

# Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg

Rättslig kvalitetsuppföljning



Utgivare: Försäkringskassan  
Rättsavdelningen

Upplysningar: Pernilla Keinestam Lindell  
010-116 97 33  
pernilla.keinestam@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Försäkringskassans modell för systematisk kvalitetsutveckling bygger på en kombination av lokala kvalitetsuppföljningar, uppföljning av kvalitetsindikatorer samt fördjupade rättsliga kvalitetsuppföljningar.

Rättsavdelningen ansvarar för de fördjupade rättsliga kvalitetsuppföljningarna. Uppföljningarna inriktas huvudsakligen på sådana områden där det finns indikationer på rättsliga kvalitetsbrister.

I den här rapporten presenteras resultaten av en rättslig kvalitetsuppföljning av sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg. Fokus är om intygen innehåller tillräcklig information för att Försäkringskassan ska kunna bedöma den försäkrades arbetsförmåga och om denna bedömning är korrekt utifrån lag och rättspraxis. Uppföljningen berör också hur Försäkringskassan använder sig av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i handläggningen.

Rapporten har skrivits av Pernilla Keinestam Lindell, rättslig expert vid Rättsavdelningen. Ett tack riktas till alla som har medverkat i arbetet med uppföljningen.

Kjell Skoglund  
Verksamhetsområdeschef  
Verksamhetsområde Process- och socialförsäkringsjuridik  
Rättsavdelningen

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>6</b>
Bakgrund .....	6
Syfte .....	6
Metod .....	7
Disposition .....	8
<b>De förenklade intygen</b> .....	<b>9</b>
<b>Beskrivning av ärendena</b> .....	<b>12</b>
Sjukskrivningsdiagnos.....	12
Vilket beslut hade Försäkringskassan fattat? .....	13
Sjukperiodens längd.....	14
<b>Bedömningen av arbetsförmåga</b> .....	<b>16</b>
Hur ska arbetsförmågan bedömas? .....	16
Bedömningen av arbetsförmåga i de ärenden som ingår i uppföljningen .....	17
<b>Utredningen</b> .....	<b>18</b>
Vilka medicinska uppgifter behövs för att bedöma arbetsförmågan? .....	18
Vilka skäl för att avhålla sig från arbete angavs i läkarintygen? .....	20
Är den medicinska utredningen tillräcklig för att bedöma arbetsförmågan? .....	23
<b>Tillämpningen av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd</b> .....	<b>25</b>
Hur ska Försäkringskassan använda beslutsstödet? .....	25
Hur har beslutsstödet använts? .....	26
<b>Övriga iakttagelser</b> .....	<b>28</b>
<b>Sammanfattande diskussion och slutsatser</b> .....	<b>29</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>31</b>
Försäkringskassans åtgärder med anledning av uppföljningens resultat .....	31
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>33</b>
Frågeformulär .....	33

# Sammanfattning

I denna rapport redovisas en uppföljning som syftar till att undersöka den rättsliga kvaliteten i sjukpenningärenden med ett förenklat läkarintyg.

Uppföljningen omfattar ett slumpmässigt urval av 300 sjukpenningärenden som startat i augusti 2015 och som innehåller en ansökan om sjukpenning och minst ett förenklat läkarintyg.

Uppföljningen visar att det finns allvarliga kvalitetsbrister i ärenden där bedömningen görs utifrån förenklade läkarintyg.

De förenklade intygen ger oftast otillräcklig information för att bedöma arbetsförmågan och Försäkringskassan beviljar i dessa ärenden ofta sjukpenning utan att det är styrkt att arbetsförmågan är nedsatt.

Sjukfallen med förenklade intyg blir inte sällan längre än 60 dagar, vilket indikerar att det är svårt att prognostisera sjukfallets längd med den träffsäkerhet som har förutsatts.

Det åligger Försäkringskassan att utreda varje sjukpenningärende utifrån dess unika beskaffenhet och att göra en individuell bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. Resultatet av uppföljningen väcker frågan om det i praktiken finns något tillämpningsområde för ställningstagandet i Domsnytt 2014:014, dvs. om det går att avgränsa en grupp av sjukfall där kraven på läkarintygen kan sänkas på det sätt som förutsätts i domsnyttet.

Det behövs en grundlig översyn av förutsättningarna för och konsekvenserna av de förenklade läkarintygen.

# Inledning

## Bakgrund

Rättsavdelningen gav under våren 2014 ut ett Domsnytt om vilka uppgifter som behövs i ett läkarintyg och hur uppgifterna ska värderas vid prövningen av rätten till sjukpenning (Domsnytt 2014:014).<sup>1</sup> Bakgrunden var att Rättsavdelningen hade uppmärksammat ett behov i verksamheten av en samlad och förtydligad beskrivning av vilka medicinska uppgifter som krävs och hur de ska värderas. Detta bland annat med anledning av det utvecklingsarbete med förenklade läkarintyg som pågick inom Försäkringskassan.

I Domsnytt 2014:14 anges att kraven på läkarintygen kan sänkas något i sjukfall där det finns en hög grad av sannolikhet att den försäkrade återgår i arbete inom 60 dagar. Det förutsätter att den behandlande läkaren bedömer att återgång kommer att ske inom den tiden samt att rekommenderad sjukskrivningstid enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är högst 60 dagar.

Försäkringskassan har beslutat att införa förenklade läkarintyg successivt under 2015 och 2016.<sup>2</sup>

Det är viktigt att Försäkringskassan i samtliga sjukpenningärenden utreder och bedömer arbetsförmågan enligt gällande rätt. Mot bakgrund av de stora volymer av ärenden där man på sikt planerar att använda förenklade läkarintyg har kvaliteten i utredningen och bedömningen i dessa ärenden dessutom stor betydelse för sjukpenningtalet. Kvaliteten i de förenklade intygen och den bedömning som Försäkringskassan gör utifrån dessa intyg är dessutom intressant med anledning av det arbete som nu pågår med att försöka helautomatisera handläggningen av vissa sjukpenningärenden. Inriktningen för detta arbete är att utifrån begränsad och digitaliserbar information i läkarintygen göra standardiserade bedömningar av arbetsförmågan.

## Syfte

Uppföljningen syftar till att ge kunskap om den rättsliga kvaliteten i sjukpenningärenden där bedömningen gjorts utifrån ett förenklat läkarintyg. Mer specifikt tar uppföljningen sikte på om Försäkringskassan har tillräckliga uppgifter för att bedöma arbetsförmågan i dessa ärenden samt om bedömningen av arbetsförmåga är enhetlig och korrekt.

---

<sup>1</sup> Ett domsnytt är ett styrdokument som innehåller Försäkringskassans tolkning av prejudikat och rättspraxis.

<sup>2</sup> Beslut den 9 januari 2015 dnr 058761-2014, se även Försäkringskassan, Informationsmeddelande 2015:049.

Ett delsyfte är att få kunskap om hur Försäkringskassan använder sig av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i dessa ärenden, eftersom det bara är i ärenden där sjukskrivningstiden enligt beslutsstödet är högst 60 dagar som förenklade intyg enligt Domsnytt 2014:014 kan användas.

## Metod

### Urval

Uppföljningen omfattar ett slumpmässigt urval av 300 sjukpenningärenden som startat i augusti 2015 och som innehåller en ansökan om sjukpenning och minst ett förenklat läkarintyg. Totalt startade 705 ärenden som innehåller en ansökan om sjukpenning och minst ett förenklat läkarintyg under augusti 2015.

Med förenklat läkarintyg avses ett läkarintyg på blankett 7263 *Läkarintyg enligt 27 kap. 25 § socialförsäkringsbalken* men där det i fält fyra (där det normalt ska anges funktionsnedsättningar) samt fält fem (där det normalt ska anges aktivitetsbegränsningar) i stället har angetts "E".

Urvalet har hämtats från ÄHS, som är Försäkringskassans IT-system för ärendehandläggning.

Två procent av ärendena föll bort. Det var ärenden med sekretessmarkering samt ärenden där det förenklade läkarintyget inte omfattade den period som den första sjukpenningrättsbedömningen i ärendet avsåg.

### Aktgranskning

Granskningsarbetet har utförts av fem medarbetare vid Rättsavdelningen, fyra processförare och en rättslig expert. De har granskat lika många ärenden vardera och ärendefördelningen har varit slumpmässig.

Granskningen har gjorts utifrån ett i förväg framtaget granskningsformulär. Frågorna har testats och reviderats i omgångar innan granskningen startade. Kalibrering av granskarna har skett genom en provgranskning där de granskade samma ärenden. Resultatet jämfördes och diskuterades, vilket också resulterade i några förtydliganden i granskningsformuläret. Formuläret finns i bilaga 1.

Många frågor är bedömningsfrågor där det inte nödvändigtvis finns ett rätt eller fel svar. Eftersom det inte finns något facit omgärdas bedömningarna av en viss osäkerhet.

Granskarna har tagit del av de ärenden som omfattas av granskningen via ärendehanteringssystemet ÄHS och det webbaserade verktyget Easyresearch har använts för att dokumentera resultaten av granskningen.

## **Gemensam analys**

Efter att granskningsfasen avslutats genomfördes ett analysmöte där samtliga granskare deltog. Vid mötet gick vi tillsammans igenom resultatet och fångade upp iakttagelser som gjorts under granskningen.

## **Disposition**

Rapporten är disponerad så att kapitel två innehåller en övergripande beskrivning av den tidiga sjukfallsbedömningen och hur de förenklade intygen tagits fram för att förenkla den bedömningen.

I kapitel tre beskrivs diagnosfördelningen bland de granskade ärendena samt fördelningen av avslags- och bifallsbeslut. För de ärenden där sjukpenning beviljats redovisas också sjukperiodens längd.

Kapitel fyra handlar om bedömningen av arbetsförmåga, dels hur bedömningen ska göras, dels hur kvaliteten i bedömningen av arbetsförmåga var i de granskade ärendena.

I kapitel fem handlar det om utredningen. Det beskrivs vilka uppgifter som behövs för att bedöma arbetsförmåga och i vilken mån utredningen var tillräcklig i de granskade ärendena.

Kapitel sex fokuserar på hur Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd kan användas i ett sjukförsäkringsärende och hur de granskade ärendena i praktiken förhåller sig till beslutsstödet rekommendationer.

Det avslutande kapitel sju innehåller sammanfattande diskussion och slutsatser.

I bilaga ett finns Rättsavdelningens rekommendationer om åtgärder med anledning av resultaten samt uppgift om vilka åtgärder som Försäkringskassans ledning beslutat om.

I bilaga två finns granskningsformuläret som har använts.



## De förenklade intygen

Det här kapitlet handlar om hur de förenklade intygen har tagits fram för att effektivisera den tidiga bedömningen i sjukpenningärenden.

Försäkringskassan genomförde under hösten 2013 en nulägeskartläggning av sjukpenninghandläggningen utifrån ett kundperspektiv. Kartläggningen tog sikte på vilka behov kunder med nedsatt arbetsförmåga har och hur den dåvarande organisationen och handlägningsprocessen motsvarade dessa behov.<sup>3</sup> Slutsatsen som man drog var att handläggningen var alltför likriktad och att behovsanpassningen behövde öka. Man ville åstadkomma en ny inriktning för arbetet med sjukförsäkringen och slog fast att "(e)n enklare sjukförsäkringsprocess innebär en tydlig perspektivförskjutning mot en behovsstyrd och differentierad sjukförsäkringsprocess där utgångspunkt tas i kundens behov i det enskilda sjukfallet".<sup>4</sup>

Utifrån denna utgångspunkt identifierade man tre olika grupper av individer i likartade situationer och med likartade behov. Handlägningsprocessen differentierades utifrån dessa tre "kundflöden". Inriktningen var bland annat att få till stånd en förenklad och snabb hantering av sjukfall som man såg som korta eller enkla, för att lägga mer resurser på kunder som bedömdes behöva omfattande stöd och insatser. För det som kallas kundflöde ett skulle en snabb och enkel handläggning prioriteras och styrningen skulle inriktas mot snabba beslut. Kraven på beslutsunderlagen skulle "begränsas till absolut miniminivå".<sup>5</sup>

Utvecklingen av förenklade läkarintyg skedde i delprojektet "rätt info – rätt stöd" inom ramen för arbetet med "en enklare sjukförsäkringsprocess". Den var en följd av ställningstagandet att man skulle begränsa kraven på beslutsunderlagen för ärenden i kundflöde ett.

---

<sup>3</sup> Försäkringskassan, *En enklare sjukförsäkringsprocess – rapport juli 2013* dnr 031209-2013, s 4.

<sup>4</sup> Ibid. s 6.

<sup>5</sup> Ibid. s. 9.

Inom delprojektet testade man med start våren 2013 att låta läkare på vissa vårdenheter skriva förenklade intyg – intyg som bara innehöll uppgift om diagnos, period med nedsatt arbetsförmåga, nivå på nedsättningen samt om patienten var arbetslös eller inte. Inledningsvis var anvisningarna till läkarna att det förenklade intyget skulle användas när läkaren bedömde

- att patienten inte behöver stöd från Försäkringskassan för att återgå i arbete, och
- sjukskrivningen bedömdes bli högst tre månader, och
- sjukskrivningen bedömdes kunna avslutas inom ramen för rekommendationerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.<sup>6</sup>

Under 2014 utvidgades testet till fler vårdenheter och vissa justeringar gjordes, bland annat för att bättre tillgodose behovet av tillräckligt beslutsunderlag i samtliga ärenden. Läkarna skulle nu, utöver de uppgifter som lämnats i intygen i den tidigare testomgången, även ange en motivering till behovet av sjukskrivning. Anvisningarna till läkarna var nu att det förenklade intyget skulle användas när läkaren bedömde

- att patienten kan återgå i ordinarie sysselsättning utan insatser från andra aktörer, och
- sjukfallet med hög sannolikhet förväntades pågå i maximalt 60 dagar, och
- att sjukskrivningen inte överskrider de rekommendationer som anges i Försäkringsmedicinskt beslutsstöd.<sup>7</sup>

Försäkringskassan gjorde under hösten 2014 en uppföljning av sjukfall som startat i februari–april 2014 och där läkaren använt ett förenklat läkarintyg. Uppföljningen visade att 27 procent av dessa sjukfall blev mer än 60 dagar.<sup>8</sup> I promemorian konstaterades att läkarnas klassificering av vilka sjukfall som skulle bli kortare eller längre än 60 dagar var bättre än slumpen men att det fanns ett förbättringsutrymme och att det var problematiskt att så många sjukfall som klassificerats som enkla av läkaren blev mer än 120 dagar.<sup>9</sup> Man lyfte också fram att det fanns potentiella risker med de förenklade intygen som inte fångades i uppföljningen, till exempel att det på sikt kunde

---

<sup>6</sup> Försäkringskassan, *En enklare sjukförsäkringsprocess – rapport juli 2013* (dnr 031209-2013), s 12.

<sup>7</sup> Försäkringskassan, Informationsmeddelande 2014:049

<sup>8</sup> Försäkringskassan, *Internt PM: Uppföljning av delprojektet "Rätt info - rätt insats" inom "En enklare sjukförsäkringsprocess"*, dnr 058873-2014. Förenklat läkarintyg förekom i 262 ärenden, varav 70 ärenden blev mer än 60 dagar (se tabell 4 i promemorian).

<sup>9</sup> Ibid. s. 16.

ske en glidning av hur de enkla intygen används som resulterar i fler sjukfall.<sup>10</sup> Man föreslog därför att man skulle utveckla möjligheterna till datafångst via register, så att man i samband med ett brett införande av förenklade intyg kunde identifiera och motverka negativa effekter i tid.

Försäkringskassan beslutade i januari 2015 att införa förenklade läkarintyg nationellt.<sup>11</sup> Implementeringen pågår successivt i landet i samverkan med respektive landsting.

---

<sup>10</sup> Ibid. s. 16.

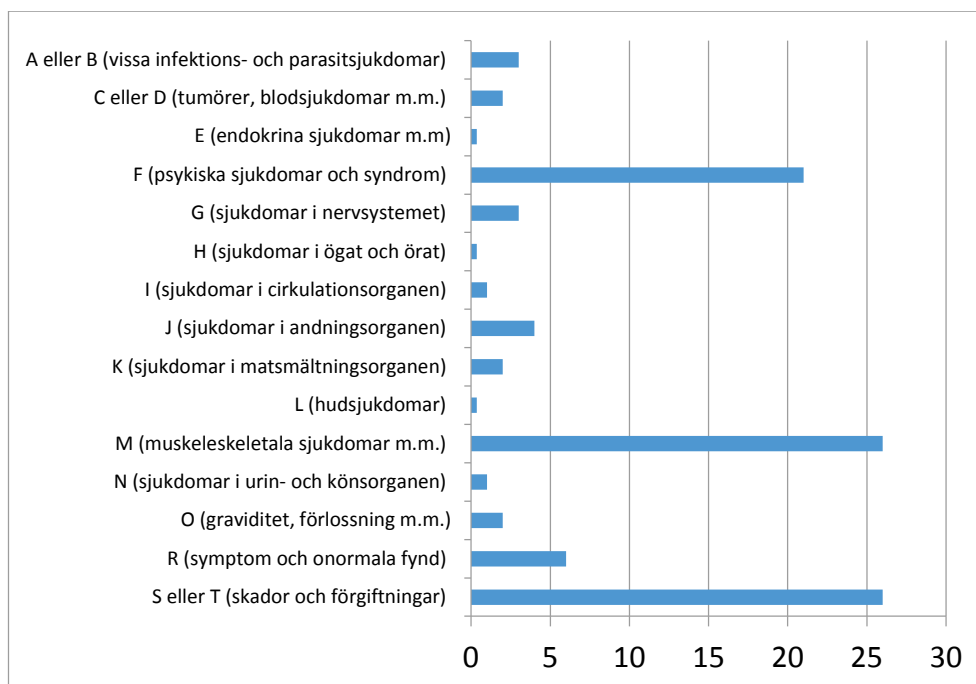
<sup>11</sup> Beslut den 9 januari 2015 dnr 058761-2014.

# Beskrivning av ärendena

I detta kapitel beskrivs diagnosfördelningen bland de ärenden som ingår i uppföljningen samt fördelningen av avslags- och bifallsbeslut. För de ärenden där Försäkringskassan helt eller delvis beviljat sjukpenning redovisas också sjukperiodens längd.

## Sjukskrivningsdiagnos

Nedanstående diagram visar hur stor andel (procent) av ärendena som hör hemma inom respektive diagnoskapitel i det internationella klassificeringssystemet ICD-10. Uppgiften avser den diagnos som läkaren angett som huvuddiagnos på läkarintyget.



Som framgår är det tre diagnosområden som dominerar och som tillsammans utgör nästan tre fjärdedelar av alla sjukfallen. Det är M-diagnoser (sjukdomar i det muskeloskeletala systemet och bindväven, 26 procent), S- och T-diagnoser (skador och förgiftningar, 26 procent) och F-diagnoser (psykiska sjukdomar och symptom, 21 procent).

När det gäller sjukdomar i det muskeloskeletala systemet och bindväven förekom en mångfald av diagnoser. Den vanligaste var ryggvärk (M54 med underdiagnoser), vilket förekom i drygt 6 procent av de granskade ärendena. Det näst vanligaste var sjukdomstillstånd i mjukvävnader (M79 med underdiagnoser), som förekom i 4 procent av de granskade ärendena. I övrigt förekom till exempel ärenden med höftleds- eller knäartros (M16 och M17

med underdiagnoser), hallux valgus (M20.1), ledvärk (M25.5), cervikokranialt eller cervikobrakialt syndrom (M53.0-M53.1) och impingement i skulderleden (M75.4).

När det gäller S- och T-diagnoser var det vanligast med fraktur på underarm (S52 med underdiagnoser). Det förekom i drygt 5 procent av de granskade ärendena. Även fraktur på handled eller hand (S62 med underdiagnoser) förekom med viss frekvens, närmare bestämt i cirka 3 procent av ärendena. I samma omfattning förekom fraktur på fotled (S92 med underdiagnoser). Det förekom också frakturer på andra ställen såsom lårben (S72) knäskål (S82.0) och nyckelben (S42.0). Stukningar förekom också, t.ex. av handled (S63.5) och av finger (S63.6). Även stukning av halskotpelaren (så kallad whiplash-skada, S13.4) förekom. I övrigt förekom i denna kategori till exempel sårskador.

Det vanligaste bland de psykiska diagnoserna var anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43 och underdiagnoser). Det förekom i ungefär 13 procent av de granskade ärendena och var därmed vanligast av alla diagnoser i granskningen. En annan relativt vanlig psykisk diagnos var depressiv episod eller recidiverande depression (F32 och F33 med underdiagnoser). Det förekom i ungefär 4 procent av de granskade ärendena. Andra psykiska diagnoser som förekom var till exempel alkoholberoendesyndrom (F10.2), paniksyndrom (F41.0), blandat ångest- och depressionstillstånd (F41.2), neurasteni (F48.0) och personlighetsstörning av blandtyp (F61).

I en del ärenden framgick det att det fanns ytterligare sjukdomar utöver huvuddiagnosen som påverkade behovet av sjukskrivning. Det gällde i ungefär en femtedel (21 procent) av ärendena.

Enligt Domsnytt 2014:014 är det i ärenden där det finns en *hög grad av sannolikhet* för arbetsåtergång inom högst 60 dagar som kraven på läkarintygen kan sänkas. För att uppfylla detta höga sannolikhetskrav bör det handla om väl avgränsade sjukdomstillstånd som baseras på verifierbara undersökningsfynd och som har ett väl utforskat patofysiologiskt förlopp. Om sjukdomen inte kunnat fastställas på ett säkert sätt eller om det råder oklarhet om sjukdomens orsak och förlopp är det svårt att prognostisera med tillräcklig säkerhet. Många av de diagnoser som förekommer i de granskade ärendena har dock en oklar patofysiologi. Det gäller de psykiska diagnoserna och många av de lokala eller generella smärttillstånd som förekommer i M-diagnoskategorin. Försäkringskassan borde därför inte ha godtagit ett förenklat intyg i dessa ärenden.

Enligt Domsnytt 2014:014 krävs det också att rekommenderad sjukskrivningstid enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är högst 60 dagar. Hur det förhåller sig med det i de ärenden som ingår i uppföljningen redovisas i kapitel sex.

## **Vilket beslut hade Försäkringskassan fattat?**

Uppföljningen visar att det är ovanligt att Försäkringskassan avslår en ansökan om sjukpenning i ärenden med förenklade läkarintyg. Av de

ärendena som ingår i uppföljningen hade ansökan avslagits i tre ärenden (cirka 1 procent). Avslagsbesluten grundades på att den försäkrade inte hade någon sjukpenninggrundande inkomst och därför inte kunde få sjukpenning. Det förekom inget avslagsbeslut som grundades på att arbetsförmågan inte bedömdes nedsatt.

I åtta ärenden (knappt 3 procent) hade Försäkringskassan fattat beslut att endast bevilja sjukpenning för en del av den period som den försäkrades ansökan avsåg. Inte heller bland dessa ärenden förekom något beslut som motiverats med att den försäkrades arbetsförmåga inte var nedsatt. Det förekom dock ett ärende som avsåg en föräldraledig försäkrad som hade fått föräldrapenning för en del av den aktuella perioden och som därför bedömdes ha haft förmåga att vårda sitt barn under tiden med föräldrapenning. Övriga beslut om att neka sjukpenning för en del av perioden motiverades med att den försäkrade hade sjukanmält sig för sent, att den försäkrade saknade läkarintyg för en del av perioden eller att den försäkrade hade ansökt om sjukpenning för karensdagen.

I två ärenden (knappt 1 procent) hade det inte fattats något beslut vid tidpunkten för granskningen. Det var ärenden där det pågick utredning av den försäkrades sjukpenninggrundande inkomst.

I resterande ärenden (95 procent) hade Försäkringskassan beviljat sjukpenning enligt den försäkrades ansökan.

Granskarnas intryck var att handläggarna ansåg sig mer eller mindre bundna av läkarens bedömning av arbetsförmåga för den period som det förenklade intyget avsåg. Det intrycket baserades delvis på att det inte fanns några ärenden där handläggaren avslagit ansökan om sjukpenning på grund av att arbetsförmågan inte bedömdes nedsatt. Men en annan iakttagelse som också talade för en sådan upplevd bundenhet var att handläggarna ibland beviljade sjukpenning för den period som det förenklade läkarintyget avsåg samtidigt som de skickade ett brev till den försäkrade om att hen troligen inte kunde få sjukpenning för ytterligare tid. Det kan eventuellt betyda att handläggaren ansåg att sjukpenningrätten var tveksam redan vid det första sjukpenningbeslutet men ändå beviljade ersättning för perioden med förenklat intyg.

## **Sjukperiodens längd**

I de ärenden där Försäkringskassan helt eller delvis beviljat den försäkrades ansökan om sjukpenning undersökte vi hur lång sjukperioden var.

Uppföljningen visade att sjukfallet fortfarande pågick i nästan en tredjedel (29 procent) av dessa ärenden. Eftersom de granskade ärendena startade i ÅHS i augusti 2015 och granskningen gjordes i slutet av november 2015

innebär det att dessa ärenden överskred den tidsgräns om högst 60 dagar som gällde för förenklade läkarintyg.<sup>12</sup>

Bland de avslutade ärendena fanns det också en grupp som hade blivit längre än 60 dagar. Totalt sett visade sig sjukperioden bli längre än 60 dagar i 41 procent av ärendena där sjukpenning beviljats. Det inkluderar dels de pågående ärendena, dels de avslutade ärendena där sjukperioden blivit längre än 60 dagar.<sup>13</sup>

I den uppföljning av sjukfall med förenklade läkarintyg som gjordes år 2014 var andelen ärenden som blivit längre än 60 dagar 27 procent.<sup>14</sup> Man räknade då med att de sjukskrivande läkarna över tid skulle förbättra sin förmåga att prognostisera sjukskrivningslängden. Det faktum att andelen ärenden som blir mer än 60 dagar i stället har ökat motsäger dock det antagandet. Att andelen har ökat kan bero på att de förutsättningar som finns vid ett test med en begränsad grupp läkare skiljer sig från dem som gäller vid en bredare implementering av förenklade läkarintyg. Förutom den förändring som en utvidgad grupp intygsutfärdare innebär kan det också finnas risk att det över tid sker en glidning i användandet av förenklade intyg, särskilt om läkarna inte får någon återkoppling på sitt intygande.

Enligt Domsnytt 2014:014 krävs det en *hög grad av sannolikhet* för att den försäkrade kommer att återgå i arbete inom 60 dagar för att kraven på intygen ska kunna sänkas. Även vid väl avgränsade sjukdomstillstånd som baseras på verifierbara undersökningsfynd och som har ett väl utforskat patofysiologiskt förlopp kan det inträffa oförutsedda komplikationer. Ett fåtal ärenden som i praktiken blir mer än 60 dagar får man därför räkna med även med ett högt sannolikhetskrav. Men det faktum att en så stor andel av ärendena har blivit längre än 60 dagar talar för att det är mycket svårt att prognostisera återgång i arbete med den precision som förutsätts i domsnyttet.

---

<sup>12</sup> Som framgår nedan i kapitel 5 har det i vissa ärenden kommit in ett vanligt läkarintyg efter det förenklade läkarintyget. Det förenklade läkarintyget behöver alltså inte sig ha avsett en period som överstiger 60 dagar, men läkarens bedömning att sjukfallet skulle avslutas inom 60 dagar har ändå brutit.

<sup>13</sup> Uppföljningen avser ärenden som startat i augusti 2015 och ärenden som startat i augusti har statistiskt sett en något lägre avslutssannolikhet än genomsnittet. Om läkare och handläggare hade kunnat bedöma sannolikheten för avslut inom 60 dagar med god precision hade denna omständighet inte haft någon betydelse. Men eftersom resultaten indikerar att prognosförmågan är svag kan andelen ärenden som blir mer än 60 dagar vara något högre i augusti än genomsnittsmånaden.

<sup>14</sup> Se not 8.

# Bedömningen av arbetsförmåga

Det här kapitlet inleds med en generell beskrivning av hur arbetsförmågan ska bedömas. Därefter redovisas resultaten av uppföljningen när det gäller bedömningen av arbetsförmåga.

## Hur ska arbetsförmågan bedömas?

Begreppet arbetsförmåga kan ha olika betydelse i olika sammanhang. Dess betydelse inom ramen för sjukförsäkringen definieras inte på något tydligt sätt i SFB. Men det framgår att det endast är arbetsoförmåga som beror på sjukdom som kan ge rätt till sjukpenning och att man inte ska väga in några andra omständigheter, t.ex. ålder eller sociala problem.

Alltsedan tillkomsten av den allmänna sjukförsäkringen har arbetsoförmåga ansetts förekomma dels i form av faktisk arbetsoförmåga, dels i form av terapeutisk arbetsoförmåga. Med faktisk arbetsoförmåga menas att det rent faktiskt är omöjligt att arbeta. Med terapeutisk arbetsoförmåga menas att man inte bör arbeta eftersom det skulle fördröja eller förhindra botandet av sjukdomen. Ett exempel på faktisk arbetsoförmåga i ett arbete som innefattar att lyfta och bära saker skulle vara om armarna är förlamade eller amputerade. Då är det helt enkelt inte möjligt att lyfta och bära. Ett exempel på terapeutisk arbetsoförmåga i samma arbete skulle vara om man fått en armfraktur och armen riskerar att inte läka eller att läka fel om den används.

Även om sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp är medicinskt i den meningen att det endast är sjukdomsrelaterade begränsningar som ska beaktas är det också ett juridiskt begrepp vars betydelse bestäms av lag, förarbeten och rättspraxis. Eftersom begreppet är vagt blir rättspraxis särskilt viktig för att förstå hur det ska tolkas och tillämpas.

Det finns ett prejudikat som ger en generell bild av hur arbetsförmågan ska bedömas. I HFD 2012 ref. 22 framhålls att det avgörande för bedömningen av arbetsförmåga är dels vilken sjukdom som föreligger, dels på vilket sätt denna sjukdom inskränker den försäkrades förmåga att utföra arbete. Man ska enligt HFD först fastställa sjukdomen och dess konsekvenser och därefter ska man bedöma om den bibehållna förmågan kan användas av den försäkrade för att försörja sig själv genom ett förvärvsarbete. I det aktuella fallet skulle bedömningen göras i förhållande till ett arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden men det grundläggande angreppssättet bör vara detsamma oavsett vilket arbete förmågan ska relateras till.

Bedömningen av arbetsförmåga ska alltså göras utifrån de specifika sjukdomskonsekvenserna och de specifika arbetsförhållandena i det enskilda fallet. Eftersom det inte är sjukdomen i sig utan de konkreta konsekvenserna av den som kan medföra att arbetsförmågan bedöms nedsatt är det inte möjligt att göra en standardiserad arbetsförmågebedömning baserat på



diagnos. Det varierar från person till person vilka begränsningar en viss sjukdom ger och hur grava begränsningarna är. Bedömningen av arbetsförmåga ska alltid göras individuellt.<sup>15</sup>

## **Bedömningen av arbetsförmåga i de ärenden som ingår i uppföljningen**

I nästan hälften (48 procent) av de ärenden som ingår i uppföljningen ansåg granskarna att den försäkrade inte hade styrkt att arbetsförmågan var nedsatt. Den utredning som fanns tillgänglig när handläggaren fattade det första beslutet om sjukpenning visade inte att arbetsförmågan var nedsatt. Ett beslut utifrån detta underlag borde alltså ha resulterat i ett avslag.

I tolv procent av ärendena ansåg granskarna att utredningen visade att arbetsförmågan visserligen var nedsatt, men i lägre grad eller för kortare tid än vad som motsvarade den beviljade sjukpenningen. Ett beslut utifrån detta underlag borde alltså ha resulterat i ett partiellt avslag.

I 40 procent av ärendena ansåg granskarna det styrkt att arbetsförmågan var nedsatt i den omfattning som den försäkrade hade angett.

Det faktum att utredningen inte styrker att arbetsförmågan är nedsatt utesluter inte att så är fallet. Det får anses troligt att fler skulle bedömts ha nedsatt arbetsförmåga om utredningen varit mera grundlig. En indikation på det är den skillnad som vi såg mellan ärenden där den medicinska utredningen endast bestod av ett eller flera förenklade läkarintyg och ärenden där det fanns ytterligare medicinsk utredning. I ärenden med bara förenklade läkarintyg ansåg granskarna att det i 59 procent av ärendena inte var styrkt att arbetsförmågan var nedsatt, medan motsvarande siffra för ärenden med ytterligare medicinsk utredning var 27 procent.<sup>16</sup>

För att få en tydligare bild av varför granskarna i så många ärenden bedömt att arbetsförmågan inte varit nedsatt behöver vi titta närmare på den utredning som fanns i ärendena. Det gör vi i nästa kapitel.

---

<sup>15</sup> Det faktum att tillämpningen av begreppet arbetsförmåga förutsätter en individuell bedömning sätter gränser för möjligheten att automatisera sjukpenninghandläggningen. Jämför E-delegationens betänkande *Automatiserade beslut – färre regler ger tydligare reglering*, där man påpekar att det saknas juridiska förutsättningar att automatisera regler där det finns ett bedömningsutrymme och att automatisering bara kan bli aktuellt för beslut som baseras på sådana ”hårda” kriterier för att avgöra en fråga som entydigt kan översättas till programkod. (SOU 2014:75 s. 16 och 40 f.)

<sup>16</sup> Läs mer om utredningen i nästa kapitel.

# Utredningen

I det här kapitlet beskrivs inledningsvis vilka medicinska uppgifter som behövs för att bedöma arbetsförmågan. Därefter redovisas hur läkarna hade motiverat sjukskrivningsbehovet i de förenklade läkarintygen och i vilken utsträckning utredningen bedömdes som tillräcklig.

## Vilka medicinska uppgifter behövs för att bedöma arbetsförmågan?

Som framgått i föregående kapitel ska bedömningen av arbetsförmåga göras utifrån de specifika sjukdomskonsekvenserna och de specifika arbetsförhållandena i det enskilda fallet. Det betyder att man måste ha konkreta uppgifter om begränsningarnas art och grad samt arbetets innehåll och upplägg i övrigt för att kunna göra bedömningen.

Det är den försäkrade som har bevisbördan för att arbetsförmågan är nedsatt. Frågor om bevisvärdering blir sällan föremål för prövning i högsta instans men står ofta i fokus i förvaltningsrätten och kammarrätten. I Domsnytt 2014:014 refereras ett antal kammarrättsdomar där domstolarna har uttalat sig om vilken typ av medicinska uppgifter som i första hand ska tillmätas vikt. Där framgår att den behandlande läkarens bedömning av arbetsförmåga inte i sig har någon avgörande betydelse för hur Försäkringskassan eller domstolen ska bedöma arbetsförmågan. Fokus ligger i stället på om de undersökningsfynd, observationer och testresultat som framkommer visar att den försäkrade har så omfattande begränsningar att arbetsförmågan är nedsatt.<sup>17</sup>

Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter för intyg som utfärdas av läkare och annan vårdpersonal (Socialstyrelsens föreskrifter [SOSFS 2005:29] om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.). Föreskrifterna är bindande regler, vilket innebär att alla som är verksamma som läkare i Sverige måste följa dem vid utfärdande av till exempel ett sjukintyg.

Av föreskrifterna framgår bland annat att ett intyg normalt ska grundas på en personlig undersökning av intygspersonen, och att intyget i övriga fall ska innehålla uppgifter om skälen till att en personlig undersökning inte har genomförts (10 kap. 1 § SOSFS). I samma bestämmelse anges det att intygsutfärdaren noggrant ska överväga om det med hänsyn till ändamålet med intyget behöver genomföras särskilda undersökningar och tester eller om det behöver hämtas in t.ex. journaluppgifter eller upplysningar från myndigheter eller andra personer.

---

<sup>17</sup> Jmf NJA 2001 s. 657 där HD menade att det avgörande vid värderingen av ett läkarutlåtande är vilka skäl som läkaren åberopar för sina slutsatser. Målet gällde försäkringsersättning efter ett olycksfall.

Intyget ska innehålla noggranna uppgifter om de undersökningar, upplysningar, journalhandlingar och andra handlingar som ligger till grund för bedömningen. De symtom och iakttagelser som kommit fram vid en personlig undersökning ska alltid redovisas, och det ska också anges i intyget vilka av dessa som de ligger till grund för bedömningen och i vilket eller vilka avseenden de gör det (10 kap. 8 § SOSFS).

Föreskrifterna är utformade på ett sätt som gör att intyg som uppfyller kraven också ger den information som tillmäts vikt vid bevisvärderingen i ett sjukförsäkringsärende. Denna aspekt av intyget, dvs. att det utgör ett bevismedel i ett ärende eller en domstolsprocess, framhålls också i föreskrifterna. Man betonar att intygsutfärdaren ska beakta att intyget kan få avgörande betydelse i offentliga och enskilda rättsförhållanden och noga se till att endast uttala sig om förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om, samt att det i intyget tydligt ska framgå vad som är intygsutfärdarens egna uttalanden och vilka uppgifter som härrör från intygspersonen, andra personer och myndigheter eller organisationer. (10 kap. 7 § SOSFS)

Även i förarbeten inom sjukpenningområdet kan man finna uttalanden om vilka uppgifter som behövs i ett läkarintyg för sjukpenning. Där framhålls att läkaren ska ange det medicinska syftet med sjukskrivningen och särskilt motivera varför den försäkrade av medicinska skäl bör avhålla sig från arbete. Läkaren ska även ange på vilket sätt det främjar patientens tillfrisknande att han eller hon inte arbetar.<sup>18</sup>

Det betonas i förarbetena att intygandet vid sjukskrivning endast bör avse sådana förhållanden som läkaren kan ta ansvar för utifrån sin medicinska kompetens. Man lyfter fram att det därför generellt kan diskuteras om läkarna ska bedöma arbetsförmåga i sjukintygen. Man föreslår dock inte någon egentlig ändring i det avseendet, däremot menar man att intygandet kan begränsas på så sätt att läkarna inte gör någon fullständig bedömning av arbetsförmågan i korta sjukfall. Då bör det räcka att läkaren lämnar utförliga uppgifter om behovet av att avhålla sig från förvärvsarbete. Det gäller dock inte i korta sjukfall av enklare karaktär, där läkarna ska kunna göra en fullständig arbetsförmågebedömning trots att sjukfallet är kort.<sup>19</sup>

Med utgångspunkt i detta förarbetsuttalande har Försäkringskassan i Domsnytt 2014:014 gjort ställningstagandet att kraven på läkarintygen kan sänkas i korta sjukfall, där den försäkrade har återgått i arbete inom 60 dagar eller där det finns en hög grad av sannolikhet att den försäkrade kommer att återgå inom den tiden. Det senare anges förutsätta dels att den behandlande läkaren bedömer att återgång kommer att ske inom 60 dagar, dels att rekommenderad sjukskrivningstid enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd är högst 60 dagar. I dessa fall krävs det inte att läkaren har gjort en fullständig arbetsförmågebedömning men intyget måste

---

<sup>18</sup> Prop. 2002/03:89 s. 24.

<sup>19</sup> Prop. 2002/03:89 s. 25.

visa att det finns *väl underbyggda skäl till behovet av att avhålla sig från arbete* för att sjukpenning ska kunna beviljas.

## Vilka skäl för att avhålla sig från arbete angavs i läkarintygen?

I de förenklade läkarintygen ska läkarna enligt anvisningarna skriva sin motivering till sjukskrivningsbehovet i fält tre i intyget, som har rubriken ”aktuellt sjukdomsförlopp”. Vi har granskat vilka motiveringar som har angetts i syfte att ta reda på om kraven på väl underbyggda skäl för behovet av att avstå från arbete kan anses uppfyllt.

Det visade sig att det i 12 procent av ärendena helt saknades motivering till sjukskrivningsbehovet. Läkaren hade alltså skrivit ”E” inte bara i fältet för funktionsnedsättningar och i fältet för aktivitetsbegränsningar, utan även i fält tre där motiveringen till behovet av sjukskrivning skulle anges.

De motiveringar som förekom var som regel mycket bristfälliga.

Ibland bestod motiveringen endast av en upprepning av den information som fanns i fältet för diagnos i intyget. Här finns några exempel på det.

”Depressivitet” (diagnos F32.9 Depressiv episod, ospecificerad, pågående sjukperiod)

”Fraktur patella” (diagnos S82.00 Fraktur patella sluten, sjukperiod 60 dagar)

”Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak” (diagnos A09.0 Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak, sjukperiod 33 dagar)

”Sårskada finger” (diagnos S61.0 Sårskada på finger utan skada på nagel, sjukperiod 21 dagar)

I andra fall bestod läkarens motivering endast av en kortfattad beskrivning av det yttre händelseförlopp som lett fram till sjukskrivningen. Det gällde till exempel i följande fall.

”Flertal händelser i närtid som varit pressande” (diagnos F43.9P Annan stressreaktion, sjukperiod 24 dagar)

”Fått slag mot dig II hö hand av idrottsredskap” (diagnos S62.60 Fraktur på annat finger sluten, sjukperiod 43 dagar)

”Förlopp med cancersjuk make som dog 2015-06-03” (diagnos F43.0 Akut stressreaktion, sjukperiod 14 dagar)

”Nära anhörigs död” (diagnos F43.9P Annan stressreaktion, sjukperiod 19 dagar)

”Klämt fot mellan sten och fotpinne vid motorcykelåkning” (diagnos S91.1 Sårskada på tå utan skada på nagel, pågående sjukperiod)

”Klämt fingret på arbetet 25/8” (diagnos S62.50 Fraktur på tumme sluten, sjukperiod 34 dagar)

”Trampat snett ned en trappa. Landat på ve fot” (diagnos S93.4 Distorsion i fotled, sjukperiod 22 dagar)

”Gräsklipparyllycka 2015-08-15” (diagnos S91.2 Sårskada på tå med skada på nagel, sjukperiod 56 dagar)

Som framgick i kapitel 3 var stressreaktioner den enskilt vanligaste diagnosen bland de granskade ärendena. Det är en grannlaga uppgift att bedöma om ett psykiskt illabefinnande som hänger samman med en belastande arbetssituation eller social situation är så uttalat att det kan bedömas som en sjukdom i sjukförsäkringens mening och kan anses sätta ned arbetsförmågan. Generellt sett var informationen i intygen i ärendena som gällde stressreaktion (F43 och underdiagnoser) otillräcklig för att kunna göra en sådan bedömning. Nedan finns några exempel på sådana ärenden.

”För mycket på arbetet, trött, orkar ej, sömnbesvär, hjärtklappning” (diagnos F43.9P Annan stressreaktion, pågående sjukperiod)

”Krisreaktion relaterad till en konflikt på en avdelning på arbetet” (diagnos F43.9P Annan stressreaktion, sjukperiod 39 dagar)

”Patienten har skilt sig från sin före detta sambo och pga detta har han en svår period. Har svårt att somna, grubblar mycket, är lättirriterad och är upp i varv. Känner sig osäkert i sin framtid.” (diagnos F43.8 Andra specificerade reaktioner på svår stress, sjukperiod 28 dagar)

”Pat som nyligen blivit uppsagd, mår nu dåligt över detta. Får ångest attacker, koncentrationssvårigheter m.m.” (diagnos F43.9 Reaktion på svår stress, ospecificerad, sjukperiod 18 dagar)

”46-årig kvinna med tidigare utmattningssyndrom. Nu sedan ett antal veckor tillbaka tilltagande besvär med tecken till nedstämdhet och stressreaktion.” (diagnos F43.0 Akut stressreaktion, pågående sjukperiod)

”Stressad inombords vilket leder till ett beteende hon inte är nöjd med sig själv. Behöver samtalsterapi” (diagnos F43.8A Utmattningssyndrom, sjukperiod 20 dagar”)

Bristerna fanns dock inte bara i intyg som gällde stressreaktioner utan informationen som fanns i ärenden med psykisk diagnos var generellt sett så begränsad att det inte var möjligt att bedöma om, och så fall i vilken utsträckning, besvären hindrar den försäkrade från att arbeta. Det gäller till exempel i följande ärende.

”känslor av oro, rädsla och panik” (diagnos F41.9 Ängesttillstånd ospecificerat, pågående sjukperiod)

Bristerna var också utbredda bland ärenden med M-diagnoser (sjukdomar i det muskeloskeletala systemet och bindväven), som omfattade en dryg fjärdedel av alla sjukfallen. Nedan finns några sådana exempel.

”Pat halkade och föll framåt och tog emot med vä arm. Nu har smärta i vä axel.” (diagnos M25.5 Ledvärk, sjukperiod 12 dagar)

”Värk i leden sedan många år. Eskalerat 2 v sedan. Provat alvedon utan effekt. Önskar ss för några veckor. Kan inte jobba just nu.” (diagnos M25.5B Ledvärk UNS i axelled, sjukperiod 24 dagar)

”Tilltagande smärta i nacken, trötthet i hela kroppen” (diagnos M48.5 Kotkompression som ej klassificeras annorstädes, pågående sjukperiod)

”Patient som sträckt ryggen och därefter smärtor i höft och ländrygg” (diagnos M54.9 Ryggvärk, ospecificerad, pågående sjukperiod)

”Har haft besvär med ont i nacken sedan 2 veckor tillbaka. Smärtorna strålar ner i vä arm” (diagnos M54.2 Cervikalgi, pågående sjukperiod)

”Över sommaren problem med vänster ben” (diagnos M54.4 Lumbago med ischias, sjukperiod 32 dagar)

”Sedan 3v ländryggssmärter” (diagnos M54.5 Lumbago, sjukperiod 17 dagar)

”Smärta efter bilolycka” (M79 Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificeras annorstädes, sjukperiod 19 dagar)

I några ärenden fanns det tydliga motiveringar som kan anses tillräckliga trots att de är kortfattade. Det gäller till exempel i följande fall.

”Skadat vänster fot i samband med fotbollsspel. Därefter tilltagande svullnad, smärta och oförmögen att belasta på foten. Röntgen har påvisat metatarsalbensfraktur och patienten får en gipsstövel fram till återbesök om 4 veckor.” (diagnos S92.3 Fraktur på metatarsalben, sjukperiod 28 dagar)

”Har fallit och slagit höger knä 150801. Har fått en blödning i knäleden som har tappat på ca 54ml blod på akuten. Gångsvårigheter. Smärta och svullnad. Har svårt att belasta knät som svullnar upp vid belastning.” (diagnos S80.0 Kontusion på knä, sjukperiod 75 dagar)

”Ramlade framlänges inatt och tog emot med händerna. Har en triquetrumfraktur höger och en handledsdistorsion vä. Konservativ behandling med gips i ca 2v och sedan klinisk kontroll. Ev förlängd gipsbehandling beroende på status och fynd om 2v.” (diagnos S62.10 Fraktur på andra karpalben slutet, sjukperiod 67 dagar)

”Opererades den 2015-08-18 pga inkomplett uterovaginal prolaps. Har smärtor postoperativt. Får ej lyfta eller röra sig för mycket under första månaden efter operation pga risk för recidiv.” (diagnos N81.2 Inkomplett uterovaginal prolaps, sjukperiod 32 dagar)

”kroppsvärk, feber, buksmärta, hosta 7 dgr” (diagnos B34P Virusinfektion UNS, sjukperiod 9 dagar)

Även om det alltså fanns undantag kan man konstatera att många förenklade intyg inte innehöll någon egentlig beskrivning av på vilket sätt sjukdomen hindrar arbete eller på vilken grund arbete kan förväntas hindra eller fördröja tillfrisknandet.

Som framgått i föregående avsnitt ska Försäkringskassan vid bedömningen av arbetsförmåga särskilt fästa vikt vid de undersökningsfynd, observationer och testresultat som finns beskrivna. Det visade sig dock att det i nästan två tredjedelar (65 procent) av ärendena helt saknades sådana uppgifter. I resten av ärendena fanns det någon eller några sådana uppgifter, men de var ofta mycket sparsamma. Intygen uppfyllde långt ifrån de krav som ställs i Socialstyrelsens riktlinjer när det gäller dels noggrann beskrivning av vilka undersökningar med mera som ligger till grund för bedömningen, dels beskrivning av vilka symptom och iakttagelser som kommit fram vid undersökningen. Inte heller hade läkarna redogjort för hur deras bedömning relaterade till undersökningsfynden, vilket också krävs enligt riktlinjerna.

## Är den medicinska utredningen tillräcklig för att bedöma arbetsförmågan?

I de föregående avsnitten beskrevs dels vilken medicinsk utredning som behövs i ett sjukpenningärende, dels hur läkarna hade motiverat sjuk-skrivningsbehovet i de förenklade läkarintygen. Det framgick att motivering ofta var mycket kortfattad och att det ofta saknades uppgifter om vilka undersökningsfynd som låg till grund för läkarens bedömning.

I vissa ärenden fanns det dock ytterligare medicinsk utredning, utöver det förenklade läkarintyget. Så var det i ungefär en tredjedel (35 procent) av de granskade ärendena. Som regel bestod den ytterligare utredningen av ett vanligt läkarintyg som hade kommit in till Försäkringskassan innan myndigheten hade hunnit fatta sitt första beslut om sjukpenning. Det beslutet avsåg alltså flera intygsperioder, där bara det eller de första intygen var förenklade. Informationen i det vanliga intyget kunde då bidra med information av betydelse även för de tidigare intygsperioderna.

Det var däremot ovanligt att handläggarna begärde komplettering av ett förenklat läkarintyg. I de fall det skedde handlade det huvudsakligen om de intyg där läkaren inte hade angett någon motivering alls. Som framgick i föregående avsnitt var det 12 procent av intygen som helt saknade motivering. Det var dock inte alla dessa intyg som kompletterades. Majoriteten, mer än två tredjedelar, av dem godkändes trots att de helt saknade motivering.

Granskarna noterade ett par ärenden där handläggaren hade begärt komplettering men där läkaren inte ansett sig behöva lämna ytterligare uppgifter eftersom det rörde sig om ett förenklat läkarintyg. Det tyder på att Försäkringskassan inte har lyckats kommunicera till läkarkåren att de förenklade intygen inte innebär något avsteg från Försäkringskassans krav på att i varje enskilt ärende ha tillräcklig information för att kunna bedöma om arbetsförmågan är nedsatt.<sup>20</sup>

I de ärenden där den medicinska utredningen endast bestod av ett eller flera förenklade läkarintyg bedömde granskarna att utredningen oftast var otillräcklig för att bedöma arbetsförmågan. Det gällde i nästan två tredjedelar (62 procent) av dessa ärenden. I resterande ärenden bedömde granskarna att den tillgängliga utredningen kunde godtas som underlag för bedömning av arbetsförmåga, även om undersökningsfynden ofta var bristfälligt beskrivna och redogörelsen för på vilket sätt sjukdomen påverkade förmågan att arbeta många gånger var ganska vag.

I de ärenden där det fanns någon form av medicinsk utredning utöver ett eller flera förenklade läkarintyg var utredningen generellt sett bättre. Men

---

<sup>20</sup> Jmf avsnittet ovan om vilket beslut som fattats i ärendena, där det framgår att granskarna fick intryck av att handläggarna upplevde sig i princip vara bundna av den bedömning av arbetsförmåga som läkarna hade gjort. Det kan tyda på att det även funnits oklarheter i den interna kommunikationen.



även bland dessa ärenden fanns det en klar förbättringspotential. Utredningen var otillräcklig i ungefär en tredjedel (35 procent) av dem. Det visar att det inte är tillräckligt för att uppnå en godtagbar kvalitet att bara återgå till att alltid använda den vanliga intygsblanketten.<sup>21</sup>

Det hänger bland annat samman med att intygsblanketten inte är utformad på ett sätt som fullt ut motsvarar de krav som ställs i Socialstyrelsens riktlinjer och som ger den information som ska tillmätas betydelse vid Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga. Bland annat saknas ett fält där läkaren ska lämna noggranna uppgifter om vilka undersökningar, upplysningar, journalhandlingar och andra handlingar som ligger till grund för bedömningen, ett fält där läkaren ska ange vilka symtom och iakttagelser som kommit fram vid en personlig undersökning och ett fält där läkaren ska ange vilka fynd som ligger till grund för bedömningen och förklara hur de ligger till grund för bedömningen.

---

<sup>21</sup> Ett flertal studier och granskningar bekräftar att läkarna ofta har svårt att fylla i den vanliga intygsblanketten på ett sätt som motsvarar Försäkringskassans informationsbehov. Se t.ex. Socialstyrelsen 2006, *Tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 – sammanfattande slutsatser* och Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport 2012:13 Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden år 2011*



# Tillämpningen av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

I detta kapitel beskrivs hur Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd kan användas i ett sjukförsäkringsärende och hur de granskade ärendena i praktiken förhåller sig till beslutsstödet rekommendationer.

## Hur ska Försäkringskassan använda beslutsstödet?

Socialstyrelsen har tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd som främst syftar till att ge läkare vägledning om rimliga sjukskrivningstider vid olika sjukdomar. Beslutsstödet syftar dessutom till att underlätta för Försäkringskassan när det gäller att förstå läkarnas rekommendationer i intygen och till att underlätta dialogen mellan parterna.

Det framhålls i beslutsstödet att rekommendationerna inte får uppfattas som styrande regler för hur sjukskrivningar ska bedömas. Varje fall ska bedömas individuellt och utgå ifrån enskilda individers unika tillstånd. Synsättet överensstämmer med hur man i rättspraxis på sjukförsäkringsområdet har förhållit sig till beslutsstödet. Beslutsstödet är ingen rättskälla och dess rekommendationer kan inte rakt av tillämpas vid bedömningen av rätten till ersättning. Men man har i rättspraxis ibland använt beslutsstödet som en källa till kunskap om hur en viss sjukdom vanligtvis påverkar funktions-tillståndet eller hur läkningsförloppen generellt brukar se ut, samtidigt som man varit tydlig med att det är sjukdomens påverkan på arbetsförmågan i det enskilda fallet som är avgörande för rätten till ersättning, inte diagnosen i sig.<sup>22</sup>

I Domsnytt 2014:014 har Socialstyrelsens beslutsstöd tillmätts betydelse på så sätt att det ska beaktas vid bedömningen av om det föreligger en hög grad av sannolikhet att den försäkrade kommer att återgå i arbete inom 60 dagar. För att en sådan hög grad av sannolikhet ska anses föreligga krävs det dels att den behandlande läkaren bedömer att återgång kommer att ske inom den

---

<sup>22</sup> Se t.ex. Försäkringskassans Domsnytt 2012:98. Se även professor Ruth Mannelqvists resonemang, Hon ifrågasätter legaliteten i att använda beslutsstödet vid tillämpningen av sjukförsäkringen eftersom det inte är förankrat i lagstiftningen (Ruth Mannelqvist, *Bedömning av arbete och arbetsmarknad, Sjukförsäkringens tillämpning vid Försäkringskassan och i förvaltningsrätter*, Förvaltningsrättslig tidskrift 2015 2: 239-255). Jmf Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU) Rapport 2016:6 *Arbete och arbetsmarknad i sjukförsäkringen*.

tiden, dels att beslutsstödet rekommenderar en sjukskrivning på maximalt 60 dagar.

Vi har därför undersökt i vilken utsträckning diagnoserna i de aktuella ärendena finns i beslutsstödet och i vilken mån de i så fall har en rekommenderad sjukskrivningstid om högst 60 dagar.

## Hur har beslutsstödet använts?

Det visade sig att i en dryg femtedel (21 procent) av de granskade ärendena fanns sjukskrivningsdiagnosen över huvud taget inte med i beslutsstödet. Läkaren hade trots det använt ett förenklat läkarintyg, och handläggaren hade i princip alltid godtagit detta. Det faktum att handläggarna inte hade begärt kompletterande uppgifter när sjukskrivningsdiagnosen inte fanns med i beslutsstödet tyder på att handläggarna inte kontrollerade om diagnosen finns där eller att de inte känner till kravet på en rekommenderad sjukskrivningstid på högst 60 dagar för att använda ett förenklat läkarintyg.

I de fall diagnosen fanns med i beslutsstödet har vi undersökt hur den aktuella rekommendationen var utformad.

Det visade sig att det oftast var svårt att utifrån beslutsstödet dra några tydliga slutsatser kring prognosen för återgång i arbete. Det beror på att man i beslutsstödet, inte bara i de övergripande principerna utan även i de enskilda rekommendationerna, ofta lyfter fram att sjukskrivningsbehovet varierar utifrån hur grava besvären är och utifrån vilka arbetsuppgifter den försäkrade har.

Rekommendationen om knäartros (M17) kan fungera som ett exempel. Där framgår att sjukdomen sätter ned gång- och rörelseförmågan men att funktionen ofta varierar över tid, med omväxlande förbättrings- och försämringsperioder. Det anges att arbetsförmågan normalt inte är nedsatt i arbeten som inte belastar knälederna i någon större omfattning. Vid försämringsperioder och vid arbeten med tunga eller upprepade lyft och liknande hög belastning kan arbetsförmågan vara helt nedsatt i upp till tre veckor. Vid svåra besvär och belastande arbete kan deltidssjukskrivning bli aktuellt i avvaktan på åtgärder. Efter artroplastik kan arbetsförmågan vara nedsatt i upp till åtta veckor i lätta arbeten som inte belastar leden och i upp till fyra månader vid måttligt tunga arbeten. Mycket tungt arbete bör undvikas helt.

Som framgår är det inte möjligt att utifrån diagnosen knäartros och informationen i beslutsstödet ta ställning till om det finns en hög grad av sannolikhet att den försäkrade kommer att kunna återgå i arbete inom 60 dagar. För att göra en prognos behöver man individuella uppgifter om besvärens svårighetsgrad, aktuella arbetsuppgifter och eventuella anpassningsmöjligheter i arbetet samt vilka eventuella behandlingsåtgärder som planeras.

Det var i majoriteten av ärendena inte möjligt att utifrån diagnosen och informationen i beslutsstödet dra slutsatsen att sjukfallet med hög grad av sannolikhet skulle bli högst 60 dagar. Enligt granskarnas bedömning kunde

en sådan slutsats bara dras i knappt en femtedel (19 procent) av de ärenden där diagnosen fanns med i beslutsstödet. Det indikerar att beslutsstödet inte är ett tillräckligt verktyg för att urskilja vilka ärenden som förväntas bli korta och vilka som förväntas bli långa.

Detta resultat väcker frågan om det alls är möjligt att med den höga sannolikhet som förutsätts i Domsnytt 2014:014 prognostisera sjukfallens längd. Som framgick i kapitel tre blev också nästan hälften av ärendena mer än 60 dagar.

Det är inte bara när det gäller bedömningen av prognosen som beslutsstödet är problematiskt att använda som underlag i enskilda ärenden. Samma sak gäller naturligtvis för arbetsförmågebedömningen som sådan. Uppföljningen visade att det bara i tre procent av fallen kunde utläsas i beslutsstödet att man mer eller mindre alltid behövde vara sjukskriven om man hade diagnosen i fråga.<sup>23</sup> För övriga diagnoser framstod behovet av att över huvud taget vara sjukskriven som individuellt och beroende av vilka besvär och begränsningar som sjukdomen medförde i det enskilda fallet.

En del av rekommendationerna i beslutsstödet är differentierade utifrån vilken typ av arbete patienten har. Vi har därför undersökt i vilken mån de uppgifter som Försäkringskassan hade om den försäkrades arbetsförhållanden förändrade bilden. Men trots att man tog hänsyn till vilket arbete den försäkrade hade förändrades inte förutsättningarna för att använda beslutsstödet som ett beslutsunderlag i det enskilda ärendet. Det var fortfarande bara i tre procent av ärendena som man kunde utläsa att man mer eller mindre alltid behövde vara sjukskriven med den diagnosen och med det arbetet. Behovet av uppgifter om sjukdomens konsekvenser i det enskilda fallet minskar alltså inte bara för att man har uppgifter om den enskildes arbetsförhållanden.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd kan alltså inte ersätta den utredning av förhållandena i det enskilda fallet och den individuella bedömning som Försäkringskassan ska göra. Det gäller såväl i korta som långa sjukfall.

---

<sup>23</sup> Avser de ärenden där diagnosen fanns med i beslutsstödet.

## Övriga iakttagelser

Den här uppföljningen har inte tagit sikte på hur Försäkringskassan utreder den försäkrades arbetsförhållanden. Vi har dock noterat att det finns en förbättringspotential när det gäller försäkrade som är anställda. Det handlar om utredningen av vilka aktivitetskrav som det ordinarie arbetet ställer, men också vilka möjligheter arbetsgivaren har att anpassa arbetet eller erbjuda omplacering.

Vid bedömningen av arbetsförmågan under de första 90 dagarna i rehabiliteringskedjan ska man för den som är anställd beakta om hen på grund av sjukdomen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder (27 kap. 46 § SFB). Om inte sjukdomen medför sådana konsekvenser att arbetsförmågan är nedsatt oavsett arbete behöver Försäkringskassan normalt kontakta arbetsgivaren för att få uppgifter. Utifrån vad som kunde utläsas av de ärenden som ingick i uppföljningen verkade det dock sällan förekomma sådana kontakter.

En annan observation som vi har gjort under granskningen är att det finns en förbättringspotential när det gäller hänvisningar till Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd i journalanteckningar och beslut. Det anges ofta att sjukskrivningen stöds av beslutsstödet, utan att det framgår på vilket sätt. Som framgick i föregående kapitel är det sällan beslutsstödet ger något entydigt stöd för en viss sjukskrivningstid vid en viss diagnos, utan såväl behovet av att över huvud taget vara sjukskriven som längden på den eventuella sjukskrivningen måste bedömas utifrån de individuella förutsättningarna. Om beslutsmotiveringen innefattar en hänvisning till beslutsstödet behövs det därför en mer utförlig och individuell beskrivning av på vilket sätt det ger stöd för den bedömning som gjorts.

# Sammanfattande diskussion och slutsatser

Uppföljningen visar att det finns allvarliga kvalitetsbrister i ärenden där bedömningen görs utifrån förenklade läkarintyg.

De förenklade intygen ger oftast otillräcklig information för att bedöma arbetsförmågan. I de ärenden där den medicinska utredningen endast bestod av ett eller flera förenklade läkarintyg bedömde granskarna att utredningen var otillräcklig i nästan två tredjedelar av ärendena. I drygt en tredjedel (38 procent) av ärendena ansåg granskarna att intygen kunde godtas som underlag för bedömningen av arbetsförmågan, även om undersökningsfynden ofta var bristfälligt beskrivna och redogörelsen för på vilket sätt sjukdomen påverkade förmågan att arbeta många gånger var vag.

Utredningen var generellt sett bättre i ärenden där det även fanns ett vanligt läkarintyg, men även bland dessa ärenden fanns det en klar förbättringspotential. Utredningen var otillräcklig i ungefär en tredjedel (35 procent) av dem. Det visar att det inte är tillräckligt för att uppnå en godtagbar kvalitet att bara återgå till att alltid använda den vanliga intygsblanketten.

Det hänger bland annat samman med att intygsblanketten inte är utformad på ett sätt som fullt ut motsvarar de krav som ställs i Socialstyrelsens riktlinjer och som ger den information som ska tillmätas betydelse vid Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga.

I nästan hälften av alla ärendena i uppföljningen bedömde granskarna att det inte var styrkt att arbetsförmågan var nedsatt. Det är visserligen troligt att fler skulle ha bedömts ha nedsatt arbetsförmåga om utredningen varit mera grundlig, men det är den försäkrade som har bevisbördan för att hen har rätt till sjukpenning och det är bekymmersamt att Försäkringskassan beviljar sjukpenning när utredningen inte ger stöd för det.

Sjukfallen med förenklade intyg blev mer än 60 dagar i 41 procent av ärendena. Detta resultat, och analysen som vi gjort av rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet, indikerar att det är svårt att utifrån beslutsstödet göra träffsäkra prognoser om prognosen. I knappt en femtedel (19 procent) av ärendena bedömde granskarna att informationen i beslutsstödet gav stöd för att det fanns en hög grad av sannolikhet att sjukfallet skulle bli högst 60 dagar.

Samtidigt var det bara i tre procent av ärendena som granskarna bedömde att informationen i beslutsstödet gav ett tydligt stöd för bedömningen av arbetsförmågan. För diagnoserna i de ärendena framgick det alltså i beslutsstödet att man mer eller mindre alltid behövde vara sjukskriven en viss minsta tid, i vart fall i den typ av arbete som den försäkrade hade. För övriga diagnoser framstod behovet av att över huvud taget vara sjukskriven som beroende av

hur sjukdomen yttrade sig i det enskilda fallet. För de diagnoserna behövdes det alltså individuella uppgifter i läkarintyget för att Försäkringskassan skulle kunna bedöma arbetsförmågan.

Det åligger Försäkringskassan att utreda varje sjukpenningärende utifrån dess unika beskaffenhet och att göra en individuell bedömning av den försäkrades arbetsförmåga. Resultatet av uppföljningen väcker frågan om det i praktiken finns något tillämpningsområde för ställningstagandet i Domsnytt 2014:014, dvs. om det går att avgränsa en grupp av sjukfall där kraven på läkarintygen kan sänkas på det sätt som förutsätts i domsnyttet.

# Bilaga 1

## Försäkringskassans åtgärder med anledning av uppföljningens resultat

1. SF och RA vidareutvecklar tillsammans en läkarintygsblankett som har arbetats fram inom projektet Informationsväg Vården – Försäkringskassan (IFV). Utvecklingen avser anvisningar, hjälptexter och eventuella tilläggsfrågor. Blanketten ska användas i samtliga sjukpenningärenden och ska underlätta för läkarna att lämna rätt information i rätt ärende.

Tidsplan: 30 juni (blankett klar), november 2017 (release)

Ansvariga: Lars-Åke Brattlund och Eva Nordqvist

2. Utrullningen av förenklat intyg upphör.

Tidsplan: nu

Ansvarig: Lars-Åke Brattlund

3. SF och RA tar tillsammans fram informationsmaterial till de vårdenheter som redan nu skriver förenklade intyg om vilken information de behöver lämna i intygen och SF genomför informationsinsatser. Informationen utgår från att tillräckliga uppgifter för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga alltid måste finnas i intygen, oavsett sjukfallets längd.

Tidsplan: 30 juni

Ansvariga: Lars-Åke Brattlund och Eva Nordqvist

4. RA ser i samråd med SF över styrande och stödjande dokument (domsnytt, vägledning) för att förtydliga vilken information som behövs i intygen för att Försäkringskassan ska kunna bedöma arbetsförmågan.

Tidsplan: 30 juni

Ansvarig: Eva Nordqvist

5. RA och SF ger ut ett informationsmeddelande (IM) som handlar om vad kvalitetsuppföljningen visar och förtydligar att komplettering av intyg måste göras om de inte är tillräckliga för att bedöma arbetsförmågan. Meddelandet beskriver även det fortsatta arbetet utifrån resultaten av granskningen.

Tidsplan: 15 april

Ansvariga: Eva Nordqvist och Lars-Åke Brattlund

6. SF och RA ser gemensamt över de rättsliga förutsättningarna för Digisjuk-projektet.

Tidsplan: 30 juni

Ansvariga: Lars-Åke Brattlund och Eva Nordqvist

7. Inom ramen för den planerade rättsliga kvalitetsuppföljningen under hösten 2016 följs det upp i vilken mån förenklade läkarintyg fortfarande används och hur kvaliteten är. Kvaliteten i läkarintygen följs sedan upp under år 2018 för att säkerställa att den nya läkarintygsblanketten ger tillräckliga uppgifter för Försäkringskassans bedömning. Eventuellt genomförs även en rättslig kvalitetsuppföljning av sjukpenning under år 2017 där det finns möjlighet att fånga kvaliteten i läkarintygen.

Tidsplan: 31 december 2016 respektive 31 december 2018

Ansvarig: Eva Nordqvist



# Bilaga 2

## Frågeformulär

### Beslut som ska granskas:

Det är sjukpenningärenden med förenklat läkarintyg som har startat i ÄHS under augusti 2015 som ska granskas.

För att granskas

- Ska ärendet ha startat i ÄHS i augusti 2015,
- Ska det finnas minst ett förenklat läkarintyg vid den tidpunkt då den första sjukpenningrättsbedömningen görs,
- Ska det finnas en ansökan som helt eller delvis omfattar den period som det förenklade läkarintyget avser.

Med förenklat läkarintyg avses ett läkarintyg där det står "E" i rutorna 4 och 5 på intyget.

Nr	Fråga	Svarsalternativ
1.	Löpnummer	
2.	Tillhör ärendet den ärendekategori som ska granskas?	1. Ja 2. Nej
3.	Har Försäkringskassan beviljat sjukpenning?	1. Ja 2. Ja, delvis 3. Nej, helt avslag 4. Nej, avvisning 5. Nej, avskrivning 6. Nej, inget beslut
4.	Är sjukfallet pågående eller avslutat?	1. Avslutat 2. Pågående
5.	Hur lång är sjukperioden?	Fritext
6.	Vilken diagnoskod har läkaren angett som huvuddiagnos?	Fritext
7.	Framgår det att det finns ytterligare diagnoser som påverkar behovet av sjukskrivning under den aktuella perioden?	1. Ja 2. Nej
8.	Finns huvuddiagnosen i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd?	1. Ja 2. Nej
9.	Finns det en entydig och generell rekommendation i beslutsstödet om sjukskrivning för den aktuella diagnosen?	1. Ja 2. Nej
10.	Finns det vid den typ av arbete som den försäkrade har en entydig rekommendation i beslutsstödet om sjukskrivning för den aktuella diagnosen?	1. Ja 2. Nej

<b>Nr</b>	<b>Fråga</b>	<b>Svarsalternativ</b>
11.	Är sjukperioden längre än den rekommenderade sjukskrivningslängden?	1. Ja 2. Nej
12.	Framgår det av beslutsstödet att det vid den aktuella diagnosen finns en hög grad av sannolikhet att sjukskrivningen blir högst 60 dagar?	1. Ja 2. Nej
13.	Finns det ytterligare medicinska underlag, utöver det förenklade läkarintyget?	1. Ja 2. Nej
14.	Vilken grund för sjukskrivningen har läkaren angett?	Fritext
15.	Framkommer det några objektiva undersökningsfynd, observationer eller testresultat som har legat till grund för läkarens bedömning?	1. Ja 2. Nej
16.	Är utredningen om de medicinska förhållandena tillräcklig för att bedöma arbetsförmågan?	1. Ja 2. Nej
17.	Skulle du – utifrån tillgänglig utredning – ha bedömt att arbetsförmågan är nedsatt?	1. Ja 2. Ja, delvis 2. Nej

**I serien Rättslig uppföljning har följande skrifter publicerats:**

- 2014:1 Rättsfallsöversikt – aktivitetsersättning
- 2014:2 Beslutsunderlag och beslut i sjukpenningärenden. En jämförelse mellan år 2010 och år 2013. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:1 Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar)
- 2015:2 Personkrets och grundläggande behov. Bedömningen av grundläggande rekvisit för assistansersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:3 Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:4 Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:5 EU-rättslig bosättningsbedömning. Rättslig kvalitetsrapport
- 2015:6 Sjukpenning i förebyggande syfte. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:7 Assistansersättning. Fritids- och samhällsaktiviteter. Dubbel assistans. Assistans under tid i barnomsorg, skola och daglig verksamhet. Tillsyn, både som grundläggande och andra personliga behov. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:8 Tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjuka barn. Den första bedömningen. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:1 Aktivitetsstöd vid sjukfrånvaro från ett arbetsmarknadspolitiskt program. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:2 Rehabiliteringsersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:3 Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg. Rättslig kvalitetsuppföljning