eller handling. Delaktighet motsvarar engagemang i en livssituation.

Omgivningsfaktorerna

Omgivningsfaktorerna inom de kontextuella faktorerna innefattar allt från personens närmaste omgivning till den allmänna omgivningen. Enligt ICF är hjälpmedel en omgivningsfaktor under kapitlet produkter och teknik. De fem kapitlen är [12]:

- produkter och teknik
- naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar
- personligt stöd och personliga relationer
- attityder
- service, tjänster, system och policies.

Personliga faktorerna

De personliga faktorerna har stor betydelse i rehabiliteringsprocessen men klassificeras inte i ICF beroende på de stora sociala och kulturella variationer som förekommer [12].

Funktionstillstånd och kontextuella faktorer

Funktionstillstånd är den positiva termen för kroppsliga funktioner och strukturer, aktivitet och delaktighet. När ett hälsotillstånd förändras eller om kraven i omgivningen blir för stora kan personen uppfatta ett funktionshinder. Funktionshinder är den negativa termen och innefattar en funktionsnedsättning eller strukturavvikelse, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning [11,12].

Följande beskrivning kan göras av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning i relation till omgivnings- och personfaktorer [11];

Funktionstillstånd

Samtliga perspektiv i patientens livssituation beaktas: kommunikation, förflyttning, personlig vård, hushållssysslor, boende, relationer med andra, utbildning, arbete, fritid och samhällsgemenskap. Kan kompletteras med bedömningsinstrument eller skattningsskalor.

Beskrivs under rubrikerna:

- *Funktionsnedsättning*
  Symtom och undersökningsfynd.

- *Aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning*
  Det som patienten har svårt att utföra och om delaktighet är inskränkt. Vilka svårigheter som uppstår i det dagliga livet eller påverkar hälsotillstånd.

Kontextuella faktorer

- *Omgivningsfaktorer*
  Utgör den fysiska, sociala och attitydmässiga miljön i vilken människor lever, som kan ha positiv eller negativ påverkan på kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktivitet och delaktighet.
  Omgivningsfaktorerna kan graderas som *resurser (främjande) eller hindrande.*

- *Personfaktorer*
  Utgörs av personliga egenskaper bland annat kön, ålder, livsstil, vanor, uppfostran, copingstrategier, social bakgrund, utbildning, yrke, allmänna beteendemönster och karaktär, individuella psykologiska tillgångar och egenskaper, som tillsammans eller var och en kan påverka en persons funktionstillstånd.

Gradering enligt ICF

ICF har en generisk skala för att bedöma funktionsnedsättning, strukturavvikelse, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och om omgivningsfaktorer är hindrande eller stödjande [9,10,11];
0 inget problem (inget, obetydligt…)
1 lätt problem (litet, lågt…)
2 måttligt problem (medel, ganska stort…)
3 stort problem (gravt, svårt…)
4 totalt problem (fullständigt…)

Standardurval

För att underlätta användning av ICF har så kallade standardurval (eng. *core sets*) tagits fram för olika sjukdomstillstånd eller situationer. Urvalen består av ICF-kategorier för att praktiskt dokumentera individens funktionstillstånd. Urvalen finns tillgängliga i den svenska versionen av ICF [11].
Det finns ett framtaget urval för rehabilitering (Rehabilitation Set) som består av 30 ICF-kategorier [41,42].

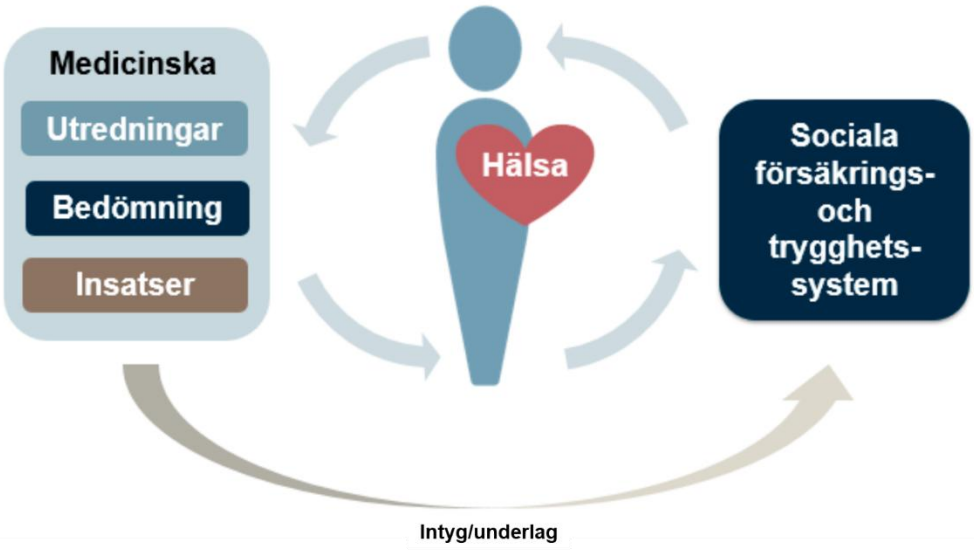
Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

E Försäkringsmedicin

Försäkringsmedicin är ett kunskapsfält där konsekvenser av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning möter försäkringssystem. Försäkringsmedicinska och rehabiliterande insatser går hand i hand. Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF) formulerade 2017 denna definition av försäkringsmedicin:
”Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplade till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen. Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem.” [43].

Utöver sjukpenning kan även andra försäkringsförmåner och relaterade bedömningar vara aktuella inom ramen för rehabiliteringsprocessen.

I Socialstyrelsens utvecklingsplan för försäkringsmedicin återfinns en visualisering av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete:



Figur 9. Visualisering av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete

Av den kompletterande texten framgår:
”Hälso- och sjukvårdens arbete och insatser syftar till att påverka individens hälso- och funktionstillstånd (förmågor m.m.) i positiv riktning. Individens hälso- och funktionstillstånd och hälso- och sjukvårdens insatser påverkar behovet och rätten till förmåner från försäkringssystemet. Intyg och medicinska underlag ligger även till grund för besluten om förmåner” [44].

Utgångspunkter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd om sjukskrivning och rehabilitering beskrivs hälso- och sjukvårdens process för arbetet med sjukskrivning och relaterad rehabilitering i tre delar: Försäkringsmedicinsk bedömning, sjukskrivning och rehabilitering samt uppföljning. Läs vidare i

Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering (5) samt ta stöd av Socialstyrelsens beslutsstöd (6).

- .

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan

Planeringen för sjukskrivning och rehabilitering ska alltid dokumenteras. Den läkare som är behandlingsansvarig har huvudansvaret för att en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan upprättas, uppdateras och följs upp kontinuerligt. Planen innehåller utöver det som beskrivs för rehabiliteringsplan även planering för sjukskrivning, grad och längd samt planering för uppföljning av sjukskrivning som en del i patientens behandlings- och rehabiliteringsåtgärder. Planen innehåller även förslag på lämplig arbetsanpassning samt överenskommelse om vad patienten själv förväntas göra och vid behov planering av koordineringsinsatser [5].

Koordineringsinsatser

En del i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är att, efter behov, ge stöd till patienten, samordna hälso- och sjukvårdens insatser (rehabiliteringsplan) samt samverka med andra berörda aktörer, till exempel arbetsgivaren, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller kommunen.

Sedan 1 februari 2020 gäller Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, som föreskriver att regionen ska erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång i arbete eller inträde i arbetslivet. Av lagen framgår att koordineringsinsatser ska ges efter behov inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer. Insatserna ska bara ges om patienten samtycker till det och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten [8].

F Klassifikation av vårdåtgärder – KVÅ-koder

Hälso- och sjukvården bygger i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna. Det innebär att beskrivningen av vården omfattar åtgärder som utförs av de olika professionerna. Socialstyrelsens *Klassifikation av vårdåtgärder* (KVÅ) är den första svenska åtgärdsklassifikationen som har denna ambition.

KVÅ omfattar både kirurgiska åtgärder, som baserats på en gemensam nordisk kirurgisk åtgärdsklassifikation, och en svensk klassifikation av medicinska åtgärder. KVÅ används för bland annat inrapportering till nationella hälsodataregister såsom patientregistret och registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Uppgiftsskyldigheten till dessa register regleras i Socialstyrelsens föreskrifter [45, 46]. KVÅ används även för rapportering till kvalitetsregister.

Socialstyrelsen har tillsammans med de olika professionsförbunden utvecklat åtgärdskoder i KVÅ baserade på ICF-strukturen. Dessa åtgärder återfinns i *Klassifikation av vårdåtgärder* (KVÅ) i två kapitel (P och Q) sedan 2008 och beskriver verksamheten inom arbetsterapi, fysioterapi och omvårdnad mer heltäckande än vad övriga, mer specifika, åtgärdskoder i KVÅ gör. Inom kommunal hälso- och sjukvård har urval ur KVÅ tagits fram tillsammans med professionerna i

verksamheten, som stöd i dokumentationen och för inrapporteringen till Socialstyrelsens register från och med 2019 [20,46].

KVÅ-koder för uppföljning

Nedan följer en sammanställning av användbara och föreslagna KVÅ-koder för uppföljning av rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete. Koderna finns framtagna och beskrivna av Socialstyrelsen, Hälsorelaterade klassifikationer - Socialstyrelsen [22]. Det kan bli aktuellt att framöver föra in ytterligare koder i den generiska modellen men i dagsläget görs en begränsning till de KVÅ-koder och indikatorer som anges under avsnitt 2.2:

- AW020 Upprättande av rehabiliteringsplan
- AW024 Uppföljning av rehabiliteringsplan
- AW027 Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan
- AW035 Avslutande av rehabiliteringsplan (uppföljning och avslutande av rehabiliteringsplan)
- DV077 Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning

För fördjupad uppföljning rekommenderas även KVÅ-koder för åtgärder listade i rehabiliteringsplanen samt för uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan:

- AW030 Genomfört åtgärdspaket enligt rehabiliteringsplan inom sluten vård
- AW031 Genomförd rehabilitering enligt rehabiliteringsplan inom öppen vård
- AW026 Uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
- AW029 Uppföljning och revidering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning
- GC001 Koordineringsinsatser för att främja återgång eller inträde i arbetslivet
- AU124 Upprättande av samordnad individuell plan (SIP)
- AW010 Uppföljning av samordnad individuell plan (SIP)

G Konsekvenser att beakta

Vårdinformationssystemen

En generisk modell för rehabilitering kan underlätta och bidra till en likvärdig och strukturerad dokumentation. Den behöver kunna integreras i vårdinformationssystemen och utmaningen är då att vårdgivarna har olika system. Adekvata IT-stöd är en förutsättning för att få informationsöverföring att fungera mellan verksamheter och huvudmän. Den struktur som den generiska modellen erbjuder kan vara ett stöd vid upphandling av sådana system.

Uppföljning

Indikatorer som fångar åtgärder inom området rehabilitering på en övergripande och nationell nivå saknas. Det finns således en brist på data som belyser rehabiliteringsbehov som inte är kopplade till enbart en diagnos. Däremot finns det kvalitetsregister för diagnosspecifika tillstånd som innehåller indikatorer för rehabilitering.

Arbetet med den generiska modellen för rehabilitering har gett en möjlighet att initiera en utveckling av indikatorer för uppföljning och analys på nationell och övergripande nivå. För att förverkliga detta kommer regionernas vårdinformationssystem behöva användas för datafångst och modell för datainsamling behöver fastställas.

Kompetensutveckling och kompetensförsörjning

Rehabiliteringsavsnitten i vårdförloppen för olika hälsotillstånd kommer sannolikt att leda till ett ökat behov av kompetensutveckling. Behov kan finnas hos professioner på alla vårdnivåer såväl inom regional som kommunal hälso- och sjukvård. Beroende på medarbetares kunskaper inom ICF, rehabiliteringsplan, teambaserat arbetssätt, samordning och försäkringsmedicin kan olika utbildningsinsatser bli nödvändiga.

Utredningen God och nära vård lyfter att teamarbetet inom primärvården behöver förstärkas [47]. På sina håll saknas en del professioner och kompetenser på primärvårdsnivån vilket kan försvåra teamarbetet. Team kan innehålla medarbetare från olika verksamheter och huvudmän men det kan ändå vara en utmaning för primärvården att etablera multiprofessionella team i tillräcklig omfattning.

Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN