

Dnr Försäkringskassan: 003074-2018

Dnr Socialstyrelsen: 3.5-6912/2018

Regeringskansliet
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården (S2017/03739/SF, S2018/00530/SF)

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. Myndigheterna ska senast den 30 juni lämna en slutredovisning av uppdraget till regeringen.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen överlämnar härmed *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården – Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektören Nils Öberg, Försäkringskassan, och av ställföreträdande generaldirektören Urban Lindberg, Socialstyrelsen. I den slutliga handläggningen har avdelningsdirektören Ulrika Havossar, Försäkringskassan, och avdelningschefen Thomas Lindén, Socialstyrelsen, samt verksamhetsområdeschefen Per-Arne Dahlberg, Försäkringskassan, och enhetschefen Anders Fejer, Socialstyrelsen, deltagit. Utredarna Anna Martinmäki, Försäkringskassan, och Anders Dahlqvist, Socialstyrelsen, har varit föredragande.

Datum

Datum

Nils Öberg
Generaldirektör
Försäkringskassan

Urban Lindberg
Ställföreträdande generaldirektör
Socialstyrelsen

Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Ställningstaganden och åtgärder för
en mer ändamålsenlig sjukskrivnings-
och rehabiliteringsprocess



Försäkringskassan



Socialstyrelsen

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

Publikationen finns som pdf på Försäkringskassans och Socialstyrelsens webbplatser.
Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-6-6213 (Socialstyrelsen)

Publicerad www.forsakringskassan.se, juni 2019
www.socialstyrelsen.se, juni 2019

Förord

Senare års utveckling av frågor rörande sjukfrånvaro, med en ökande andel sjukskrivningar grundade i psykisk ohälsa och att hälso- och sjukvården upplever ett ökat tryck gällande krav på information i de läkarintyg som utfärdas, är utmanande för kvaliteten i sjukskrivnings- och rehabiliterings-processen. Försäkringskassan och Socialstyrelsen är två myndigheter som utifrån olika utgångspunkter och roller bär en stor del av ansvaret för att den kvaliteten över tid, och med följsamhet till förändrade förutsättningar, säkras.

Föreliggande rapport är myndigheternas svar på det regeringsuppdrag som myndigheterna gemensamt fick för cirka ett och ett halvt år sedan (1).

Svaret avges i två delar. En del som redovisar resultaten från de analyser som genomförts inom ramen för uppdraget och en del som anger de verksamhetsrelaterade slutsatser dessa ger stöd för. Analyserna utgår ifrån fyra olika delstudier och redovisas i det bilagda kunskapsunderlaget.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen anger i myndigheternas gemensamma svar på regeringsuppdraget ett antal konkreta åtgärder som de två myndigheterna i samverkan med andra berörda aktörer – främst företrädare för hälso- och sjukvården – avser att i relativ närtid genomföra.

I rapporten uttrycks också en rad ställningstaganden som i vissa fall omfattar mer långsiktiga ambitioner som kan kräva engagemang över en något längre tidshorisont. Försäkringskassan och Socialstyrelsen delar uppfattningen att frågor som handlar om kvalitet i sjukskrivningsprocessen måste ses som ett pågående arbete där kvaliteten hela tiden behöver bevakas och utvecklas. I rapporten pekar myndigheterna också på att det finns avgörande frågor exempelvis kring sjukförsäkringens rättsliga förutsättningar och aktörers olika ansvar som behöver utredas och diskuteras på en bredare samhällsnivå.

Nils Öberg
Generaldirektör Försäkringskassan

Olivia Wigzell
Generaldirektör Socialstyrelsen

Innehåll

Förord.....	4
Sammanfattning.....	8
Inledning	10
Arbetet med uppdraget	11
Rapportens disposition	12
Bakgrund och sammanhang.....	14
Utvecklingen sedan 2010	15
Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen	16
Resultaten från Socialstyrelsens och Försäkringskassans analys	17
Sammanfattande reflektioner	24
Ställningstaganden och åtgärder	26
Utvecklingsområde: Samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag.....	27
Utvecklingsområde: Försäkringsmedicinskt beslutstöd och dess användande	32
Utvecklingsområde: Strukturer och arbetsformer för dialog	36
Diskussion.....	39
Referenser	44

Sammanfattning

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har av regeringen fått i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras. Bakgrunden är bland annat en ökning av sjukfrånvaron mellan 2010 och 2017 och att hälso- och sjukvården upplever ett ökat tryck vad gäller krav på information i läkarintyg.

Myndigheterna har genomfört fyra delstudier som både bekräftar och nyanserar tidigare känd kunskap. Andelen begäranden om kompletterande information har inte ökat sedan 2010 även om antalet gjort det. Ökningen gäller i stor utsträckning psykisk ohälsa och en slutsats är att hantering av försäkringsmedicinsk information för dessa tillstånd ställer särskilt stora krav på båda aktörerna. Bedömningen är att Försäkringskassan generellt efterfrågar adekvat information, men att behovet av vissa kompletteringar, med olika åtgärder, bedöms kunna minskas. Försäkringskassan och Socialstyrelsen gör vidare bedömningen att ökad tydlighet gällande aktörernas roller och försäkringens förutsättningar bör kunna minska ansträngningen aktörerna emellan.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen formulerade utifrån delstudierna (se bifogat kunskapsunderlag) och diskussioner med samrådsgruppen ett antal gemensamma iakttagelser för vidare analys och ställningstaganden. Dessa iakttagelser berörde 1) Försäkringskassans begäran om kompletteringar och t.ex. vad som utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv är tillräckligt god kvalitet i ett läkarintyg för sjukskrivning, samt hur Försäkringskassans behov av information förändras utifrån rehabiliteringskedjans tidsgränser, 2) utvecklingsbehovet för det försäkringsmedicinska beslutsstödet i syfte att stödja dialogen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, inte minst vad gäller skillnader mellan sjukskrivningstider och rekommendationerna i beslutsstödet, samt 3) behovet av en gemensam strategi kring sjukskrivning där också det gemensamma ansvaret mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan att göra väl avvägda bedömningar av behovet av sjukskrivning förtydligas.

De utvecklingsområden, ställningstaganden och åtgärder som myndigheterna redovisar i detta svar har sin grund i dessa iakttagelser och några exempel på åtgärderna är:

- Försäkringskassan ska, både internt och externt, förtydliga vilken information som normalt behövs för bedömning av rätt till sjukpenning och varför. I detta ingår bland annat att kompletterande uppgifter bara ska efterfrågas om det är troligt att sådan finns och att de spelar roll för bedömningen som ska göras, samt att läkares bedömning av arbetsförmåga i relation till normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden inte ska efterfrågas. Begäran om komplettering ska vidare uttryckas på ett mer ändamålsenligt sätt.
- Socialstyrelsen ska i samråd med Försäkringskassan ta fram en utvecklingsplan för det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Beslutsstödet ska utvecklas i syfte att ge stöd i de bedömningar som upplevs som svåra, utgå

ifrån målgruppens behov och utgå ifrån bästa möjliga kunskap. Beslutsstö-
dets övergripande principer bör ge bättre stöd gällande god kvalitet i för-
säkringsmedicinska underlag¹ och bedömningar och tydligare beskriva de
olika parternas roller i arbetsförmågebedömningen. Socialstyrelsen ska
även främja att ett gemensamt språkbruk och en gemensam terminologi
etableras och används.

- Båda myndigheterna, men framförallt Försäkringskassan, behöver tillsam-
mans med företrädare för hälso- och sjukvården utveckla, etablera
och utvärdera principer gällande samverkan och samarbete på olika nivåer.
Syftet är att ge nationell vägledning bland annat gällande vilka frågor
som ska avhandlas på vilken nivå, men kunna anpassas till lokala för-ut-
sättningar.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen vill betona att i en majoritet av de
cirka 600 000 sjukfall som årligen hanteras inom sjukförsäkringen fungerar
samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården väl. Det här
uppdraget har fokus på de fall där samarbetet inte fungerar optimalt.

Myndigheterna konstaterar att en ändamålsenlig sjukskrivnings- och reha-
biliteringsprocess omfattar aspekter utöver frågor relaterade till uppgifter i lä-
karintyget och Försäkringskassans utredningsskyldighet. Många av de åtgär-
der som myndigheterna redovisar i denna rapport fokuserar i första hand på
dessa frågor, men myndigheterna redovisar även åtgärder för att skapa bättre
samarbetsformer. Dessa förväntas stärka dialogen mellan hälso- och sjukvår-
den och Försäkringskassan. Myndigheterna är även överens om att ytterligare
steg i riktning mot en ändamålsenlig, rättssäker och effektiv sjukskrivnings-
och rehabiliteringsprocess går att ta, men att dessa steg är mer långsiktiga
och att vissa av dem kan kräva en bredare samhällsdiskussion exempelvis om
aktörernas olika ansvar, sjukförsäkringens samhällsroll, juridiska gränser och
administrativa förutsättningar².

¹ För just den här åtgärden är samråd/samverkan särskilt viktigt. Frågor om god kvalitet i intyg måste besvaras med
utgångspunkt i vilka uppgifter som behövs vid prövning av rätt till sjukpenning.

² Försäkringskassan tar årligen emot närmare två miljoner läkarintyg som rör sjukpenning utfärdade i hälso- och sjuk-
vården. En dryg halv miljon av ärendena passerar arbetsgivarperiodens 14 dagar. Att med effektivitet och förväntat
tempo hantera sådana volymer förutsätter att administrativa aspekter finns med i alla överväganden som görs.

Inledning

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras (1). I uppdraget ingår att skapa samsyn om parternas förutsättningar vad gäller kompetens samt möjligheter och mål inom gällande lagstiftning. Försäkringskassans behov av medicinska underlag respektive hälso- och sjukvårdens faktiska förutsättningar att leverera sådana underlag ska belysas. Uppdraget innefattar även en analys av följsamheten till Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (2), och hur det kan utvecklas för att bidra till en bättre kommunikation mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Myndigheterna vill inledningsvis betona att i de flesta ärenden som hanteras inom sjukförsäkringen fungerar samarbetet mellan hälso- och sjukvården väl, vilket på inget sätt minskar betydelsen och värdet av att uppmärksamma delar av samarbetet som inte gör det.

Bakgrunden till uppdraget står bland annat att finna i den utveckling av sjukfrånvaron och de förändringar i Försäkringskassans arbete med att administrera sjukförsäkringen som skett under det senaste decenniet. Den ökning av sjukfrånvaron, i första hand med psykisk ohälsa som grund, som inleddes 2010/2011, ledde bland annat till att regeringen formulerade mål för sjukfrånvarons nivå och till att Försäkringskassan fick ökade resurser för att stärka myndighetens arbete med att handlägga sjukförsäkringsärenden (3). En följd av detta är bland annat att fler sjukfall nu avslutas inom det första året av sjukskrivning än tidigare (4). Ytterligare ett resultat av den stärkta handläggningen är att frågor kring vad som kan bedömas vara adekvata underlag för att med kvalitet kunna göra bedömningar har fått ökad aktualitet³. Hälso- och sjukvården har under den angivna perioden upplevt ett ökat tryck från Försäkringskassan i form av begäran på komplettering av information i läkarintyg (5).

Som en följd av detta gav regeringen år 2017 Försäkringskassan i uppdrag att kartlägga omfattningen av begärda kompletteringar av inlämnade läkarintyg (6). Försäkringskassan redovisade i sitt svar att andelen kompletteringar inte ökat nämnvärt men att antalet gjort det i takt med ett ökat antal inlämnade läkarintyg.⁴ Riksrevisionen konstaterade i en senare rapport att det för diagnosområdet psykisk ohälsa skett en kraftig ökning av andelen begärda kompletteringar samtidigt som man antyder att Försäkringskassans utredningsskyldighet skulle kunna motivera ännu fler kompletteringar (8). I det

³ Ett starkt bidragande skäl till detta är det ökande inslaget av psykisk ohälsa som grund för sjukskrivningar.

⁴ Försäkringskassan begär in kompletteringar för 9,7 procent av inkomna läkarintyg. Motsvarande andel 2011 var 9,3 procent och 2012 var den 7,2 procent. Det innebär att det har skett en liten och statistiskt säkerställd ökning sedan den senaste granskningen 2012 men att andelen kompletteringar är tillbaka på nivån den var 2011. Sedan 2011 har antalet sjukfall ökat med närmare 80 procent. Som en konsekvens av detta har också antalet läkarintyg ökat. I jämförelse med samma period 2010/2011 (1 juni till 31 maj) har antalet utfärdade läkarintyg ökat med runt 57 procent. Med hänsyn tagen till andelen kompletteringar 2010/11 och 2016/17 innebär detta att antalet kompletteringar har ökat med drygt 60 procent (7).

uppdrag som nu slutredovisas ingår att i detalj analysera det faktiska behovet av kompletteringar och eventuell förekomst av omotiverade sådana.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan har som en del av arbetet med regeringsuppdraget tagit fram ett kunskapsunderlag (se bifogat kunskapsunderlag, Socialförsäkringsrapport 2019:3) som svarar på flera av uppdragets frågor. Med utgångspunkt i underlaget, annan relevant och dokumenterad kunskap, samt utifrån en dialog mellan berörda aktörer, redovisas i den här slutrapporten de två myndigheternas samsyn rörande vad som längs olika tidshorisoner kan och bör göras för att stärka samarbetsformer och dialog. Det betyder bland annat att definiera möjliga och avgränsade insatser i relativ närtid, men också att presentera möjliga långsiktiga utvecklingslinjer.

Förslagen diskuteras i relation till det sammanhang i vilken dialogen sker. Detta med syfte att beakta så mycket som möjligt av den befintliga kunskapen som finns och att bidra till en vidgad förståelse av problemområdets djup och komplexitet. Det är angeläget att Försäkringskassan och hälso- och sjukvården åstadkommer de förflyttningar som de två aktörerna har mandat, kompetens, och resurser⁵ att genomföra. Det råder samsyn mellan Socialstyrelsen och Försäkringskassan om att detta inte står i motsättning till att samtidigt även adressera förhållanden som kan kräva engagemang från andra aktörer.⁶

Arbetet med uppdraget

Försäkringskassan och Socialstyrelsen ser en logisk följd mellan de två olika regeringsuppdrag myndigheterna fått gällande relationen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården⁷. Det innebär att det första steget i arbetet var att ta fram och redovisa en kvantitativ kartläggning rörande Försäkringskassans begäran om kompletteringar av läkarintyg (7). Analysen som detta resulterade i baseras helt på registerdata och har en deskriptiv karaktär. I det här regeringsuppdraget ställs fördjupande analysfrågor. Dessa analysfrågor har besvarats genom att myndigheterna har genomfört fyra delstudier:

- en aktgranskning med fokus på kompletteringar av information i läkarintyg⁸,
- en registeranalys som bland annat belyser följsamhet till försäkringsmedicinskt beslutsstöd,
- en enkätundersökning som bland annat svarar på frågor om handläggare vid Försäkringskassans syn på försäkringsmedicinskt beslutsstöd och på vilket behov av utveckling som finns.

⁵ Socialstyrelsens arbete med Försäkringsmedicinskt beslutsstöd förutsätter långsiktig finansiering.

⁶ En effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess bygger på att en rad aktörer, inte minst landet arbetsgivare biddrar. I den här rapporten står sjukförsäkringens regler i fokus varför bl.a. det politiska systemet har ett stort ansvar.

⁷ Socialdepartementet, (2017) Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning, S2017/03739/SF, Socialdepartementet (2018) Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, S2018/00530.

⁸ Aktgranskningen omfattade 352 läkarintyg varav 117 avsåg dag 1-90 i sjukfallen. Granskningen genomfördes av verksamhetsutvecklare och försäkringsspecialister på Försäkringskassan.

- diskussioner i fokusgrupper mellan sjukskrivande läkare och Försäkringskassans handläggare där flera av de teman som regeringsuppdraget innehåller behandlats.

Resultatet från delstudierna har sammanställts i det kunskapsunderlag som ligger som en bilaga till detta svar.

Det finns samtidigt en samsyn mellan Försäkringskassan och Socialstyrelsen om att ansatsen i uppdraget primärt handlar om att i samråd med berörda aktörer formulera insatser som kan bidra till en utveckling i önskvärd riktning. I den delredovisning som presenterades i juni 2018 (9) beskrivs kortfattat en del av de initiativ som initierats i relation till regeringsuppdraget. Bland annat har ett arbete för att förbättra det strukturella samarbetet lokalt inletts. Diskussioner har också förts i flera forum, bland annat Nationellt Försäkringsmedicinskt Forum (NFF)⁹. Inom ramen för arbetet med regeringsuppdraget har vidare en samrådsgrupp bestående av representanter för Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Sveriges läkarförbund, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), samt hälso- och sjukvården i tre regioner bildats. Gruppen har dels följt och diskuterat de fördjupade studier som Försäkringskassan och Socialstyrelsen genomfört, dels arbetat med frågeställningar som bedömts vara centrala för att komma vidare i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess med högre kvalitet. En gemensam utgångspunkt har varit att parterna går in i arbetet med öppenhet och en uttalad ambition om att inte låsa sig vid tidigare ställningstaganden. En lång rad teman har väckts. En sammanfattning är att de utmaningar som avtecknas är omfattande och av mångskiftande karaktär. De sträcker sig över så skilda teman som: kunskaps- och statuskillnader mellan professioner i de två systemen, definitioner av vad ett normalt förekommande arbete är, problem kring gränssnittet sjukdom/ohälsa, frågor runt vad ”undersökningsfynd” står för och synen på hur social problematik kan tillåtas spela in. Myndigheterna har utöver detta även haft dialog med patientföreträdare.

Arbetet med samrådsgruppen har tillsammans med arbetet med kunskapsunderlaget mynnat ut i att myndigheterna gemensamt har formulerat de ställningstaganden och åtgärder som myndigheterna i relativ närtid åtar sig i syfte att uppnå en bättre dialog och en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Rapportens disposition

Myndigheternas svar på regeringsuppdraget levereras i formen av denna rapport. Rapportformen är vald för att tydligare kunna koppla myndigheternas åtgärder dels till svaren på de frågor regeringsuppdraget ställer, men dels också till den samlade kunskapen på området. Rapporten består av fyra avsnitt. Efter denna inledning så följer ett bakgrundskapitel där de aktuella frågeställningarna diskuteras utifrån en beskrivning av det sammanhang¹⁰ de växt fram i. I rapportens fjärde kapitel redovisas och diskuteras utveck-

⁹ Forumet är en informell sammanslutning av aktörer med koppling till försäkringsmedicinska frågor.

¹⁰ För en mer genomgripande analys av det sammanhanget hänvisas till SOU 2018:80.

lingsinsatser och åtagande som Socialstyrelsen och Försäkringskassan tillsammans med samrådsgruppen kommit fram till är angelägna och möjliga att satsa på.

I ett avslutande avsnitt diskuteras möjliga utvecklingsinsatser i ett framåt-blickande perspektiv. Socialstyrelsen och Försäkringskassan har samsyn kring utgångspunkterna att det problemområde som regeringsuppdraget adresserar är av avgörande betydelse för kvaliteten i sjukskrivningsprocessen och att de frågeställningar som området rymmer har både historiska och dagsaktuella dimensioner. Myndigheterna vill därför framhålla långsiktighet som en central faktor. Frågor som rör kompetens och arbetsätt är exempelvis ofta relaterade till faktorer som personalomsättning och organisationsförändringar. Förutsättningarna ändras vidare i takt med att samhället, ohälsoparamat och rättspraxis förändras. Sjukförsäkringen innehåller grundläggande utmaningar som kan kräva utvecklandet av metodstöd som kan ta lång tid att utveckla, kvalitetssäkra och implementera.

Bakgrund och sammanhang

Samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården tar form i ett sammanhang¹¹. Det sammanhanget är komplext och omfattar delar som varierar från tid till annan tillsammans med delar som är mer beständiga över tid. Bland de föränderliga inslagen finns bland annat sådant som om sjukfrånvaron är inne i en ökande eller minskande trend, karaktären på det aktuella diagnospanoramats och de politiska styrsignaler som för stunden råder. Hit hör också förhållanden som handlar om teknisk utveckling, personalfrågor, utveckling av organisations- och produktionsformer, med mera. Bland de komponenter som inte lika snabbt växlar skepnad återfinns bland annat hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans väsentligt skilda samhällsuppdrag, en lagstiftning som förutsätter tolkningar och definitioner i flera led¹², samt en naturligt inbyggd spänning mellan samhällets ambitioner om att ge maximal trygghet samtidigt som samhällets kollektiva resurser ska användas effektivt och långsiktigt hållbart.

Uppdraget att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen kan inte meningsfullt hanteras utan att komplexiteten i det större sammanhanget beaktas. Frågor relaterade till Försäkringskassans krav på komplettering av läkarintyg berör exempelvis så skilda saker som antalet nyanställda handläggare och tillgången på användbara stödstrukturer. Hälso- och sjukvårdens resursmässiga förutsättningar att utöva försäkringsmedicinsk kompetens med hög kvalitet beror på saker som tillgång på läkare, utveckling av diagnostik och behandling, sjukskrivande läkares förutsättningar kopplade till juridiska och kunskapsmässiga förutsättningar, lokala ledningsstrukturer och lokala resursmässiga förutsättningar. Försäkringskassan och Socialstyrelsen utgår ifrån att det finns en generell förståelse för att de många och stora utmaningar som skapandet av en framgångsrik sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess innebär inte kan reduceras till ett antal avgränsade åtgärder.

Myndigheterna är överens om att det ofta är genom stegvis utveckling som förändring kommer till stånd: i väl avgränsade steg, genomförda med kvalitet och noggrannhet, och med en tydlig ambition om att utvärdera, kvalitetssäkra och förankra de framsteg som gjorts. En central komponent i en gemensam målbild måste vara att den innehåller åtaganden med tydligt markerat ansvar för vardera aktören. Försäkringskassan och Socialstyrelsen är överens om att detta kan ske utan att problematiseringar av, och referenser till, det större sammanhang som stegen tas inom behöver negligeras.

¹¹ För ett mer ingående resonemang om det sammanhanget se bland annat SOU 2018:80 (3).

¹² Det som avses ha beständighet här är just behovet av tolkningar. Regler och praxis ändras över tid men behovet av tolkningar kvarstår.

Utvecklingen sedan 2010

Efter flera år av sjunkande sjukfrånvaro ökade den återigen mellan 2010 och 2017. Ökningen har till stor del drivits av psykisk ohälsa¹³ (10). Den ökade belastning detta medfört för hälso- och sjukvården har i första hand hanterats inom primärvården. Att det i stor utsträckning handlar om psykisk ohälsa medför bland annat ökade svårigheter att diagnostisera de tillstånd som människor söker hjälp inom hälso- och sjukvården för (11,12). Inte minst för stressrelaterade tillstånd har detta kunnat konstateras leda till betydande regionala variationer (13). I relation till sjukförsäkringen har ökningen av psykisk ohälsa som grund för sjukskrivning medfört svårigheter och oklarheter rörande begrepp som funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning (6). Den osäkerhet som finns vad gäller god sjukskrivningspraxis kommer bland annat till uttryck i försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Rekommendationerna gällande sjukskrivningstider för psykiatriska diagnoser ger mindre tydlig vägledning än vid andra tillstånd. Psykisk ohälsa tycks – både ur ett kliniskt och ur ett försäkringsrättsligt perspektiv – skapa osäkerhet och tendenser till vad som skulle kunna betecknas som ”undvikande”¹⁴ både från hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans sida (3,14).

Utvecklingen den senaste tioårsperioden innehåller en rad andra, i stor utsträckning relaterade, faktorer. En viktig sådan är de förändrade regler avseende sjukersättning som gav störst utslag just 2010¹⁵ (15). De förändrade kriterierna för att få sjukersättning har medfört att betydligt fler individer blir kvar i sjukpenning än tidigare. Försäkringskassan har i beräkningar visat att regelförändringen kan förklara upp till hälften av ökningen av sjukpenningtalet sedan 2010 (16). En annan viktig faktor är den ökade belastningen på primärvården som skett. En åldrande befolkning och personalbrist är två av flera samverkande faktorer. Sjukskrivningsarbetet accentuerar belastningen och bidrar till att arbetssituationen¹⁶ av många primärvårdsläkare uppfattas som frustrerande (3).

Under den beskrivna perioden har Försäkringskassan intensifierat arbetet med att pröva arbetsförmåga utifrån rehabiliteringskedjans regler och tidsgränser. Myndigheten fick med början 2015 extra resurser för detta. En följd är en ökad andel sjukfall som avslutas inom ett år (4). En annan att detta lett till ett ökat fokus på kvalitet i medicinska underlag vilket tillsammans med det ökade antalet sjukfall lett till fler kompletteringar. Särskilt påtagligt kan detta avläsas när det gäller prövningar av arbetsförmåga vid dag 180 då bedömningsgrunden ändras och de frågor som behöver kunna besvaras för att avgöra rätten till sjukpenning vidgas. Det kan däremot vara aktuellt att efterfråga svar på individuellt formulerade prognosfrågor.

¹³ I rapporten används i begreppen ”psykiatriska diagnoser” och ”psykisk ohälsa” delvis synonymt. När det handlar om sjukskrivning så omfattar exempelvis psykiatriska diagnoser de diagnoser i ICD-10 (34) som ofta betecknas som ”stressrelaterade” och som står för en stor och ökande del av sjukfrånvaron.

¹⁴ Med begreppet avses här att båda parter, både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, uppvisar tendenser till att överlåta ställningstaganden till den andra parten.

¹⁵ Övergångsreglerna gällde fram till 2012 men inflödet i sjukersättning var 2010 lägre än övriga år som reglerna gällde. 2009 var exempelvis inflödet drygt 22 000 och 2010 var det drygt 14 000. Försäkringskassan har i en rapport (16) skattat de då nya reglernas effekter på sannolikheter att sjukfall blir långa.

¹⁶ En vanlig uppfattning som betonats i samrådsgruppens diskussioner är att förutsättningarna för ett försäkringsmedicinskt arbete med kvalitet på flera håll försämrats.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Frågor som rör läkarintyg är bara en del av det som betecknas som sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En central komponent är samhällets, arbetsgivarnas och hälso- och sjukvårdens förmåga att i samverkan hjälpa människor att förebygga eller minska behov av sjukskrivning. I detta ingår att genom rehabilitering lindra och hantera konsekvenser av sjukdomar, så att individens arbetsförmåga kan tas tillvara. Regionerna har också sedan mer än ett decennium kontinuerligt utvecklat kompetens både vad gäller behandlingsinsatser, koordinering av resurser, och olika administrativa aspekter runt sjukskrivningar (3). Inte minst i den senare aspekten har arbetet inom ramen för de överenskommelser gällande den så kallade sjukskrivningsmiljarden som staten och Sveriges Kommuner och Landsting sedan mitten av 2000-talet slutit bidragit till en ökad medvetenhet och kompetens på det försäkringsmedicinska området (17).

Tveklöst finns dock fortfarande en förbättringspotential. Karolinska Institutet har sedan början av 2000-talet återkommande studerat läkares arbete med sjukskrivning och en sammanfattande reflektion är att trots den kvalitetsutveckling som skett så uppfattas sjukskrivningsarbetet i stor utsträckning fortfarande som svårt (18-21). Motsvarande utmaningar finns i Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden. I en rad studier har aspekter av de svårigheter som Försäkringskassans handläggare möter belysts. Samtidigt som man från hälso- och sjukvården uttrycker missnöje över att handläggarna begär in för mycket information så uttalas det i olika utvärderingar att man inte sällan fattar beslut på ett underlag som bedömts som ofullständigt (22).

I utredningsbetänkandet ”*Samspel för hälsa*” (3) ägnas ett betydande utrymme åt frågor om problem i samband med dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården om innehållet i läkarintyg. Utredningen använder begreppet ”läsning” för att beteckna situationen. Betänkandet beskriver vad man kallar en ”svarte-Petter-situation” där båda parter försöker skjuta svårlösta utmaningar ifrån sig med olika negativa konsekvenser som följd. Bland annat beskrivs att dilemmat kan leda till att sjukförsäkringens regler, och tolkningen av dessa, kan bidra till att individers hjälpbehov medicaliseras på ett långtgående negativt sätt. Utredningen pekar på att det finns kompetensbrister hos båda aktörerna och att det finns behov av metodstöd. Betänkandet betonar dessutom att det finns utmaningar i utvecklingen av legitimitet, effektivitet och rättssäkerhet i administrationen av sjukförsäkringen som, utöver vad vården och Försäkringskassan kan åstadkomma, även kan komma att kräva ett vidare helhetsgrepp, möjligen i form av en statlig utredning.

Sveriges regioner (tidigare landsting) arbetar, med stöd av SKL, på att bygga upp ett nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Det nationella systemet omfattar kunskapsstöd, uppföljning och analys samt verksamhetsutveckling och ledarskap. Systemet bygger på en organisations-

modell på tre nivåer motsvarande vårdteamet, regionen och den nationella nivån. Inom ramen för det systemet har en programområdesstruktur tagits fram där försäkringsmedicin och rehabilitering ingår i området *Rehabilitering, habilitering och Försäkringsmedicin*. Målet med systemet är att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Detta nationella system för kunskapsstyrning ska inte förväxlas med Socialstyrelsens uppdrag om den statliga kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården¹⁷, även om avsikten med dessa är delvis överlappande.

Ett viktigt samarbete mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen sker genom det uppdrag som beskrivs i Lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (FINSAM). Denna möjliggör för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommuner och landsting/regioner att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Dessa parter bildar samordningsförbund, vilka själva beslutar hur samarbetet ska utformas, utifrån lokala förutsättningar och behov. Samordningsförbunden är fristående och förvaltar sin egen budget. Verksamheten innebär att finansiellt stödja sociala, medicinska och arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser där målgruppen är individer som är i behov av stöd från flera samhällsaktörer. I Sverige finns det idag ungefär 80 samordningsförbund.

Resultaten från Socialstyrelsens och Försäkringskassans analys

I det regeringsuppdrag som ligger till grund för den här rapporten pekar regeringen ut några frågor som man särskilt vill se belysta inom ramen för uppdraget. Flera av dem har en direkt referens till två rapporter som Riksrevisionen publicerade 2017 och 2018 gällande sjukskrivningsprocessen när det gäller psykiatriska diagnoser (5,8). Man problematiserar bland annat frågor kring innehåll i läkarintyg och Försäkringskassans komplettering av sådan information inom ramen för myndighetens utredningsskyldighet. Riksrevisionen säger att processen har påtagliga brister och framhåller bland annat ottydligheter gällande de krav och förväntningar som ställs på läkaren i sjukskrivningsprocessen. Dessa gäller bland annat tolkningar av begreppet ” normalt förekommande arbete ” och Försäkringskassans användande av den så kallade DFA-kedjan (Diagnos-Funktionsnedsättning-Aktivitetsbegränsning).

Resultat från aktgranskning

De resultat som Socialstyrelsen och Försäkringskassan nu tagit fram bekräftar i stora delar den bild som Riksrevisionen tidigare redovisat gällande exempelvis vilka uppgifter som Försäkringskassan efterfrågar när man begär in komplettering av uppgifter i läkarintyg. De nya resultaten fördjupar och nyanserar även kunskapen på några områden. I bilagda kunskapsunderlag konstateras exempelvis att komplettering i relation till DFA-kedjan inte i första hand bedöms bero på att handläggare vill ha en ”komplett” kedja för dess egen skull, det vill säga oavsett den efterfrågade komponentens betydelse för

¹⁷ Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

det enskilda ärendet. I stället handlar det oftast om avsaknad av central information rörande funktionsnedsättning och/eller aktivitetsbegränsning som skulle varit adekvat även utan DFA-kedjan som analysmodell. Detta motsäger inte att användandet av DFA-kedjan som analysmodell kan utvecklas och det motsäger inte heller att frågor om betydelsen och värdet av uppgifter om funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar i relation till olika typer av sjukfall kan och bör analyseras och diskuteras¹⁸.

För ärenden kortare än 180 dagar gäller kompletteringsbegäran i första hand innehåll i läkarintyg med tyngdpunkten på aktivitetsbegränsningar. Begäran sker, som sagts ovan, normalt inte för att få ihop en komplett kedja utan för att aktivitetsbegränsningar är en väsentlig faktor för att kunna relatera en individs förmåga till de krav som ett normalt förekommande arbete ställer. Det är den slutliga konsekvensen av ohälsa som avgör rätten till sjukpenning. Att detta i många fall kan vara svårt att avgöra för berörd läkare innebär inte att det i grunden är fel av Försäkringskassan att efterfråga uppgiften. Försäkringskassan ska utreda ärenden tills underlaget är tillräckligt för att kunna fatta beslut. Exakt var den gränsen går i det individuella fallet kan dock vara grannlaga att avgöra och ställer stora krav på myndighetens handläggare. Att väcka frågor kring detta och att utveckla medarbetarnas kompetens på området förefaller därför angeläget. På ett motsvarande sätt bör frågor ställas runt vilka alternativa sätt det finns för läkare att uttrycka sina bedömningar och vilken betydelse detta kan ha för Försäkringskassans behov av ytterligare information.

Resultaten i Socialstyrelsens och Försäkringskassans studie visar – i likhet med tidigare undersökningar (se t.ex. 5,8) – att den information som efterfrågas är annorlunda för sjukfall som passerar 180 dagar jämfört med tidigare i ett sjukfall. För dessa längre sjukskrivningar är det i första hand information om *prognos* och om den sjukskrivnes förmåga att arbeta i *ett normalt förekommande arbete* som efterfrågas. Uttryckt i andelar så efterfrågar Försäkringskassan kompletterande uppgifter i betydligt större utsträckning i de längre sjukfallen (21 procent) jämfört med de kortare (7 procent), men eftersom de senare som kategori är så många fler så blir skillnaden i absoluta tal betydligt mindre.¹⁹ Som faktorer att beakta i strävan mot en smidig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är båda ärendekategorierna därmed relativt likvärdiga²⁰.

Sammanfattningsvis kan sägas att bedömningen är att Försäkringskassans handläggare generellt efterfrågar adekvat information²¹ och att kompletteringarna generellt sett inte bedöms ske ”i onödan”. 12 procent av kompletteringarna bedöms som ”onödiga” sett till ärendet som helhet. Det finns inget tydligt eller uppenbart mönster avseende exempelvis diagnos när det gäller de ”onödiga” kompletteringarna. Aktgranskarnas kommentarer är i dessa fall oftast att: ”underlaget är tillräckligt för bedömning”.

¹⁸ Detta inte minst mot bakgrund av att resultaten visar – liksom i tidigare studier – att kompletteringar där ”undersökningsfynd” efterfrågas i första hand handlar om att styrka angiven funktionsnedsättning.

¹⁹ De kortare sjukfallen motsvarar i absoluta tal ca 13 000 medan de längre motsvarar ca 16 000.

²⁰ Försäkringskassans begäran om komplettering skiljer sig volymmässigt inte dramatiskt mellan kortare (upp till 180 dagar) och längre (över 180 dagar) sjukfall. Det betyder att ett engagemang för att undvika ”onödiga” kompletteringar bör handla om båda kategorierna.

²¹ I 8 procent av fallen anser granskarna att handläggarna inte frågar efter ”rätt saker”.

En detaljerad analys av de ”onödiga” kompletteringarna visar att det finns en rad olika orsaker till att kompletteringarna i efterhand kunde bedömas som ”onödiga”. I flera fall fanns en sammanhängande kedja av adekvata uppgifter som också stämde med logiken i försäkringsmedicinskt beslutsstöd. I vissa fall var angiven diagnos och andra omständigheter sådana att eventuella oklarheter lätt torde ha klarats ut i samtal med berörd individ. I vissa ärenden stod skälet till kompletteringarna att finna i vad som förefaller kunna rubriceras som missuppfattningar från handläggarens sida. I flera av ärendena var aktgranskarnas uppfattning att det var osannolikt att ytterligare medicinsk information fanns att inhämta.²² I några fall förefaller kompletteringsverket ha använts som en form för administrativ kommunikation²³ från Försäkringskassans sida.

Det ovan beskrivna handlar om ett relativt fåtal individuella fall där validiteten i aktgranskarnas uppfattning är svår att bedöma eller att generalisera utifrån, speciellt mot bakgrund av det bedömningsutrymme som de ursprungliga avgörandena om kompletteringar skett inom. Även med beaktande av detta, och det faktum att de ”onödiga” kompletteringar inte står för någon stor del av alla kompletteringar, är iakttagelserna av flera skäl värda att uppmärksamma. Det är angeläget att ta bort så mycket belastning som möjligt både på hälso- och sjukvården och på Försäkringskassans handläggare, även om det rör sig om begränsade volymer. Tveksamma kompletteringskrav kan fördröja handläggningstider vilket är negativt för berörda individer, men kan också, oavsett antal, medföra minskat förtroende mellan vården och Försäkringskassan. Att minimera tveksamma kompletteringsbegäran kan vidare bidra till att tydliggöra hälso- och sjukvårdens bidrag i processen²⁴.

Aktgranskarna kommer dessutom fram till att begäran om komplettering bedöms kunna uttryckas tydligare och mer ändamålsenligt. Granskarna bedömer att begäran om komplettering i 44 procent av fallen närmast framstår som skrivna utifrån ”en mall” med svag koppling till det aktuella ärendet. Bedömningar av läkarnas svar på efterfrågade kompletterade uppgifter går i samma riktning. Många svar svarar inte på den ställda frågan. Bedömningen är att svar som bedömdes adekvata i relation till frågan lämnades i 56 procent av fallen. En intressant iakttagelse är att i de fall Försäkringskassans handläggare gjort en begäran med bedömd högre kvalitet så ökar också sannolikheten att få ett svar från hälso- och sjukvården som omfattar den efterfrågade informationen.²⁵

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har i refererade studie inte analyserat i vilken utsträckning kompletteringar som borde gjorts inte skett. Det bör påpekats att det antalet kan vara betydande, vilket inte minst Försäkringskassans kvalitetsundersökningar indikerat (22). Utgångspunkten bör alltså

²² Aktgranskarna gjorde den bedömningen i samband med en mer detaljerade granskning av de ”onödiga kompletteringarna” som gjordes i en uppföljande analys.

²³ Försäkringskassan hade i dessa fall använt ”kompletteringsfunktionen” i ÅHS. Men i själva verket handlade det inte om en komplettering utan om att handläggaren exempelvis ville komma i kontakt med läkaren för att boka avstämningssmöte.

²⁴ Ju mer tydliga, adekvata och exakta Försäkringskassans begäran av kompletteringar är, desto lättare blir det att analysera och diskutera kvaliteten i hälso- och sjukvårdens insatser både i ursprungssintyg och i svar på begäran.

²⁵ Den iaktagna skillnaden är signifikant på 5-procentsnivån. En begäran om komplettering med högre kvalitet leder i 89 procent av fallen till att handläggaren helt eller delvis får efterfrågad information. För förfrågan med lägre kvalitet är den andelen 79 procent.

handla om att se till att försäkringsmedicinska underlag redan från början håller god kvalitet och att de begäranden om komplettering som ändå behövs sker i rätt ärende och uttrycks på ett tydligt och ändamålsenligt sätt.

Resultat från fokusgruppsdiskussioner

De fokusgruppsdiskussioner som Försäkringskassan och Socialstyrelsen initierat utgick ifrån information i ett fiktivt ärende som rör psykisk ohälsa. Diskussionerna rörde sig i flera fall runt frågor om den ”gråzon” eller den diffusa skiljelinjen mellan medicinsk problematik och en problematisk livssituation som det fiktiva fallet omfattar. Diskussionerna visade på vad som flera benämnde som en ”avsaknad av en gemensam strategi kring sjukskrivning inom hälso- och sjukvården” och handläggare vid Försäkringskassan beskrev hur de upplever konsekvenserna av, vad de uppfattar som brister i läkarnas ansvarstagande vad gäller kvalitetssäkring av läkarintyg samtidigt som flera läkare lyfte bland annat svårigheter med observationer när det gäller psykiatriska diagnoser. Ett sätt att hantera svårigheter är ett ökat nyttjande av ”malltexter” i intygen. Diskussionerna bland Försäkringskassans handläggare innefattade bland annat synpunkten att det ofta är svårt att avgöra om det som beskrivs i intyget bygger på läkares observationer och bedömning eller uteslutande på den hjälpsökandes beskrivning. En uppfattning bland läkare är att fokus på intyg tar fokus från bedömningar av om sjukskrivning verkligen är det bästa alternativet.

Sammanfattningsvis fanns en samstämmighet i diskussionerna om att det fiktiva intyget höll låg kvalitet, framför allt när det gäller beskrivningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i DFA-kedjan. Handläggare lyfte i diskussionerna också hur låg kvalitet i intygen leder till kompletteringar. Beskrivningarna av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning anges inte bara vara viktig för att kunna bedöma rätten till ersättning, men även för att kunna ge arbetsgivaren stöd i hur individen kan hjälpas tillbaka till arbete. Handläggare framhåller också att diagnosen för dem egentligen är det minst viktiga i DFA-kedjan, och att det viktiga för dem är att få information om vad det är som gör att inte personen kan arbeta.

Samtidigt fördes diskussioner om hur Försäkringskassan kan (och bör) bedöma tillförlitligheten i läkares bedömning, samt läkarnas möjligheter att styrka underlag med vad som är observerbart. Läkarna gav en något blandad bild: å ena sidan att det är svårt att göra en distinktion mellan det som patienten förmedlar och läkares egen bedömning, å andra sidan att det är något som innefattas i deras yrkesroll och utbildning och träning. I flera sammanhang lyftes också ett behov av att ge mer bakgrundsinformation i intyget, vilket knyter an till diskussionen om gränslandet mellan det sociala och det medicinska och vad som egentligen är relevant information för Försäkringskassan. Det fördes vidare diskussioner om svårigheterna och möjligheter för läkarna att göra prognos för en individ vid dag 180, samt behov av att förtydliga vilken information arbetsgivaren ska ta del av och på vilket sätt den informationen kan förmedlas till arbetsgivaren.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Den roll som försäkringsmedicinskt beslutsstöd spelar för utvecklingen av sjukfrånvaro eller som stöd i läkares arbete har i olika sammanhang studerats (21). Till skillnad från flera av de studier som genomförts är det i den nu aktuella analysen Försäkringskassans handläggning i relation till stödet som är i fokus. Försäkringskassans och Socialstyrelsens analys understryker det som tidigare visats, nämligen att handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare i stor utsträckning känner till och använder försäkringsmedicinskt beslutsstöd. På fråga om hur styrande man upplever att rekommendationerna i stödet är svarar drygt 70 procent av handläggarna att det är ”något styrande”. Fördelningen antyder att beslutsstödet generellt används som ett vägledande stöd för att underlätta dialogen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, snarare än ett styrande regelverk, vilket är i linje med Socialstyrelsens ambitioner med stödet (23).

Detta motsäger inte att det finns en outnyttjad potential i Försäkringskassans användande av beslutsstödet. 28 procent av de svarande i Försäkringskassans och Socialstyrelsens analys har inte fått information om, eller utbildning i, användandet av stödet. Av de som uppger att de fått utbildning eller information svarade 51 procent att det gått tre år eller mer sedan det skett (alternativt att man inte minns). En positiv tolkning av detta är att önskvärda effekter skulle kunna uppnås genom att Försäkringskassan tillskapade rutiner och strukturer som säkrar att: a) nya anställda får adekvat introduktion, b) att kompetensen upprätthålls via uppföljningar med viss periodicitet och c) att nya inslag i stödet eller dess användande med kvalitet implementeras hos samtliga handläggare som arbetar med sjukpenning.

En fråga i regeringsuppdraget adresserar skillnader mellan faktiska sjukskrivningstider och rekommendationer i stödet. ”Följsamhet” till beslutsstödet är dock av flera skäl mycket svårt att mäta och värdera. Bland annat har flera av de i sammanhanget mest centrala rekommendationerna otydliga tidsgränser. Med adekvat motivering i läkarintyget kan dessutom alla gränser i det enskilda fallet överskridas. Än viktigare är att om de övergripande principernas betoning av hög professionalitet vid användande av sjukskrivning som del av vård och behandling får genomslag, så avtecknas detta inte alls i statistiken vilket medför att uppmätta medeltal och medianvärden inte ger någon rättvisande bild.²⁶ Sjukskrivningar kortare än 14 dagar finns dessutom inte med i Försäkringskassans statistik över olika sjukfallslängder.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen analyserar i bilagt kunskapsunderlag sjukskrivningstider i förhållande till rekommenderade tider för sjukskrivningar med långvarig smärta, depression och utmattningssyndrom som diagnos. För depression, som kan sägas ha de tydligaste rekommenderade tidsgränserna av de tre diagnoserna (tre alternativt sex månader beroende på depressionens svårighetsgrad) blir 53 procent längre än 3 månader och 29

²⁶ Ett stor antal människor som söker hjälp inom hälso- och sjukvården får det utan att de blir sjukskrivna. I de fall hälso- och sjukvården lyckas ge adekvat stöd och hjälp utan sjukskrivning ger detta inget avtryck i den statistik som kan fångas. Medeltal och medianvärden baserar endast på de fall som leder till sjukskrivning längre än 14 dagar.

procent längre än sex månader. Utifrån ett antagande om att lindriga depressioner är vanligare än svårare antyder resultaten att beslutsstödet rekommendationer i betydande grad överskrids.

Resultaten korresponderar relativt väl med de som Riksrevisionen tidigare redovisat (8) där man konstaterar att rekommenderade sjukskrivningstider överskrids i en tredjedel av de ärenden med psykiatrisk grund som återfinns i stödet. I cirka hälften av dessa ärenden motiveras inte avsteget. I cirka 23 procent av dessa överskridanden som saknar motivering agerar Försäkringskassan – oftast genom att begära komplettering.

Detta skulle motsvara en andel om cirka 13 procent²⁷ av alla ärenden med psykiatrisk diagnos där Försäkringskassan teoretiskt skulle kunna reagera på att motivering saknas. Det underlag Försäkringskassan har att ta ställning till är dock inte avhängigt om motivering finns eller inte. Utredningen kan vara tillräcklig för beslut ändå och handläggningen ska handläggas så skyndsamt som möjligt.

Avsaknaden av motivering till avsteg är ändå värt att uppmärksamma. Ett ökat engagemang från hälso- och sjukvårdens sida i just den här kategorin av kompletteringar skulle kunna ha betydande positiva effekter. Detta dels för att principen om avsteg i förening med motivering är en helt central komponent i beslutsstödet²⁸, dels för att sådana motiveringar (till skillnad från vissa andra uppgifter) borde vara relativt enkla att uttrycka²⁹. Det borde inte vara så komplicerat att uttrycka information som exempelvis handlar om läkningsprocesser, planerade behandlingar, ohälsans svårighetsgrad, eller samsjuklighet.

Fokus på samsjuklighet som företeelse kan dock i det aktuella sammanhanget – vilket betonades från hälso- och sjukvårdens sida i samrådsgruppens diskussioner – till del vara vilseledande. Detta bland annat för att utmaningen i arbetsförmågeperspektiv inte alltid handlar om att ”lägga ihop” två sjukdomars inverkan utan om att värdera generellt belastade situationer som individer kan ha.

Betydelsen av samsjuklighet pekas ut i regeringsuppdraget som särskilt angeläget att analysera³⁰. Byte av diagnos under pågående sjukskrivning kan i vissa fall vara ett uttryck för samsjuklighet men kan också handla om att information tillkommit som gör att hälso- och sjukvården omvärderar en initial bedömning.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen konstaterar att byte av diagnos under sjukskrivningstiden och vård inom slutenvård är två faktorer som leder till längre sjukskrivningstider. I kunskapsunderlaget konstateras att man i en femtedel av de studerade sjukfallen bytt ut angiven huvuddiagnos. Man konstaterar vidare att av alla studerade fall avslutas 56 procent inom sex veckor men bara 10 procent för de fall där diagnosen bytts. Detta kan vara uttryck

²⁷ $0,33 \times 0,5 \times 0,77 = 0,127$

²⁸ Det är den här komponenten som möjliggör att stödets generella karaktär är förenlig med principen om att en individuell bedömning ska göras i varje enskilt fall.

²⁹ Vanligaste skäl till avsteg i Riksrevisionens studie är ”pågående behandling” (24 procent) och ”samsjuklighet” (10 procent). Dessa två kommer endast upp i en dryg tredjedel av avstegen vilket väcker frågor om vilka skäl som döljer sig bland övriga avsteg. En reflektion är hur som helst att det utifrån dessa exempel inte torde behöva vara speciellt svårt att motivera avsteg från beslutsstödet rekommendationer.

³⁰ Riksrevisionen konstaterar att andelen långtidsjukskrivningar med fler än en sjukskrivningsdiagnos är ”vanligt förekommande” och har ökat under senare år. Även diagnosförändringar redovisas vara vanliga.

för flera olika saker. Dels att det handlar om komplicerade fall och svåra tillstånd, men också om svårigheter att tidigt diagnostisera och sätta in adekvat behandling. Iakttagelsen antyder det potentiella värde som skulle ligga i att med större precision förmå differentiera mellan de som söker hjälp vid hälso- och sjukvården. Primärt för att kunna ge individer rätt vård i rätt tid och på rätt vårdnivå, men i viss mån även för att öka kvalitet och ändamålsenlighet i försäkringsmedicinska bedömningar.

Kunskapsunderlaget visar bland annat att i sjukfall med diagnosen utmattningssyndrom som inte blivit föremål för specialistvård blir 15 procent längre än ett år. För samma kategori som vårdats inom specialistvård stiger andelen till 65 procent. I analysen kopplas detta delvis till byte av huvuddiagnos men torde i första hand vara uttryck för tillståndets allvarlighetsgrad. Detta är knappast förvånande. Det faktum att man exempelvis vad gäller psykisk ohälsa blir föremål för specialistvård är i sig ett tydligt uttryck för att sjukdomen är på en hög allvarlighetsnivå. Att endast cirka 20 procent av vårdsökande som lider av depression eller ångestsyndrom remitteras vidare till psykiatrisk vård talar starkt för detta (24). Det borde i många fall vara relativt enkelt för berörd läkare att på ett rimligt sätt uttrycka tillståndets allvarlighetsgrad när det är tal om specialistvård. Detta är inget som i sig direkt påverkar prövningen av rätten till sjukpenning men borde i vissa fall kunna utgöra en indikation som tillsammans med andra uppgifter om exempelvis funktionsnedsättningar och/eller aktivitetsbegränsningar kan bidra till Försäkringskassans beslut.

Vid längre sjukfall, inför att de håller på att bli 180 dagar långa, fokuserar Försäkringskassans begäran om komplettering på andra typer av uppgifter än vad som sker tidigare i sjukfall. I 73 procent av fallen handlar det om prognos för återgång i arbete, och i 61 procent av fallen om läkarens bedömning av individens möjlighet att klara ett normalt förekommande arbete. I dessa fall efterfrågas alltså inte information direkt kopplat till läkarintyget och till den läkarundersökning som skett.

Det konstaterandet antyder att det finns potentiella möjligheter att formulera, utveckla, och tydliggöra alternativ till vissa av de kompletteringar som sker. Det borde i många fall exempelvis finnas förutsättningarna för att viss information skulle kunna hämtas på annat sätt. Ett vanligt sådant är att en initiiera en fördjupad medicinsk utredning. Försäkringskassans användande av metoden aktivitetsförmågeutredning (AFU) är ett exempel på ett alternativ som mer ingående bör analyseras och diskuteras. Det bör vidare utredas om inte fler bedömningar skulle kunna göras av Försäkringskassans handläggare på grundval av den information som finns, eventuellt med stöd i vägledande instrument, som exempelvis försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

Sammanfattande reflektioner

Den situation som lett fram till regeringsuppdraget bottnar i både äldre och nyare fenomen. Hanteringen av sjukförsäkringens sjukdomsbegrepp har aldrig varit okomplicerat eller okontroversiellt³¹. Ett ökat antal människor som söker hjälp hos hälso- och sjukvården på grund av psykisk ohälsa har dock påtagligt accentuerat de utmaningar som finns. De data som nu tagits fram av Försäkringskassan och Socialstyrelsen både bekräftar och nyanserar den kunskap som sedan tidigare finns. Dessa talar för vikten av att inte betrakta utmaningen som det innebär att få till ett kvalitetsfyllt samarbete som ”en enda utmaning” eller ”ett enda problem”. Försäkringskassans och Socialstyrelsens nya analyser understryker vikten av att dela upp området i delaspekter och presentera olika lösningar direkt kopplade till dessa.

Resultaten från Försäkringskassans och Socialstyrelsens analys pekar ut ett antal områden som i relativ närtid bör adresseras. Dessa områden skulle med ett något förenklat språkbruk kunna delas in i områden som förefaller relativt sett ”enklare” och sådana som kan förväntas vara ”mer utmanande”. Till den sistnämnda hör sådant som handlar om typ, omfattning och sätt att uttrycka den information som behövs för en rättssäker bedömning av arbetsförmåga. Till den första kategorin hör exempelvis definition och användande av DFA-kedjan, ett utvecklingsarbete gällande försäkringsmedicinskt beslutsstöd, högre kvalitet i begäran om komplettering och eliminerandet av ”onödiga kompletteringar”.

En viss del av de kompletteringar som av granskarna bedömts vara ”onödiga” borde exempelvis med ökad kompetens³² och adekvat metodstöd kunna minskas. Det kan handla om enkla saker som ett förtydligande telefonsamtal mellan Försäkringskassan och den försäkrade, ett mer extensivt och medvetet användande av försäkringsmedicinskt beslutsstöd bland annat för att logiskt koppla befintlig information i ett ärende och med detta värdera hur utredningsskyldigheten i det aktuella ärendet kan och bör bestämmas. För hälso- och sjukvårdens del kan det handla om något tydligare skrivning i vissa intyg gällande relativt enkla uppgifter.³³

Båda aktörernas hantering skulle också kunna stärkas betydligt genom att beslutsstödet utvecklas och stärks med information exempelvis om vanliga aktivitetsbegränsningar och konsekvenser vad gäller medicinska förutsättningar att klara vissa arbetsuppgifter. En förstärkning av användandet av beslutsstödet bör också innefatta verksamhetsutveckling både vid Försäkringskassan och inom hälso- och sjukvården. Avsteg från stödet måste exempelvis relativt enkelt kunna motiveras.

Förflyttningar vad gäller användandet av beslutsstödet som kunskapsunderlag bör inte medföra ökad administrativ belastning utan tvärtom delvis kunna öppna för en bättre dialog. Det samma gäller strävan mot att bidra till

³¹ På mitten av 1990-talet infördes exempelvis i lagen om allmän försäkring ett klargörande som säger att: ”Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden”. Klargörandet antyder starkt att gränserna för vad som tillåts inverka på bedömningar och beslut rörande sjukpenning varit vida och långt ifrån enhetliga.

³² Det kan handla om basal kunskap om medicinska förhållanden och utrednings- och analysmetodik.

³³ Det skulle exempelvis kunna handla om att individen är föremål för specialistvård, om hur inplanerad behandling ser ut etc.

att handläggare i större utsträckning formulerar önskemål om kompletterande uppgifter på ett sätt som tydligare och enklare knyter an till ärendet och det förhållande handläggaren inte anser tillräckligt belyst.

Mer utmanande är de frågor rörande den information som efterfrågas i nuvarande läkarintyg. Att eliminera ett icke-avsett användande av DFA-kedjan vid Försäkringskassan betyder exempelvis inte med automatik att behovet av uppgifter som stöder exempelvis funktionsnedsättningar och/eller aktivitetsbegränsningar försvinner. En avgörande komponent som inbegriper både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och handlar om på vilket sätt som den efterfrågade informationen uttrycks och hur den tas emot.

Mycket talar för att bedömningen av den ohälsa – i första hand psykisk ohälsa och smärtproblematik – som i stor utsträckning driver sjukfrånvaron uppvisar särdrag som man inte kan bortse ifrån om man på allvar vill skapa förändring. De kliniska förutsättningarna är annorlunda. Tillstånden är ofta svåra att diagnostisera, det finns i princip aldrig några laboratorieprov eller röntgenbilder att referera till, det kan vara svårt att med validitet sära på orsak och verkan, och de iakttagelser som berörd läkare baserar bedömningar på kan vara svåra att uttrycka i termer som korresponderar till de som normalt används vid somatiska tillstånd. Det som då rimligen måste gälla handlar om att hälso- och sjukvården måste bli bättre på att tydligare uttrycka bedömningens grunder även om dessa ligger vid sidan av det man kan beteckna som traditionella kliniska undersökningsfynd. För Försäkringskassans del kan det i samma anda handla om att utveckla den interna kompetensen gällande de förutsättningar som råder.

Detta förändrar inget i sak vad gäller de informationskrav som sjukförsäringen ställer. Grad av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning spelar exempelvis alltid in i bedömning av arbetsförmåga. Frågor relaterade till individens arbetsuppgifter och frågor som rör möjligheter till anpassning vid arbetsplatsen är exempelvis också alltid relevanta. Det som en förflyttning kan handla om är att former och uttryckssätt – både de som hälso- och sjukvården avger och de som Försäkringskassan förväntar sig – bättre anpassas till den verklighet som råder.

Ställningstaganden och åtgärder

Försäkringskassan och Socialstyrelsen fyller olika centrala funktioner i sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan har två grundläggande roller i processen. Den ena är att göra rättssäkra bedömningar och fatta beslut gällande rätt till ersättning från sjukförsäkringen, den andra är att se till att individers behov av rehabilitering klarläggs och tillse att övriga aktörer (arbetsgivare, hälso- och sjukvården m.fl.) vidtar behövliga åtgärder för att individer på ett effektivt sätt ska kunna återvända i arbete. Socialstyrelsen har en viktig kvalitetsstärkande roll genom sitt uppdrag i den statliga kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården³⁴. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är ett konkret verktyg i kvalitetsutvecklingen inom det försäkringsmedicinska området.

För att klara av sina respektive uppdrag är aktörerna inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ömsesidigt beroende av varandra, delvis beroende av samma kunskap, och även beroende av att andra aktörer har viss kunskap. Detta leder till att Socialstyrelsens spridning av kunskap och kvalitetsstärkande praxis inom det försäkringsmedicinska fältet delvis även riktar sig till andra aktörer utöver hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har identifierat tre utvecklingsområden som myndigheterna avser att arbeta vidare med. Det första utvecklingsområdet handlar om *försäkringsmedicinska underlag*³⁵, information i läkarintyg och Försäkringskassans utredningsskyldighet. Det andra området handlar om hur *försäkringsmedicinskt beslutsstöd* kan utvecklas och bättre användas. Det sista området handlar om *strukturer och arbetsformer* för en bättre dialog mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

För vart och ett av dessa utvecklingsområden har myndigheterna formulerat gemensamma ställningstaganden som beskriver den gemensamma synen på respektive område och en gemensam syn på vad som behövs i den fortsatta utvecklingen. Myndigheterna har även kommit överens om konkreta åtgärder som bedöms kunna genomföras i relativ närtid. Detta för att ansvaret ska bli tydligt och processen ta märkbara steg i rätt riktning. Det är samtidigt viktigt att lyfta fram att åtaganden gällande försäkringsmedicinskt beslutsstöd förutsätter fortsatt adekvat och långsiktig finansiering.

Dessa utvecklingsområden, ställningstaganden och åtgärder har sin grund i den samlade kunskapen (inklusive myndigheternas bilagda kunskapsunderlag) som finns på området och det samarbete som myndigheterna haft med den samrådsgrupp som etablerats inom ramen för uppdraget.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen vill betona att flera av åtgärderna har formen av utvecklingsarbeten. Det innebär att det inte är meningsfullt att försöka ge beskrivningar av resultaten av dessa arbeten.

³⁴ Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

³⁵ Med "försäkringsmedicinska underlag" avses information som dels kan finnas i läkarintyg, dels fångas av Försäkringskassan på annat sätt, till exempel via telefonsamtal med berörd läkare. Begreppet avser att betona att det inte uteslutande handlar om medicinsk information, utan också om information som hälso- och sjukvården avger med syfte att användas i en försäkringsbedömning.

Utvecklingsområde: Samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag

Syftet med utvecklingsområdet är att stärka kvaliteten och samarbetet³⁶ gällande försäkringsmedicinska underlag, förebygga behov av kompletteringar och att i de fall det ändå behövs komplettering bidra till att dessa blir mer träffsäkra och tydliga. Ett effektivare samarbete mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gällande försäkringsmedicinska underlag minskar risken för utdragna utredningsprocesser som skapar oro och osäkerhet hos individen. De olika aktörernas roller behöver förtydligas och sjukskrivningsprocessens effektivitet behöver öka.

Sammanfattning av resultat och iakttagelser från kunskapsunderlaget:

Analyserna i kunskapsunderlaget visar att Försäkringskassans grund till komplettering i sjukfallsärenden varierar beroende på tidpunkt i sjukfallet. Initialt i ett sjukfall avser kompletteringarna i huvudsak brister i läkarintyget. Inför dag 181 i sjukfallet begärs kompletteringar främst för att ärendet ska kunna utredas vidare. Vid denna tidpunkt behöver Försäkringskassan ytterligare information, enligt rehabiliteringskedjan. Vidare visar analyserna att utformningen på kompletteringsbegäran kan behöva utvecklas. Det handlar om att begäran om komplettering ofta framstår som skriven utifrån en mall med svag koppling till ärendet och läkarintyget kompletteringen avsåg.

En slutsats från analyserna var att det även finns ett behov av att tydliggöra vad ett läkarintyg för sjukskrivning bör omfatta för att hålla tillräckligt hög kvalitet. Det handlar om vad som krävs för att kunna göra en tillräckligt god bedömning av ett sjukdomstillstånd och dess konsekvenser för en patients funktions- och aktivitetsförmåga. Därtill behöver det utredas på vilket sätt myndigheten använder uppgifterna om observationer och undersökningsfynd i utredningen om rätten till ersättning.

Ställningstaganden

Försäkringskassan och Socialstyrelsen är överens om att ett förbättrat samarbete gällande försäkringsmedicinska underlag är avgörande för en utveckling mot en effektivare och rättssäkrare sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. De svårigheter som finns gällande försäkringsmedicinska underlag medför stora negativa konsekvenser och utgör ett hinder mot en positiv utveckling³⁷.

³⁶ Ambitionen om samarbete knyter an till den ömsesidighet för att bryta upp "låsningar" som förespråkas i SOU 2018:80.

³⁷ Ordet svårigheter syftar på den utveckling som delvis beskrivits i den här rapporten bl.a. med läkarintyg som saknar efterfrågade information och med ett kompletteringsförfarande som utgör en belastning både för hälso- och sjukvården och försäkringskassan. Bland de negativa konsekvenserna finns ett alltmer ansträngt samarbetsklimat och en mindre effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Myndigheterna är överens om att i samarbetet gällande försäkringsmedicinska underlag måste hänsyn tas såväl till Försäkringskassans behov av information som till hälso- och sjukvårdens förutsättningar att lämna informationen. Samarbetet måste sättas i ett sammanhang där psykisk ohälsa ökar som orsak till sjukfrånvaro. Det måste även beaktas vilka diagnostiska metoder och andra förutsättningar hälso- och sjukvården har vid bedömning av den enskilde. Det finns behov av att förtydliga vad hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska bedömning innebär och hur denna förhåller sig till Försäkringskassans arbetsförmågebedömning.

Myndigheterna är vidare överens om att samarbetet gällande försäkringsmedicinska underlag måste ta tillvara på de möjligheter som digitalisering och ny teknik skapar. Detta innefattar att på ett ändamålsenligt sätt strukturera information, använda enhetlig terminologi och att utforma systemstöd som stödjer att information blir rätt från början och att informationen hantearas effektivt.

Myndigheternas gemensamma uppfattning är också att den enskildes delaktighet i informationssamarbetet måste stärkas. Detta kan exempelvis ske genom nya digitala lösningar som skapar transparens mot den enskilde och att det skapas digitala möjligheter för dialog om försäkringsmedicinska underlag där även den enskilde kan vara delaktig.

Åtgärder som Försäkringskassan ansvarar för inom utvecklingsområdet

De åtgärder Försäkringskassan tar ansvar för handlar om att säkerställa att endast nödvändig information efterfrågas, underlätta så att rätt uppgifter kommer in från början, minska antalet onödiga kompletteringar och höja kvaliteten i de kompletteringar som ändå behövs. Utvecklingsarbetet på detta område behöver ske i samverkan med Socialstyrelsen och representanter från hälso- och sjukvården.

Förtydligande av informationsbehov

Försäkringskassan behöver förtydliga behovet av information från hälso- och sjukvården för att kunna ta ställning i sjukpenningärenden. Förtydligandet innebär i sig ingen egentlig ändring i synen på vilken information som behövs, utan ska ses som ett uttryck för att existerande ställningstaganden och förhållningssätt behöver utvecklas och tydligare uttryckas³⁸.

Detta gäller såväl inom Försäkringskassan som till hälso- och sjukvården. Ett grundläggande förtydligande är vilken försäkringsmedicinsk information som Försäkringskassan normalt behöver från hälso- och sjukvården och varför. Försäkringskassan behöver exempelvis tydliggöra behovet av uppgifter gällande vilka iakttagelser och förhållanden (exempelvis i form av undersökningsfynd) som framkommit vid en läkarundersökning. Centralt i ett sådant klagörande är tydlighet gällande vad sådana fynd kan motsvaras av i en klinisk verklighet och vilken funktion sådan information kan ha i bedömningen

³⁸ Sjukpenning är en lagreglerad förmån där informationsbehov bestäms av lag, förarbeten och rättspraxis. Det sätt som behovet kommer till uttryck i Försäkringskassans vardagliga arbete finns det förmodligen ett kontinuerligt behov av att säkra ändamålsenlighet och enhetlighet.

dels av om informationen är tillräcklig, dels om rätt till sjukpenning föreligger. De diagnostiska förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska bedömning gällande en individ med psykisk ohälsa är annorlunda än vid samma bedömning gällande exempelvis en korsbandsskada. Försäkringskassans förväntningar på informationen måste vara adekvata i relation till de förutsättningar som finns.

Bland de förutsättningar som ska beaktas är till exempel krav som ställs på intygandet utifrån GDPR och föreskrifter gällande intyg med mera som styr hälso- och sjukvårdens arbete.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har samsyn kring värdet av att på ett långtgående och detaljerat sätt uttrycka ovanstående. Tveklöst utgör detta en stor och svår utmaning men de båda myndigheternas uppfattning är att de potentiella vinsterna är betydande. Vidare att sådana klargöranden kommer att underlätta både för hälso- och sjukvården att leverera adekvat information och för Försäkringskassan att värdera och bedöma informationen. Det kan dock inte uteslutas att det som faktiskt är möjligt för hälso- och sjukvården att formulera och uttrycka trots detta i vissa fall inte räcker till för att stödja rätt till sjukpenning givet nuvarande rättsliga förutsättningar (inkluderat berörda aktörers tolkning av dessa).

Begäran om komplettering endast när det sannolikt finns mer betydelsefull information

Försäkringskassan tar ansvar för att tydliggöra att kompletterande information endast ska begäras om något i sjukpenningärendet indikerar att det finns ytterligare information att hämta in som kan ha betydelse för rätten till sjukpenning. Principen bygger på utgångspunkten att läkaren förutsätts ha redovisat adekvat information från undersökningen av patienten och angivit vad bedömningen baseras på.

Försäkringskassan ska vidare tydliggöra att det är Försäkringskassans uppgift att utifrån rehabiliteringskedjan bedöma arbetsförmågans nedsättning. Försäkringskassan ska därför exempelvis inte efterfråga läkares bedömning av arbetsförmågan i förhållande till ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.

Åtgärderna syftar till att tydliggöra Försäkringskassans respektive hälso- och sjukvårdens olika roller och minska vad som kan betecknas som ”onödiga” kompletteringar.

Försäkringskassans åtagande i de två fallen bygger på att läkaren fyller i hela läkarintyget och lämnar de uppgifter som är relevanta för bedömning av arbetsförmåga. De bygger också på att Försäkringskassan tar hänsyn till övrig befintlig information i ärendet och vid behov kompletterar den, samt beaktar det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Läkarintyget en del av förtydligandet

Ett led i att klargöra vilken information som behövs är att se över hur läkarintyget kan utvecklas i detta syfte och för att underlätta uppgiftslämnandet. Lä-

karintyget ska utformas så att det underlättar uppgiftslämnande och Försäkringskassans förutsättningar att tolka och förstå intygens innehåll³⁹. Intygets utformning får inte stå i strid med Socialstyrelsens föreskrifter på området.

DFA-kedjans logik

En angelägen åtgärd är att inom Försäkringskassan tydliggöra DFA-kedjans funktion som analysmodell och klargöra hur logiken ska användas i Försäkringskassans utredning och bedömning av rätten till sjukpenning. Åtgärden syftar bland annat till att vägleda handläggare i hur logiken bör användas vid värdering av uppgifter i läkarintyget.⁴⁰ Förtydligandet bör bland annat trycka på att DFA-logiken är ett hjälpmedel att förstå hur den information som finns hänger ihop och att något krav på en fullständig kedja för att underlagen ska anses vara tillräckligt eller för att sjukpenning ska kunna beviljas inte finns.

Utformning av kompletteringsbegäran och kommunikation med försäkrade

Ett tydligt behov, som de nu aktuella studierna visar på, är att inom myndigheten inte bara ge ökat stöd för *när* det är aktuellt att komplettera utan även om *hur* begäran om kompletteringar ska vara utformade. Ett sådant stöd bör bland annat omfatta vägledning gällande ton, ordval och begriplighet. En begäran om komplettering ska exempelvis tydligt knyta an till det individuella ärendet. Det innebär bland annat en tydlig specifikation gällande vad som saknas och vad den saknade informationen tänks ha för betydelse i det aktuella fallet.

Försäkringskassan ska vidare se över och ge ökat stöd gällande formulering av myndighetens kommunicerings- och beslutsbrev till den enskilde.

Långsiktighet

Försäkringskassans interna arbete innefattar att formulera förhållningssätt och arbetssätt⁴¹ på ett begripligt och balanserat sätt. Väsentligt är att föra ut och över tid vidmakthålla kompetensen (exempelvis vad gäller DFA-logikens användande eller utformningar av begäran om komplettering) i organisationen. De studier myndigheterna genomfört inom ramen för regeringsuppdraget antyder att kompetens och praxis inte är tillräckligt uniform och etablerad i organisationen.

Försäkringskassan kommer även att utreda förutsättningarna för att på ett systematiskt sätt kunna följa upp det samlade behovet av kompletteringar. Resultatet bör sedan med regelbundenhet samverkas med hälso- och sjukvården och Socialstyrelsen för att identifiera lösningar och förebygga behovet av kompletteringar.

³⁹ Det måste exempelvis vara lätt att förstå från vem uppgifterna kommer, vad som är läkarens egen bedömning och vilka uppgifter som ligger till grund för bedömningen.

⁴⁰ Ett sådant klargörande kan exempelvis ge stöd för bedömningar om, och i så fall när, logiken kan anses stå klar trots att vissa informationsbitar inte finns angivna. Ett tydliggörande kan också adressera frågor om och i så fall när informationens karaktär kan vara kopplat till vilket tillstånd det handlar om.

⁴¹ Att omsätta myndighetens ställningstaganden i effektiv praktisk handläggning kräver ett kontinuerligt engagemang och kvalitetssäkring. Detta gäller inte minst på de kompetensområden denna rapport behandlar.

Åtgärder som Socialstyrelsen ansvarar för inom utvecklingsområdet

Socialstyrelsens uppdrag gällande den statliga kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården (32) gör att myndigheten har verktyg som kan användas för att förbättra samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gällande försäkringsmedicinska underlag, inte minst genom det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Klargöranden gällande kvalitet i försäkringsmedicinska underlag och bedömningar

En del av det försäkringsmedicinska beslutsstödet som kan utvecklas i syfte att bland annat klargöra frågor av betydelse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är de övergripande principerna. De övergripande principerna anger de grundläggande förhållnings- och arbetsätt som ska präglade inblandade aktörers arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

De övergripande principerna för sjukskrivning bör bland annat utvecklas så att de ger mer vägledning gällande god kvalitet i försäkringsmedicinska underlag och bedömningar, samt stöd i hur bedömningarna ska göras och uttryckas⁴². Principerna bör även redogöra för hur den försäkringsmedicinska bedömningen förhåller sig till Försäkringskassans arbetsförmågebedömning. Det kan även förtydligas hur avvikelser från rekommenderade sjukskrivningstider i beslutsstödet bör hanteras och motiveras. Utvecklingen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet behöver ske i samråd med Försäkringskassan.

De flesta av de åtgärder som myndigheterna är överens om ska genomföras i samråd/samverkan med andra berörda aktörer⁴³. För åtgärden att i de övergripande principerna klargöra vad som är god kvalitet i läkarintyg är sådant samråd mellan Socialstyrelsen och Försäkringskassan särskilt angeläget. De perspektiv som Socialstyrelsen naturligt betonar (bl.a. god vård och patientsäkerhet) måste samstämma med perspektiv som handlar om att läkarintyg är individers bevismaterial vid prövning av rätt till sjukpenning.

De diagnosspecifika rekommendationerna

Även de diagnosspecifika rekommendationerna kan utvecklas för att stärka kvaliteten i försäkringsmedicinska underlag. De specifika rekommendationerna ska användas som stöd och vägledning vid sjukskrivningsbedömningar. Utvecklingen gäller exempelvis bättre stöd vid beskrivning av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Ett annat exempel är att beskriva de förutsättningar som finns för exempelvis observationer och undersökningsfynd vid olika sjukdomar, det vill säga vilket underlag som en försäkringsmedicinsk bedömning kan grunda sig på.

Utveckling av enhetliga begrepp, termer och klassifikationer

Socialstyrelsen har ett generellt uppdrag att utveckla och tillhandhålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer inom hälso- och sjukvården. Detta

⁴² En utmaning handlar om att inte skapa normerande ”mallar” som inbjuder till slentriananvändande.

⁴³ Oftast Socialstyrelsen, Försäkringskassan och representanter för hälso- och sjukvården.

är en förutsättning för att kunna utveckla och digitalisera informationshanteringen så att denna stödjer en modern och effektiv hantering. Det finns på det försäkringsmedicinska området behov av att systematisera begreppsanvändningen.

Utveckling av terminologi och klassifikationer handlar om att se till att parterna använder ett språk som alla inblandade parter förstår och att begrepp som används har samma innebörd för de inblandande. Arbetet med att använda ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) för beskrivning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är ett exempel på ett sådant arbete.

Socialstyrelsen avser att ta ett särskilt ansvar för att en enhetlig begreppsanvändning samt användning av klassifikationer utvecklas, etableras och används inom det försäkringsmedicinska området.

Utvecklingsområde: Försäkringsmedicinskt beslutsstöd och dess användande

Syftet med utvecklingsområdet är att utveckla det försäkringsmedicinska beslutsstödet så att det bättre stödjer dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt att beslutsstödet bidrar till en kvalitetssäker och kunskapsbaserad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Sammanfattning av resultat och iakttagelser från kunskapsunderlaget:

Analyserna visar att en majoritet av Försäkringskassans handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare använder sig av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, men få har fått utbildning i närtid om hur det ska tillämpas. Det finns en positiv tilltro till möjligheterna med beslutsstödet, men det finns också tydliga behov vad gäller ökad grad av konkretisering, uppdatering och täckningsgrad samt ett förtydligande av hur beslutsstödet bör tillämpas.

I regeringsuppdraget ingick att analysera skillnader mellan faktisk sjukskrivningstid och rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet, och att särskilt belysa samsjuklighet. Analyserna i kunskapsunderlaget visar att samsjuklighet i form av diagnosbyten förlänger sjukfallen avsevärt, vilket i sig inte är konstigt eftersom analysen utgår från sjukfall med psykiska och smärtrelaterade diagnoser, som kan vara särskilt komplexa och därmed svårbedömda. Den sammanvägda bilden är att detta är grupper som både hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen (samt arbetsgivare, arbetsmarknad och Arbetsförmedlingen) har svårt att hantera. En viktig aspekt i diskussionen om beslutsstödet är vilken typ av följsamhet vi bör och kan förvänta oss. Försäkringskassans vägledning har förändrats över tid och handläggarna får olika signaler.

Ställningstaganden

En central del i utvecklingen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet är att det ska utgöra stödjande vägledning vid de ställningstaganden och bedömningar som utgör svårigheter vid sjukskrivning.⁴⁴ Professionerna och målgruppernas behov måste stå i centrum och innehållet i beslutsstödet ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta bidrar till en kunskapsbaserad och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Myndigheterna är även överens om att användandet och tillämpningen av försäkringsmedicinskt beslutsstöd kan och bör utvecklas inom Försäkringskassan och inom hälso- och sjukvården. Berörda yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården samt handläggare inom sjukförsäkringen vid Försäkringskassan bör ha god kännedom om försäkringsmedicinska beslutsstödet övergripande principer och att ta del av dessa och de diagnosspecifika rekommendationerna som ett kunskapsstöd när det är aktuellt.

Ett led i att utveckla användandet av beslutsstödet är att utveckla dess tillgänglighet. De övergripande principerna behöver exempelvis presenteras och tillgängliggöras bättre både på Socialstyrelsens webbplats, men även via andra digitala kanaler. Försäkringskassan och Socialstyrelsen avser att utreda om beslutsstödet kan och bör integreras i Försäkringskassans systemstöd.

Åtgärder som Försäkringskassan ansvarar för inom utvecklingsområdet

Syftet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet, när det togs fram, var primärt att ge hälso- och sjukvården vägledning vid bedömningar gällande behov av sjukskrivning. Ett motiv till detta var att minska skillnaderna i landet gällande sjukskrivning. Tanken var samtidigt att det skulle ge Försäkringskassan ökade förutsättningar att på ett bra sätt förstå utfärdade läkarintyg, upptäcka eventuella orimligheter, samt underlätta dialogen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i enskilda ärenden. Det sätt på vilket Försäkringskassans handläggare använder sig av stödet är avgörande för vilken kvalitet som stödet kan bidra med till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassans ambition är därför att utveckla och tydliggöra användningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och säkerställa att de tjänstemän som använder stödet har rätt kunskaper.

Försäkringskassan behöver tydliggöra syftet med beslutsstödet

För att tydliggöra användningen behöver Försäkringskassan, i samarbete med Socialstyrelsen, tydligare formulera syftet med beslutsstödet och hur det ska användas inom Försäkringskassans verksamhet. En väsentlig del av ett sådant arbete är att tydligt klargöra att beslutsstödet är menat att ge ett allmänt stöd i förståelsen och värderingen av den unika information som finns i det

⁴⁴ Detta skulle bland annat kunna innebära att införliva fler diagnoser, men exempelvis också att utveckla skrivningar bland annat avseende olika tillstånd påverkan på aktivitetsförmåga, att i stödet ge exempel på vanliga typer av krav i arbetet eller i aktiviteter som kan påverka sjukskrivningstider för olika tillstånd och att för olika tillstånd beskriva medicinska förutsättningarna för observationer och undersökningfynd.

individuella ärendet.⁴⁵ Beslutsstödet kan använt på det sättet bidra till ökad kompetens hos handläggare att förstå logiska kedjor av uppgifter och information som annars hade varit svåra att förstå för en tjänsteman utan medicinsk utbildning. Detta kan medföra att bedömningar i fler fall kan göras på befintliga uppgifter, utan behov av kompletteringar, samt ge en ökad förståelse för den aktuella sjukdomsproblematiken. Beslutsstödet kan samtidigt aldrig ”i sig” utgöra ett beslutsunderlag i det enskilda ärendet och kan därför aldrig ensamt legitimera vare sig bifall eller avslag om begäran om sjukpenning. Ett annat tydliggörande kring användningen är hur handläggare ska hantera överskridande av rekommenderad sjukskrivningslängd i det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Utveckling för att säkra långsiktig kompetens

För att beslutsstödet ska vara lättillgängligt för Försäkringskassans medarbetare bör Försäkringskassan utreda om det är lämpligt, samt vilka möjligheter som finns att integrera beslutsstödet i myndighetens systemstöd. Genom integrering i systemstöd kan exempelvis aktuella diagnosspecifika rekommendationer automatiskt visas för handläggaren, liknande det system som är implementerat inom hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan avser att säkerställa att de tjänstemän som använder stödet har tillräcklig kompetens (att förstå beslutstödet möjligheter och begränsningar). Försäkringskassans ambition är därför att, tillsammans med Socialstyrelsen, utforma utbildning gällande försäkringsmedicinskt beslutsstöd riktat till handläggare inom sjukförsäkringen och integrera detta i befintliga utbildningar. Försäkringskassan ska också säkra att medarbetarna med ett visst intervall får uppdatering kring stödet och dess användning.

Åtgärder som Socialstyrelsen ansvarar för inom utvecklingsområdet

Socialstyrelsen har det huvudsakliga ansvaret för utvecklingen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet och att skapa goda förutsättningar för att stödet används på rätt sätt. Utvecklingen av beslutsstödet har de senaste åren fokuserat på informatik och digitalisering och Socialstyrelsen behöver nu staka ut stödets framtida utveckling. Socialstyrelsen avser därför att, i samråd med Försäkringskassan och representanter från hälso- och sjukvården, ta fram en *strategisk utvecklingsplan* för beslutsstödet.

Kartläggning av utvecklingsbehov

För att säkerställa att utvecklingen utgår ifrån målgruppernas behov avser Socialstyrelsen att med en metod som kallas *tjänstedesign* kartlägga dessa behov och ta fram förslag på utvecklingsinsatser och utvecklingsområden för beslutstödet. Socialstyrelsen avser att i en sådan studie särskilt beakta hur beslutsstödet kan utvecklas för att stärka individens delaktighet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Utvecklingen av stödet behöver även överensstämja med övriga utvecklingsinsatser på det försäkringsmedicinska området, exempelvis det så kallade SRS-projektet (29).

⁴⁵ Försäkringskassan kan använda beslutsstödet för att bättre förstå läkares bedömning och som ett stöd för att avgöra om det medicinska underlaget är tillräckligt. Det kan också vara ett stöd för att ställa relevanta frågor till berörd läkare.

De övergripande principerna

De övergripande principerna i försäkringsmedicinskt beslutsstöd är centrala och har betydande utvecklingspotential. Både formen och funktionen hos principerna behöver utredas och utvecklas. Det är viktigt att principerna tillgängliggörs och presenteras på ett effektivt sätt, både på Socialstyrelsens webbplats men även via andra digitala kanaler. Det behöver förtydligas hur olika aktörer bör använda principerna. Innehållsmässigt behöver principerna, utöver det som nämnts inom de övriga utvecklingsområdena, även ge bättre stöd för bedömningar vid samsjuklighet/komplexa fall samt ge bättre stöd vid värdering av nytta i förhållande till risker med sjukskrivning.

De diagnosspecifika rekommendationerna

Även de diagnosspecifika rekommendationerna har utvecklingspotential. Detta handlar om att uppdatera och utveckla innehållet. Beslutsstödet består av cirka 120 diagnosspecifika rekommendationer, vilket innebär att det finns ett betydande arbete att göra för att säkerställa att innehållet är aktuellt. Informationsmängderna kan även utvecklas genom att exempelvis ge bättre vägledning avseende vanliga konsekvenser för aktivitetsförmåga för olika tillstånd och att sätta aktivitetsförmåga i tydligare relation till vanliga typer av krav i arbetet.

Utbildnings- och informationsmaterial

Socialstyrelsen behöver säkerställa att det finns tillgängligt utbildnings- och informationsmaterial för personal inom hälso- och sjukvården kring försäkringsmedicinskt beslutsstöd och dess användning. Socialstyrelsens ambition är även att utreda hur beslutsstödet kan utvecklas för att stödja andra professioner och roller än sjukskrivande läkare inom hälso- och sjukvården och att även dessa får adekvat information och utbildning.

Fortsatt och långsiktig finansiering en förutsättning

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet.⁴⁶ Förutsättningarna för kunskapsstödet är samtidigt att det finns en relativt låg grad av vetenskapligt underlag. Framtagandet av beslutsstödet innehåll sker därför i hög grad genom användande av medicinska experter och genom grundlig förankring med berörda professioner. Detta tillsammans med att stora delar av kunskapsstödet är gammalt gör att arbetet förväntas ta betydande resurser i anspråk. Socialstyrelsens arbete med det försäkringsmedicinska beslutsstödet finansieras idag i hög grad via överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och staten om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Socialstyrelsen betonar att långsiktig finansiering är en väsentlig förutsättning för att fortsatt utveckling och förvaltning av stödet ska gå att genomföra.

⁴⁶ Sjukskrivning ska, vilket framgår av stödets övergripande principer, ses som en del av vård och behandling. Det innebär bland annat att bedömningar i anslutning till sjukskrivningssituationer ska ske med samma noggrannhet och professionalitet som andra överväganden som görs inom hälso- och sjukvården. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd är Socialstyrelsens verktyg för att bidra med ökad kvalitet inom kunskapsområdet.

Utvecklingsområde: Strukturer och arbetsformer för dialog

Utvecklingsområdet syftar till att förbättra samverkans- och samarbetsformer mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i en hållbar och effektiv riktning. Detta gäller såväl för samarbetet mellan professionerna i det enskilda mötet med individen som på alla de nivåer där samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården sker. Ett mål är att tydliggöra syftet, mål och ramar för samverkan mellan parterna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Sammanfattning av resultat och iakttagelser från kunskapsunderlaget:

Analyserna av fokusgrupperna visar att det efterfrågas en gemensam strategi för Försäkringskassan och hälso- och sjukvården kring arbetet med sjukskrivningar. Detta är särskilt viktigt när det gäller psykisk ohälsa och när det gäller tillstånd som är i gränslandet mellan social och medicinsk problematik. Analyserna identifierar även att organisatoriska förutsättningar inom hälso- och sjukvården försvårar möjligheterna att arbeta med sjukskrivning på ett enhetligt och välavvägt sätt.

Det har även identifierats problem gällande exempelvis intygen och det dagliga samarbetet som det krävs strukturer för samverkan på strukturell nivå för att lösa. För att kunna identifiera problem som uppkommer i det dagliga arbetet hos båda parter professioner behövs tydliga vägar för att eskalera problem samt forum för dialog och samråd om hur problemen kan lösas. När en part vidtar åtgärder för att utveckla och förbättra sin hantering kan det medföra konsekvenser för medaktörerna. Ett exempel på detta är praxisförändringar som påverkar t.ex. Försäkringskassans behov av information från hälso- och sjukvården. Förändringar som påverkar den andra parten behöver kommuniceras i god tid och gemensamma konsekvensanalyser behövs.

Trots väl uppbyggd samverkan mellan Försäkringskassan och regionerna har problemen kopplat till intyg och andra frågor kring samarbetet runt individen inte kunnat hanteras på ett effektivt sätt. Ett utvecklingsarbete behöver ske för att tydliggöra syftet, mål och ramar för samverkan mellan parterna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Ställningstaganden

Myndigheterna är överens om att en gemensam syn på *ramar och principer* för samarbete och samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården behöver uttryckas nationellt. Sådana principer kan bland annat definiera och uttrycka vilken typ av dialog som bör föras i olika fora och på olika nivåer. Utgångspunkten bör vara att formerna för detta ska vara långsiktiga

och inte beroende av stimulansmedel eller tillfälliga satsningar. De ramar och principer som tas fram bör uttryckas så att de utan hinder lokalt kan tillämpas på ett sätt som ligger i linje med de lokala förutsättningarna.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen är även överens om att det behövs väl fungerande och situationsanpassade *strukturer och former* för samarbete och dialog lokalt och regionalt mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Syftet är bland annat att skapa tillit och förståelse för varandras uppdrag, kompetens och roller. Det handlar också om att fånga upp och hantera signaler om förändringar i sjukskrivningsprocessen, förmedla kvalitetsstärkande praxisförändringar, samt hantera och åtgärda problem inom processen.

Myndigheterna är ense om att effektiva arbetsformer, samarbetsformer och kontaktvägar mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan kring, och tillsammans med, den enskilda individen är en förutsättning för en kvalitets-säker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Individen måste uppfatta sig som den centrala aktören i sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och även att processen präglas av professionalitet och begriplighet. Ett ökat förtroende *mellan* aktörerna går hand i hand med ett ökat förtroende *för* aktörerna och *för* sjukförsäkringen hos de individer som behöver stöd.

Åtgärder som Försäkringskassan ansvarar för inom utvecklingsområdet

Försäkringskassans samordningsansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen innebär att det är naturligt att myndigheten tar det primära ansvaret för att i samverkan med övriga aktörer etablera och utveckla ändamålsenliga och effektiva samarbetsformer

Ett inriktningsdokument

Försäkringskassan avser att tillsammans med Socialstyrelsen och representerer för hälso- och sjukvården utarbeta ett *inriktningsdokument* gällande samarbets- och samverkansformer mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. För samarbetet kring den enskilda individen behöver ramar för arbetsmetoder, kontaktytor och mötesformer beskrivas och i det sammanhanget behöver individens delaktighet särskilt värnas. Inriktningsdokumentet bör även innehålla grundläggande principer för samverkan på nationell, regional respektive lokal nivå. I dokumentet ska syfte, former och inriktning på samverkan på olika nivåer framgå. Det behöver bland annat säkerställas att det finns relevant beslutsmandat på respektive nivå. Detta för att det ska finnas en reell förmåga att kunna vidta åtgärder i syfte att stärka en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Det är viktigt att inriktningsdokumentet uttrycks på ett sådant sätt att det inte hindrar att samarbetet och samverkan anpassas till lokala och regionala förutsättningarna.

Fortsatt förvaltning av ramverk för samverkan och samarbete

Försäkringskassan avser vidare att säkerställa att en organisation etableras med uppdrag att förvalta och utveckla inriktningsdokumentet med dess ramverk och principer för samverkan och samarbete. Försäkringskassan avser att

ta ansvar för att leda organisationens arbete och representanter från Socialstyrelsen och hälso- och sjukvården ska ingå. Individens perspektiv behöver också säkras.

Åtgärder som Socialstyrelsen ansvarar för inom utvecklingsområdet

Utifrån sin roll i den statliga kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården kan Socialstyrelsen stödja samarbetet och samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Genom att vetenskap och beprövad erfarenhet är grunden i en stor del av Socialstyrelsens arbete och produkter kan myndigheten bidra till att samarbetet och samverkan utvecklas i en kunskapsbaserad riktning. Socialstyrelsens ambition är att bidra till utvecklingen av det nationella inriktningsdokumentet och ramverket för samarbete och samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

De övergripande principerna

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan utvecklas i det specifika syftet att stärka samarbetet och samverkan mellan aktörerna i processen. Naturligt sker detta via beslutsstödet övergripande principer. Principerna bör bland annat utvecklas för att ge ett bättre stöd gällande berörda aktörers roller, kvalitetsstärkande praxis för samarbete/samverkan, samt för hur delaktighet för individen kan skapas och ge stöd i hur detta kan omsättas i praktiken. De övergripande principerna bör även i högre utsträckning än nu ge stöd åt hälso- och sjukvårdens lednings- och styrningsarbete gällande sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor i allmänhet, och samarbets-/ samverkansfrågor i synnerhet.

Stöd till andra vårdroller och professioner

Andra vårdprofessioner och roller än sjukskrivande läkare får över tid en allt mer framträdande roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och i samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Ett tydligt exempel på det är rollen som rehabiliteringskoordinator som är under uppbyggnad och utveckling. Socialstyrelsens ambition är att se över hur myndigheten utifrån ett kunskapsstyrningsperspektiv kan möta dessa gruppers behov av stöd och vägledning.

Statistik och jämförelser

En del av Socialstyrelsens uppdrag är att ta fram statistik och jämförelser för att kunna följa upp och bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvårdens arbete. Socialstyrelsen tar exempelvis fram indikatorer kopplade till myndighetens kunskapsstöd och erbjuder även öppna jämförelser av data. Socialstyrelsen tar idag inte fram några indikatorer eller annan statistik gällande hälso- och sjukvårdens arbete på det försäkringsmedicinska området. Det här är ett utvecklingsområde som skulle kunna stärka hälso- och sjukvårdens arbete inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Socialstyrelsen bör utreda förutsättningarna för att myndigheten skulle kunna göra jämförelser eller ta fram indikatorer på det försäkringsmedicinska området.

Diskussion

Regeringsuppdraget och myndigheternas svar på det tar avstamp i den irritation, den frustration, och de effektivitetsförluster som en viss del av dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården i anslutning kring innehåll i läkarintyg under senare år medfört. Den allvarligaste konsekvensen av detta är att förutsättningarna för att individen ska få ett så smidigt, transparent och rättssäkert stöd att återvända i arbete efter sjukfrånvaro i vissa fall kan påverkas negativt. Om individer uppfattar rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen i första hand som ett svårbegripligt spel mellan samhällsinstanter går en stor del av den möjliga kvaliteten i de berörda aktörernas insatser förlorad.

Inom ramen för den svenska sjukförsäkringen har genom åren en rad olika frågor aktualiserats. En del präglade av samhällsutvecklingen, andra mer av grundläggande utmaningar som den här typen av välfärdskomponent ”naturligt” har.

De senaste årens utveckling är bland annat präglad av en ökande andel sjukskrivningar med psykisk ohälsa som grund och en förstärkt handläggning⁴⁷ vid Försäkringskassan för att göra prövningar av arbetsförmåga i rätt tid och med hög kvalitet. Ett av resultaten har blivit att hälso- och sjukvården uppfattat en ökande belastning grundad i informationskrav runt sjukskrivningar. Detta yttrar sig bland annat i en ansträngd dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. De analyser som Försäkringskassan och Socialstyrelsen genomfört inom ramen för det aktuella regeringsuppdraget anger att det finns en hel del saker som kan göras inom ramen för rådande lagstiftning för att begränsa belastningen. En rad åtgärder som bedöms kunna klaras av inom relativ närtid har presenterats i det här svaret till regeringen.

Försäkringskassans utredningsskyldighet och försäkringsmedicinska underlag

Det är angeläget att understryka att regeringsuppdraget och svaret på det i första hand handlar om den *utredningsskyldighet* som Försäkringskassan har och om hälso- och sjukvårdens förmåga att lämna försäkringsmedicinska underlag som stöd för en sådan bedömning. Det handlar om att förtydliga vilka uppgifter som behövs för de prövningar Försäkringskassan gör samt vad som är rimligt och ändamålsenligt att förvänta sig att hälso- och sjukvården i praktiken klarar av att leverera.

Det är myndigheternas uppfattning att åtgärderna som presenterats kommer att bidra till en bättre dialog och minskad otydlighet och frustration. Fortfarande kvarstår i de individuella fallen dock svåra frågor runt exempelvis individers rätt till sjukpenning. Även om de två aktörerna blir mer samspelta kring vilken information som behövs och kring hälso- och sjukvårdens

⁴⁷ Försäkringskassan fick med start 2015 extra medel för att kunna arbeta effektivare med prövning av arbetsförmåga enligt rehabiliteringskedjans regler.

förutsättningar (handlar både om metodologiska, men också rent praktiska och tidsmässiga förutsättningar) att uttrycka sig i de intyg som lämnas, kan det fortfarande finnas situationer där hälso- och sjukvårdens metoder och/eller sätt att uttrycka sig inte räcker till för att Försäkringskassan under rådande rättsliga förutsättningar räcker till för att pröva rätten till sjukpenning.

Utmaningar

I en överväldigande majoritet av alla sjukskrivningsärenden fungerar allt utan bekymmer. Underlagen från hälso- och sjukvården är tillräckliga, individerna får sjukpenning för den period de ansökt om, och återvänder därefter i arbete. En avgörande del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen utgörs av mötet mellan vårdsökande och hälso- och sjukvården och de medicinska insatser det kan leda till. I väldigt många fall leder detta inte till behov av sjukskrivning.

Försäkringskassans och Socialstyrelsens svar på regeringsuppdraget handlar om den betydligt mindre andel av alla ärenden där saker och ting inte flyter på lika smidigt. En viktig faktor i detta är ökningen av psykisk ohälsa som anledning till sjukfrånvaro. Grunder till att detta medfört utmaningar är dels svårigheter att ställa och bekräfta diagnos, dels att definiera vilka funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som den enskilde har. Svårigheterna är bland annat relaterade till tolkningar av socialförsäkringsbalkens sjukdomsbegrepp⁴⁸ och till rättspraxis.⁴⁹

Dialogen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan handlar inte i första hand om de *diagnoser* som anges i försäkringsmedicinska underlag utan framförallt gäller det de *konsekvenser* som tillstånden har. Samtidigt kan man inte bortse ifrån ett intryck som säger att det inte sällan handlar om oklarheter runt vad som ska ses som sjukdom. Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv så ”startar” ju DFA-kedjan med ett sjukdomstillstånd som med kedjans logik får konsekvenser.

Dock visar tidigare studier, liksom den nu aktuella, att det oftast är kring de senare stegen i analyser av arbetsförmåga som dialog uppstår. Vad är aktivitetsförmågor och hur kan de bestämmas? Vilka krav ställer ett normalt på arbetsmarknaden förekommande arbete?

En slutsats måste vara att tydligare definitioner och avgränsningar av vad de båda parterna kan förväntas prestera i sjukskrivningsprocessen är nödvändiga steg i riktning mot en bättre situation. Förhoppningen är att de ställningstaganden och åtgärder som presenterats i det här svaret till regeringen bidrar till en sådan process. Ambitionen är också att de angivna stegen ska följas av andra.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen anser dock att det är angeläget att väcka frågor kring hur långt detta räcker. Myndigheterna har samsyn kring att de utmaningar som en kvalitetsfylld och rättssäker rehabiliterings- och

⁴⁸ Socialvårdskommittén SOU 1944: 15 (s. 162) uttalade att man ”vid bedömande huruvida sjukdom föreligger borde hålla sig till vad som enligt vanligt språkbruk och gängse läkarvetenskaplig uppfattning är att anse såsom sjukdom”. Kommittén ansåg vidare att ”man med denna utgångspunkt såsom sjukdom kunde betecknas varje onormalt kropps- eller själstillstånd vilket icke sammanhänga med den normala livs processen”.

⁴⁹ Bland annat är rättspraxis på området sådan att det är svårt att dra generella slutsatser från en enskild dom. Vidare kan till synes likartade fall leda till domar som går i olika riktning (3).

sjukskrivningsprocess hyser stäcker sig utanför det som hälso- och sjukvården och Försäkringskassan med angivna insatser kan möta. I botten av all administrativ hantering finns individer. Både som utförare och som föremål för hanteringen. De som efterfrågar stöd från sjukförsäkringen är individer som både hälso- och sjukvårdens professionella och Försäkringskassans handläggare vill stödja och hjälpa. Den osäkerhet som präglar tolkningar, bedömningar och utsagor inom båda systemen leder därmed lätt till olika former av ”undvikande”.⁵⁰ Försäkringskassan och Socialstyrelsen uppfattar det som angeläget att på en övergripande samhällsnivå analysera och diskutera grundläggande frågor runt hur socialförsäkringsbalkens sjukdomsbegrepp ska förstås och användas bland annat utifrån ett nytt ohälsopanorama, ett nytt arbetsliv och en generellt växande svårighet att skilja på grundorsak och konsekvens av ohälsa.⁵¹ Om de iakttagelser som vården kan göra vad gäller individer som söker hjälp för psykisk ohälsa, till exempel inom primärvården, inte är tillfyllest i relation till bedömningar av arbetsförmåga eller rätt till sjukpenning är detta ett förhållande som bör finnas med i en sådan analys.

Flera tänkbara utvecklingsmöjligheter

Försäkringskassan och Socialstyrelsen vill betona att aktörerna med det här svaret inte har uttömt vad som skulle kunna utvecklas inom ramen för rådande lagstiftning⁵². Försäkringskassan och Socialstyrelsen ser inga svårigheter att identifiera ett flertal teman som skulle kunna addera kvalitet till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och som ett fortsatt engagemang kan utforska och utveckla.

Flera av dem är direkt eller indirekt koppade till läkarintygens innehåll, format, funktion och användande. Utöver de anpassningar som kan bli aktuella som ett resultat av de ställningstaganden och åtgärder som det här svaret på regeringsuppdraget innehåller så finns det ett stort antal möjligheter som kan definieras och värderas⁵³.

Utformningen av intyget och det som efterfrågas i det måste utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap och utifrån hur sjukförsäkringen är utformad. Intyget är den försäkrades bevismedel och måste utformas så att den försäkrade kan få en rättssäker prövning.

Logiken bakom utformningen av nuvarande läkarintyg kan i stor utsträckning härledas till ”Arbetsförmågeutredningen” (25) som lämnade sitt betänkande 2009. Utredningen kretsar kring begreppet ”medicinska förutsättningar för arbete” som en väg att avgränsa det som hälso- och sjukvårdens kan förväntas kunna bedöma. Logiken uttrycktes i det som nu betecknas som DFA-kedjan och vars tillämpning har ifrågasatts och kritiserats.

⁵⁰ I en aktuell kvalitativ studie (26) beskrivs exempelvis hur läkare ”friserar” intyg för att få dem godkända av Försäkringskassan. Detta kan ses som ett sätt att undvika sådant man uppfattar som svårt.

⁵¹ Företrädare för hälso- och sjukvården uttrycker i olika sammanhang och även inom ramen för de diskussioner som förts inom ramen för detta arbete att ”DFA-kedjans” tydlig uppdelade komponenter för en stor del av den sjukskrivningsdrivande ohälsan inte är adekvat. Är exempelvis energilöshet en konsekvens av depression eller är energilöshet ett uttryck för själva sjukdomen?

⁵² Med ”lagstiftningen” avser vi här socialförsäkringsbalken, förvaltningslagen, förarbeten och praxis.

Det är inte omöjligt att den logik som presenterades av ”Arbetsförmågeutredningen” till vissa delar inte är lika applicerbar som den var för ett decennium sedan. Ett exempel av flera på frågor att diskutera handlar om vad som ska efterfrågas i intyget. Det skulle, för att illustrera med ett exempel, rent teoretiskt vara möjligt att i intyget inte efterfråga läkares bedömning av den försäkrades arbetsförmåga, utan att i intyget till exempel nöja sig med bedömning gällande funktionsnedsättning och/eller aktivitetsbegränsning.

Ett annat exempel på ett område där nuvarande ordning kan ifrågasättas, och där kvaliteten skulle kunna stärkas, handlar om individens delaktighet och ansvar kopplat till läkarintyget. Med nuvarande förhållande finns det en risk att den försäkrade inte uppfattar sig som delaktig i den egna sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Individens förutsättningar att uppfatta intyget som något som hälso- och sjukvården utfärdar åt individen har i stor utsträckning ersatts av upplevelsen att intyget utfärdats åt Försäkringskassan.

De potentiella negativa konsekvenserna av detta är svårbedömda men förändringar med det här perspektivet i fokus kan förutsättas ha ett betydande värde.⁵⁴ Det skulle exempelvis kunna utredas hur försäkrade i större utsträckning skulle kunna rapportera in uppgifter relaterade till arbetsförmåga, uppgifter som kanske även skulle kunna användas av flera parter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Det sätt på vilket hanteringen av intyg växt fram bygger i stor utsträckning på stävan efter effektivitet. Det vore ogörligt att hantera alla sjukpenningärenden på exakt samma sätt. Inom ramen för ett sådant tema skulle idéer om vidare differentiering kunna väckas. Tanken med detta skulle i så fall vara att administrativt ytterligare avlasta både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i vissa fall för att kunna lägga mer resurser på, och öka kvaliteten i arbetet med, andra ärenden.

Med start 2013 införde Försäkringskassan vad man betecknade som ”en enklare sjukförsäkringsprocess” med differentierad handläggning i tre olika kundflöden. I en uppföljning som myndigheten genomfört uppges att man inte kan påvisa att den rättsliga kvaliteten påverkats (31). Detta till skillnad mot ett tidigare försök med att låta differentieringen även gälla läkarintygen och hälso- och sjukvårdens arbete, vilket då visade sig ställa för stora krav på aktörerna (3). Med utgångspunkten att kompetens ofta växer med gjorda och utvärderade misstag, bör man dock kanske inte självklart diskvalificera utvecklingstankar i den här riktningen.⁵⁵ Det finns en parallell metodutveckling igång och exempelvis skulle metodstödet ”Stöd för rätt sjukskrivning” (SRS) kunna bidra till att hälso- och sjukvården med bättre precision skulle kunna identifiera ärenden med stor risk för att bli långvariga (29).

Listan på utvecklingsmöjligheter, som går längre än vad de åtgärder gör som Försäkringskassan och Socialstyrelsen i det här svaret till regeringen åtar sig att genomföra, skulle kunna göras lång. För flera av de idéer som skulle kunna vara aktuella gäller dock att de måste utvecklas utifrån principer om

⁵⁴ Ett exempel kan hämtas från Storbritannien där man ändrat namn på läkarintyget från ”sick-note” till ”fit-not” och tydligt utvecklat logiken i de uppgifter som efterfrågas i riktning mot vad som krävs för återgång i arbete (33).

⁵⁵ Inspektionen för socialförsäkringens (ISF) senaste rapport i detta ämne kan läsas som att man inte avfärdar idén bakom förenklade intyg utan i första hand det sätt som detta tidigare infördes på (27).

långsiktighet.⁵⁶ Olika sådana vägar ligger dessutom på olika distans till den gräns som dagens regelverk kan sägas ange och måste värderas och diskuteras utifrån detta. Myndigheterna bedömer att det behövs en bredare samhällsdiskussion om sjukförsäkringens samhällsroll, juridiska gränser och administrativa förutsättningar. Försäkringskassan och Socialstyrelsen är samtidigt inställda på att ta fortsatta steg i riktning mot en effektiv och ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

⁵⁶ Det utvecklings- förankringsarbete som krävs får inte förminskas. I detta ingår med självklarhet adekvat prövning och utvärdering.

Referenser

- (1) Socialdepartementet (2018) *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, S2018/00530
- (2) Socialstyrelsen (2018) *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, tillgängligt via www.socialstyrelsen.se
- (3) Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring, (2018), *Samspel för hälsa*, SOU 2018:80
- (4) Försäkringskassan (2017) *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2017. Sjuk och rehabiliteringspenning*, Socialförsäkringsrapport 2017:3
- (5) Riksrevisionen (2018), *Bedömning av arbets- förmåga vid psykisk ohälsa– en process med stora utmaningar*, rir 2018:11
- (6) Socialdepartementet, (2017) *Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning*, S2017/03739/SF
- (7) Försäkringskassan (2017) *Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning*, Dnr 041508-2017
- (8) Riksrevisionen (2018), *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd– ett stöd för Försäkringskassan vid psykisk ohälsa?* rir 2018:22
- (9) Socialstyrelsen & Försäkringskassan (2018) *Svar på regeringsuppdrag - Delredovisning av regeringsuppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, S2018/00530
- (10) Försäkringskassan (2016). *Sjukfrånvarons utveckling 2016*, Socialförsäkringsrapport 2016:7.
- (11) Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni*.
- (12) Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2012). *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturgenomsikt*
- (13) Försäkringskassan (2017). *Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter*, Socialförsäkringsrapport 2017:3.
- (14) Försäkringskassan (2017). *Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland. En jämförande fallstudie*, Socialförsäkringsrapport 2017:11.
- (15) Försäkringskassan (2014). *Analys av sjukfrånvarons variation. Väsentliga förklaringar av upp- och nedgångar över tid*, Socialförsäkringsrapport 2014:17
- (16) Försäkringskassan (2014). *Sjukfrånvarons utveckling. Delrapport 2, år 2014*, Socialförsäkringsrapport 2014:18.
- (17) Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2015). *Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Kartläggning och analys*.
- (18) Alexanderson, K., Brommels, M., Ekenvall, L., Karlsryd, E., Löfgren, A., Sundberg, L. och Österberg, M. (2005). *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning. Rapport januari 2005*, Karolinska Institutet
- (19) Alexanderson, K., von Knorring, M., Parmander, M. och Tyrkkö, A. (2007). *Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning av arbetet med patienters sjukskrivning. Rapport 2007*, Karolinska Institutet
- (20) Alexanderson, K., Arrelöv, B., Bränström, R., Gustavsson, C., Hinas, E., Kjeldgård, L., Ljungquist, T. och Nilsson, G. (2013a). *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004*, Rapport 2013, Karolinska Institutet.

- (21) Alexanderson, K., Arrelöv, B., Friberg, E., Haque, M., Lindholm, C., Lytsy, P. och Svärd, V. (2018). *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004*, Huvudrapport 2018, Karolinska Institutet
- (22) Försäkringskassan (2018) *Rättsliga kvalitetsuppföljningar 2014-2017 – En metaanalys*, PM 2018:6, Analys och prognos
- (23) Socialstyrelsen (2012). *Övergripande principer för sjukskrivning*, tillgängliga via www.socialstyrelsen.se.
- (24) Socialstyrelsen (2018) *Vård vid depression och ångestsyndrom*, Nationella riktlinjer
- (25) Arbetsförmågeutredningen (2009) *Gränslandet mellan sjukdom och arbete*, SOU 2008:1
- (26) Shutzberg M, (2019) *Unsanctioned techniques for having sickness certificates accepted: a qualitative exploration and description of the strategies used by Swedish general practitioners*, Scand Jour of Prim Health Care
- (27) ISF, (2019) *Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen*, Rapport 2019:5
- (28) Holmberg K, (2019) *FK:s avslagsskäl provas i domstol*, ETC
- (29) SKL, (2018) *Stöd för rätt sjukskrivning*, Rapport oktober 2018
- (30) Svenskt Näringsliv, (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaro och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*, Socialförsäkring i förändring.
- (31) Försäkringskassan, (2018) *En differentierad handläggning av sjukpenning*, PM 2018:8, Analys och prognos.
- (32) Socialdepartementet (2015) *Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst*
- (33) Department for Work & Pensions, (2016), *Getting the most out of the fit note, GP guidance*. [www.gov.uk/getting the most out of the fit note](http://www.gov.uk/getting-the-most-out-of-the-fit-note), GP guidance
- (34) Socialstyrelsen. ICD-10, finns att ladda ner på: <https://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder>