

# Kunskapsunderlag: Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Analyser framtagna inom ramen för ett  
regeringsuppdrag

Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Matilde Millares  
010-116 29 55  
[matilde.millares@forsakringskassan.se](mailto:matilde.millares@forsakringskassan.se)

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

# Förord

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen (S2017/03739/SF, S2018/00530/SF). I uppdraget innefattas ett antal analysområden vad gäller kompletteringar av läkarintyg och det försäkringsmedicinska beslutsstödet, där fördjupad kunskap efterfrågas.

I denna socialförsäkringsrapport presenteras de analyser som tagits fram inom ramen för regeringsuppdraget. Det gäller så som exempelvis analyser av hur behoven av kompletteringar uttrycks i handläggningen, dels av förekomsten av och längden på sjukfall – det vill säga utfallet av de beslut som fattas i handläggningen – och hur sjukskrivningslängderna förhåller sig till rekommendationerna i beslutsstödet. Likaså redovisas hur handläggare inom sjukförsäkringen använder och uppfattar beslutsstödet, och hur läkare och handläggare uppfattar sjukskrivningsprocessen, med fokus på samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Analyserna i kunskapsunderlaget har ett i huvudsak deskriptivt och förklarande syfte. I regeringsuppdraget ingår även att identifiera och värdera utvecklingsbehov för det försäkringsmedicinska beslutsstödet och för Försäkringskassans informationsinhämtning för bland annat att kunna ta ställning till rätten till sjukpenning. Det ingår även att generellt identifiera och värdera utvecklingsbehov för dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Dessa diskussioner och rekommendationer presenteras i slutredovisningen av uppdraget.

Rapporten har författats av Matilde Millares (projektledare), Anja Folkesson, Håkan Andersson och Ann-Sofie Bakshi, alla verksamma som analytiker vid Avdelningen för analys och prognos på Försäkringskassan. Nina Karnehed, Niklas Österlund, Anna Ericsson, Anders Dahlqvist och Clara Larsson på Socialstyrelsen har deltagit i arbetet. Viktiga bidrag har även lämnats från Anna Martinmäki, Terese Östlin, Ann Berntsdotter, Pernilla Keinestam och Maria Ohlander på Försäkringskassan samt Catarina Jansson och Birgitta Pleijel på Socialstyrelsen. Författarna vill också tacka granskare Malin Junestav, analytiker på Avdelningen för analys och prognos vid Försäkringskassan, och Margareta Voss, fil dr. för värdefulla kommentarer, samt de försäkringspecialister och verksamhetsutvecklare på Försäkringskassan som deltog som granskare i aktgranskningen. Författarna vill också tacka den samrådsgrupp med representanter från hälso- och sjukvården som har konsulterats i arbetet med rapporten.

Stockholm, juni 2019

Thomas Lindén  
Avdelningschef Kunskapsstyrning  
för hälso- och sjukvården  
Socialstyrelsen

Gabriella Bremberg  
Avdelningschef Analys och  
prognos  
Försäkringskassan

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
Gemensam strategi kring sjukskrivning efterfrågas .....	6
Försäkringskassans begäran om kompletteringar .....	7
Diagnosbyten förlänger sjukfallen avsevärt .....	9
<b>Inledning</b> .....	<b>11</b>
Uppdraget .....	11
Bakgrund .....	11
Disposition .....	12
Kunskapsläget .....	13
Syfte och frågeställningar .....	19
Metod .....	20
<b>Iakttagelser från läkare och handläggare om ”Sara”</b> .....	<b>24</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	24
Uppfattningar om sjukskrivning vid psykisk ohälsa .....	25
Information i läkarintyget .....	33
<b>Försäkringskassans behov av kompletterande information....</b>	<b>42</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	43
Att besvara frågan om Försäkringskassans behov av kompletteringar .....	44
Kompletteringar begärs i olika utsträckning beroende på rehabiliteringskedjan .....	44
Handläggarnas behov av kompletterande information varierar beroende på tidpunkt i sjukfallet .....	45
Läkarens anamnes, observationer och tester vanlig grund vid bedömning .....	51
Handläggare efterfrågar rätt information, men utformningen och hanteringen av inkomna svar kan behöva utvecklas .....	52
<b>Det försäkringsmedicinska beslutsstödet</b> .....	<b>55</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	56
Kännedom om och användning av beslutsstödet .....	56
Sjukskrivningstider i relation till rekommendationerna i FMB .....	61
Effekter av uppdateringen av FMB för psykiska diagnoser .....	69
Uppfattning om graden av styrning och betydelse för kvalitet .....	74
Identifierade utvecklingsbehov .....	80
<b>Läkares och handläggares uppfattning om samverkan</b> .....	<b>84</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	84
Att involvera olika aktörer .....	84
<b>Referenser</b> .....	<b>90</b>

<b>Bilagor .....</b>	<b>93</b>
Bilaga 1. Registerstudier .....	93
Bilaga 2. Enkäter .....	115
Bilaga 3. Fokusgrupper .....	125
Bilaga 4. Aktgranskning .....	135

# Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen (S2017/03739/SF, S2018/00530/SF). Uppdraget delredovisades i juni 2018. Denna rapport är ett kunskapsunderlag som svarar mot uppdraget att analysera följande tre områden:

- Det faktiska behovet av kompletteringar av inlämnade läkarintyg, inklusive eventuell förekomst av omotiverade kompletteringar.
- Förekommande skillnader mellan de faktiska sjukskrivningstiderna och rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Förekomsten av samsjuklighet bör särskilt uppmärksammas.
- Hur försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB) kan bidra till en bättre kommunikation mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, samt hur beslutsstödet kan utvecklas.

Myndigheternas sammantagna svar slutredovisas i juni 2019.

Rapporten inleds i detta kapitel med dels en sammanfattning av resultaten i delstudierna, dels viktiga iakttagelser att bära med sig från denna första del av analysfasen. Dessa iakttagelser innefattar även frågor som särskilt behöver diskuteras och problematiseras i myndigheternas samlade svar till regeringen, men även framöver.

## Gemensam strategi kring sjukskrivning efterfrågas

I fokusgrupper har läkare och Försäkringskassans handläggare fått diskutera en fiktiv patient, ”Sara”. I dessa diskussioner lyfts att det finns ett gränsland mellan sociala och medicinska omständigheter, vilket får konsekvenser i mötet med sjukförsäkringen. Läkarna beskriver att det saknas en gemensam strategi för sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. Det handlar till stora delar också om organisatoriska förutsättningar inom hälso- och sjukvården som försvårar möjligheterna att arbeta med sjukskrivning på ett enhetligt och välavvägt sätt. Handläggarna beskriver i sin tur konsekvenserna av vad de uppfattar som brister i läkarnas uppdrag att göra väl avvägda bedömningar av behovet av sjukskrivning. I diskussioner om läkarintyget framkommer att behovet av information i större utsträckning gäller beskrivning av diagnosens konsekvenser, dvs. funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, snarare än information om själva diagnosen. Det gäller såväl för Försäkringskassan i bedömningen av rätten till ersättning, som för arbetsgivaren när stöd ska ges för att individen ska komma tillbaka till arbete. Ytterst är det patienten eller den försäkrade som får ta de negativa konsekvenserna av avsaknaden av en sådan gemensam strategi.

## lakttagelser för vidare analys och ställningstaganden

i) Gränslandet mellan sociala och medicinska omständigheter blir särskilt tydliga när det gäller psykiska sjukdomar, inte minst med tanke på förekommande diskussioner om en ökad medikalisering i samhället. I gränslandet läggs ett fokus på diagnos, eftersom det är den som blir vägen in i sjukförsäkringen. I handläggningen är det emellertid framför allt konsekvenserna av sjukdomen som är relevanta, dvs. funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Tidigare studier visar samtidigt att läkare har svårt att beskriva funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. I våra studier ser vi också att den vanligaste orsaken till komplettering i den initiala fasen i sjukfallsperioden är brister i beskrivningen av aktivitetsbegränsning. I socialförsäkringsbalken är det sjukdomsbegreppet<sup>1</sup> som är centralt, inte diagnosen. Det finns ett behov av att öka kunskapen om diagnososäkerhet, inte minst inom handläggningen av sjukpenning. Det behöver även föras en diskussion om hur behovet av att fastställa en exakt diagnos står, i relation till att det enligt lagen måste föreligga ett sjukdomstillstånd för att beviljas sjukpenning.

ii) Att Försäkringskassans handläggare och läkare har ett gemensamt ansvar som kvalitetssäkrare i sjukskrivningsprocessen innebär vissa svårigheter när förståelse för varandras arbetsituationer och förtroende för varandras kompetenser saknas. Det är också otydligt vem som har det yttersta ansvaret för att ”rätt” person blir sjukskriven. När läkare brister i uppdraget att göra väl avvägda bedömningar av behovet av sjukskrivning (dvs. skriver intyg som de inte ”står bakom”, eller som håller för låg kvalitet), leder det till brister i förtroende hos handläggarna för läkarkåren. Detta leder i sin tur till att handläggare i större utsträckning ifrågasätter trovärdigheten i de medicinska bedömningarna och exempelvis begär kompletteringar i form av observationer och undersökningsfynd. Detta skapar i sin tur irritation hos läkarkåren som dels upplever sig bli ifrågasatta, dels saknar organisatoriska eller kompetensmässiga förutsättningar för att ge Försäkringskassan den information som myndigheten efterfrågar. Det finns ett uppenbart behov av att förtydliga vad en arbetsförmågebedömning egentligen innebär och vad läkarens respektive handläggarens roll är i denna bedömning. Hur kan innebörden av en arbetsförmågebedömning formuleras så att läkaren, utifrån sin roll och kompetens, kan göra denna bedömning? Hur ska det yttersta ansvaret för att dessa bedömningar håller tillräckligt god kvalitet definieras?

## Försäkringskassans begäran om kompletteringar

En aktgranskning visar att grund till komplettering i sjukfallsärenden varierar beroende på tidpunkt i sjukfallet. Initialt i ett sjukfall avser kompletteringarna i huvudsak brister i läkarintyget. Det rör sig framför allt om bristande information om aktivitetsbegränsningar. Inför dag 181 i sjukfallet begärs kompletteringar främst för att ärendet ska kunna utredas

---

<sup>1</sup> För rätt till sjukpenning krävs att en individ har en sjukdom som nedsätter arbetsförmågan med minst en fjärdedel enligt 27 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (2010:110) (SFB).

vidare. Vid denna tidpunkt behöver Försäkringskassan ytterligare information, enligt rehabiliteringskedjan. Denna information omfattar framför allt prognos för återgång i arbete och läkarens bedömning av den försäkrades möjligheter att klara av ett normalt förekommande arbete. Prognosen är nästan aldrig tillräckligt väl beskriven i läkarintyget för att handläggarna ska kunna ta ställning till särskilda skäl.<sup>2</sup>

Aktgranskningen visar vidare att det som beskrivs som observationer, undersökningsfynd och tester i intygen oftast utgörs av läkarens anamnes och egna observationer och tester. Värt att notera är även att observationer och undersökningsfynd relativt sällan kompletteras inför dag 181, även om beskrivning saknas i läkarintyget i samma utsträckning som initialt i sjukfallet.

Enligt granskarnas bedömning efterfrågar handläggarna oftast rätt information även om utformningen på kompletteringsbegäran kan behöva utvecklas. Det handlar om att begäran framstår som skriven utifrån en mall med svag koppling till ärendet och läkarintyget kompletteringen avsåg. Granskarna ansåg att detta gällde i 44 procent av ärendena. Därtill framgår av aktgranskningen att handläggarna relativt ofta går direkt till beslut, även om de genom kompletteringen inte fått svar på sina frågor från läkaren. I knappt 70 procent av fallen de granskade ärendena där svar på kompletteringen har inkommit av fattas beslut direkt efter inkommen komplettering.

På frågan om begäran om komplettering var nödvändig sett till ärendet som helhet ansåg granskarna att 12 procent av kompletteringarna är onödiga. Främsta anledningen var att granskarna ansåg att tillräcklig information redan fanns i ärendet.

### **lakttagelser för vidare analys och ställningstaganden**

i) Hälso- och sjukvården bör, utifrån sitt perspektiv, beskriva vad som 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.

ii) Försäkringskassan bör utreda på vilket sätt myndigheten använder uppgifterna om observationer och undersökningsfynd i utredningen om rätten till ersättning. Vilka frågor svarar den informationen på och hur ska och kan den hanteras och användas inom handläggningen?

iii) Det bör även utredas hur Försäkringskassans behov av information om observationer, undersökningsfynd och testresultat förhåller sig till Socialstyrelsens intygsföreskrift om läkarintyg. I Socialstyrelsens föreskrift om utfärdanden av intyg inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:29) anges

---

<sup>2</sup> Enligt bestämmelsen om ”särskilda skäl” ska den försäkrades arbetsförmåga inte prövas mot hela arbetsmarknaden om det finns en stor sannolikhet att den försäkrade kommer att kunna arbeta i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 i sjukfallet.



hur ett läkarintyg ska vara utformat. Har Försäkringskassan ett behov av information som går utöver föreskriften, och inom vilka processer i handläggningen uppstår i så fall detta utökade informationsbehov?

iv) En fråga som behöver undersökas är huruvida utformningen av läkarintyg gör det möjligt att i en arbetsförmågebedömning ta hänsyn till både terapeutisk och faktisk arbetsförmåga<sup>3</sup> – något som ska göras i en sådan bedömning. Detta är viktigt då handläggarna inte själva kan göra medicinska konsekvensbedömningar av arbete, exempelvis risker för skada och/eller hinder för läkning.

v) Det finns ett behov av att närmare analysera vilken ytterligare medicinsk information som krävs inför dag 181 i rehabiliteringskedjan. Detta med tanke på den förändrade bedömningsgrunden som då uppstår. I analysen bör det ingå att se över om insamlingen av den medicinska informationen kan ske på något annat sätt, med syftet att antalet kompletteringar ska minska. Frågan är huruvida det är den sjukskrivande läkaren som är bäst lämpad att ge denna information till Försäkringskassan. Då dessa kompletteringar grundas i att Försäkringskassans behov av information ändras utifrån gränser i rehabiliteringskedjan, snarare än brister i sig i läkarintygen bör det även uppmärksammas om, och i så fall hur, den praktiska hanteringen av detta kan förbättras så att informationsbehovet inte uppfattas som en avvikelse eller kommer som en överraskning för läkaren.

## Diagnosbyten förlänger sjukfallen avsevärt

I ungefär 20 procent av alla sjukfall ändras huvuddiagnosen under sjukfallens gång, för psykiska diagnoser är andelen 27 procent. Specialistvård för andra diagnoser än den första sjukskrivningsdiagnosen är också vanligt förekommande. Analysen visar att båda dessa omständigheter ofta leder till avsevärt längre sjukfall. Vid byten mellan depression – där den övre rekommendationen för sjukskrivningens längd är sex månader i FMB – och långvarig smärta, blir runt 60 procent av sjukfallen längre än ett år och runt 40 procent längre än två år. Liknande resultat framkommer vid byten mellan utmattning, där den övre ”gränsen” är ett år eller mer, och långvarig smärta, samt för sjukfall med en kombination av dessa diagnoser framkommer via patientregistret.

Eftersom analysen utgår från sjukfall med psykiska och smärtrelaterade diagnoser, som kan vara särskilt komplexa och därmed svårbedömda, är det inte konstigt att vi ser att såväl byten som specialistvård för ytterligare diagnoser leder till långa sjukfall. Sjukfallen blir dessutom ofta mycket längre än den övre rekommendationen i FMB för någon av de enskilda diagnoserna. Den sammanvägda bilden är att detta är grupper som både

---

<sup>3</sup> Med faktisk oförmåga avses att man på grund av sjukdom rent faktiskt inte kan arbeta. Terapeutisk (även kallad profylaktisk) oförmåga avser att man inte bör arbeta eftersom det skulle fördröja eller förhindra botandet av sjukdomen.

hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen (samt arbetsgivare, arbetsmarknad och Arbetsförmedlingen) har svårt att hantera.

Av enkätundersökningen framgår att en majoritet av Försäkringskassans handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare använder sig av FMB, men få har fått utbildning i närtid om hur det ska tillämpas. Det finns en positiv tilltro till möjligheterna med FMB, men det finns också tydliga behov vad gäller ökad grad av konkretisering, uppdatering och täckningsgrad samt ett förtydligande av hur FMB bör tillämpas. En viktig aspekt i diskussionen om beslutsstödet är hur styrande rekommendationerna för bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser bör vara i tillämpningen, såväl inom hälso- och sjukvården som i handläggningen. Försäkringskassans vägledning har förändrats över tid och handläggarna får olika signaler, dels att följsamheten behöver stärkas, det vill säga att rekommendationerna ska följas i högre utsträckning, dels att det finns ett ökat behov av individanpassning.

### lakttagelser för vidare analys och ställningstaganden

i) Försäkringskassan och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att analysera skillnader mellan de faktiska sjukskrivningstiderna och rekommendationerna om sjukskrivningarnas längd i FMB. I tidigare studier har man genom att studera medianen dragit slutsatsen att rekommendationerna följs ”relativt väl”. I den här rapporten studeras i stället spridningen och andelen som blir längre än rekommenderade längder i FMB och då framkommer större avvikelser än vad medianen visar, då den ligger närmare rekommenderade längder i FMB.

När det gäller följsamheten till rekommendationerna i FMB kan det dock konstateras att styrningen utifrån beslutsstödet är otydlig, både av och inom Försäkringskassan. Exempelvis får myndighetens handläggare lite stöd och vägledning i hur det ska tillämpas. Det återkommer synpunkter om att FMB, eller kanske snarare tillämpningen av FMB, behöver vara mer flexibelt för att möjliggöra en individanpassning utifrån de specifika omständigheterna i varje ärende, men att det även behöver konkretiseras och förtydligas för att utgöra ett starkare stöd i handläggningen. Det är därför av minst lika stor vikt att tillämpningen av FMB förtydligas som att beslutsstödet i sig gör det.

En viktig fråga utifrån analyserna av FMB blir därför: Vilken följsamhet till rekommendationerna i FMB bör vi förvänta oss och vilken följsamhet är lämplig? Om individuell hänsyn ska tas bör det bli en spridning i sjukskrivningarnas längd, inte minst med tanke på att arbetssituationen (yrke och arbetsmiljö) har stor betydelse. Hur beslutsstödet ska tillämpas behöver tydliggöras på nationell nivå.

# Inledning

## Uppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen (S2017/03739/SF, S2018/00530/SF). I uppdraget ingår att skapa samsyn om parternas förutsättningar när gäller kompetens, möjligheter inom gällande lagstiftning och mål. Även Försäkringskassans behov av underlag och hälso- och sjukvårdens faktiska förutsättningar såväl att leverera sådana underlag som att bistå i sjukskrivningsprocessen ska belysas. Slutligen innefattas en analys av följsamheten till det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB). Uppdraget delredovisades i juni 2018 och ska slutredovisas i juni 2019. Denna rapport är ett kunskapsunderlag för slutredovisningen av uppdraget.

## Bakgrund

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) infördes 2008 och kom till genom ett gemensamt regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Syftet var att underlätta och effektivisera arbetsprocessen för sjukskrivande läkare och Försäkringskassans handläggare. Ytterligare syfte var att öka enhetligheten i bedömningen av sjukskrivningsbehov och arbetsförmåga. Beslutsstödet innefattar dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer för bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Regeringen har också de senaste åren genomfört ett antal insatser som ett led i att stimulera ett långsiktigt samarbete mellan Försäkringskassan och Socialstyrelsen rörande sjukskrivningspraxis.<sup>4</sup>

I slutet av 2017 överlämnade de båda myndigheterna svar på ett gemensamt regeringsuppdrag gällande sjukskrivningspraxis (Försäkringskassan & Socialstyrelsen 2017). Försäkringskassan överlämnade också svar på ett regeringsuppdrag gällande kompletteringar av läkarintyg (Försäkringskassan 2017c). När det gäller FMB studerades följsamheten till beslutsstödet i uppdraget om sjukskrivningspraxis för depression (F32) och i ytterligare fördjupningar för stressreaktioner (F43). Detta mot bakgrund av att identifierade regionala skillnader i följsamheten skulle tyda på att det finns skillnader i hur vården arbetar med sjukskrivningsfrågan. Analyserna

---

<sup>4</sup> T.ex. fick Försäkringskassan och Socialstyrelsen 2014 ett gemensamt regeringsuppdrag med syfte att göra en systematisk kartläggning av hur landstingen arbetar med sjukskrivningsfrågan på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Uppdraget avrapporterades i februari 2015 och rapporten visade att arbete t med sjukskrivningsfrågan behöver fortsatt stöd genom insatser som inriktas mot att utveckla och vidmakthålla kvaliteten i sjukskrivningspraxis genom kompetensutveckling inom det försäkringsmedicinska området.

visade bland annat att FMB generellt sett fungerar bra för såväl diagnosen akut stressreaktion som depression, men att det förekommer viss variation mellan länen när det gäller sjukskrivningslängd.<sup>5</sup>

Det senare uppdraget om kompletteringar av läkarintyg hade sin grund i att hälso- och sjukvården starkt signalerat om en ökad arbetsbelastning som en konsekvens av Försäkringskassans arbete med att förstärka handläggningen inom sjukpenning, med bland annat höjda krav på fullständigt ifyllda läkarintyg. Analysen visade att Försäkringskassan begär in kompletteringar av läkarintyg i ungefär samma utsträckning som tidigare, dvs. i knappt 10 procent av fallen. Däremot, som en konsekvens av det ökade antalet sjukfall, har antalet kompletteringar ökat med cirka 60 procent sedan 2011. Vidare framkom att det fanns skillnader mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan exempelvis i synen på hur ett läkarintyg behöver utformas och vad som utgör tillräcklig bevisning i beskrivning av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar.

Föreliggande regeringsuppdrag handlar om en fördjupning av dessa och andra tidigare genomförda analyser av sjukskrivningspraxis i förhållande till FMB, samt arbetet med kompletteringar av läkarintyg. Uppdraget är en del av ett större åtgärdsprogram för sjukförsäkringen (Socialdepartementet 2018) och delas av Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Det övergripande syftet är att åstadkomma ett bättre samarbete mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Uppdraget delredovisades den 12 juni 2018. Delredovisningen innefattade status för pågående utvecklingsarbeten som Försäkringskassan och Socialstyrelsen bedömer har betydelse för uppdragets övergripande mål, dvs. att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. I delredovisningen gavs också en redogörelse för formerna för samråd inom ramen för uppdraget. Dessutom presenterades de delstudier som myndigheterna skulle genomföras i regeringsuppdraget.

## Disposition

Rapporten inleddes med en sammanställning av iakttagelser från de olika delstudierna som behöver belysas och problematiseras i det fortsatta analysarbetet i uppdraget. I detta kapitel presenteras, efter introduktionen till uppdraget, en översikt av kunskapsläget för de teman som studeras i delstudierna. Därefter presenteras syfte och frågeställningar, samt metodbeskrivning för de fyra delstudierna. I kapitel två presenteras iakttagelser och diskussioner från de fokusgrupper som genomfördes med läkare och handläggare. Detta kapitel ger en fördjupad bild av vilka utmaningar som finns i dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. I kapitlet ges också en förklarande bakgrundsbeskrivning till de resultat och

---

5 Under 2016 infördes dock ett uppdaterat beslutsstöd för de psykiska diagnoserna, som innefattade bl.a. rekommendationer om partiell sjukskrivning inom F-diagnoserna. I denna rapport är det den tidigare versionen av FMB som studeras.

analyser som presenteras i följande kapitel. I kapitel tre redovisas resultaten från genomförd aktgranskning, som hade fokus på Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg. I kapitel fyra presenteras resultat gällande faktiska sjukskrivningstider i relation till FMB, samt Försäkringskassans handläggares och försäkringsmedicinska rådgivares nyttjande av och uppfattning om FMB. I kapitel fem redovisas iakttagelser från fokusgrupperna om samverkan mellan hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och arbetsgivare.

## Kunskapsläget

Nedan följer en kunskapssammanställning med huvudsakligt fokus på de teman som studeras i de olika delstudierna i uppdraget.

### FMB med fokus på läkares förutsättningar

Ett flertal studier om FMB och sjukskrivningsprocessen har genomförts av forskare på sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska institutet. Bland annat har det genomförts ett flerårigt projekt där enkäter riktats till läkare 2004, 2008, 2012 och 2017. Enkäterna innehöll frågor om bland annat vad läkare upplever som problematiskt i sjukskrivningsprocessen och hur de upplever att det är att arbeta med FMB (Alexanderson m.fl. 2017a). Studien visar att beslutsstödet haft stort genomslag och används av cirka hälften av läkarna. Majoriteten av dem anser att beslutsstödet underlättar deras sjukskrivningsarbete, patientdialog och kontakt med Försäkringskassan. Samtidigt visar studien att en majoritet av läkarna upplever svårigheter i dialogen med Försäkringskassans handläggare eftersom deras bedömningar ifrågasätts. I studien dras slutsatsen att det finns ett fortsatt behov av att förbättra samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, samt att arbeta med organisatoriska strukturer i syfte att stärka läkares förutsättningar att utveckla och tillämpa försäkringsmedicinsk kompetens (se även Alexanderson m.fl. 2018).

En annan uppföljning med fokus på läkarnas perspektiv är den systematiska litteraturoversikt om läkares sjukskrivningspraxis som publicerades 2010 (SOU 2010:107). Där konstateras att det finns ett visst, om än begränsat, stöd för att läkare upplever problem i handläggningen av sjukskrivningsärenden. Det handlar om svårigheter att hantera de dubbla rollerna som både behandlande läkare och medicinskt sakkunnig, att samverka med andra yrkesgrupper och aktörer, samt att bedöma arbetsförmåga. Det handlar även om brister i de egna kunskaperna om arbetsmarknaden och socialförsäkringssystemet, och om situationer när läkaren har andra åsikter än patienten om behovet av sjukskrivning. Flera av dessa problem är sannolikt möjliga att påverka med hjälp av insatser på strukturell nivå, bland annat inom hälso- och sjukvårdens organisation.

Även andra studier om FMB, som baseras på aktstudier av läkarintyg utfärdade innan respektive efter att beslutsstödet infördes, visar att det har haft genomslag och ökat sjukintygens kvalitet. En studie från 2010 (Söderberg m.fl. 2010) visar exempelvis att efter införandet motiverade läkarna i

ökande grad varför de sjukskrev för längre perioder än vad som rekommenderas i beslutsstödet. Även patienternas sjukdomstillstånd beskrevs med ökad precision. Studien visar även att läkarna hade problem med att bedöma funktionsnedsättning och arbetsförmåga (se även Nilsing m.fl. 2012).

I maj 2018 publicerade Riksrevisionen (2018a) en granskning av läkares förutsättningar att bedöma arbetsförmåga. Granskningen visar att det finns tydliga utmaningar när det gäller läkarnas förutsättningar att bedöma arbetsförmåga. Det handlar bland annat om läkarens dubbla roll som både behandlare och medicinskt sakkunnig i bedömningen av arbetsförmåga, tidsbrist i mötet med patienter, svårigheter att få ihop en DFA-kedja (diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning) för patienter med psykisk ohälsa, samt svårigheter att bedöma begreppet normalt förekommande arbete.

I augusti samma år presenterade Riksrevisionen (2018b) ytterligare en granskning; den här gången av hur Försäkringskassan använder FMB vid psykisk ohälsa. De drar slutsatsen att det finns indikationer på att det FMB inte används likformigt av Försäkringskassan. Granskningen visar att i en tredjedel av de ärenden med diagnoser som ingår i beslutsstödet, överskrider rekommenderad sjukskrivningstid. I drygt hälften av dessa ärenden motiveras avsteg av sjukskrivande läkare, i resterande ärenden motiveras det inte. Vidare visar granskningen att Försäkringskassan sällan begär komplettering av läkarintyg vid omotiverade avsteg från beslutsstödet. Riksrevisionen rekommenderar att Socialstyrelsen återigen får uppdraget att kontinuerligt följa upp och utvärdera FMB.

Föreliggande uppdrag handlar bland annat om att identifiera utvecklingsområden för FMB. Det saknas dock mer fördjupad kunskap om i vilka delar av handläggningen på Försäkringskassan som FMB uppfattas ge otillräckligt stöd, samt på vilket sätt FMB skulle behöva vidareutvecklas. Kunskap saknas också om i vilken mån det uppdaterade beslutsstödet för psykiska sjukdomar tillämpas och om det har inneburit ett förstärkt stöd. När det gäller handläggningen av sjukpenning saknas också perspektivet från de försäkringsmedicinska rådgivarna (FMR). FMR är läkare som är anställda av Försäkringskassan för att, utifrån sin medicinska kompetens, utgöra ett stöd i handläggningen.

### FMB, sjuktal och sjukfallslängder

Utifrån data från aktstudier har Söderberg m.fl. (2011) studerat beslutsstödet effekt på sjuktalet under 2007, dvs. före FMB infördes, och jämfört med 2009 och 2010. I studien konstateras en minskning av den genomsnittliga spridningen i sjukskrivningslängd, och att sjukskrivningslängden för psykiska sjukdomar har minskat med fem dagar. Också denna studie visar att läkarna har svårt att beskriva patienters funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning

Resultaten från ovan nämnda studier bekräftas av Försäkringskassans registerstudier av hur beslutsstödet har påverkat sjuktalet, där analyserna

baseras på data hämtade från Försäkringskassans databaser (Försäkringskassan 2009, 2010, 2011a). Dessa studier visar att sjukskrivningstiderna totalt (inklusive för psykiska diagnoser) har blivit kortare och att det har skett en minskning, både i antalet påbörjade sjukskrivningar och av sjukskrivningslängderna. Kvinnors sjukskrivningstider tycks dock främst ha förändrats genom att de har blivit kortare. I rapporterna konstateras att resultaten stöder slutsatsen att införandet av beslutsstödet har medfört kortare sjukskrivningar och minskad spridning, främst för de fysiska/somatiska sjukdomsdiagnoserna.

Vårt att notera är att dessa studier jämför sjuktalen före och efter införandet av FMB, men det görs ingen direkt jämförelse med rekommenderade sjukfallslängder i beslutsstödet. I rapporterna poängteras dessutom att även andra faktorer kan ha påverkat sjuktalen, exempelvis striktare sjukförsäkringstillämpning, förändrade attityder till sjukskrivning i samhället och läget på arbetsmarknaden. Detta är något som också lyfts i en studie om hur läkarna upplever sitt sjukskrivningsuppdrag (Alexanderson m fl. 2011).

Under 2016 genomförde Karolinska institutet en uppföljning av FMB med fokus på faktisk sjukskrivningslängd för sjukskrivningsfall (Alexanderson m.fl. 2016). I studien valdes 38 diagnoser ut bland de drygt hundra diagnoser som ingår i den diagnosspecifika delen av FMB. Samtliga psykiska diagnoskoder inkluderades och för diagnosen depressiv episod genomfördes även mer fördjupade analyser.<sup>6</sup> Det framkom att i 12 av diagnosgrupperna var mer än hälften av fallen – som samtliga varat mer än 14 dagar – längre än den längsta rekommenderade sjukskrivningslängden. I 13 av diagnosgrupperna blev mer än fem procent av fallen längre än 2,5 år. Psykiska diagnoser utgjorde de fyra diagnosgrupper med störst andel fall som blev längre än den längsta rekommenderade sjukskrivningslängden. I nio av de studerade diagnosgrupperna hade fler än tio procent partiell sjuk- eller aktivitetsersättning när fallet påbörjades.<sup>7</sup>

Alexanderson m.fl. (2017b) publicerade i slutet av 2017 ytterligare en uppföljning av sjukskrivningsfall för ett stort antal olika (psykiska och fysiska) diagnoser, som underlag till Socialstyrelsens utvärdering av FMB. Utifrån uppföljningen föreslås att Socialstyrelsen bland annat ser över skrivningar i FMB om sjukdom, arbetsförmåga och längsta rekommenderade sjukskrivning för flera av diagnosgrupperna. Detta för att de ska bli mer lättillgängliga och likformiga när det gäller innehåll och utformning, och för att de ska kunna förstås även av personer som inte är medicinskt skolade. Uppföljningen utgick dock från sjukfall under 2010–2012, varför det inte

---

<sup>6</sup> Se avsnittet ”FMB för psykiska diagnoser”.

<sup>7</sup> I en studie från ISF (2014) studerades därtill i vilken utsträckning Försäkringskassan gör samma bedömning av arbetsförmågans nedsättning som läkaren har angett i det första läkarintyget i ett sjukfall. Studien visar att av dem som beviljas sjukpenning får drygt 98 procent samma omfattning som den av läkaren föreskrivna sjukskrivningsgraden (det vill säga hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukpenning). Vidare har de allra flesta sjukpenning precis så länge som läkaren har sjukskrivit dem. Drygt fyra av fem med ett sjukfall som varar längre än 14 dagar avslutar sjukfallet samma dag som läkarintyget upphör att gälla.

går att dra några slutsatser om det uppdaterade beslutsstödet utifrån denna studie.

### FMB för psykiska diagnoser

År 2008 infördes specifika rekommendationer i FMB för psykisk sjukdom. Under det senaste decenniet har sjukskrivningar orsakade av psykisk ohälsa ökat i Sverige. År 2017 stod psykiska diagnoser för 44 procent av det totala antalet sjukskrivningar (Försäkringskassan 2017a, 2017b). Dessutom tar det längre tid för personer som är sjukskrivna med psykisk diagnos att återkomma i arbete än för de flesta övriga diagnosgrupper.

I den tidigare nämnda undersökningen av Alexanderson m.fl. (2016) framgår att bland de drygt 23 000 personer som 2010 hade ett nytt sjukskrivningsfall i depressiv episod (F32) var fortfarande en tredjedel sjukskrivna efter sex månader. Detta är längre än den längsta rekommenderade sjukskrivningstiden för medelsvår och svår förstagångsdepression, enligt FMB. Efter ett år var 19 procent av dem fortfarande sjukskrivna, efter två år cirka tio procent. Hälften (47 procent) var sjukskrivna på heltid under hela sjukfallet. Flertalet (85 procent) var sjukskrivna på heltid i början och hälften (53 procent) mot slutet av sjukskrivningsfallet. Fem procent hade partiell sjuk- eller aktivitetsersättning när fallet påbörjades; en något större andel (8 procent) hade detta på hel- eller deltid när fallet avslutades. Det finns inga större könsskillnader avseende sjukskrivningslängd för denna diagnos. När det gäller ålder avslutades en något större andel av fallen inom 60 dagar bland dem som var under 35 år.

Rekommendationerna för psykiska diagnoser uppdaterades i januari 2017, efter att Socialstyrelsen utifrån regeringens regleringsbrev fick i uppdrag att se över beslutsstödet i relation till aktuellt kunskapsläge. För de psykiska diagnoserna uppdaterades rekommendationen om sjukskrivningstid, där partiell sjukskrivning rekommenderades i högre grad än tidigare som alternativ till heltidssjukskrivning. Dessutom utökades informationen om funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och rehabilitering för flera av diagnoserna. I dag finns beslutsstöd för 17 psykiatriska diagnosgrupper.

### Samsjuklighet

Sociala rådet presenterade 2010 en systematisk litteraturöversikt (SOU 2010:89), där syftet var att få kunskap om samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro. Av översikten framkommer att trots att samsjuklighet är vanligt, fanns anmärkningsvärt få studier inom området. De studier som ändå fanns bedömdes vara av låg eller måttlig kvalitet, och studiernas resultat går delvis i olika riktningar. Det finns därmed inte något tydligt vetenskapligt stöd för att kunna säga hur sambanden mellan sam- eller mångsjuklighet och sjukfrånvaro ser ut.



I tidigare nämnda rapport från Alexanderson m.fl. (2017b) undersöks samsjuklighet genom att studera sjukskrivningsfall inom utvalda diagnosgrupper utifrån ett antal variabler<sup>8</sup>. Dessa variabler sammanställdes för varje sjukskrivningsfall under de tolv månader som föregick sjukfallets slutdatum. För psykiska diagnoser undersöktes samsjuklighet i andra psykiska diagnoser än just den diagnos som sjukskrivningen gällde. Om exempelvis sjukskrivningen gällde F43 (anpassningsstörningar och reaktion på svår stress), togs det fram uppgifter om samsjuklighet i annan psykisk diagnos, liksom somatisk samsjuklighet – sjukhusvård/specialistvård, sjuk- och aktivitetsersättning och sjukskrivning. Förekomsten av sjukhusvård/specialistvård, sjuk- och aktivitetsersättning och sjukskrivning undersöktes därefter i samtliga psykiska diagnoser, förutom den som sjukskrivningen gällde. Analysen visar dock inte på några tydliga mönster och det är svårt att dra några slutsatser kring betydelsen av olika former av samsjuklighet.

I regeringsuppdraget om sjukskrivningspraxis (Försäkringskassan & Socialstyrelsen 2017) genomfördes en analys av följsamheten till FMB för depressiv episod (F32). Därtill gjordes även ytterligare fördjupningar för stressreaktioner (F43) och diagnosbyten. Sammanfattningsvis konstateras att det finns en något längre spännvidd för sjukskrivningslängd än vad som rekommenderas för akut stressreaktion – men det är inom de långa sjukfallen för akut stressreaktion som diagnos byts till andra specificerade reaktioner på svår stress (F43.8) under sjukfallets gång. Dessa sjukfall blir även längre jämfört med de som startar direkt med diagnosen andra specificerade reaktioner på svår stress, vilket man i rapporten menar kan tyda på vikten av tidiga insatser.

Följsamheten till beslutsstödet för depression framhålls generellt sett vara bra, både när det gäller sjukskrivningslängd och sjukskrivning på deltid. Däremot finns stora skillnader mellan länen när det gäller följsamheten till FMB avseende sjukskrivningslängd för lindrig depression. Avvikelser från rekommendationerna kan finnas både inom och mellan specifika diagnoser. Studien fördjupar dock inte analysen kring följsamheten till FMB vid byte av huvuddiagnos mellan olika diagnoskapitel, samt vid mer än en samtida diagnos.

Som tidigare redovisats presenterade Riksrevisionen (2018b) i augusti 2018 en granskning av hur Försäkringskassan använder sig av FMB vid psykisk ohälsa. Det konstateras att i en tredjedel av ärendena med diagnoser som ingår i beslutsstödet överskrids rekommenderad sjukskrivningstid. Granskningen initierades efter att Riksrevisionen sett indikationer på att diagnos ibland anges utifrån rekommenderad sjukskrivningslängd istället för att baseras på patientens ohälsotillstånd. I granskningen fann man dock inget stöd för att det blivit vanligare med diagnosförändring i pågående sjukfall

---

<sup>8</sup> Dessa var sjukskrivningsdiagnos vid sjukskrivning, sjuk- och aktivitetsersättning, utköp av receptbelagd medicin avseende antidepressiv medicin och lugnande medel, inklusive sömnmedel, besök i specialiserad öppenvård, samt sjukhusinläggning.

efter införandet av beslutsstödet. Däremot har det blivit vanligare med diagnosförändring till en psykiatrisk diagnos, från ett annat diagnoskapitel.

Det har hittills endast varit möjligt att följa huvuddiagnoser i pågående sjukfall och byte av huvuddiagnos som tillvägagångssätt för att följa samsjuklighet genom registeranalyser. I takt med att det nya läkarintyget<sup>9</sup> implementeras (som har fält för fler än en diagnos) kommer möjligheten att samla systematiserad kunskap om hur flera samtida diagnoser påverkar sjukfallslängder att öka. Frågan om samsjuklighet behöver dock studeras på fler sätt än enbart genom registeranalyser.

## Diagnostisering

Diagnos används för att ”avgränsa och beskriva ett visst sjukdomstillstånd” (Nationalencyklopedin). Diagnoser kan också beskrivas som ett sätt att förstå och förhålla sig till sjukdom eller avvikelse vid en given tidpunkt, i ett givet kunskapsläge och ett bestämt meningsbärande sammanhang (Johannison 2006). Vad som betraktas som sjuklighet omförhandlas och förändras alltså över tid och i olika kontexter:

*Sjukdomsdiagnoser kan beskrivas som sociala förlopp med flera aktörer: patienter, läkare, arbetsgivare, sjukförsäkringssystem, läkemedelsindustri, massmedia och de kulturella koder som ständigt omdefinierar vad som tillåts kallas sjukt. (ibid, s. 37).*

Att ställa korrekt diagnos handlar således inte bara om den medicinska vetenskapen. Men även inom det medicinska förekommer diagnososäkerhet eller så kallade diagnostiska misslyckanden. Till viss del kan det handla om en process, där en preliminär diagnos eller en arbetsdiagnos definieras under tiden som patienten utreds vidare. Men det kan även handla om diagnostiska misstag som kan bero på kognitiva faktorer hos läkaren<sup>10</sup>, systemrelaterade faktorer<sup>11</sup> eller kunskapsbrist<sup>12</sup> (Socialstyrelsen 2018).

Enligt SKL (2018) är diagnostiska fel och misstag en orsak till vårdskador, som får allt större uppmärksamhet. Mellan 10 till 20 procent av alla allvarliga skador i vården har sitt ursprung i en felaktig, försenad eller inte ställd diagnos. Det konstateras också att det finns en ökad risk inom verksamheter där beslut måste fattas på ofullständig information, tidigt i sjukdomsförloppet eller under tidspress.

---

<sup>9</sup> Det nya läkarintyget (FK7804) ersätter FK7263. Värmland var först ut och började använda det nya intyget i december 2017. Vid tidpunkten för våra analyser har endast fyra län bedömts ha tillräckligt hög täckningsgrad för att utgöra underlag för analys.

<sup>10</sup> Exempelvis att hålla fast vid en primär diagnos och inte ta hänsyn till differentialdiagnoser, att överta någon annans tänkande, till exempel vid överlämningar i vården, att låta den diagnos som ligger närmast i tanken styra välja eller välja bort information eller att fatta beslut på intuition snarare än på fakta.

<sup>11</sup> Exempelvis tidsbrist, ineffektiva vårdprocesser eller administrativa processer, bristande kontinuitet i vårdprocessen, brister i kommunikation och information eller brister i samarbete, brister i arbetsmiljön, till exempel hög arbetsbelastning.

<sup>12</sup> Exempelvis bristande erfarenhet eller otillräcklig utbildning.

## Komplettering av läkarintyg

De mest omfattande studierna av hur ofta handläggarna begär att läkaren ska komplettera läkarintyg vid sjukskrivning gjordes av Försäkringskassan 2011 och 2012. I granskningen 2011 (Försäkringskassan 2011b), som omfattade cirka 7 000 intyg, begärdes en komplettering för nio procent av de granskade intygen. Motsvarande andel i granskningen 2012 (Försäkringskassan 2012), som utgjordes av 8 574 intyg, var sju procent. I granskningen 2011 gjordes även en uppskattning av i hur stor utsträckning Försäkringskassan borde ha kompletterat läkarintygen när detta inte gjordes. Bedömningen var då att myndigheten borde ha begärt in en komplettering i 41 procent av fallen.

I december 2017 besvarades ett regeringsuppdrag där Försäkringskassan (2017c) hade kartlagt omfattningen av begärda kompletteringar av läkarintyg för detta år. Kartläggningen visar att Försäkringskassan begärde in kompletteringar för 9,7 procent av inkomna intyg vid sjukskrivning. Det var en oförändrad andel jämfört med 2011. Antalet kompletteringar har däremot ökat med drygt 60 procent sedan 2011, vilket förklaras av att *antalet sjukfall ökat* med närmare 80 procent. Vidare visar analysen bland annat att det finns små skillnader mellan diagnoser när det gäller andelen begärda kompletteringar. Däremot begärdes en högre andel kompletteringar senare i sjukfallet (sju procent dag 1–90 jämfört med 21 procent dag 90–180). Vanligast var kompletteringar avseende frågor om aktivitetsbegränsning och funktionsnedsättning.

I Försäkringskassans (2017d) senaste rättsliga granskning av sjukpenning gjordes en liknande skattning som den 2011, dvs. i hur stor utsträckning Försäkringskassan borde ha kompletterat ett läkarintyg, men inte gjorde det. Skattningen avsåg den första bedömningen av rätt till sjukpenning. Granskningen visar att handläggarna begär in en komplettering i 10 procent av fallen, där en procent av kompletteringarna bedömdes som onödiga av granskarna. Samtidigt bedömde granskarna att 18 procent av intygen var otillräckliga för att bedöma sjukpenningrätten. Tillsammans visar dessa två studier att ur ett rättsligt perspektiv tycks behovet av kompletteringar vara större än de kompletteringar som Försäkringskassan i dag begär in.

Det finns således kunskap om kompletteringar av läkarintyg genom uppföljningar och granskningar, samt skattningar av i hur stor utsträckning Försäkringskassan borde ha kompletterat läkarintygen. Det saknas dock fördjupande studier av hur behoven av kompletteringar beskrivs och hur dessa kompletteringar utformas.

## Syfte och frågeställningar

Det övergripande målet i detta regeringsuppdrag är att åstadkomma en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården avseende sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. I uppdraget ingår att skapa samsyn om parternas förutsättningar när det gäller kompetens, möjligheter inom gällande lagstiftning och mål. Även Försäkringskassans behov av underlag

respektive hälso- och sjukvårdens faktiska förutsättningar att leverera sådana underlag och att bistå i sjukskrivningsprocessen ska belysas.

I uppdraget ingår tre övergripande analyser:

- Fördjupa analysen av det faktiska behovet av kompletteringar av inlämnade läkarintyg, inklusive eventuell förekomst av omotiverade kompletteringar.
- Fördjupa analysen av förekommande skillnader mellan de faktiska sjukskrivningstiderna och rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Förekomsten av samsjuklighet bör särskilt uppmärksammas.
- Analysera hur försäkringsmedicinskt beslutsstöd kan bidra till en bättre kommunikation mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt lämna förslag till hur beslutsstödet kan utvecklas.

Analyserna om det faktiska behovet av kompletteringar av läkarintyg, tillämpningen av FMB och hur beslutsstödet kan utvecklas, samt samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, genomförs i två steg.

Analyserna i det första steget presenteras i detta kunskapsunderlag, som har ett i huvudsak deskriptivt och förklarande syfte. Det rör sig om analyser dels av hur behoven av kompletteringar uttrycks i handläggningen, dels av förekomsten av och längden på sjukfall – det vill säga utfallet av de beslut som fattas i handläggningen – och hur sjukskrivningslängderna förhåller sig till rekommendationerna i beslutsstödet. Likaså redovisas hur handläggare inom sjukförsäkringen använder och uppfattar beslutsstödet, och hur läkare och handläggare uppfattar sjukskrivningsprocessen, med fokus på samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

I regeringsuppdraget ingår även att identifiera och värdera utvecklingsbehov för det försäkringsmedicinska beslutsstödet och för Försäkringskassans informationsinhämtning för bland annat att kunna ta ställning till rätten till sjukpenning. Det ingår även att generellt identifiera och värdera utvecklingsbehov för dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Dessa analyser, slutsatser och rekommendationer utgör steg två och presenteras i slutredovisningen av uppdraget.

Analyserna i det första steget konkretiseras genom analysfrågor i respektive resultatkapitel, det vill säga kapitel två till fem. Analyserna genomförs inom ramen för fyra delstudier; i det följande presenteras studiedesign och metod för dessa fyra delstudier.

## Metod

Fyra delstudier har genomförts för att besvara analysfrågorna som tillhör analyserna i steg ett. Det rör sig om en aktgranskning, registeranalyser, en enkätundersökning och fokusgrupper med handläggare och läkare. Dessa studier beskrivs nedan.

## Aktgranskning

En aktgranskning av läkarintyg och begärda kompletteringar genomfördes för att få fördjupad kunskap om Försäkringskassans faktiska behov av kompletteringar av inlämnade läkarintyg i samband med sjukskrivning. Avsikten var också att få kunskap om eventuell förekomst av omotiverade kompletteringar.

Aktgranskningen tog sin utgångspunkt i regeringsuppdraget som överlämnades i december 2017, där Försäkringskassan skulle kartlägga omfattningen av begärda kompletteringar av inlämnade läkarintyg vid sjukskrivning (Försäkringskassan 2017c). Inom detta uppdrag genomfördes en aktgranskning av drygt 4 000 slumpmässigt utvalda läkarintyg. För knappt 400 av dessa hade en komplettering av läkarintyget begärts in från handläggaren.

Aktgranskningen som genomfördes inom detta uppdrag fördjupar analysen av dessa läkarintyg och kompletteringar, vilken efter visst bortfall<sup>13</sup> innefattade 352 läkarintyg med tillhörande begärda kompletteringar. Urvalet bestod både av försäkrade med anställning (91 procent) och arbetslösa (9 procent). Av dessa 352 läkarintyg avsåg 117 stycken dag 1–90 i sjukfallen. Dessa intyg användes för att specialstudera den här första perioden i sjukfallen. Där inte period specifikt anges i resultaten användes hela urvalet på 352 läkarintyg. För en mer detaljerad beskrivning av detta urval hänvisas till det ovan nämnda regeringsuppdraget om Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg. Då det ursprungliga urvalet var stratifierat på diagnosgrupp och sjukfallslängd viktas resultaten där det behövs.

För att specialstudera perioden kring dag 181 i rehabiliteringskedjan och konsekvenserna av den förändrade bedömningsgrunden som då uppstår för försäkrade med anställning, hämtades data från en tidigare studie från Försäkringskassan. I denna studie undersöktes kvaliteten i ärendehanteringen av de försäkrades ansökningar, det som sker i så kallade kundflöden<sup>14</sup>. Det drogs ett slumpmässigt urval av 588 bifallsärenden av försäkrade med anställning, där sjukfallen startat under första kvartalet 2017. Av dessa ärenden hade en begäran av komplettering gjorts för 144 av läkarintygen, vilka ingår i denna aktgranskning. Efter visst bortfall hamnade antalet på 129. Det studerade urvalet bestod av 56 procent psykiska diagnoser och 23 procent fysiska diagnoser (21 procent övriga diagnoser). Då det ursprungliga urvalet var stratifierat på kundflöde viktas resultaten där det behövs.

Granskningen genomfördes av verksamhetsutvecklare och försäkrings-specialister på Försäkringskassan. Granskningsmallen togs fram i samverkan med Socialstyrelsen och representanter från hälso- och sjukvården.

---

<sup>13</sup> Bortfallet bestod i huvudsak av att granskarna inte kunna hitta en kompletteringsbegäran/komplettering, trots tidigare kategorisering som kompletteringsärende.

<sup>14</sup> Handläggningen av sjukpenningärenden är uppdelad i tre kundflöden utifrån vilka insatser den försäkrade bedöms behöva och vilken kontakt hen behöver ha med Försäkringskassan.

Internt inom Försäkringskassan deltog Avdelningen för analys och prognos, avdelningen för Sjukförsäkring och Rättsavdelningen.

### Registeranalyser

Ett antal registeranalyser genomfördes i syfte att få kunskap om skillnader mellan faktiska sjukskrivningstider och rekommendationerna i FMB, med särskilt fokus på samsjuklighet. Detta gjordes med hjälp av data från Försäkringskassans register (Midas och Läkarintygsregistret), där byten av huvuddiagnos användes för att studera eventuell samsjuklighet. Dessutom analyserades samsjuklighet med hjälp av Socialstyrelsens patientregister (PAR), där det framkommer om en patient har fått specialistvård för andra diagnoser än för de i läkarintyget. Tillsammans med registerdata från Försäkringskassan (Midas), analyserades hur detta påverkar sjukfalls-längden. I båda analyserna låg fokus på diagnoser som försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) och försäkringssamordnare hos Försäkringskassan anser vara särskilt svårbedömda, det vill säga utmattning, depressiv episod och långvariga smärttillstånd.

Midas och Läkarintygsregistret användes även för att analysera sjuktalens utveckling med anledning av det uppdaterade beslutsstödet för psykiska diagnoser. I analyserna ingick enbart sjukfall som är längre än 15 dagar eftersom information om sjuklöneperioden – de första 14 dagarna i ett sjukfall – inte registreras hos Försäkringskassan. I bilaga 1 beskrivs metoden för registeranalyserna mer detaljerat.

### Enkätundersökning

En webbaserad enkätundersökning genomfördes för att få fördjupad kunskap om hur Försäkringskassans handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare inom sjukpenning ser på FMB och behov av vidareutveckling av stödet. Enkäten skickades ut till samtliga 69 rådgivare inom sjukpenning och till ett slumpmässigt urval om 750 av de totalt anställda 2 572 handläggarna/försäkringsutredarna inom sjukpenning och sjukpenning/samordning. Utskick av enkäten skedde i juni och augusti 2018. Svarsfrekvensen för rådgivarna var 80 procent och 45 procent för handläggarna/försäkringsutredarna. Respondenterna beskrivs mer utförligt i bilaga 2.

### Fokusgruppsdiskussioner

Tre fokusgruppsdiskussioner genomfördes med Försäkringskassans handläggare inom sjukpenning och sjukskrivande läkare. Syftet var att få kunskap om hur de upplever att dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården fungerar inom sjukskrivningsprocessen. Diskussionerna handlade även om vilken roll FMB har och kan ha i att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Fokusgrupperna, som bestod av mellan sex och åtta deltagare, ägde rum på tre orter, Umeå, Stockholm och Malmö, under perioden 9–18 oktober 2018.

Diskussionerna var semistrukturerade och utgick från ett fiktivt ärende och en diskussionsguide. I guiden fanns frågor om hur förutsättningarna ser ut

för dialog om bland annat bedömning av arbetsförmåga och information i läkarintyget. Diskussionerna modererades av en extern konsult och spelades in för att sedan transkriberas.

Metoden för att analysera diskussionerna baseras på vad Kvale och Brinkmann (2014) benämner som meningskoncentrering och kategorisering. Det innebär att transkriberingarna med läkarnas och handläggarnas diskussioner koncentrerades (kodades) utifrån innehållet i diskussionerna, för att därefter struktureras på ett mer systematiskt sätt. Kodningen genomfördes utifrån ett induktivt utarbetat kodningsschema.

Det fiktiva fallet ”Sara” handlar om en 34-årig kvinna som mår psykiskt dåligt och hennes situation. Fokusgrupperna bestod av två steg. I det första steget fick deltagarna begränsad information om ”Sara”, medan de i det andra steget fick veta mer om hennes bakgrund och omständigheter (se bilaga 3). Frågorna i det första steget delen handlade specifikt om ”Sara”: Hur läkare och handläggare beskriver hennes fall, hur de skulle vilja hjälpa henne och vilken information Försäkringskassan behöver för att kunna bedöma dels behovet av sjukskrivning, dels behovet av samordnade insatser/rehabilitering. Deltagarna fick även diskutera det fiktiva läkarintyg som gällde ”Sara”. I den andra delen diskuterade grupperna – utifrån det fiktiva fallet – även mer allmänt om framgångsfaktorer för att förbättra sjukskrivningsprocessen och olika aktörers och myndigheters bidrag i detta. Det fiktiva ärendet, läkarintyget, diskussionsguiden och kodningsschemat återfinns i bilaga 3.

# Iakttagelser från läkare och handläggare om "Sara"

Uppdraget omfattar, som tidigare beskrivits, tre specificerade analyser. Samtidigt innefattar uppdraget även ett mer övergripande mål: Att verka för ett bättre samarbete och en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. I detta ingår att skapa samsyn om parternas förutsättningar när gäller kompetens, möjligheter inom gällande lagstiftning och mål. Även Försäkringskassans behov av underlag och hälso- och sjukvårdens faktiska förutsättningar såväl att leverera sådana underlag som att bistå i sjukskrivningsprocessen ska belysas.

I detta kapitel redovisas iakttagelser och diskussioner från de fokusgrupper som genomfördes med läkare och handläggare. Syftet är att få en fördjupad bild av vilka utmaningar som finns i dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Fokus ligger på hur deltagarna beskriver och uppfattar den typ av ärende som "Sara" representerar, (se bilaga 3), "Saras" väg genom vården och sjukförsäkringen, och hur olika aktörer involveras. Ett ytterligare syfte med detta kapitel är att ge en förklarande bakgrundsbeskrivning till de resultat och analyser som presenteras i följande kapitel.

Kapitlet struktureras utifrån följande analysfrågor:

- Vilka iakttagelser gör läkare och handläggare själva kring hur sjukskrivningsprocessen fungerar, med fokus på samarbetet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan?
  - Hur beskriver läkare och handläggare "Sara" och omständigheterna hon befinner sig i?
  - Hur uppfattar läkare och handläggare den information som Försäkringskassan behöver och den information som hälso- och sjukvården har förutsättningar att ge?

## Sammanfattande iakttagelser

- I diskussioner om fiktiva "Sara" lyfts att det finns ett gränsland mellan sociala och medicinska omständigheter, vilket får konsekvenser för individen i mötet med sjukförsäkringen. Saras livssituation som delvis kan förstås som orsak till hennes mående, leder också till en diskussion om individuellt ansvar och betydelsen av individens agerande. Det individuella ansvaret problematiseras, inte minst med hänvisning till hälso- och sjukvårdens begränsade kapacitet att tidigt ge rätt stöd och hjälp till personer som befinner sig i liknande situation.
- I diskussionerna lyfts betydelsen av individens agerande inför första kontakten med vården. Om en person har valt att sjukskriva sig redan innan kontakten tas, ger det en tydlig indikation på vilken inställning



personen kommer att ha vid en eventuell förlängning av sjukskrivningen. Något som läkarna menar har betydelse för hur patienten bemöts av vården och vilka råd om sjukskrivning som ges.

- Läkarna beskriver att det saknas en gemensam strategi för sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. Till stora delar handlar det om de organisatoriska förutsättningarna som försvårar möjligheterna att arbeta med sjukskrivning på ett enhetligt och välavvägt sätt, men även om lojalitetskonflikter utifrån hur läkaren uppfattar sitt uppdrag, inte minst utifrån vem läkaren uppfattar sig i främsta hand företräda och på vilket sätt. Handläggarna beskriver i sin tur konsekvenserna av vad de uppfattar som brister i läkarnas uppdrag att göra väl avvägda bedömningar av behovet av sjukskrivning, och hur det också är en orsak till att läkarintyg behöver kompletteras.
- I diskussioner om läkarintyget framkommer att det finns behov av information om diagnosens konsekvenser, dvs. funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, snarare än information om diagnosen. Det gäller såväl för Försäkringskassan i bedömningen av rätten till ersättning, som för arbetsgivaren när stöd ska ges för att individen ska komma tillbaka till arbete.

#### Fiktivt fall, "Sara, 32 år"\*

Sara är frånskild, men har träffat en ny man som hon har flyttat ihop med. Hon har två yngre barn och ett bonusbarn. Hon arbetar i ett mindre företag med redovisning. Hon tycker att hon har ett bra arbete, men känner sig ofta stressad och orolig. Hon är orolig för hur hon ska klara jobbet, för hur hon ska hinna få ihop vardagen och barnen och deras aktiviteter, för hur hon ska hantera sin tidigare man och sin nya familj. Hon får svårare och svårare att fokusera på arbetet och hon behöver lägga mer tid på att vila och sova. Vissa dagar orkar hon inte gå till jobbet och vill sjukskriva sig.

Sara har haft depressioner tidigare, både i samband med stressfyllda perioder, som skilsmässa och när hon har haft mycket på jobbet, och efter att hon fick sitt andra barn. Hon söker hjälp och får tid på vårdcentralen efter två veckor. Hon får förnyat recept på antidepressiv behandling och remiss till en psykolog för KBT-behandling efter ytterligare tre veckor.

Hon försöker gå till jobbet ett par gånger, men det skär sig mellan henne och hennes chef, som vill se ett intyg för fortsatt sjukskrivning. Hon känner sig missförstådd på jobbet och misstrodd av läkaren på vårdcentralen. Hon mår allt sämre och sjukskrivningen blir längre.

\*Fullständig beskrivning av det fiktiva fallet finns i bilaga 3.

## Uppfattningar om sjukskrivning vid psykisk ohälsa

I detta avsnitt diskuteras "Saras" situation och svårigheten att särskilja en problematisk livssituation från det medicinskt sjuka. Vidare diskuteras betydelsen av individens agerande i det tidiga skedet av en sjukskrivning, och vilket bemötande som ges av hälso- och sjukvården. När det gäller det

senare lyfts att det inom hälso- och sjukvården finns behov av – men saknas – en gemensam strategi för sjukskrivningar.

### Sara är en typisk nutidsmänniska

”Sara” beskrivs av både läkare och handläggare som en person som de ofta möter, även om handläggarna beskriver att de vanligen kommer i kontakt med personen lite senare i processen, när en sjukskrivning redan är initierad. Hon beskrivs som ”en ganska typisk nutidsmänniska i den åldern i Sverige”, en person som har ”mycket runt omkring sig och för lite tid för återhämtning kanske” (läkare, Umeå).

Det handlar om personer som har ”ont i livet” (läkare, Umeå). Delvis handlar resonemangen om ”Saras” situation om individens ansvar för att hantera sin livssituation. En läkare i Umeå ger uttryck för detta: ”Fyller hon på sitt schema mer än vad hon orkar, det är klart att man blir sjuk. Så känner jag” (ibid). Att förvänta sig att individen ska ändra något i livet problematiseras av handläggare. Möjligheten att exempelvis arbeta deltid – för att på så vis öka återhämtningen – varierar mycket i förhållande till hushållets ekonomiska situation (handläggare, Malmö).

I samtliga fokusgrupper lyfter läkarna och handläggarna vad som kan beskrivas som en gråzon, eller en diffus skiljelinje, mellan vad som är främst en medicinsk problematik och vad som snarare är en problematisk livssituation, och risken för en ökad medikalisering av samhällsproblem.

*Nej, jag funderar ju på lite grann, med tanke på ... Man säger ju att psykisk ohälsa ökar så mycket, och jag är ju orolig mycket att man medikaliserar alldeles för mycket. Samhällsoro och samhällsproblem och att ... Jag är mycket tveksam till om vi verkligen ska ta hand om en del av de här ... den här problematiken, för det är inte ... Det är inte en sjukdom som det bottenar, utan det är andra faktorer, och det, det tänker man mest om detta. (läkare, Malmö)*

*Alltså livet är tuffare, livet är stressiga. Vi ska hinna mer. Kraven, alltså som människa, det tror jag vi alla känner. (handläggare, Malmö)*

Det lyfts också att en vanlig, men svår, livssituation kan komma att utvecklas till att bli en sjukdom som behöver medicinsk vård och behandling.

*Nej, men jag tycker ju själv att jag egentligen är helt med på att det är livet, men när övergår det till att bli en sjukdom och i vilka fall gör det det? Det är lite det jag tänker. Vad kan det utvecklas till? (läkare, Malmö)*

En läkare menar att utmattningssyndrom eller depression alltid ”börjar någonstans” och att det är en av hälso- och sjukvårdens svåra utmattningar att identifiera dessa symptom och att hitta rätt insatser tidigt. För även om

man kan konstatera att det ”bara är livet”, är det för de flesta väldigt svårt, i en situation där man redan mår dåligt, att göra stora livsförändringar (ibid).

Diskussionen illustrerar att såväl läkare som handläggare upplever att det är svårt att dra gränsen mellan vad som är sjukdom och vad som är en orimlig livssituation, som visserligen i förlängningen kan utvecklas till att bli en sjukdom.

En läkare anser dock att beskrivningen av ”Sara” är en ”självklar process fram till en eventuell diagnos” (läkare, Stockholm) eftersom livssituationen bidrar till ångest och utmattning. Samma läkare menar samtidigt att läkare ofta beskriver hela processen i läkarintyget, vilket kan vara till patientens nackdel, eftersom man ur ett försäkringsperspektiv inte är intresserad av vad som orsakat en funktionsnedsättning. ”Regelverket säger att har du sociala problem eller vanliga livskriser så har du inte rätt till sjukpenning” (läkare, Stockholm).

Det framkommer att det finns ett genusperspektiv på frågan då läkare poängterar att de ofta inte skriver ned familjehistorien för en man med samma symptombild (läkare, Stockholm). En handläggare bekräftar att sådan ”extrainformation” kan ”sätta hela bedömningen lite i fråga” (handläggare, Stockholm), eftersom Försäkringskassan inte ska ta hänsyn till sociala omständigheter.

*Alltså, det är ju klart att vi kan ta hänsyn till sociala omständigheter i den meningen om de orsakar patologi. Men om de inte gör det, då ska vi ju inte ta hänsyn till dem [...]. (handläggare, Stockholm)*

Några av handläggarna lyfter också att de ofta tänker för snävt avseende vilka möjligheter som finns i försäkringshänseende. Exempelvis nämns förebyggande sjukpenning som ett verktyg som kan användas för att få KBT-behandling eller motsvarande på arbetstid, men att det är få handläggare som nyttjar det (exempelvis handläggare, Malmö). Förebyggande sjukpenning och liknande insatser bygger på att det finns mottagarkapacitet inom vården, att man som handläggare har en tillåtande chef och att det finns möjligheter att anpassa arbetssituationen för individen.

### **Tidigt beslut blir viktigt för den framtida processen**

En läkare lyfter betydelsen av individens agerande i kontakt med vården. Om personen har valt att sjukskriva sig redan innan första kontakten, är det en ”tydlig vattendelare” (läkare, Umeå) i fråga om individens inställning till en eventuell fortsättning på sjukskrivningen. Det är ett stort beslut att fatta, inte minst när det gäller psykisk ohälsa, och när man väl har bestämt sig för att sjukskriva sig har man också ”puttat sig över kanten” (läkare, Umeå).

Läkaren förtydligar att individens agerande påverkar dem i vården i hur man bemöter patienten och bedömer behovet av sjukskrivning, och vilka råd om sjukskrivning man ger – något som har stor betydelse för personens framtida väg (läkare, Umeå). Vid en självvald sjukskrivning ökar sannolikheten för

att den kommer att förlängas när första kontakten med vården tas. Patientens eget agerande har med andra ord stor betydelse för läkarens bedömning och insatser, dvs. om fokus ligger på åtgärder för att individen ska kunna vara kvar i arbete och för att den sociala situationen ska förbättras, snarare än att heltidssjukskrivning är förstahandsalternativet. En läkare beskriver också att sjukskrivning oftast kan uppfattas som ett enklare alternativ, inte bara ur patientens perspektiv.

*Det är det som är ... Alltså, har jag ont om tid, det är mycket lättare att jag sjukskriver än att jag går in på djupet. Då måste jag kartlägga och då måste jag liksom, lite mer, få veta "Vad är orsaken här?" Alltså, finns någon sjukdom över huvud taget? (läkare, Umeå)*

En av handläggarna ifrågasätter sjukskrivning som "verktyg" för att möta dessa patienter, inte minst eftersom "Sara" har ett arbete som hon trivs med. Genom en sjukskrivning "plockar man bort en stor del av det som är hennes plus i livet" (Malmö). Samtidigt som sjukskrivning ofta är det verktyg eller medel som finns att tillgå då man inte kan "plocka bort livet" (handläggare, Malmö).

Diskussionen illustrerar vilka omständigheter som påverkar benägenheten hos såväl individen som hälso- och sjukvården att använda sig av sjukskrivning som ett förstahandsalternativ.

### Vill du bli sjukskriven?

I samtliga fokusgrupper diskuteras även förutsättningarna för – och bristen på – en gemensam strategi för sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. När bristen påtalas handlar det dels om hälso- och sjukvårdens organisatoriska förutsättningar för att arbeta med sjukskrivningar på ett genomtänkt och strukturerat sätt, dels om hur läkaren uppfattar sitt uppdrag som läkare.

### Två möjliga scenarios när hälso- och sjukvården möter Sara

När det gäller hälso- och sjukvårdens förutsättningar, är det två scenarier som framträder. I det ena scenariot får "Sara" sannolikt träffa en läkare på en vårdcentral, inte ovanligt att det är en stafettläkare, som under tio minuter ska göra en bedömning och fatta beslut om sjukskrivning.

*Då blir det "Vill du bli sjukskriven?" "Ja." "Okej, här, skriver vi." Så tänker jag mig, om man raljerar lite. (läkare, Umeå)*

I tidigare avsnitt beskrevs hur det har betydelse om en patient har valt att sjukskriva sig redan innan första kontakten med vården, och att det ofta spelar in i hur vården sedan bemöter dessa patienter. Ett annat perspektiv på samma tema är betydelsen av hur vården agerar och bemöter en patient i det tidiga skedet, för hur patienten sedan själv ska se på en eventuell sjukskrivning. Handläggare beskriver att i de ärenden där individen har haft en sådan tidig kontakt som framkom i citatet ovan, blir det också mer sannolikt

att personen blir mer ”inställd” på sjukskrivning, för att det är de signalerna hen har fått med sig.

*Och så har hon fått, ”Sara” fått i huvudet, att ”Ja, men sjukskrivning är det som är det rätta för mig.” (handläggare, Umeå)*

Det andra, mer önskvärda, scenariot, är att det finns förutsättningar för att göra en ordentlig kartläggning av individens omständigheter. Samma läkare som ovan beskriver det senare scenariot:

*Ja, man behöver ju en, göra en ordentlig, liksom, genomgång, förstås, av vad Sara har i sitt liv. För här får vi ju bara delar av det. Men hur stark den här oron är och hur hon hanterar det och så, det blir ju en viktig bit. Och vad har hon för beteendemönster? Hur förhåller hon sig till livet? [...] (läkare, Umeå)*

En annan läkare framhåller att även om tiden inte räcker till för att göra en genomgripande kartläggning, finns andra resurser i hälso- och sjukvården som kan bidra. Kartläggningen blir en del av behandlingen, genom att den systematiska genomgången av vardagen synliggör även för patienten att den sammantagna belastningen är orimlig:

*Ja, men är det så här mycket på en 24 timmar? Det låter inte rimligt.” Och då blir lite mer en del av behandlingen, alltså. I behandlingssyfte. Lite mer få ögonen på att ”Så mycket kan jag inte hålla på.” [...] (läkare, Umeå)*

Läkaren lyfter också att andra professioner är viktiga i att göra dessa kartläggningar, ”så man behöver inte som läkare ta på sig allt” (ibid). Det betonas att dessa professioner behöver ha en gemensam strategi för hur de pratar om sjukskrivning med patienten; att läkaren exempelvis kan känna förtroende för rehab-koordinatorer, kuratorer eller psykologer att ”alla tänker likadant när det gäller sjukskrivning” (läkare Umeå).

I läkarnas beskrivning av dessa kartläggningar blir det också tydligt att stor del av innehållet handlar om just livssituation- eller livsstilsberoende faktorer. Kartläggningarna syftar till att göra en inventering av vilket behov av vård och behandling patienten har, och vilket behov som finns av att involvera andra professioner och aktörer utöver läkaren – men även till att uppmärksamma patienten på vad hen behöver förändra själv.

Läkarna lyfter det problematiska i att sjukskrivning ibland används som substitut till annan vård och behandling. Det kan till exempel handla om att tidsbrist gör att läkaren väljer sjukskrivning som en ”enkel lösning” (läkare, Umeå), eller att det inte finns resurser att erbjuda exempelvis kuratorer till alla som behöver det (läkare, Malmö). Det kan också vara så att en sjukskrivning sannolikt hade kunnat brytas om mer utrymme hade funnits för att exempelvis börja utreda alternativa arbetsuppgifter (läkare, Umeå). En läkare framhåller att problemet med ångest, depression och utmattning är att man sjukskriver, och sedan inväntar olika insatser och aktiviteter, som exempelvis nästa läkartid och uppföljning.

*Nästa uppföljning blir ju inte kanske om två ... tidigast två månader. Och sedan när du har kommit dit så har du fortfarande inte fått det du ska, så vissa går ju sjukskrivna sex månader utan att det har hänt någonting. Ingen medicin, eller så annan medicin som inte funkar, eller så hämtar de aldrig ut den. Det är liksom ingen ... Och det är många sjukskrivna på grund av väntan av vård, som egentligen kanske inte är liksom det som man behöver vänta på. Det är inte därför man är sjukskriven egentligen. (läkare, Malmö)*

Även om sjukskrivning är rätt beslut i det specifika fallet blir det ett hinder att tillgängligheten i vården är så begränsad. Att det inte finns tider för återbesök leder till att det tar längre tid än vad som är önskvärt för patienten innan exempelvis en rehabiliteringsplan görs (se exempelvis läkare, Stockholm).

### **Vad kan man kräva av individen om hälso- och sjukvården inte räcker till?**

I resonemangen om gränslandet mellan ”ont i livet” och sjukdom lyfts frågan om vilket ansvar individen har för att förändra omständigheter i tillvaron som ger ohälsa. Individens syn på sitt psykiska mående som en fråga om vård och eventuellt sjukskrivning, snarare än en normal del av livet, uppkommer också som en fråga. Utöver individens förutsättningar att ”ta tag i livet” när man redan mår dåligt, lyfter handläggare (Malmö,) det problematiska i att betona individens ansvar när det finns så tydliga brister i vårdens kapacitet att möta dessa patienters behov.

*Ja, och det tycker jag man hör ibland, att man får ett eget ansvar. Och mår man då redan dåligt, hur ska man klara av att lösa ut: ”Vem ska hjälpa mig?” Och det där. Och sen så upplever jag ibland att de då hamnar i en sjukskrivning för att det går för lång tid, och sedan så sitter man fast i varvet och så väntar man. Man kan ju vänta ganska länge, beroende på vilken insats man väntar på så klart. Och det gör ju att då kommer vi ju inte vidare heller, och man blir sämre och längre ifrån sitt liv liksom. (handläggare, Malmö)*

Samtidigt framhåller en annan handläggare att man kan behöva ställa krav på personer att delta i sin egen rehabilitering, genom exempelvis att hänvisa till rehabiliteringsgarantin (Malmö).

Det är inte bara begränsningar i hälso- och sjukvården som uppfattas som hindrande när man pratar om individens eget ansvar, utan även arbetsgivarnas agerande. Det behöver förtydligas för arbetsgivare att de har ett ansvar för att genom anpassningar på arbetsplatsen också möjliggöra för individen att delta i arbetslivet (exempelvis handläggare, Stockholm).

Några av läkarna arbetar på mottagningar där det finns särskilda funktioner för att hantera sjukskrivningar, vilket ger förutsättningar för att arbeta med sjukskrivningar på ett mer strategiskt sätt. En läkare lyfter dock det problematiska i att man i den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården

har prioriterat tillgänglighet på bekostnad av kontinuitet. Att vara hyrläkare framhålls vidare vara ett sätt för den enskilda läkaren att ”slippa ta ansvar” för sjukskrivningar.

*[...] det är ju väldigt olämpligt för primärvården med hyrpersonal som är där bara korta perioder. Och i dag är det faktiskt också hyrpersonal och hyrläkare som begär att få bara en kort tid, för då vet man att då slipper man ta det här ansvaret. [...]* (läkare, Malmö)

Läkaren beskriver att hen själv aldrig arbetat som hyrläkare, men att de kollegor som har den erfarenheten beskriver att det är ”mycket lindrigare” att göra korta inlägg där man inte behöver ”bekymra sig över krångliga ärenden” (ibid).

Diskussionerna illustrerar vikten av att sjukskrivning används på rätt sätt och under rätt omständigheter. Det framstår också vara en gemensam uppfattning att det saknas en tydlig gemensam strategi för hur man ska arbeta med sjukskrivningar. Hos handläggarna uttrycks önskemål om att läkarna ska bli tydligare i sitt uppdrag att göra väl avvägda bedömningar av behovet av sjukskrivning. Då skulle inte ansvaret överlätas till Försäkringskassan att fatta ett eventuellt negativt beslut, och att kommunicera det till individen.

### **Lojalitetskonflikter och om att vara nejsägare**

Hur läkaren uppfattar sitt uppdrag som läkare kan beskrivas som en spänning mellan att vara patientens företrädare och att vara tjänsteman i förvaltningen. Läkarna beskriver hur de väljer att inte gå i konflikt med patienten för att inte förstöra ett förtroende, även om de själva inte bedömer att sjukskrivning är det bästa alternativet. Ett ”nej” från läkarens sida, menar de är meningslöst eftersom det bara leder till att patienten söker sig någon annanstans, något som har diskuterats i tidigare studier (se exempelvis SOU 2010:107 och Riksrevisionen 2018a).

En diskussion mellan en läkare och en handläggare illustrerar hur båda perspektiv utgör ett problem i mötet mellan vården och försäkringen. Läkaren menar att Försäkringskassan lite för ofta godkänner vissa intyg (läkare, Malmö), vilket handläggaren bemöter:

*Ja, där krävs det ju att man tar ett ansvar i vården också och säger: ”Nej, här blir det inte mer sjukskrivningar.” [...]* (handläggare, Malmö)

Till svar får handläggaren att det som händer när läkare nekar en patient sjukskrivning, är att patienten byter läkare (läkare, Malmö). Från handläggarens perspektiv uppfattas det som problematiskt när läkarna lägger över ansvaret på Försäkringskassan att fatta ett beslut som upplevs som negativt för individen.

*[...] När det är de här typerna av ärenden så brukar ju vi ibland, när det passerar mitt team, då säga ”Men varför skriver läkaren ett*

*läkarintyg?” Känner man ibland. Att läkaren kanske skulle kunna stämma i bäck på mottagningen, så känns det som att det faller på oss på att vara en ”bad guy” som ska säga nej. (handläggare, Umeå)*

Att ”stämma i bäcken” på mottagningen är, ur handläggarens perspektiv, det ansvaret läkaren måste ta, inte bara som patientens företrädare, utan även som tjänsteman. Då kan läkaren inte skriva intyg till personer som egentligen inte bedöms ha en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Handläggare lyfter att det finns negativa konsekvenser av att vara sjukskriven som behöver uppmärksammas, exempelvis att individen riskerar ett utanförskap och att viktiga delar av tillvaron stannar av eller försvinner. Detta är en ytterligare dimension av innebörden av att vara patientens företrädare, som även framhålls av läkare.

*Gjorde man väldigt tydliga planer för hur det ska se ut och vad som ... Också faktiskt vad som krävs av den sjukskrivne, om läkaren driver den processen redan från början och kanske också har tänkt, som att ”Ja, men nu testar vi sjukskrivning här två veckor, och sedan har vi en utvärdering. Och visar det sig då att du faktiskt mår sämre av det här, då är det ...” Alltså, att även ta in den aspekten. Se vad som är bra och dåligt med sjukskrivningen. Och annars kanske ... Ja. Att lansera också att man kan må sämre av sin sjukskrivning. Och då ska man ... Då kan ju det vara ett tecken på att man ska tillbaka tidigare, även fast man behöver vila. (läkare, Umeå)*

Att företräda patienten kan även handla om att ställa krav på patientens medverkan i att skapa förutsättningar för återgång i arbete, och att inte acceptera att patienten fortsätter med ett undvikande beteende; något som beskrivs vara läkarens och psykologens ansvar (läkare, Umeå).

*För det är ett undvikande beteende hos läkaren också, i många fall. Det är jobbigt att ta de här, man har inte tid. Det är jobbigt att diskutera när ”Sara” är helt förtvivlad, hon gråter säkert under läkarbesöket, hon kanske till och med får en panikångestattack på rummet. Alltså, att då driva det här, det krävs att man står jäkligt stadigt på fötterna. (ibid)*

Samma läkare framhåller vidare att Försäkringskassan i dessa sammanhang måste vara tydlig med rehabiliteringskedjans gränser, att hjälpa personen att förstå att sjukskrivning på heltid under en lång period inte är en framkomlig väg (ibid). Det framträder således olika uppfattningar om innebörden av att visa lojalitet och företräda patienten. Där kan läkaren antingen tillmötesgå en patient som vill bli sjukskriven, eller aktivt arbeta med patienten, kartlägga behov och anpassningsmöjligheter, och ställa krav på patientens egen medverkan i rehabiliteringen. Läkaren kan också neka sjukskrivning.

Läkarna uttrycker att Försäkringskassan ibland brister i sin kvalitetskontroll av läkarintygen, samtidigt som handläggarna efterfrågar ett tydligare ansvar från läkarna att göra väl avvägda bedömningar av behovet av sjukskrivning.



Sammanfattningsvis delar läkare och handläggare bilden av ”Sara” som en ”typisk nutidsmänniska” med en livssituation som med stor sannolikhet ligger till grund för försämringen i hennes psykiska hälsa. Gränsen mellan sociala och medicinska omständigheter accentueras i mötet med sjukförsäkringen, eftersom det bara är det medicinska som kan ligga till grund för ersättning. Det beskriver framför allt läkarna som en krock med det egna uppdraget. I diskussionerna framkommer också betydelsen av hur individen agerar i ett tidigt skede, vilket ofta påverkar bemötandet från hälso- och sjukvården och hur troligt det är att sjukskrivningen fortsätter. Läkarna framhåller att det saknas en gemensam strategi för sjukskrivning inom hälso- och sjukvården. Handläggarna beskriver i sin tur konsekvenserna av brister i läkarnas kvalitetssäkring av de sjukskrivningsintyg som lämnas in till Försäkringskassan.

## Information i läkarintyget

I detta avsnitt diskuteras kvaliteten i det fiktiva läkarintyget som ”Sara” har fått. Diskussionerna rör vilken information som saknas, eller behöver förtydligas, och betydelsen av hur diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning beskrivs och värderas. Även användningen av så kallade malltexter<sup>15</sup> i intyget diskuteras, i relation till behovet av att individanpassa informationen. Därtill lyfts frågan om intygets kvalitet, kopplat till behovet av kompletteringar, och hur behovet av information beror på tidpunkt i sjukfallet. Slutligen lyfts behovet av en ökad tydlighet om vilken information i intyget arbetsgivaren får ta del av.

### En tillräckligt bra beskrivning av sjukdomens konsekvenser

Den gemensamma uppfattningen om det intyg som ingick i det fiktiva ärendet ”Sara” är att det är för kortfattat och därför är ett ”ganska dåligt intyg”.

*Jag tycker det känns väldigt fattigt, och jag tänker att ”orolig” och ”nedstämd” är inte en funktionsnedsättning. (läkare, Malmö)*

Framför allt gäller kritiken mot intyget beskrivningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Tidigare studier visar att läkare upplever stora svårigheter i att bedöma arbetsförmåga och att svårigheterna till stora delar handlar om organisatoriska förutsättningar inom hälso- och sjukvården (se exempelvis RiR 2018b). Läkare i fokusgrupperna lyfter svårigheter med att kunna bedöma funktionsnedsättningar under de förutsättningar de har, dvs. under ett kortare besök på mottagningen. Även om patienten verkar ”klar och redig” under tiden läkaren träffar patienten, är det svårt att bedöma hur hon är efter besöken, hur hon ”fungerar på eftermiddagen hemma” (läkare, Umeå).

---

<sup>15</sup> Dvs. färdigskrivna texter som beskriver t.ex. funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning.

Just bristen på information om vad ”Sara” i detta fall klarar av i sitt dagliga arbete kopplar handläggare till svårigheter för arbetsgivaren att i nästa steg agera.

*[...] Om man vill att arbetsgivaren ska agera, så blir det svårt för den arbetsgivaren som inte kanske kan särskilt mycket om sjukdom och sjukdomsbesvär, att förstå ”Vad är det jag ska göra för att hjälpa den här personen tillbaks ... tillbaks till jobb?” Då är det mycket bättre att man skriver att ”De här olika momenten som innebär det här och det här och det blir svårt för henne att klara av. Och hon skulle bättre klara moment som innehåller det här och det här och det här.” [...] (handläggare, Umeå)*

Genom att lämna information till en arbetsgivare som faktiskt förklarar vad personen klarar av att göra, eller inte, hjälper man arbetsgivaren – vars erfarenheter av liknande situationer kan variera – att agera. Ytterligare en aspekt lyfts av en läkare, som menar att det borde vara obligatoriskt att ta in arbetsgivarens syn på hur personen fungerar på arbetet redan i det första skedet. Personen själv kanske uppfattar att hen presterar sämre än vanligt, men den ”vanliga” prestationen kanske motsvarar 150 procent av vad arbetsgivaren kräver eller förväntar sig (läkare, Umeå).

En läkare menar att den starka fokuseringen på läkarintyget och hur det ska författas (till stor del för att undvika kompletteringar), tar fokus från själva bedömningen av om sjukskrivning är det bästa alternativet för patienten

*Och sen är det ju rent, det här, att författa intyget. Jag tycker fokus blir så mycket kring det här, hur man ska författa intyget, och man ska skriva DFA, och man ska ... Och läkarkåren är också så helt inriktad på det, liksom ”Hur ska vi skriva intygen för att få igenom dem?” Men egentligen, den stora frågan är ju det här första, bedömningen. När bedömer vi att det är nedsatt arbetsförmåga. När är det bra med sjukskrivning, när är det dåligt? När gör det skada och när gör det nytta? (läkare, Umeå)*

Ett sätt att hantera svårigheten med att skriva intyg, som flera av läkarna vittnar om, är att använda malltext för intygen. Även om det finns en medvetenhet om att kvaliteten i dessa inte alltid är den högsta, fortsätter de att användas eftersom de godkänns av Försäkringskassan.

*Nej, sen tror jag också att grejen att ... Även om den är dålig, så hade den säkert gått igenom, och därför så fortsätter folk bara att förnya, för att de också blir godkända. (läkare, Malmö)*

Ovan citerad läkare arbetar särskilt med sjukskrivningar och har därför extra tid för att skriva fylligare intyg, men upplever ändå att tid ofta saknas för att skriva intyg eller svara på kompletteringar, vilket förklarar varför hen ändå använder mallar. Detta reagerar en handläggare på.

*Alltså, jag blir lite provocerad när hen [red] säger att man har mallar, blir jag faktiskt, för jag tycker att då, då missar man*

*individen i fokus. Och det är ju tragiskt att de dras till den punkten. Jag har faktiskt aldrig hört det innan, men det sker säkert på fler ... (handläggare, Malmö)*

Handläggaren i citatet ovan framhåller att målet, givet att sjukpenning är en tillfällig försäkring, är att få personen åter i arbete eller i rätt ersättning. Även om hälso- och sjukvården i första hand ser till symtom och Försäkringskassan till arbetsförmåga, bör det vara ett gemensamt mål att personen ska må bättre och återgå till någon form av aktivitet.

En annan variant av användning av malltext som handläggare lyfter, är att de ofta kan känna igen ”lyckade formuleringar” i intyg som återkommer.

*Vi märker ju också en sådan där att det, att det blir liksom lite att, eh, lyckade formuleringar eller vad man ska säga, återkommer. Det kommer liksom att ... graviditetsbesvär till exempel, man lyckats får... fånga in då en framgångsrik, någonting som Försäkringskassan godkänner liksom. Då återanvänds den där liksom, och till och med från olika läkare från samma mottagningar. (handläggare, Stockholm)*

Ovan citerad handläggare menar att läkarnas agerande kan förstås dels eftersom de agerar utifrån hur de anser att de bäst tillvaratar patientens intresse (att få in hen i sjukförsäkringen), dels eftersom de försöker hitta strategier för att hantera sin arbetssituation.

### Diagnosen – det minst viktiga?

Handläggarna menar att det är svårt att avgöra om det som står i intyget bygger på läkarens observationer och bedömning, eller om det är något patienten själv beskriver (handläggare, Umeå). Läkarna lyfter å sin sida svårigheterna med att göra observationer när det gäller psykiska diagnoser.

*[...] I och med att med att majoriteten är psykisk ohälsa så får man ibland det här: "Ja, det måste vara objektivt." Och, och jag, jag sitter där med min patient som maxar på alla liksom "score" av, av depression och hon, hon, hon ser inte jättedeprimerad ut. För hon är en sådan där som håller masken tills hon typ ... Hon har sådana här självmordstankar, remitterad till psyk och så så här: "Jag vill ha objektiva fynd." Och jag fick liksom ... Ibland är det ju så att det går inte. (läkare, Stockholm)*

Den här diskussionen knyter an till tidigare diskussion om svårigheterna i att bedöma en persons arbetsförmåga, men för handläggarna handlar det även om att kunna bedöma tillförlitligheten i läkarens bedömning. Det viktiga för handläggarna är just att få information som gör att det går att särskilja läkarens professionella bedömning från en återgivning av patientens utsaga (handläggare, Stockholm). Läkare framhåller dock att det inte alltid är så lätt att göra en sådan distinktion, eftersom bedömningen till stor del måste bygga på vad patienten förmedlar (läkare, Stockholm). I sammanhanget kan

nämnas att tidigare studier visar att läkare känner sig ifrågasatta av Försäkringskassan i sina bedömningar (Alexanderson m.fl. 2017a).

Ett sätt att hantera osäkerheten som läkare beskriver, är att i intyget återge den uppfattade diskrepansen mellan vad patienten berättar och vad läkaren bedömer, vilket en läkare förklarar att hen gör (läkare Stockholm). Den strategin mottas positivt av handläggare: ”Ja, och det, det jag säger om XX gör så, så är det ju, alltså det är ju otroligt bra [...]” (handläggare, Stockholm). Samtidigt poängterar läkaren att det också innebär att man måste kunna förklara och försvara detta i förhållande till patienten (Stockholm).

På frågan om hur man som läkare faktiskt kan veta att någon är sjuk, menar en annan läkare att förmågan att bedöma det har läkare och att tillit måste finnas till patienten.

*Då tycker jag att vi vet genom vår utbildning. Vi har flera år liksom av utbildning, symptom, vi ser liksom patienterna. Jag tycker att jag måste lita på min patient. Sedan kan det finnas människor som kanske simulerar, alltså, och det kommer definitivt finnas en viss del missbedömningar. Även till och med för liksom, eh, mycket experter och erfarna liksom doktorer, men jag tycker att det är väldigt få människor som kanske är oärliga och simulerar liksom symptomen. (läkare, Stockholm)*

I diskussionerna framkommer inte att det faktum att diagnoser ibland förändras över tid skulle vara något som orsakar problem i kommunikationen mellan läkare och handläggare. Läkare beskriver att man i så fall får ”lägga till eller ändra” (Malmö), vilket handläggare bekräftar är något som de flesta läkare också gör (Malmö). I en av fokusgrupperna med handläggare diskuteras vidare om diagnosen egentligen är det minst viktiga i DFA-kedjan. Detta eftersom handläggarna behöver information om vad det är som gör att personen inte kan arbeta, vilket framför allt handlar om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning (handläggare, Stockholm).

### Bakgrundsinformation i intyget

En annan aspekt som lyfts i flera sammanhang är hur mycket av bakgrunden i ett sjukfall som ett läkarintyg ska innehålla; huruvida läkare ska ge ”fylligare” information än vad som numera efterfrågas i intyget.

*Alltså, för min del så tycker jag ens sociala situation, eh, säger väldigt mycket. Alltså, är du ensamstående mamma med fyra, fem barn och, jobbar dubbelskift eller liksom, det säger ju mer tycker jag än: ”Du har sömnsvårigheter och koncentrationssvårigheter.” [...] (läkare, Umeå)*

Enligt ovan citerad läkare borde också handläggare kunna ha nytta av sådan mer nyanserad information (ibid), och handläggare menar att de saknar anamnesen i de nya intygen (exempelvis Umeå). En annan läkare (Umeå) framhåller att det uppfattats som respektlöst att anamnesen har tagits bort,

eftersom den är så stor del av läkarens arbete. Samtidigt framhåller handläggare att historiken i ett sjukfall egentligen inte är relevant ur lagstiftningens perspektiv.

*Ja, det kan man ju egentligen säga därför att det är ju en arbetsförmåga här och nu som är det, så att säga, som utifrån lagstiftningens perspektiv är det som är det relevanta när det gäller sjukskrivningen. Ja, det vill säga att, och då är det ju det att man nu är förhindrad att utföra sitt arbete på grund av sjukdom. Man kan ju ha en jättestor historik som inte påverkar hur man är här och nu. Eller så att säga, om det påverkar, så räcker det med att beskriva påverkan. Inte orsaken till den. (handläggare, Stockholm)*

En annan handläggare (Stockholm) framhåller i samma diskussion att även om det kan finnas ett värde i att ta del av bakgrunden, är problemet att den ofta beskrivs i rutan för aktivitetsnedsättning. I denna ruta behöver Försäkringskassan information om vad som gör att individen inte klarar av att arbeta i dag.

Ytterligare en aspekt som lyfts i diskussionerna är hur mycket information som Försäkringskassan får hantera enligt GDPR, och vilka begränsningar det innebär för hur information i intyget kan delas med arbetsgivaren.

### **En orsak till kompletteringar är att styrningen av Försäkringskassan och hälso- och sjukvården krockar**

I fokusgrupperna diskuteras orsakerna till och konsekvenserna av att det saknas en tydlig gemensam strategi för sjukskrivningar. En orsak handlar om att läkare upplever en rollkonflikt, där patientens förtroende står mot kravet att diskutera andra alternativ till sjukskrivning. En annan orsak handlar om organisatoriska förutsättningar inom vården, som exempelvis stafettläkare eller för lite tid med patienten. Det bidrar till att läkarintygen håller för låg kvalitet för att Försäkringskassan utifrån dem ska kunna fatta beslut om ersättning. Handläggare lyfter vidare att intyg med bristfällig information är en orsak till kompletteringar.

*Och det, det ... Om du är en slappsvans och liksom släpper igenom allt eller vad det nu är vad, det ... Så att jag menar, vi är alltså kollade. Vi får ... Våra ärenden går igenom och då är man ju inte glad över den doktorn om man nu godkänt det, om man säger så. Så att ni måste också f... Man måste också förstå i det här, att vi har en kvalitetskontroll på oss. Och det är kanske därför vi har varit mer på hugget och kräver massa kompletteringar också. (handläggare, Malmö)*

Angående stafettläkare arbetar de kort tid på varje ställe och är därmed särskilt svåra för handläggarna att nå. Det gör att risken för att ansökan om sjukpenning avslås ökar, eftersom handläggarna inte får in nödvändig information (exempelvis handläggare, Malmö).

En läkare beskriver att det på hans arbetsplats har inrättats en sjuk-skrivningsmottagning med läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut. Dessa personer träffar alla patienter där det finns en misstanke om att sjuk-skrivningen kommer att löpa längre än fyra veckor och att den är orsakad av psykisk ohälsa. Syftet med mottagningen är bland annat att få mer tid till att skriva intyg och därmed undvika kompletteringar. Läkaren beskriver emellertid att de snarast får fler begäranden om kompletteringar än tidigare. Dessa kompletteringar handlar dessutom mer om vad sjukskrivnings-mottagningen innebär för patienten än om sådan information som läkaren uppfattar som relevant för patientens sjukskrivning (läkare, Stockholm).

I diskussionerna framträder också hur läkare och handläggare uppfattar att styrningen av Försäkringskassans administration – gällande handläggningen av sjukpenning – har krockat med styrningen av landstingen. Det tycks som om händelser som har påverkat Försäkringskassans verksamhet, och i för-längningen hälso- och sjukvården, inte har nått landstingen.

*– Nä... när ... Ni fick bassning för att ni inte hade följt lagen, så blev ju resultatet att det kom väldigt mycket mer kompletterings-brev. Och det gjordes ju ingen konsekvensanalys innan detta påbud kom. Och landstingen blev tagna på sängen över att de här kompletteringsbrev, de gick ju också till patienterna, och patienterna kom och var jättenervösa. De kom på akuttider och trängde undan tider för sjukare patienter. Och sen när vi då pratade med kassan om det här, så: "Det är inte vårt problem, det är landstingets problem." Ja, det är alldeles riktigt, men landstinget fick ju ingen knuff för att kunna ladda för att hand om det här. Utan vi har ju liksom bara hamnat i det och har försökt lösa det, då. (läkare, Stockholm)*

*– Vi hamnade också bara i det. (handläggare, Stockholm)*

Å ena sidan finns en frustration hos läkarna över den administrativa börda som intygen och kompletteringarna orsakar. Å andra sidan finns en frustration från handläggarnas sida över att läkarna brister i sitt uppdrag att göra väl avvägda bedömningar av behovet av sjukskrivning. Frustrationen rör även de organisatoriska villkoren inom vården, som försvårar kommunikationen med behandlande läkare. Handläggare lyfter också att under den period då styrningen av handläggningen innebar att Försäkringskassan skulle delta vid avstämningsmöten<sup>16</sup>, var behovet av kompletteringar mindre (exempelvis handläggare, Umeå).

---

<sup>16</sup> Avstämningsmöte används när Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade och ytterligare någon eller några aktörer behöver utreda och bedöma den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Försäkringskassan kan när som helst i ett ärende där den försäkrade har ansökt om, eller är beviljad, sjukersättning eller aktivitetsersättning kalla till ett avstämningsmöte om det behövs för att utreda arbetsförmåga och bedöma behov av rehabiliteringsinsatser. Av-stämningsmöte som utredningsmetod regleras i 110 kap. 14 § SFB och i Försäkrings-kassans föreskrifter (FKFS 2010:35 om avstämningsmöte).

### Information vid olika tidpunkter i ett sjukfall

Behovet av information förändras efter dag 180 eftersom arbetsförmågan då ska prövas mot hela arbetsmarknaden. En komplex uppgift är att förstå och tolka begreppet ”normalt förekommande arbete”, såväl när det gäller vilken information som behövs i läkarintyget som hur handläggaren ska bedöma rätten till ersättning. En annan svårighet för läkarna är att de inte alltid vet när dag 180 infaller för patienten. Läkare uppfattar dock att frågan inte enbart handlar om att ”normalt förekommande arbete” är ett för abstrakt begrepp, utan även om att det är information om individens funktionsnivå snarare arbetsförmåga som efterfrågas.

*[...] Jag tror att det, det, det är liksom också ett kunskapsproblem i primärvården och vad innebär att ”mot hela arbetsmarknaden”? Det är ju en jättesvår fråga, men jag tänker för mig så handlar det om så här kunna ta instruktioner, kunna genomföra en uppgift, alltså ... Eh, men det är liksom ... Jag tänker, det där är ... Jag tror många av mina kollegor tycker att det är alldeles för abstrakt. För de, de ... Ja, för det handlar ju fortfarande inte om arbetsförmåga, utan om funktionsnivån, och då är det svårt att bara: ”Jaha, men ... vad.” Alltså så här: ”Vad spelar det för roll? Du ser ju att patienten är sjuk? [...]”. (läkare, Malmö)*

Frågan handlar också om politisk styrning, något som lyfts av handläggare.

*[...] som lagstiftningen är utformad så är, så är det så att en person som har ett fysiskt arbete men skulle teoretiskt sätt klara av ett icke fysiskt arbete har inte rätt till sjukpenning efter 180 dagar, normalfallet. Det är ett politiskt beslut som inte vi har en möjlighet att påverka hur mycket vi än skulle vilja, så att säga. (handläggare, Stockholm)*

En annan aspekt av behovet av information vid dag 180 handlar om möjligheterna att tillämpa särskilda skäl<sup>17</sup>, där handläggaren behöver få en prognos av läkaren för att kunna ta ställning till om särskilda skäl ska tillämpas (se exempelvis handläggare, Malmö).

En läkare beskriver arbetet med att göra en prognos för en patient som att göra uppdateringar på löpande band, dvs. hur man tänker som läkare med planering och utredningar över tid. Det gäller att kunna beskriva hur patienten ska kunna gå tillbaka till heltid, om bara hen får ”en period till” (läkare, Umeå). Samtidigt uttrycker läkarna hur svårt det är att fastställa en ”säker” prognos.

---

<sup>17</sup> Enligt bestämmelsen om ”särskilda skäl” ska den försäkrades arbetsförmåga inte prövas mot hela arbetsmarknaden om det finns en stor sannolikhet att den försäkrade kommer att kunna arbeta i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 i sjukfallet.

*Det går liksom inte. Ja... ja... det finns nog inte en enda läkare som hade kunnat säga med säkert att den här kommer komma tillbaka (läkare, Malmö).*

Också handläggarna känner sig frustrerade, då de menar att de inte efterfrågar en ”säker” prognos, utan framför allt vill få underlag för att – för patientens skull – kunna skjuta upp bedömningen mot normalt förekommande arbete.

*Men det är vad jag kan sakna då, för jag har försökt på alla sätt och vis att få någon att man säger: ”Tror att han är tillbaks inom ett år”, för då får ju människan faktiskt på sig ett år. (handläggare, Umeå)*

Här framträder hur olika professioners villkor och terminologi kan försvåra möjligheterna att förstå varandra. Läkaren tror att prognosen måste innebära en garanti för att personen ska vara tillbaka i arbete vid en viss tidpunkt medan det handläggaren efterfrågar är ett underlag som möjliggör att bedömningen kan senareläggas.

**Behov av ökad tydlighet om vilken information arbetsgivaren får ta del av**

En diskussion i fokusgrupperna rör hur vårdgivaren bäst förmedlar information till arbetsgivaren, exempelvis om funktionsnedsättning och aktivitetsnedsättning, när läkarintyget också innehåller annan information som inte bör delas med arbetsgivaren.

*Alltså, dels är det ju så att utifrån GDPR så är det Försäkringskassans intyg, och det får inte användas till någon annan. Så att du kan inte använda det till arbetsgivaren. Utan då måste man ha en knapp att trycka på så att man får ut en arbetsgivarvariant som är till arbetsgivaren. (läkare, Stockholm)*

Det tycks finnas en osäkerhet om hur mycket information som måste eller bör lämnas till arbetsgivaren (läkare Umeå, handläggare Umeå). Ytterligare en aspekt är att individen inte vill att arbetsgivaren ska få för mycket information.

*Jag tänker som den personen som söker sig till er doktorer, kanske inte vill att dok... eh, chefen ska veta alldeles från början. Tänker att, jag behöver bara vila upp mig två veckor eller fyra veckor så behöver ingen veta varför. (handläggare, Umeå)*

Det kan vara särskilt känsligt när det handlar om psykisk ohälsa (se exempelvis handläggare, Umeå). En läkare lyfter att man inte vill visa sig svag inför sin chef och sina kollegor, och därför vill man inte vara öppen med sin situation (läkare, Umeå).

Att kommunicera med arbetsgivaren via intyget kan vara problematiskt om personen redan är sjukskriven. När ärendet kommer till Försäkringskassan



har det gått 14 dagar, och mycket kan ha hänt under den perioden (exempelvis läkare, Umeå). Ett alternativ som framförs är att uppmana patienten att prata med arbetsgivaren och att även själv fundera på vad, utöver arbetet, som kan behöva anpassas (exempelvis läkare, Umeå).

Sammanfattningsvis finns en samstämmighet i diskussionerna om att ”Saras” intyg håller låg kvalitet, framför allt när det gäller beskrivningen av funktionsnedsättning (F) och aktivitetsbegränsning (A) i DFA-kedjan. Handläggare lyfter hur låg kvalitet i intygen leder till kompletteringar. Beskrivningarna av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning anges inte bara vara viktiga för att kunna bedöma rätten till ersättning, utan även för att kunna ge arbetsgivaren stöd i hur individen kan hjälpas tillbaka till arbete. Handläggare framhåller också att för dem är diagnosen egentligen det minst viktiga i DFA-kedjan; det viktigaste är snarare att få information om vad det är som gör att inte personen kan arbeta.

Det diskuteras hur Försäkringskassan kan (och bör) bedöma tillförlitligheten i läkarnas bedömning, och läkarnas möjligheter att styrka underlag med vad som är observerbart. Där ger läkarna en något blandad bild: Å ena sidan att det är svårt att göra en distinktion mellan det som patienten förmedlar och läkarens egen bedömning; å andra sidan att det är något som ingår i deras yrkesroll och utbildning.

I flera sammanhang lyfts frågan om bakgrundsinformation i läkarintyget, vilket knyter an till diskussionen om gränslandet mellan sociala och medicinska omständigheter, och vad som egentligen är relevant information för Försäkringskassan. Det förs diskussioner om möjligheterna och svårigheterna för läkarna att göra en prognos för en individ vid dag 180. Det diskuteras också vilken information arbetsgivaren ska ta del av och på vilket sätt den informationen kan förmedlas till arbetsgivaren.

I nästa kapitel redovisas resultaten från den aktgranskning som har genomförts inom ramen för uppdraget. Detta kapitel ger mer information om hur behovet av kompletterande information uttrycks i Försäkringskassans handläggning.

# Försäkringskassans behov av kompletterande information

En aktgranskning har genomförts för att fördjupa kunskapen om Försäkringskassans faktiska behov av kompletteringar av inlämnade läkarintyg och eventuell förekomst av omotiverade kompletteringar. Granskningen fokuserar endast på läkarintyg där en komplettering har begärts in. För en beskrivning av upplägget och genomförandet av aktgranskningen hänvisas till metodavsnittet i första kapitlet.

Ett tidigare regeringsuppdrag från 2017 visar att andelen begärda kompletteringar av läkarintyg har legat relativt stabilt på strax under 10 procent sedan 2010. Det är framför allt senare i sjukfallet, och då särskilt inför dag 181 i rehabiliteringskedjan, som kompletteringar begärs in. Mellan dag 1 och 90 i rehabiliteringskedjan begärs kompletteringar in för knappt 7 procent av läkarintygen, medan det för perioden dag 91 till 180 begärs kompletteringar för drygt 20 procent av intygen. Det råder inga större skillnader mellan de stora diagnosgrupperna psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar.

Den föreliggande fördjupade aktgranskningen syftar till att bättre förstå handläggarnas behov av information vid kompletteringar i sjukfallets olika faser. För de första 90 dagarna i sjukfallet granskas ett urval om 117 läkarintyg, för vilka en komplettering har begärts in av handläggaren. Dessa utgör ett delurval av de 352 läkarintyg som täcker hela sjukfallsperioden. Det totala urvalet på 352 läkarintyg används i granskningen för att besvara frågor som rör hela sjukfallsperioden. Detta urval är samma urval som granskades i det tidigare regeringsuppdraget från 2017.

För att specialstudera perioden inför dag 181 i rehabiliteringskedjan används ett andra urval av 129 läkarintyg. För alla dessa läkarintyg innefattar läkarens rekommenderade sjukskrivningsperiod dag 181 i rehabiliteringskedjan. Urvalet består endast av bifallsärenden och där den försäkrade har en anställning. I metodavsnittet återfinns en närmare beskrivning av urvalen.

Kapitlet struktureras utifrån följande analysfrågor:

- Vilket behov av kompletterande medicinsk information från hälso- och sjukvården har Försäkringskassan?
- Skiljer sig behovet åt beroende på vilken fas i sjukfallet det rör sig om?
- Hur relaterar Försäkringskassans behov av kompletterande medicinsk information till vilken information som saknas i läkarintygen?
- Vad beskrivs ligga till grund för läkarens bedömningar i läkarintyget?
- Efterfrågas relevant information i kompletteringsbegärandena?
- Hur är kompletteringsbegärandena utformade?
- I vilken utsträckning går handläggarna direkt vidare till beslut, även om vårdens svar på kompletteringsbegäran är bristfälligt?

## Sammanfattande iakttagelser

Initialt i sjukfallet

- Initialt i ett sjukfall begärs komplettering på grund av brister i läkarintyget. Handläggarna efterfrågar framför allt information om aktivitetsbegränsningar under sjukfallets första 90 dagar.

Inför dag 181

- Inför dag 181 i rehabiliteringskedjan efterfrågas framförallt information om prognos för återgång i arbete och läkarens bedömning av den försäkrades möjligheter att klara av ett normalt förekommande arbete.

Övriga slutsatser

- Det som beskrivs som observationer, undersökningsfynd och tester i intygen utgörs oftast av läkarens anamnes och egna observationer och tester.
- Handläggarna efterfrågar, enligt granskarna, oftast rätt information (i 88 procent av fallen), även om utformningen på kompletteringsbegäran kan behöva utvecklas.
- I knappt 70 procent av fallen där svar på kompletteringsbegäran har inkommit går handläggarna direkt till beslut, även om den inkomna kompletteringen inte svarat på handläggarnas frågor.
- Resultat från enkätundersökningen visar också att handläggarna kan ha svårt att värdera om man har tillräcklig medicinsk information för att gå till beslut.

## Att besvara frågan om Försäkringskassans behov av kompletteringar

Frågan som ställs i regeringsuppdraget om Försäkringskassans behov av kompletterande uppgifter till inlämnade läkarintyg från hälso- och sjukvården besvaras i två steg. Det rör sig om ett mer beskrivande steg och ett värderande, analytiskt steg. I följande resultatredovisning från den genomförda aktgranskningen besvaras frågan framför allt deskriptivt genom att beskriva vad handläggarna faktiskt efterfrågar för information. Man får utgå från att denna efterfrågade information uttrycker det behov av kompletterande information som handläggarna bedömer vara nödvändigt för att kunna fatta beslut om ersättning.

Behovet av komplettering värderas också till viss del, genom att granskarna bedömer dels om kompletteringen alls var nödvändig, dels om den information som efterfrågades helt eller delvis var den som behövde kompletteras. Detta fångar om Försäkringskassan kompletterar mer än nödvändigt, men också om rätt saker efterfrågas, enligt nuvarande styrning av handläggningen av sjukpenning.

Ett flertal tidigare studier har lyft att handläggarna borde begära in fler kompletteringar.<sup>18</sup> Vi har inte undersökt denna fråga vidare inom nuvarande aktgranskning. En anledning till detta är att den är starkt sammankopplad med att definiera det behov av information Försäkringskassan behöver från hälso- och sjukvården, utifrån lagar, föreskrifter och rådande praxis, för att kunna fatta beslut om ersättning. Det handlar även om att förstå vilken information hälso- och sjukvården har möjlighet att leverera. Ett sådant arbete kan innebära att Försäkringskassan delvis behöver, i samarbete med hälso- och sjukvården, definiera om eller förtydliga vilken information som är nödvändig att samla in inom handläggningen. Detta arbete bör alltså göras innan en eventuellt ytterligare skattning av ett potentiellt större behov av kompletteringar görs.

## Kompletteringar begärs i olika utsträckning beroende på rehabiliteringskedjan

Att andelen begärda kompletteringar skiljer sig åt i olika faser i ett sjukfall beror bland annat på att bedömningsgrunden för försäkrade med anställning förändras beroende på var i rehabiliteringskedjan den försäkrade befinner sig. När det gäller komplettering av läkarintyg är det framför allt skillnaden mellan den initiala fasen i ett sjukfall och perioden strax innan dag 181 som är av intresse att jämföra. Initialt (dag 1–90) omfattar bedömningsgrunden endast den anställdes förmåga att utföra sitt vanliga arbete. Från dag 181 bedöms även förmågan att utföra ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete, eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den

---

<sup>18</sup> Se exempelvis Försäkringskassan 2011b och 2017d.

försäkrade. När vi studerar vilken information handläggarna efterfrågar i sina kompletteringsbegäranden fokuserar vi på dessa två faser i ett sjukfall.

För arbetslösa däremot bedöms arbetsförmågan i förhållande till normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden från dag ett i sjukfallet (första dagen efter karensdagen). Arbetslösa utgör emellertid en relativt liten andel av det totala antalet sjukfall och har inte specialstuderats inom nuvarande aktgranskning.

Nedan redovisas resultaten från den genomförda aktgranskningen.

## Handläggarnas behov av kompletterande information varierar beroende på tidpunkt i sjukfallet

Resultaten redovisas uppdelat på den initiala fasen i sjukfallet (dvs. de första 90 dagarna) och perioden runt dag 181 i sjukfallet. Handläggarnas begäran om komplettering relateras även till läkarintygets utformning för att undersöka om det finns ett samband, dvs. huruvida ”rätt” information efterfrågas givet vad granskarna bedömer saknas i intyget. I de flesta fall har urvalet varit för litet för att undersöka skillnader mellan diagnosgrupper, men där det har varit möjligt och relevant redovisas funna skillnader. Fokus har legat på att undersöka skillnader mellan psykiska och fysiska sjukdomar, då dessa utgör de två stora diagnosgrupperna.

### Sjukfallets initiala fas

I det följande avsnittet studeras behovet av kompletteringar under de första 90 dagarna i sjukfallet.

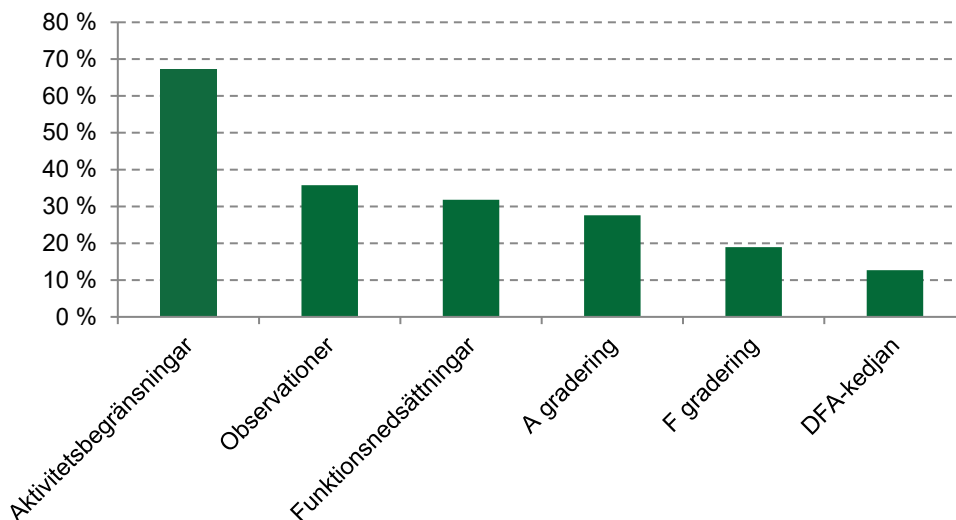
### Initialt efterfrågas framför allt information om aktivitetsbegränsningar

Figur 1 visar de vanligaste uppgifterna som handläggarna efterfrågar i kompletteringsbegärandena under de första 90 dagarna i ett sjukfall.<sup>19</sup> Handläggarna efterfrågar i huvudsak information om vilka aktivitetsbegränsningar som den försäkrades sjukdom leder till. Detta efterfrågas i knappt 70 procent av kompletteringsbegärandena. Att förstå den försäkrades aktivitetsbegränsningar utgör i dag kärnan i handläggarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning. Även om direkta frågor om den försäkrades funktionsnedsättningar också ställs, är det klart ovanligare än frågor om aktivitetsbegränsningar.

---

<sup>19</sup> Notera att dessa siffror kan skilja sig en del från tidigare studier, då vi i nuvarande aktgranskning har gjort en mer finfördelad uppdelning av vad handläggarna efterfrågar. Det innebär att det som tidigare redovisades under en kategori i denna studie kan redovisas som flera kategorier.

**Figur 1 Huvudsakliga uppgifter handläggarna kompletterar under sjukfallets första 90 dagar (n=117)**



Notera: Observationer=Observationer, undersökningsfynd och testresultat, A=Aktivitetsbegränsningar, F=Funktionsnedsättningar.

I knappt 30 procent av fallen efterfrågar handläggarna även uppgifter om svårighetsgraden på de beskrivna aktivitetsbegränsningarna. Notera att i de läkarintyg som ingår i denna studie efterfrågas inte en gradering av svårighetsgraden av aktivitetsbegränsningarna; detta efterfrågas endast för funktionsnedsättningarna. I det nya läkarintyget (FK 7804) som har börjat användas (Värmland var först ut i december 2017) efterfrågas detta även för aktivitetsbegränsningarna. Det förekommer även att handläggarna efterfrågar uppgifter om funktionsnedsättningarnas svårighetsgrad, men detta sker i lägre omfattning än för aktivitetsbegränsningarna.

Handläggarna efterfrågar således framför allt information relaterat till den försäkrades aktivitetsbegränsningar. Det bör delvis förstås i ljuset av att det är handläggarens förståelse för och bedömning av aktivitetsbegränsningar, inte funktionsnedsättningar, som utgör den direkta kopplingen till om arbetsförmågan bedöms som nedsatt i förhållande till den försäkrades arbetsuppgifter. Funktionsnedsättningarna är tänkt att utgöra en brygga för att förstå kopplingen mellan diagnosen, å ena sidan, och hur den begränsar den försäkrades förmåga att utföra olika aktiviteter, å andra sidan. Det stämmer överens med uppfattningen som uttrycks av handläggare i fokusgrupperna, att det främst är konsekvenserna av ohälsan som är viktiga i bedömningen av arbetsförmåga. Sedan är det även så, vilket beskrivs närmare nedan, att uppgifter om den försäkrades aktivitetsbegränsningar relativt ofta saknas i läkarintygen, vilket påverkar behovet av att komplettera just dessa uppgifter.

### **Handläggarna efterfrågar sällan information för att förstå DFA-kedjan**

Handläggarna efterfrågar sällan information för att förstå kopplingen mellan diagnosen, funktionsnedsättningarna och aktivitetsbegränsningarna (dvs. DFA-kedjan). Aktgranskningen innehöll en fråga om granskarna anser att DFA-kedjan är tydlig och logisk i intyget. I 48 procent av intygen som

utfärdats under de första 90 dagarna anser granskarna att DFA-kedjan inte är tydlig och logisk.

Bristerna i DFA-kedjan beror nästan uteslutande på att information om aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar saknas i intyget, enligt granskarnas bedömning. När dessa finns beskrivna i intyget är det endast i 9 procent av intygen som granskarna bedömer att DFA-kedjan har brister. Detta tycks också överensstämma med handläggarnas uppfattning.

När det väl finns en DFA-kedja att utgå från i intyget verkar den oftast vara begriplig för handläggarna. Detta framkommer genom att handläggarna sällan begär kompletteringar om förtydliganden av själva DFA-kedjans logik. Därmed verkar behovet av kompletteringar främst bero på en avsaknad av relevant information, inte att informationen i sig är svår att förstå.

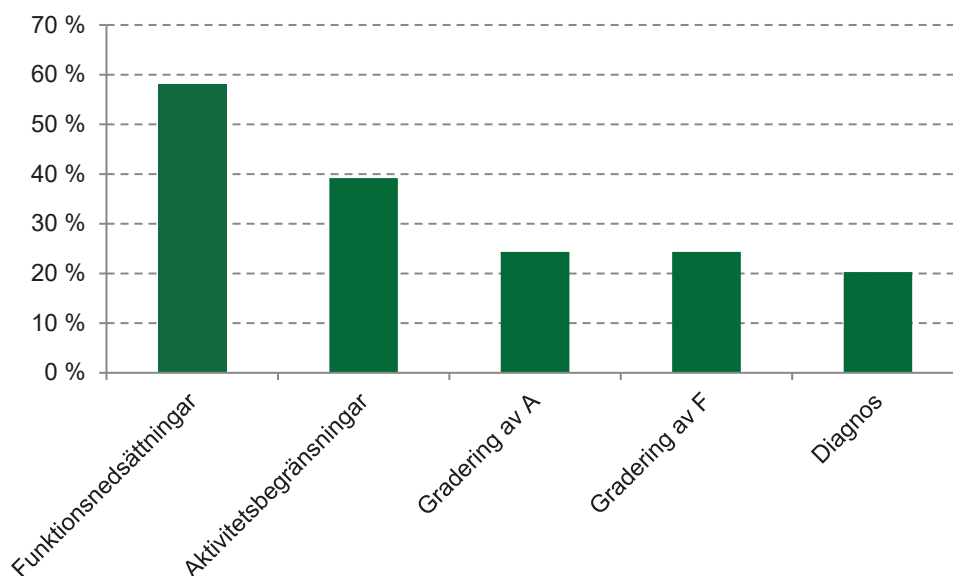
### **Begäran gäller huvudsakligen information relaterad till bedömningen av arbetsförmåga men även information om vad läkaren grundar sin bedömning på**

Det går att dela upp den information som handläggaren behöver för att bedöma rätten till ersättning i två huvudsakliga kategorier: Dels uppgifter som direkt behövs för att bedöma arbetsförmågans nedsättning. Dels uppgifter för att bedöma om uppgifterna om arbetsförmågans nedsättning är tillförlitliga.

Resultaten visar att handläggarna initialt i ett sjukfall främst efterfrågar uppgifter som på olika sätt behövs för att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning. I andra hand efterfrågar de uppgifter som styrker uppgifterna i läkarintyget. Frågor om aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar, samt bedömningen av deras svårighetsgrad, hör till den första kategorin, medan frågor om observationer, undersökningsfynd och testresultat hör till den andra kategorin.

Handläggarna efterfrågar information om observationer, undersökningsfynd och testresultat initialt i sjukfallet i 36 procent av kompletteringsbegärandena. När detta efterfrågas (Figur 2) handlar det i knappt 60 procent av fallen om att styrka de funktionsnedsättningar som beskrivs i intyget. Det vill säga, hur läkaren har fastställt att funktionsnedsättningarna föreligger. Det är även relativt vanligt att handläggarna efterfrågar information för att styrka de aktivitetsbegränsningar som läkaren beskriver, vilket sker i knappt 40 procent av fallen. I knappt 25 procent av fallen handlar det om att styrka läkarens gradering av funktionsnedsättningarna och aktivitetsbegränsningarna. I 20 procent av fallen begär handläggaren in en komplettering för att förstå vad läkaren baserar diagnosättningen på för uppgifter.

**Figur 2 Huvudsakliga uppgifter i intyget handläggaren ville styrka genom att efterfråga observationer, undersökningsfynd och testresultat (n=74)**



Notera: A=Aktivitetsbegränsningar, F=Funktionsnedsättningar.

Handläggarnas frågor om observationer, undersökningsfynd och testresultat speglar inte direkt den information som efterfrågas i det läkarintyg som var i bruk under perioden som denna aktgranskning avser. I läkarintyget efterfrågas observationer, undersökningsfynd och testresultat endast kopplat till funktionsnedsättningar, och alltså inte avseende aktivitetsbegränsningar eller diagnos. Att handläggarna ändå i så pass stor utsträckning efterfrågar de uppgifter som läkaren baserar sin bedömning av aktivitetsbegränsningarna på, kan troligen förklaras av att dessa uppgifter har en central roll i bedömningen av arbetsförmågans nedsättning, och i slutändan rätten till ersättning.

### **Initialt begärs komplettering främst på grund av brister i läkarintyg medan inför dag 181 kompletteras ärendet för att utredas vidare**

När handläggaren begär in en komplettering beror det framförallt på två saker. Den första är att handläggaren behöver komplettera ett bristande läkarintyg där grundläggande information saknas. I det andra fallet finns ett komplett läkarintyg, men handläggaren behöver ändå utreda ärendet vidare och efterfrågar därför ytterligare information för att kunna fatta ett beslut.

Granskarnas bedömning är att kompletteringar som begärs in i den initiala fasen av ett sjukfall huvudsakligen görs för att komplettera bristande läkarintyg. Drygt 80 procent av kompletteringarna mellan dag 1 och 90 i rehabiliteringskedjan bedöms bero på brister i det medicinska underlaget. Inför dag 181 i rehabiliteringskedjan bedömer granskarna att kompletteringen främst beror på att ärendet behöver utredas vidare, givet den förändrade bedömningsgrund som då föreligger. Detta gäller för 87 procent av ärendena. Detta beskrivs närmare nedan.



### **Kompletteringar sker främst på grund av att uppgifter om aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar är bristfälliga eller saknas**

Som beskrevs ovan uppstår handläggarnas behov av kompletteringar initialt i ett sjukfall framförallt på grund av att nödvändig information anses saknas eller bedöms som bristfällig i läkarintyget. I 53 procent av intygen som utfärdades mellan dag 1 och 90 i rehabiliteringskedjan, bedömer granskarna att det helt saknas en beskrivning av aktivitetsbegränsningar. Motsvarande siffra för funktionsnedsättningar är knappt 10 procent. Detta kan jämföras med perioden strax innan dag 181 i sjukfallet. Då saknas en beskrivning av aktivitetsbegränsningar i 20 procent av läkarintygen och för funktionsnedsättningar i 5 procent av intygen.

För både aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar ser vi att när beskrivningar av dessa saknas i läkarintyget, begär handläggarna i större utsträckning in kompletteringar. Det finns emellertid inte ett direkt samband mellan förekomsten av observationer, undersökningsfynd och testresultat i läkarintyget och om handläggaren begär in komplettering av dessa uppgifter. Detta bör förstås mot bakgrund av att komplettering av dessa uppgifter oftast sker i samband med att information om aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar inhämtas, och då troligen efterfrågas i relation till dessa. Det är också viktigt att komma ihåg att uppgifter om observationer, undersökningsfynd och testresultat endast efterfrågas i läkarintyget i relation till funktionsnedsättningar.

Information om gradering av aktivitetsbegränsningarnas svårighetsgrad efterfrågas relativt ofta i kompletteringsbegäran. Detta kan förklaras av att dessa uppgifter sällan finns i intyget. Emellertid efterfrågas dessa uppgifter inte uttryckligen i intyget. Det bör därför inte beskrivas som en brist i det utfärdade intyget, även om det är uppgifter som handläggarna i vissa fall upplever att de behöver.

### **Sammanfattning av orsaker till begäran av komplettering initialt i sjukfallet**

Sammanfattningsvis speglar handläggarnas behov av information initialt i ett sjukfall i relativt stor utsträckning information som saknas i intyget. Samtidigt visar kompletteringsbegärandena att handläggarna har behov av ytterligare information som inte direkt efterfrågas i läkarintyget. Det gäller frågor om observationer, undersökningsfynd och testresultat i relation till aktivitetsbegränsningar och diagnos, samt uppgifter om funktionsnedsättningarnas och aktivitetsbegränsningarnas svårighetsgrad. I det nya läkarintyget efterfrågas även dessa uppgifter. Det vore därför av intresse, när det nya intyget har börjat användas i större skala, att studera hur det påverkar handläggarnas behov av kompletteringar.

### **Perioden inför dag 181 i rehabiliteringskedjan**

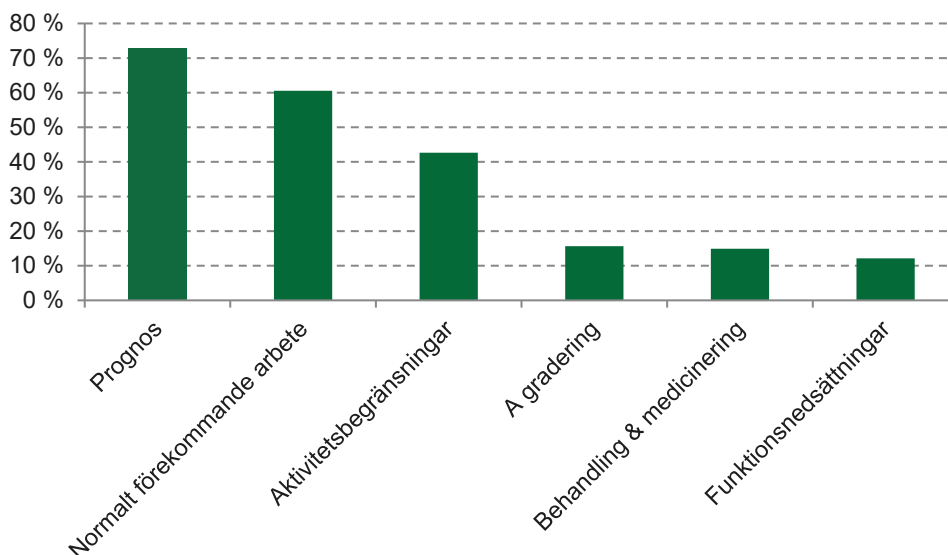
I det följande studeras handläggarnas begäran om kompletteringar för perioden strax innan dag 181 i rehabiliteringskedjan.

### Inför dag 181 i rehabiliteringskedjan efterfrågas information om prognos för återgång i arbete och möjligheterna att klara av ett normalt förekommande arbete

Inför dag 181 i rehabiliteringskedjan ser behovet av kompletterande information från hälso- och sjukvården annorlunda ut jämfört med den initiala fasen i ett sjukfall. Detta beror framför allt på den förändrade bedömningsgrund för anställda som innebär att den sjukskrivne efter dag 180 ska bedömas mot normalt förekommande arbete, och inte endast i relation till sitt ordinarie arbete och arbetsplats. I kontrast mot den initiala fasen – där handläggarnas behov av komplettering huvudsakligen beror på att information saknas i det medicinska underlaget – uppstår nu behov av kompletterande information utifrån ett nytt utredningsbehov i och med den förändrade bedömningsgrunden.

Det är framför allt två saker handläggarna begär komplettering om. De efterfrågar mer information om prognosen för om eller när den försäkrade kommer att återfå sin arbetsförmåga (se Figur 3). Detta efterfrågas i 73 procent av kompletteringsbegärandena. Information om prognos behövs i de fall man behöver utreda om särskilda skäl föreligger. Handläggarna frågar också efter läkarens bedömning av om den försäkrade klarar av att utföra ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Detta efterfrågas i 61 procent av fallen. Uppgifter om aktivitetsbegränsningar efterfrågas endast i drygt 40 procent av fallen.

**Figur 3 Huvudsakliga uppgifter handläggarna kompletterar inför dag 181 i rehabiliteringskedjan (n=129)**



Notera: Prognos=Prognos avseende om eller när den försäkrade kommer återfå sin arbetsförmåga, A=Aktivitetsbegränsningar.

Det är värt att notera att handläggarna sällan efterfrågar information om observationer, undersökningsfynd och testresultat i denna fas. Detta trots att sådan information saknas i läkarintygen i samma utsträckning som initialt i sjukfallen.

### **Senare i sjukfallet är behovet av komplettering inte direkt kopplat till information som saknas i läkarintygen**

Till skillnad från den initiala fasen i sjukfallet finns inget samband mellan huruvida aktivitetsbegränsningar finns beskrivna i intyget och om handläggarna begär in komplettering av denna information. Däremot visar granskningen att prognosen nästan aldrig är tillräckligt väl beskriven i läkarintyget för att handläggarna ska kunna bedöma möjligheten att skjuta fram bedömningen mot normalt förekommande arbete på grund av att särskilda skäl föreligger. Eftersom dessa uppgifter inte direkt efterfrågas i intyget har kompletteringsbehovet inte uppstått på grund av brister i läkarintyget.

Detsamma gäller för bedömningen mot normalt förekommande arbete. När läkaren skriver läkarintyget vet hen sällan om att patienten kommer att bedömas utifrån en ny bedömningsgrund. Att denna information saknas i intyget är därför inte konstigt. Detta påverkar även hur läkaren beskriver aktivitetsbegränsningarna. Så länge bedömningen görs gentemot patientens nuvarande arbete är det troligt att läkaren fokuserar sin beskrivning på kraven som just det arbetet ställer. När sedan bedömningen ska ske mot en vidare arbetsmarknad är det naturligt att handläggaren i vissas fall behöver be läkaren om en mer utförlig beskrivning av aktivitetsbegränsningarna.

### **Läkarens anamnes, observationer och tester vanlig grund vid bedömning**

Med uppgifter om observationer, undersökningsfynd och testresultat avses vad som ligger till grund för läkarens bedömning. I det läkarintyg som användes under perioden som aktgranskningen avser, efterfrågas dessa endast för att styrka uppgifter om funktionsnedsättning. Det pågår även en diskussion inom Försäkringskassan och mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården om vad som räknas som observation, undersökningsfynd eller testresultat. I Socialstyrelsens föreskrift om utfärdanden av intyg inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:29) anges hur ett läkarintyg ska vara utformat. I 10 kap. 8 § står att:

*Ett intyg ska innehålla noggranna uppgifter om de undersökningar, upplysningar, journalhandlingar och andra handlingar som ligger till grund för bedömningen. Symtom och iakttagelser som framkommit vid en personlig undersökning ska redovisas. Det ska anges vilka av dessa och i vilket eller vilka avseenden som de ligger till grund för bedömningen.*

I tabell 1 redovisas uppgifter om hur dessa undersökningar och upplysningar presenteras i de läkarintyg som ingick i granskningen.

**Tabell 1 Vad läkarens bedömning av funktionsnedsättningar baseras på utifrån läkarintyget (n=170)**

Bedömningsgrund	Andel (%)
Läkarens bedömning av patienten utifrån anamnes	38
Undersökning baserat på läkarens egna tester/observationer av fysiska förmågor	37
Undersökning baserat på läkarens egna tester/observationer av psykiska förmågor	30
Laboratoriefynd eller röntgen	24
Läkaren har endast återgivit patientens berättelse	13
Självskattningsformulär	7
Mätningar av psykisk status genom neuropsykologiska undersökningar	3
Annat	2

Av tabellen framgår att läkarens bedömning huvudsakligen baseras på antingen anamnes, eller egna tester alternativt observationer av fysiska respektive psykiska förmågor. Det är även relativt vanligt att bedömningen baseras på laboratoriefynd eller röntgen. Det är däremot ovanligt att läkaren endast återger patientens berättelse eller att självskattningsformulär används som grund för bedömningen.

## Handläggare efterfrågar rätt information, men utformningen och hanteringen av inkomna svar kan behöva utvecklas

I detta avsnitt redovisas resultaten för hur granskarna såg på innehållet i och utformningen av handläggarnas kompletteringsbegäran.

### Kompletteringarna bedöms oftast vara nödvändiga

På frågan om begäran om komplettering var nödvändig sett till ärendet som helhet, bedömer granskarna att 12 procent av kompletteringarna är onödiga. När det gäller innehållet i kompletteringen anser granskarna att handläggarna inte frågar efter rätt saker i 8 procent av fallen; i 38 procent av fallen håller granskarna delvis med om att rätt information efterfrågas. När granskarna anger vad de anser helt eller delvis saknas i begäran om komplettering, rör det uppgifter om aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar. Även uppgifter om observationer, undersökningsfynd och testresultat för att styrka funktionsnedsättningarna är bristfälliga i intygen. Granskarna anser även att gradering av aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningarna bör efterfrågas i större utsträckning. Det som granskarna lyfter efterfrågar handläggarna i stort sett redan initialt i sjukfallet, men granskarna anser att dessa uppgifter borde efterfrågas i ännu större utsträckning. Inför dag 181 i rehabiliteringskedjan anger granskarna att handläggarna oftare borde fråga om planering och prognos för återgång i arbete.

## Handläggarna går ibland direkt till beslut även om den inkomna kompletteringen inte svarat på handläggarnas frågor

I nästan samtliga fall fick handläggarna in svar på sin begäran om komplettering. I 15 procent av dessa inkomna kompletteringar anser granskarna att handläggarnas frågor inte besvarades. Läkarna svarade delvis på handläggarnas frågor i 28 procent av fallen, enligt granskarna, vilket innebär att endast 56 procent av kompletteringarna innehöll fullständiga svar.

Efter att kompletteringen hade inkommit gick handläggarna direkt till beslut i 84 procent av fallen. Det betyder att handläggarna i vissa fall direkt går vidare till beslut, även om läkarna helt eller delvis inte har besvarat frågorna i kompletteringsbegäran. Dock visar resultaten att handläggarna i större utsträckning går direkt vidare till beslut i de fall läkarna har besvarat frågorna (89 procent av fallen), jämfört med när frågorna inte hade besvarats (69 procent av fallen).

I de fall handläggarna inte hade fått svar på sina frågor, men ändå gick vidare till beslut, kan man ställa sig frågan om informationen verkligen var nödvändig för att besluta om rätten till ersättning, eller om handläggarna i dessa fall fattar beslut på otillräckliga medicinska underlag.

Aktgranskningen visar således att handläggarna endast fick fullständiga svar på sina begäranden om kompletteringar i 56 procent av fallen. I enkätundersökningen ställdes en liknande fråga till handläggarna; hur vanligt det är att de får den information de behöver vid begäran om komplettering från sjukskrivande läkare (se Figur 34 i bilaga). Resultaten visar på en liknande omfattning. Den största andelen (64 procent) anger att så sker ungefär varannan gång, medan en knapp tredjedel svarar nästan alltid. Endast 7 procent uppger att de nästan aldrig får den information de behöver.

Handläggarna fick också frågan om de uppfattar att det är lätt att värdera om man har tillräcklig medicinsk information för att fatta beslut om rätten till sjukpenning (se Figur 33 i bilaga). En övervägande majoritet, 71 procent, anger att det varierar, medan 16 procent uppfattar att det är svårt och 13 procent att det är lätt.

## Malltext vanligt i kompletteringsbegäran

Granskarna fick bedöma hur begäran om komplettering var skriven. Å ena sidan kan den vara skriven så att det framstår som att den är baserad på en mall utan tydlig koppling eller hänvisning till ärendet eller läkarintyget som kompletteringen avser. Å andra sidan kan begäran om komplettering tydligt beskriva varför ytterligare information eller förtydliganden behövs i ärendet och vad som saknas i läkarintyget. Granskarna bedömer att handläggarnas begäran om komplettering i 44 procent av fallen helt eller delvis framstår som skriven utifrån en mall med svag koppling till ärendet och läkarintyget kompletteringen avsåg. Däremot anser granskarna att kompletteringarna språkligt sett oftast var lätta att förstå. Malltexter används således inte bara för att fylla i intygen, vilket diskuterades i fokusgrupperna, utan även för att begära kompletterande information.

### **Kompletteringsbegärens utformning hänger samman med i vilken utsträckning handläggarna får svar på sina frågor**

Utformningen på kompletteringsbegäran hänger även samman med i vilken utsträckning läkarna svarar på de frågor som ställs i begäran. När begäran är skriven som att den är baserad på en mall – utan tydlig koppling eller hänvisning till ärendet eller läkarintyget som kompletteringen avser – får handläggarna helt eller delvis svar på sina frågor i 79 procent av fallen. När kompletteringsbegäran mer tydligt beskriver varför ytterligare information eller förtydliganden behövs, får handläggarna helt eller delvis svar på sina frågor i 89 procent av fallen. Detta innebär att oddset för att i alla fall delvis få svar på frågorna i kompletteringsbegäran är 2,3 gånger högre om begäran mer tydligt beskriver varför ytterligare information eller förtydliganden behövs, jämfört med om begäran är skriven som utifrån en mall.

Sammanfattningsvis anser granskarna att handläggarna generellt efterfrågar rätt information och sällan kompletterar i onödan. Däremot anser kunde handläggarna vara utförligare i den information som efterfrågas när en begäran om komplettering görs. Granskarna anser även att det finns möjligheter att utveckla det sätt på vilket handläggarna efterfrågar informationen – att de i större utsträckning är tydliga med varför de begär in kompletteringen och vad som eventuellt saknas i läkarintyget. Aktgranskningen visar vidare att det inte är ovanligt att handläggarna går direkt till beslut, även om granskarnas bedömning är att den inkomna kompletteringen inte svarar på handläggarnas frågor fullt ut. Resultat från enkätundersökningen visar också att handläggarna kan ha svårt att värdera om man har tillräcklig medicinsk information för att gå till beslut.

# Det försäkringsmedicinska beslutsstödet

I detta kapitel analyseras förekommande skillnader mellan faktiska sjukskrivningstider och rekommenderade tider i det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB). Det redogörs även för utvecklingsbehov av FMB. Kapitlet struktureras utifrån följande analysfrågor:

- Hur förhåller sig de faktiska sjukskrivningstiderna till rekommendationerna i FMB...
  - i) om primär diagnos ändras under sjukfallens gång?
  - ii) för individer som specialistvårdats för annan diagnos än den första som sjukskrivningen avser?
- Har sjukfallslängderna och sjukskrivningarnas omfattning (hel eller partiell) påverkats av att det 2017 infördes ett uppdaterat beslutsstöd för psykiska diagnoser?
- Hur används och uppfattas FMB i handläggningen av sjukpenning på Försäkringskassan?
  - Hur har uppdateringen av FMB för psykiska diagnoser mottagits i handläggningen?
- Hur kan FMB utvecklas för att utgöra ett bättre stöd i sjukskrivningsprocessen för läkare och Försäkringskassans handläggare?

Kapitlet inleds med en beskrivning av hur väl handläggare och försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) känner till FMB och hur de använder beslutsstödet. Denna del baseras på en enkätundersökning riktad till handläggare och FMR, och fokusgrupper med handläggare och läkare. Därefter följer en analys av faktiska sjukskrivningstider i relation till rekommenderade tider i FMB, med fokus på psykiska diagnoser och långvariga smärttillstånd. Analysen bygger på registerdata från Försäkringskassan, med uppgifter om läkarintyg och sjukfallslängder, och från Socialstyrelsen, med uppgifter om diagnos från slutenvård och specialiserad öppenvård. Registerdata från Försäkringskassan används även i avsnittet som beskriver sjukskrivningstider och sjukskrivningarnas omfattning innan och efter uppdateringen av psykiska diagnoser i FMB. Vidare presenteras hur handläggare och FMR ser på FMB:s roll och graden av styrning. Denna del utgår från enkätundersökningen och fokusgrupperna med handläggare och läkare. Kapitlet avslutas med en redogörelse av de utvecklingsbehov som har identifierats med hjälp av handläggare och FMR.

## Sammanfattande iakttagelser

Analysen visar att byte av diagnos såväl som specialistvård för ytterligare diagnoser i hög utsträckning innebär längre sjukfall. Eftersom analysen utgår från diagnoser som kan vara särskilt komplexa och därmed svårbedömda är resultatet rimligt. Dock blir sjukfallen ofta avsevärt mycket längre än vad som rekommenderas i FMB för någon av de enskilda diagnoserna i sjukfallet.

Även utan diagnosbyte eller specialistvård blir många sjukfall längre än FMB:s rekommendationer. I tidigare studier har man genom att studera medianen dragit slutsatsen att rekommendationerna följs ”relativt väl”. Här studeras i stället spridningen och andelen som blir längre än rekommenderad längd i FMB, och då framkommer större avvikelser än för medianen, som ligger närmare rekommenderad längd i FMB.

Effekterna av det uppdaterade beslutsstödet för psykiska diagnoser har undersökts genom att jämföra sjukfall inom olika diagnoser med varandra. När de diagnoser som har uppdaterats i FMB jämförs med psykiska diagnoser som inte har uppdaterats, framkommer inga stora skillnader avseende utvecklingen av sjukfallslängd, antal startade sjukfall och sjukskrivningens omfattning. Däremot ser vi en större minskning av sjukfallslängden för psykiska diagnoser jämfört med övriga diagnoskapitel. Möjligtvis har uppdateringen av FMB för psykiska diagnoser minskat antal startade sjukfall och ökat användningen av partiell sjukskrivning något. Vi kan dock inte i denna analys skilja effekterna av uppdateringen i FMB från andra faktorer som kan ha förändrats över tid och påverkat sjukfallen.

Av enkätundersökningen framgår att en majoritet av handläggarna och de försäkringsmedicinska rådgivarna använder sig av FMB, men få har fått utbildning i närtid om hur beslutsstödet ska tillämpas. Enbart en tredjedel av handläggarna anser att FMB har stor betydelse för kvaliteten i handläggningen, samtidigt som det finns en uppfattning om att FMB skulle kunna utgöra ett stöd. Handläggare efterfrågar framför allt ett förbättrat stöd i de psykiska och mer svårbedömda diagnoserna. Tillsammans med FMR efterfrågar de även mer övergripande att beslutsstödet blev mer konkret, uppdaterades bättre och fick en bättre täckningsgrad (dvs. fler diagnoser i FMB), samt att sökmöjligheterna på Socialstyrelsens webbplats förbättrades.

En viktig faktor i diskussionerna om beslutsstödet är hur rekommendationerna om sjukskrivning ska tillämpas, såväl inom hälso- och sjukvården som i Försäkringskassans handläggning. Inte minst handläggarna får olika signaler, dels att följsamheten till rekommendationerna behöver stärkas, dels att det finns ett ökat behov av individanpassning.

## Kännedom om och användning av beslutsstödet

I detta avsnitt beskrivs hur handläggare och FMR använder sig av beslutsstödet, vilka delar de använder och vid vilka diagnoser de uppfattar sig ha mest nytta av beslutsstödet.

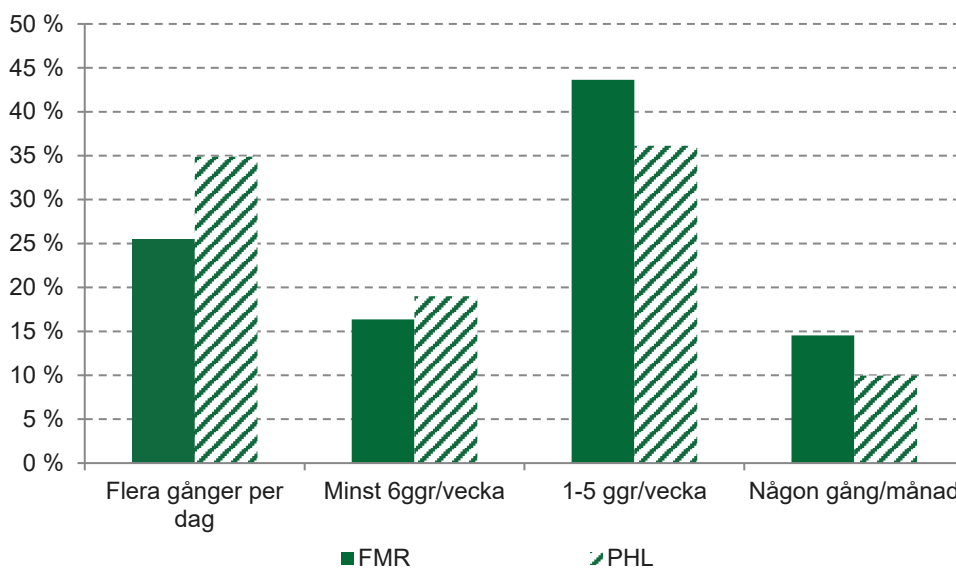


### Nästan samtliga handläggare och FMR använder sig av FMB

I enkätundersökningen svarar 88 procent av handläggarna att de känner till Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning ”mycket väl”. Ytterligare 8 procent anger att de känner till dem ”något”. Samtidigt anser 95 procent av handläggarna att de ger dem stöd i handläggningen av sjukpenningärenden. I princip alla FMR, 98 procent, anger att de använder sig av FMB som helhet. Endast en rådgivare använder inte beslutsstödet, och anger som orsak att ”de ärenden jag blir tillfrågad om oftast är så komplexa och omfattande att beslutsstödet inte ger någon hjälp”.

Figur 4 visar att handläggarna använder sig av FMB något oftare än vad FMR gör. Drygt en tredjedel av handläggarna svarar att de använder sig av FMB flera gånger per dag, medan motsvarande andel för FMR är en fjärdedel. Mest förekommande är att FMR använder sig av FMB en till fem gånger per vecka (44 procent), vilket också är det näst vanligaste svaret bland handläggare (36 procent). Sammantaget anger såväl FMR som handläggare att de använder FMB relativt ofta.

**Figur 4. Hur ofta använder du dig av FMB? (n=325)**



Motsvarande fråga till sjukskrivande läkare i Alexanderson m.fl. (2017a) visar att endast sex procent av läkarna använder FMB minst sex gånger per vecka. Mellan 20 och 26 procent uppger något av alternativen en till fem gånger per vecka, några gånger per år, någon gång per år eller aldrig.

### Nästan en tredjedel av handläggarna har inte fått någon utbildning i FMB

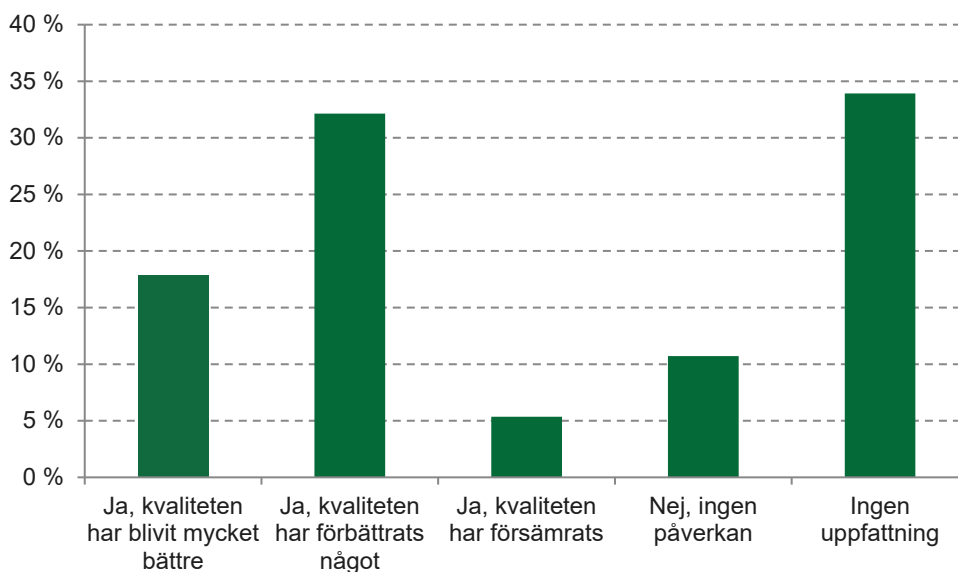
I enkätundersökningen svarar 28 procent av handläggarna att de inte har fått någon information eller utbildning för att kunna använda sig av FMB. Vanligast är dock att handläggaren har fått information eller utbildning genom en specialist/FMR (35 procent) eller genom kollegor (31 procent) (se Figur 29 i bilaga 2). Bland de som fått information eller utbildning är det vanligt att det har gått en betydande tid sedan insatsen; 51 procent anger att det har gått tre år eller mer, eller att de inte minns. Flera av dem beskriver

att de fick utbildningen eller informationen när beslutsstödet först infördes (Tabell 25 i bilaga 2). När det gäller hur länge handläggarna som besvarat enkäten har arbetat som sjukpenninghandläggare på Försäkringskassan, är spridningen relativt jämn. Vanligast är att man har arbetat 2–4 år (35 procent), men 18 procent av dem har arbetat i 5–19 år och 21 procent av dem har arbetat i 11–25 år (se Figur 28 i bilaga 2).

### Ungefär en tredjedel anser att beslutsstödet har stor betydelse för kvaliteten i handläggningen

I enkäten ställdes frågan hur stor betydelse FMB har för kvaliteten i den egna handläggningen. Bland handläggarna svarar 27 procent att FMB har stor betydelse, medan 69 procent anser att beslutsstödet har måttlig betydelse. Endast 4 procent anser att FMB inte har någon betydelse (se Figur 30 i bilaga 2). Som framgår av figur 5 är det 34 procent av de försäkringsmedicinska rådgivarna som anger att de har svårt att bedöma hur FMB påverkar kvaliteten i handläggarens arbete, i övrigt uppfattar hälften att FMB har bidragit till att kvaliteten har blivit bättre (mycket bättre 18 procent, något bättre 32 procent). Endast 5 procent anser att FMB har bidragit till att försämra kvaliteten.

**Figur 5 Påverkar FMB kvaliteten i handläggarens arbete? (n=56)**

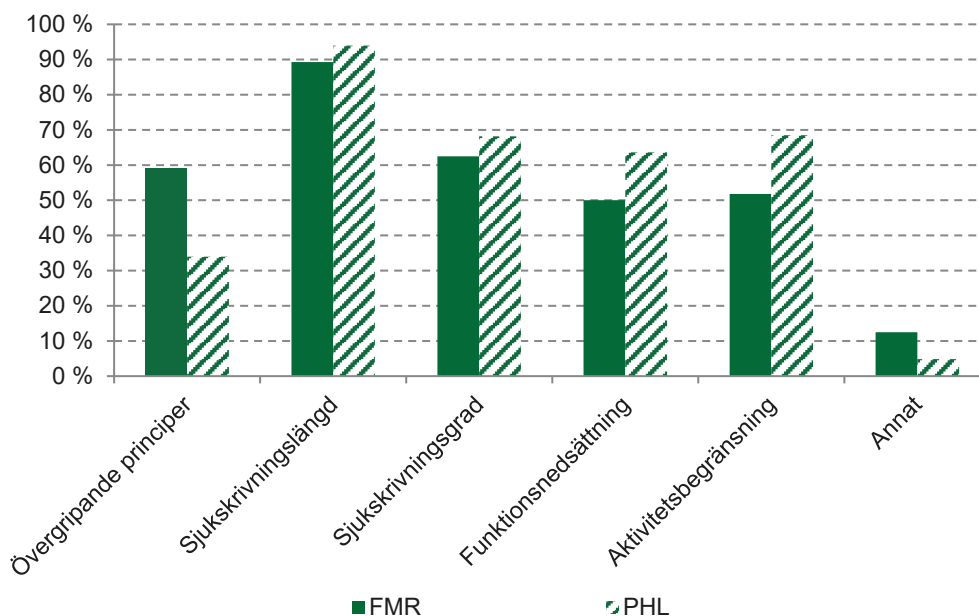


### FMB används i högst utsträckning för rekommendationer om sjukskrivningslängd

Handläggarna och FMR tillfrågades även om vilken information från FMB som de använder. Rekommendationer om sjukskrivningslängd är den information som används i högst grad, 91 procent uppger det, följt av rekommendationer om sjukskrivningsgrad, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, som i genomsnitt 60 procent svarar (se figur 6). Handläggarna använder beslutsstödet i högre grad än FMR för information om funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, medan FMR i högre

utsträckning än handläggare använder FMB för information om övergripande principer. Bland dem som angett ”annat” som alternativ nämns bland annat allmän information om sjukdomen i fråga om sådan finns, prognos, och information om komplikationer och andra avvikelser som kan förekomma.

**Figur 6 Vilken information från FMB använder du? (n<sup>20</sup> =330)**



Fler än ett alternativ är möjligt

Från Karolinska institutets uppföljningar vet vi att cirka hälften av läkarna anger att de använder FMB (Alexanderson m.fl. 2017a). I fokusgrupperna som ingår i föreliggande studie uttrycks att FMB framför allt har betydelse för nya läkare som inte har tillräcklig kunskap om normen för hur långa sjukskrivningar brukar vara.

*Jag tror, ni får rätta mig om jag har fel, men om man har jobbat ett tag så vet man ju på ett ungefär, och dessutom vet man ju att det är en in... Man ska ju individualisera. Man ska ju ibland skriva kortare och ibland längre än beslutsstödet. Det är därför det finns ... Ska vara ett läkarintyg över huvud taget. Och man vet också hur man ska argumentera för ... För att få igenom ett intyg, och man vet vad ... Ja, man har lite bättre koll på ... (läkare, Umeå)*

Citatet skulle emellertid kunna tolkas som att FMB även används av mer erfarna läkare, men som kunskap de redan besitter och därför inte behöver läsa sig till igen, när det gäller t.ex. sjukskrivningstider för specifika diagnoser. Samma läkare lyfter också ett tema som återkommer i såväl fokusgrupperna som i de öppna svaren i enkätundersökningen: hur styrande

<sup>20</sup> Eftersom fler än ett svarsalternativ var möjligt är antalet observationer fler än antalet svaranden.

rekommendationerna är och om graden av styrning är negativ eller positiv. Detta är en diskussion som vi återkommer till längre fram.

### FMB är tydligast vid väldefinierade diagnoser

Handläggare och FMR ger en övergripande positiv bild av FMB i enkäterna, då de återkommande beskriver nyttan med beslutsstödet för alla diagnoser som finns i FMB, eller åtminstone för majoriteten av dem.

FMR beskriver att de framför allt har nytta av FMB vid fysiska diagnoser, där det finns tydligare funktions- och aktivitetsbegränsningar angivna. Annorlunda uttryckt uppfattas nyttan med FMB vara störst vid mer väldefinierade diagnoser. Vid mindre välavgränsade diagnoser blir rekommendationernas spännvidd för stor, vilket minskar nyttan. En liknande bild framträder i handläggarnas svar: ”Generellt är stödet för fysiska/somatiska diagnoser mest konkret och till störst nytta.”

FMR lyfter dock att beslutsstödet i nästan lika stor utsträckning ger stöd vid psykiska diagnoser. Även handläggare nämner psykiska diagnoser, inte minst utmattnings-, depression-, ångest- och stressdiagnoser. Handläggarna lägger emellertid tonvikten vid de fysiska/somatiska diagnoserna när de beskriver för vilka diagnoser som FMB är till mest nytta. Det är dock vid de psykiska diagnoserna som man behöver mest hjälp, eftersom ”de är mycket svårare både för läkaren att beskriva och för mig att uttolka omfattningen av den psykiska ohälsan.”

### Information om diagnos inhämtas oftare via FMB än via sjukskrivande läkare

Diskussioner har förts internt på Försäkringskassan om huruvida handläggare kan eller bör använda sig av FMB för generell information om en viss diagnos, snarare än att vända sig till den sjukskrivande läkaren. För att få en tydligare bild av varifrån handläggare i huvudsak inhämtar information om diagnoser och de krav ett visst arbete ställer, ställdes frågor om detta i enkäten (se Tabell 26 och Tabell 27 i bilaga 2).

När det gäller information om diagnoser uppger 46 procent av handläggarna att de använder FMB minst sex gånger i veckan; 41 procent svarar en till fem gånger i veckan. För alternativet att vända sig till sjukskrivande läkare anger sju procent att de gör det minst sex gånger i veckan; 43 procent svarar en till fem gånger i veckan. Drygt hälften, 51 procent, vänder sig till en kollega för information om en diagnos en till fem gånger i veckan, medan 38 procent vänder sig till den försäkrade lika ofta.

När det gäller att söka information om vilka krav ett visst arbete ställer på en viss individ, uppger 53 procent av handläggarna att de vänder sig till den försäkrade en till fem gånger i veckan; 43 procent vänder sig till arbetsgivaren lika ofta. Samtidigt anger 37 procent av handläggarna att de någon gång per månad vänder sig till den sjukskrivande läkaren. Andelen handläggare som frågar en kollega en till fem gånger i veckan är 34 procent.

Sammanfattningsvis ser vi att även om nästan alla använder sig av FMB är det mindre än en tredjedel som har fått en utbildning i FMB, och av dem var det mer än hälften som fått utbildningen för mer än tre år sedan. Ungefär en tredjedel av handläggarna anser att FMB har betydelse för kvaliteten i handläggningen och en lika stor andel av FMR anser att kvaliteten har förbättrats något med FMB. Vidare beskriver FMR och handläggare att de har mest nytta av beslutsstödet vid fysiska och väldefinierade diagnoser. Även om handläggare också lyfter psykiska diagnoser, finns en tydlig tonvikt på de fysiska diagnoserna. FMR lyfter dock de psykiska diagnoserna i nästan lika stor utsträckning. Slutligen ser vi att handläggare oftare inhämtar information om diagnos via FMB än från sjukskrivande läkare.

## Sjukskrivningstider i relation till rekommendationerna i FMB

I detta avsnitt studeras skillnader mellan faktiska sjukskrivningstider och rekommenderade tider i det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB), och hur detta påverkas av samsjuklighet. Fokus ligger på sjukfall med diagnoser inom långvariga smärttillstånd<sup>21</sup>, depressiv episod (F32) och utmattningssyndrom (F438.A)<sup>22</sup>, som i många fall är svåra att bedöma. För att kunna säga något om effekten av samsjuklighet används registerdata från Försäkringskassan över sjukfallslängder och diagnosbyten. Därutöver används patientregistret från Socialstyrelsen över slutenvård och specialiserad öppenvård i anslutning till sjukfallsperioden, där det framgår om specialistvården skett med anledning av andra diagnoser än den sjukskrivningen avser.

Under 2018 har nya läkarintyg introducerats i flera län, vilket gör det möjligt att studera sjukfallslängder för personer med flera diagnoser i intyget. När alla regioner använder sig av de nya läkarintygen blir förutsättningarna än bättre för att göra mer detaljerade analyser av samsjuklighet. I denna rapport görs endast en övergripande analys av det underlag som finns i nuläget, vilken återfinns i bilaga 1.<sup>23</sup>

Att använda diagnosbyten och specialistvård (för andra diagnoser än den sjukskrivningen avser) som indikatorer för samsjuklighet innebär en risk att vi mäter annat än effekter av just samsjuklighet. Diagnosbyten och specialistvård kan indikera att det är svårdiagnosticerade sjukfall, snarare än att personen faktiskt har en samsjuklighet. Det är dock på detta sätt vi med hjälp av registren i huvudsak kan fånga någon form av "samsjuklighet",

---

<sup>21</sup> Det finns ingen enhetlig definition av "långvarig smärta". Denna analys har utgått från en definition som använts av SBU och SKR, se "PM angående vård av smärttillstånd enligt överenskommelsen 2016", (se även bilaga 1 Registerstudier, avsnitt FMB). Se Tabell 6 för rekommenderad sjukskrivningslängd per diagnos.

<sup>22</sup> Diagnoskoder, enligt ICD-10-SE.

<sup>23</sup> Se bilaga 1 Registerstudier. Nya intyg för en redogörelse av resultaten från de nya intygen.

fram till dess att alla län använder de nya intygen och sjukfallen har hunnit pågå en tid.

### Sjukfallslängder i förhållande till FMB och påverkan av diagnosbyten

I ungefär en femtedel av alla sjukfall byts huvuddiagnosen ut. Andelen diagnosbyten skiljer sig åt mellan olika diagnoskapitel, där psykiska diagnoser (F00-F99) tillhör de diagnoskapitel där det är vanligast med byten (27 procent). Bland muskuloskeletala diagnoser (M00-M99) byter 19 procent huvuddiagnos under sjukfallets gång (se Tabell 8 i bilaga 1).

Följande avsnitt undersöker hur sjukfallslängderna förhåller sig till FMB och hur detta förhållande påverkas av diagnosbyten. För samtliga sjukfall är medianen för sjukfallslängden nästan fyra gånger så lång vid ett diagnosbyte och elva gånger så lång vid två eller fler diagnosbyten. Förhållandena är ungefär likadana för de sjukfall där den första diagnosen är en psykiatrisk eller muskuloskeletal diagnos (se Tabell 9 i bilaga 1). Den vidare analysen fokuserar på diagnoser som kan vara särskilt svåra att bedöma och har därför begränsats till ett antal diagnoser inom långvarig smärta i kombination med utmattning och depression. Analysen omfattar inte endast andelen som överskrider övre rekommenderad tid i FMB, utan även variationen i sjukfallslängderna i förhållande till rekommendationerna.

### Betydligt längre sjukfall vid diagnosbyte från långvarig smärta

I Tabell 2 redovisas andelen sjukfall som har överstigit olika falllängder utifrån om det har skett ett diagnosbyte i sjukfallet och om bytet skedde till specifikt utmattning eller depression.<sup>24</sup> Det framgår att byte av diagnos i sjukfall som startade med långvarig smärta innebär att sjukfallen blir längre – oavsett till vilken diagnos bytet sker – jämfört med om inget byte sker.

**Tabell 2 Andelen sjukfall som blir längre än olika falllängder (i procent). För sjukfall som startade med långvarig smärta under 2014–2016**

Andel som blivit längre än...	Alla (n=110 705)	Inget byte (n=89 155)	Byte till utmattning (n=581)	Byte till depression (n=1 021)	Byte annan (n=20 011)
6 veckor	53	44	97	96	90
3 mån	33	23	94	90	74
6 mån	19	11	86	78	52
1 år	9	4	67	56	27
2 år*	5	2	44	36	15

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret

Vid tidpunkten för analysen hade alla sjukfall inte haft möjlighet att bli 2 år, så denna är troligen något underskattad.

Medan 56 procent av sjukfallen utan diagnosbyte avslutas inom sex veckor, gäller det bara 10 procent av dem där byte till annan diagnos sker. Även om det inte är förvånande att ett diagnosbyte leder till att sjukfallet blir längre,

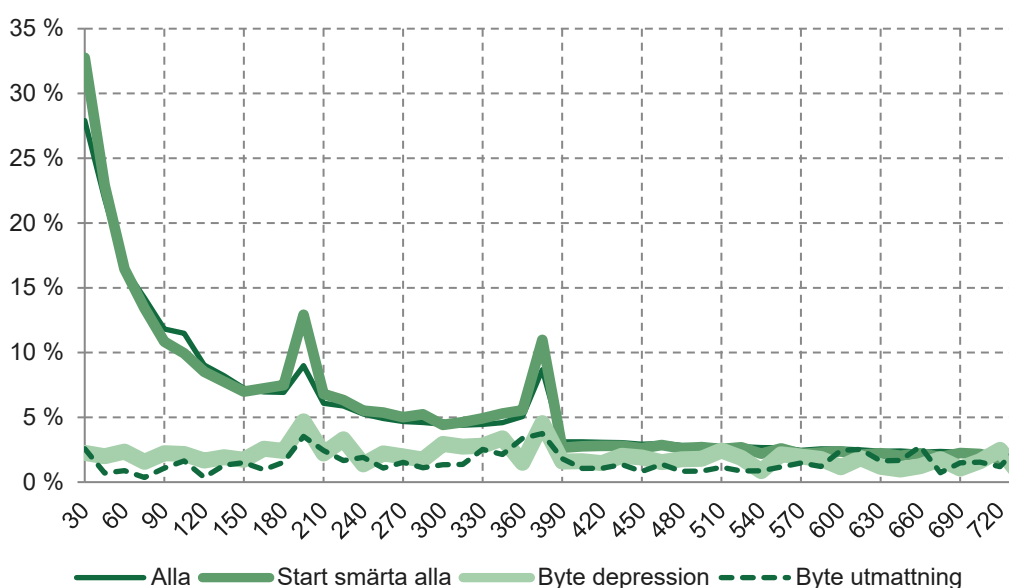
<sup>24</sup> Se även Figur 16 för fördelning av sjukfallslängder.

blir nästan en tredjedel av sjukfallen med diagnosbyte längre än ett år. Motsvarande andel för sjukfallen utan diagnosbyte är 4 procent. Sjukfallen blir med andra ord betydligt längre när det sker diagnosbyten, vilket i många fall troligen beror på en komplex sjukdomsbild.

De sjukfall där det sker ett diagnosbyte till utmattning eller depression – som enligt rekommendationerna i FMB har lite längre sjukskrivningstid (upp till ett år eller mer för utmattning och upp sex månader för depression) – blir av förklarliga skäl ännu längre. För sjukfall där diagnosen ändras till depression blir 36 procent längre än två år. För fall med byte av diagnos till utmattning är andelen 44 procent.

För att få en bild av spridningen hos sjukfallslängderna redovisas i Figur 7 sannolikheten att ett sjukfall kommer att avslutas inom 15 dagar (vertikal axel), givet att det uppnått en viss sjukfallslängd (horisontell axel). När man följer sannolikheten för avslut för alla sjukfall, framkommer tydliga toppar vid dag 180 och 365. Dessa toppar beror till viss del på att tidsgränserna i rehabiliteringskedjan innebär att nya bedömningsgrunder börjar gälla.<sup>25</sup>

**Figur 7 Sannolikheten att ett sjukfall ska avslutas inom 15 dagar (vertikal axel), givet att det uppnått en viss längd (horisontell axel). För sjukfall som startade med långvarig smärta under 2014–2016**



Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

<sup>25</sup> För dag 1–90 bedöms arbetsförmågan mot den försäkrades vanliga arbete. Dag 91–180 omfattar även annat arbete hos arbetsgivaren. Efter dag 180 ska arbetsförmågans nedsättning sättas i relation till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. Om det finns särskilda skäl eller anses oskäligt kan bedömningen skjutas upp. Efter dag 365 kan särskilda skäl inte längre tillämpas. Men en prövning mot normalt förekommande arbeten ska likväl inte ske om detta är oskäligt.

Av alla sjukfall som började med långvarig smärta och som uppnått 180 dagar, avslutades 13 procent inom 15 dagar efter dag 180. Det är 5 procentenheter högre än för alla diagnoskapitel, där 7 procent avslutades inom 15 dagar efter dag 180. För de sjukfall där huvuddiagnosen ändras till depression eller utmattning är sannolikheten för avslut låg (under 5 procent) oavsett sjukfallslängd. Sannolikheten för avslut ökar dock lite vid framför allt 181 och 365 dagar.<sup>26</sup>

### **Långvarig smärta innebär ofta längre sjukfall än vad FMB rekommenderar**

Sjukfall som startade med långvarig smärta kan begränsas till de diagnoser där rekommendationen i FMB är som längst sex veckor (se Tabell 12 i bilaga 1). Då ser vi att andelen sjukfall som överstiger de rekommenderade falllängderna minskar något jämfört med när alla sjukfall med långvarig smärta ingår. Det är dock fortfarande 40 procent som blir längre än sex veckor utan att det kan förklaras av diagnosbyten. Som tidigare nämnts kan det finnas många

rsaker till att ett sjukfall blir längre än vad som rekommenderas i FMB. Det kan bland annat finnas bidiagnoser i sjukfallet, vilket inte framgår av de äldre läkarintygen. Rekommendationerna i FMB innebär dessutom inte en skarpa gränser i bemärkelsen att det inte ska finnas utrymme för individuell variation.

### **En stor andel av de sjukfall som byter från psykiska diagnoser till långvarig smärta blir längre än två år**

Sjukfall som startar med en diagnos inom depression eller utmattning pågår generellt sett längre än för de med långvarig smärta, men precis som för smärtdiagnoserna blir dessa sjukfall avsevärt längre när det finns ett diagnosbyte. För både depression och utmattning blir mer än 40 procent av sjukfallen längre än två år vid diagnosbyte till långvarig smärta, jämfört med 9 procent för depression och 11 procent för utmattning i sjukfall där inga diagnosbyten sker.<sup>27</sup>

I Tabell 3 redovisas andelen sjukfall som blir längre än olika sjukfallslängder. Eftersom övre rekommenderad sjukskrivningstid i FMB är upp till tre månader för lindrig depression och upp till sex månader för medelsvår eller svår depression, samt upp till sex månader eller ett år eller mer för utmattning, har dessa rader markerats.

<sup>26</sup> Se Figur 17 i bilaga 1 för samma figur, men med en fördelning enligt rekommenderade längder i FMB.

<sup>27</sup> Se Figur 18 och Figur 19 i bilaga 1 för en fördelning av falllängder.



**Tabell 3 Andelen sjukfall som blir längre än olika fallängder. För sjukfall som startade i depression eller utmattning under 2014–2016. Grupperat efter eventuella byten i sjukfallet**

Andel som blivit längre än...	Alla (%)	Inget (%)	Byte smärta (%)	Byte annan (%)	Start smärta med byte till... (%)
Start depression	n=71 312	n=50 704	n=665	n=20 608	depression (n=1 021)
6 veckor	78	70	97	96	96
3 mån	55	43	94	86	90
6 mån	35	22	84	69	78
1 år	19	8	64	45	56
2 år	9	3	44	24	36
Start utmattning*	n=46 697	n=36 273	n=358	n=10 424	utmattning (n=581)
6 veckor	85	82	97	98	97
3 mån	68	62	94	89	94
6 mån	49	42	83	73	86
1 år	26	19	66	46	67
2 år	11	7	42	24	44

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

\*Inkluderar de som börjar med akut stress (F430) och sen får utmattning

Av samtliga sjukfall som startade med depression blir drygt hälften (55 procent) längre än de tre månader som rekommenderas för lindrigare depression, medan en dryg tredjedel (35 procent) överstiger den längsta rekommendationen på sex månader. Det förklaras delvis av att det i vissa sjukfall skett ett diagnosbyte, och när dessa exkluderas blir 43 procent längre än tre månader och 22 procent längre än sex månader. Vid byte till en diagnos inom långvarig smärta blir i stället hela 84 procent av sjukfallen längre än sex månader och 64 procent längre än ett år. I den sista kolumnen presenteras även resultatet från Tabell 2, dvs. hur det ser ut för sjukfall som startade med långvarig smärta. När diagnosen ändras från smärta till depression blir sjukfallen något kortare jämfört med tvärtom – byte från depression till smärta – men även då blir mer än hälften av sjukfallen längre än ett år.

Sannolikheten för avslut vid olika fallängder för sjukfall som startar med depression, ökar vid dag 180, vilket är den övre rekommendationen i FMB. Vid denna tidpunkt avslutas 7 procent inom 15 dagar (se Figur 20 i bilaga 1). Detsamma gäller för sjukfall som börjar med utmattning. Övriga diagnoser avslutas i ännu högre grad vid dag 180 (9 procent). Samtidigt har sjukfall som börjar med utmattning en något högre sannolikhet för avslut vid dag 365 jämfört med övriga diagnoser, 10 respektive 9 procent.

### Lika långa sjukfall vid byte mellan långvarig smärta och utmattning oavsett startdiagnos

Av de sjukfall som startar med utmattning blir 49 procent längre än sex månader och 26 procent längre än ett år (se Tabell 3). När sjukfall med diagnosbyte exkluderas minskar båda dessa andelar med 7 procentenheter

till 42 respektive 19 procent. Det innebär att diagnosbyte enbart förklarar en del av sjukskrivningslängden vid utmattning. Eftersom FMB:s övre rekommendation är ett år *eller mer* finns dock ingen tydlig rekommendation i FMB att jämföra med. Vidare är andelen som blir längre än två år 11 procent för alla sjukfall som börjar med utmattning och 7 procent för dem utan diagnosbyte.

Vid byte till långvarig smärta blir hela 66 procent av sjukfallen längre än ett år och 42 procent längre än två år, vilket är nästan samma andelar som för de som först har en smärtdiagnos och sedan byter till utmattningsdiagnos. Det innebär att sjukfall med byte mellan utmattning och långvarig smärta blir ungefär lika långa oavsett vilken diagnos som ställs först.

### Sjukfallslängd i förhållande till FMB vid specialistvård för ytterligare diagnoser

Med hjälp av Socialstyrelsens patientregister kan fler diagnoser än vad som framkommer av läkarintygen analyseras. Analysen begränsas dock av att det enbart finns data från slutenvård och specialiserad öppenvård. Det innebär att det inte framgår om patienten har besökt primärvården för andra diagnoser än sjukfallsdiagnosen. Mer än hälften av personerna med långvarig smärta, depression och utmattning fick specialistvård. Av dessa besökte 16–35 procent specialistvård för den första sjukskrivningsdiagnosen (se Tabell 13 i bilaga 1). De som inte specialistvårdats har troligen i stället erhållit läkarintyg från primärvården.

De sjukfall där olika kombinationer av långvarig smärta, depression och utmattning kan identifieras genom att samköra läkarintygsregistret och patientregistret, blir ofta mycket långa. Dock framgår att sjukfallen blir längre vid specialistvård oavsett besöksorsak (se Tabell 14 i bilaga). Vidare blir sjukfallen där specialistvården gällde samma diagnos som sjukskrivningen längre än vid besök för andra ospecificerade diagnoser. Förutom att de som får specialistvård troligtvis har svårare sjukfall, kan även väntetider eller långa utredningstider inom hälso- och sjukvården ha bidragit till att dessa sjukfall blivit längre. För sjukfall med utmattning som sjukskrivningsdiagnos blir sjukfallen längre vid specialistvård för just utmattning, jämfört med dem där besöksorsaken utgörs av långvarig smärta. En orsak till det kan vara att de personer som får specialistvård för utmattning har en särskilt svår sjukdomsbild. Det finns därför anledning att tolka resultaten avseende samsjuklighet med försiktighet.

### När personer med utmattning eller depression får specialistvård för långvarig smärta blir hälften av sjukfallen längre än ett år

Det finns en stor spridning i sjukfallslängd för de sjukfall där huvuddiagnos i det första läkarintyget är utmattning eller depression, i synnerhet för de som har specialistvårdats. Därutöver blir en stor andel längre än ett och ett halvt år. En del av förklaringen ligger troligen i att dessa personer samtidigt har andra diagnoser, då andelen långa sjukfall stiger dramatiskt vid specialistvård för en annan diagnos än sjukskrivningsdiagnosen (se Figur 22 och Figur 23 i bilaga 1 för spridningen av sjukfallslängd).

De rekommenderade sjukskrivningstiderna i FMB vid utmattning är i den akuta fasen upp till sex månader och vid kvarstående kognitiva svårigheter upp till ett år eller längre. Vid depression (diagnoskod F32) är rekommenderad sjukskrivningstid upp till tre månader vid lindrig depression och vid medelsvår till svår depression upp till sex månader. Enligt FMB bör sjukskrivning undvikas vid lindrig förstagångsdepression. I Tabell 4 redovisas andelen sjukfall som blir längre än vissa fallängder för sjukfall som började med antingen utmattning eller depression. Resultaten är grupperade efter besök i specialistvården och orsaken till besöket.

**Tabell 4 Andelen sjukfall som blir längre än en viss fallängd vid startdiagnos utmattning respektive depression (i procent). För sjukfall som startade 2014–2016**

Andel med utmattning som blir längre än	Specifik diagnos vid specialistvård			
	Ingen specialistvård (n=11 180)	Depression (n=750)	Långvarig smärta (n=943)	Annan diagnos (n=11 603)
6 veckor	82	96	93	87
3 mån	61	87	84	69
6 mån	39	79	74	51
1 år	15	65	58	30
Andel med depression som blir längre än	Ingen specialistvård (n=26 935)	Utmattning (n=2 082)	Långvarig smärta (n=3 223)	Annan diagnos (n=33 378)
6 veckor	75	97	88	79
3 mån	48	94	74	56
6 mån	25	88	62	36
1 år	8	74	47	19

Källa: MIDAS, Patientregistret.

För sjukfall med utmattning i första läkarintyget blev 15 procent av sjukfallen minst ett år om den sjukskrivna inte specialistvårdats. Om specialistvård däremot förekommit med långvarig smärta eller depression som orsak, ökar andelen till 65 respektive 58 procent. Av de sjukfall som vårdats för annan diagnos blev 30 procent längre än ett år.

När huvuddiagnos i första läkarintyget är depression och den sjukskrivna inte fått specialistvård blev 25 procent längre än den övre rekommendationen på sex månader. För sjukfall där specialistvård förekommit med smärta eller utmattning som orsak, ökar andelen till 90 respektive 70 procent. För samma diagnoser blir 74 respektive 47 procent längre än ett år. Det betyder att en stor andel av dessa sjukskrivningar blir långt längre än rekommenderad sjukskrivningstid för depression. Att sjukfallslängden överskrider rekommenderad längd i FMB kan dock ha flera orsaker. Därtill är rekommendationen inte en skarp gräns, utan sjukskrivningstiden måste kunna variera efter individuella omständigheter.

Vid långvarig smärta blir sjukfallen avsevärt längre när specialistvård för depression eller utmattning tillkommer

För sjukfall där den första diagnosen i läkarintyget är långvarig smärta, framkommer ett annat mönster än för sjukfall med diagnoserna utmattning och depression. Ungefär hälften av sjukfallen utan specialistvård avslutades inom 15–34 dagar och endast en procent blev längre än ett och ett halvt år. Andelen långa sjukfall ökar dock avsevärt av potentiell samsjuklighet med utmattning eller depression. Av dessa sjukfall blev 54 respektive 38 procent längre än ett och ett halvt år, medan motsvarande andel för de som har specialistvårdats för någon annan diagnos endast var 3 procent (se Figur 24 i bilaga 1 för spridningen av sjukfallslängden).

Rekommenderad sjukskrivningslängd i FMB skiljer sig åt mellan de diagnoser som ingår i den definition av långvarig smärta som används i denna analys.<sup>28</sup> Alla diagnoser som ingår finns inte heller i FMB. Även om det inte finns en gemensam övre gräns för hela diagnosgruppen redovisas i Tabell 5 andelen sjukfall som blivit längre än vissa falllängder utifrån orsaken till specialistvård. Därmed får vi en bild av vad som händer med sjukfallslängden när det finns andra samtidiga eller närliggande diagnoser.

**Tabell 5** Andelen sjukfall som blir längre än en viss falllängd vid startdiagnos inom långvarig smärta (i procent). För sjukfall som startade 2014–2016

Andel som blir längre än	Specifik diagnos vid specialistvård			
	Ingen specialistvård (n=42 281)	Utmattning (n=372)	Depression (n=1 671)	Annan diagnos (n=51 495)
6 veckor	44	89	82	58
3 mån	22	83	70	36
6 mån	10	76	60	21
1 år	3	65	48	9

Källa: MiDAS, Patientregistret.

Vid sjukskrivning för långvarig smärta, men utan specialistvård, blev 10 procent längre än sex månader. Detta kan jämföras med sjukskrivningarna för depression och utmattning utan specialistvård, där 40 respektive 24 procent blev längre än sex månader (se Tabell 4). Dock ökar sjukfallslängden med samsjuklighet även vid långvarig smärta. När specialistvård förekommit för utmattning eller depression, ökar andelen sjukfall som blev längre än sex månader till hela 76 respektive 60 procent. Endast 3 procent av sjukfallen utan specialistvård blev längre än ett år, medan motsvarande andel vid specialistvård för utmattning var 65 procent och vid depression 48 procent. Detta liknar resultatet för det omvända förhållandet i tabell 4, där besöket i specialistvården gällde långvarig smärta.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det är vanligt med såväl byten mellan olika huvuddiagnoser som specialistvård för ytterligare diagnoser. I

<sup>28</sup> Det finns ingen samstämmig definition av ”långvarig smärta”. Se Tabell 6 i bilaga 1 för vilka diagnoser som ingår och rekommenderad sjukskrivningslängd för dessa.

vissa fall kan orsaken vara svårigheten att diagnosticera snarare än sam-sjuklighet, vilket gör att den första diagnosen byts ut och att besöket i specialistvården därmed gäller en annan diagnos. Samtidigt ser vi i den första analysen av de nya läkarintygen vi genomfört att det även är vanligt förekommande med flera diagnoser i samma intyg.

Analysen tyder på att sjukfallen blir avsevärt längre vid både diagnosbyten och specialistvård av annan orsak än den första sjukskrivningsdiagnosen. Det är därför viktigt att ta hänsyn till om fler diagnoser kan kopplas till sjukfallet när sjukfallslängder studeras. Det framkommer även att sjukfall med en kombination av långvarig smärta och utmattning eller depression blir ungefär lika långa oavsett bytets riktning, eller vilken diagnos som står i läkarintyget och vilken som är orsaken till specialistvård.

Eftersom analysen utgår från diagnoser som kan vara särskilt komplexa och därmed svårbedömda, är det varken konstigt eller fel att det finns en stor spridning i sjukfallslängderna, som inte heller koncentreras kring rekommenderad övre längd i någon stor utsträckning. Men även utan diagnosbyte eller specialistvård blir många sjukfall längre än vad som rekommenderas i FMB. Detta kan ha flera orsaker eftersom varje fall ska bedömas individuellt när det gäller såväl nedsättning som arbetsuppgifter. Även väntetider till eventuell behandling, och inte bara sjukdomen i sig, kan bidra till längre sjukskrivningstider. Det går därför inte att säga hur stor följsamheten till rekommendationerna ”borde vara”. Ytterligare en förklaring kan vara att det finns flera samtidiga diagnoser som inte framgår av intygsregistret. Av sjukfallen med en psykisk diagnos som huvuddiagnos har nästan 40 procent minst en bidiagnos.<sup>29</sup>

## Effekter av uppdateringen av FMB för psykiska diagnoser

I januari 2017 uppdaterades beslutsstödet för psykiska sjukdomar. Uppdateringen innefattade förändringar av sjukskrivningstider, där partiell sjukskrivning nu rekommenderas i högre grad än tidigare som alternativ till heltidssjukskrivning. Dessutom utökades informationen om funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och rehabilitering för flera av diagnoserna.

Det efterfrågas ett stärkt stöd, inte minst inom handläggningen, för de psykiska diagnoserna, och uppdateringen hade delvis ett sådant syfte. Därför har en fördjupad analys gjorts av eventuella effekter av det uppdaterade beslutsstödet. Fördjupningen innefattar dels ett antal frågor som ställdes i enkäten riktad till handläggare och FMR, dels registerstudier där sjukfallslängder och omfattning före och efter uppdateringen har analyserats. Förändringar i sjukfallslängder över tid kan bero på fler faktorer än uppdateringen av FMB. Därför jämförs utvecklingen av de psykiska diagnoser som ingår i FMB, och som därmed uppdaterats, dels med de psykiska diagnoser

---

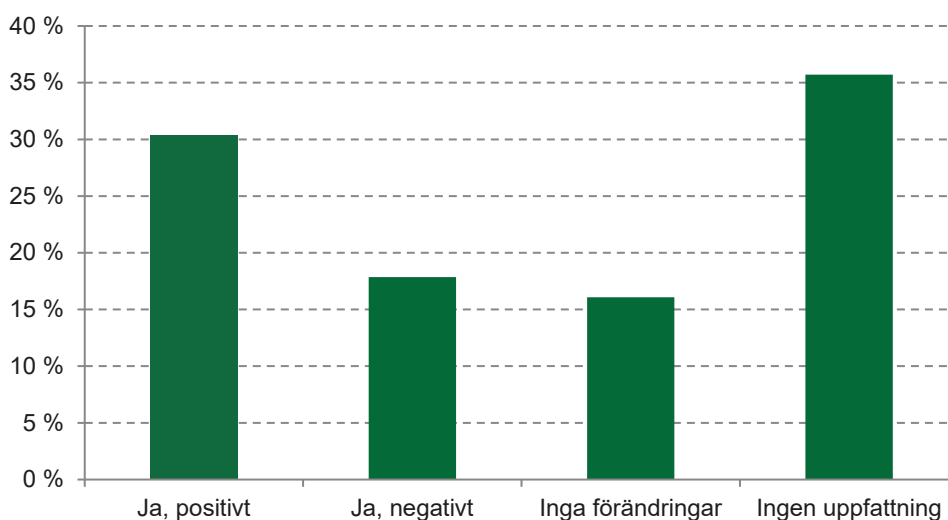
<sup>29</sup> Se bilaga 1, Registerstudier, Nya intyg, för en redogörelse av resultaten från de nya intygen.

som inte ingår i FMB, dels med övriga diagnoskapitel. På så sätt kontrollerar vi för eventuella generella effekter.

### Små förändringar för handläggarna efter uppdateringen

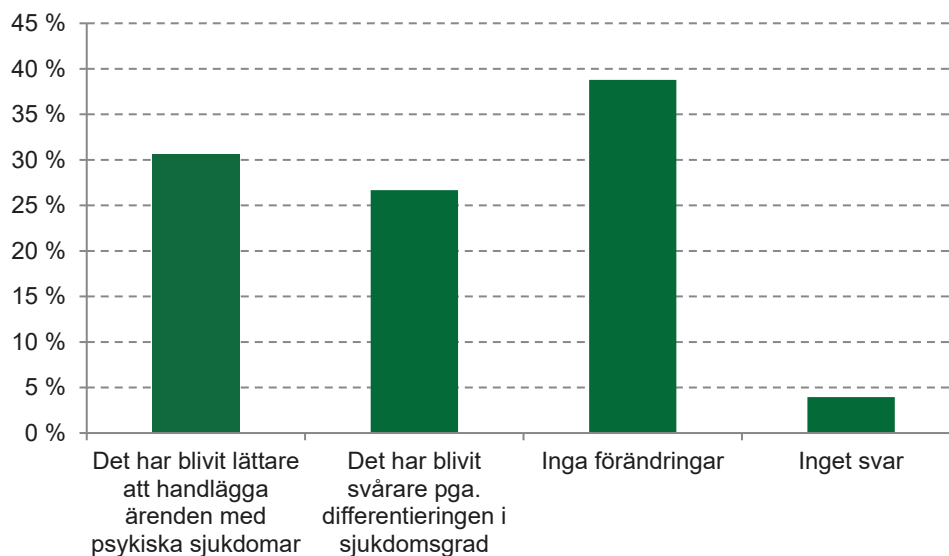
Det ställdes en fråga i enkäten om FMR upplevde att det uppdaterade beslutsstödet har påverkat handläggarens arbete, och om förändringen i så fall varit positiv eller negativ. Till handläggarna ställdes en fråga om uppdateringen underlättat eller försvårat för dem i handläggningen.

**Figur 8** Upplever du som FMR att förändringarna i beslutsstödet har påverkat handläggarens arbete? (n=56)



Som framgår av Figur 8 anger de flesta FMR att de inte har någon uppfattning om förändringarna i beslutsstödet har påverkat handläggarnas arbete. Samtidigt är det en större andel som anser att uppdateringen har haft en positiv inverkan på handläggarnas arbete (30 procent), än de som anser att den påverkat deras arbete negativt. De som är av den senare uppfattningen utgör dock en relativt stor andel (18 procent). En nästan lika stor andel (16 procent) anser att uppdateringen inte inneburit några förändringar för handläggarna i deras arbete.

**Figur 9** På vilket sätt har förändringarna i FMB påverkat ditt arbete som handläggare? (n=330)



En större andel handläggare än FMR uppfattar att uppdateringen inte har inneburit några förändringar (39 procent). Detta kan till viss del förklaras av att det endast är fyra procent av FMR som inte har svarat på frågan, medan elva procent av handläggarna började sin anställning efter uppdateringen och därmed inte kan besvara frågan. Bland de som uppfattar att uppdateringen har inneburit förändringar anser en något större andel att differentieringen i sjuksgrad har gjort det lättare att handlägga ärenden med psykiska sjukdomar, jämfört med de som upplever att det har blivit svårare – 31 respektive 27 procent.

#### Sjukfallen har blivit kortare för psykiska diagnoser oavsett om de uppdaterats eller inte

Både medianen och avståndet mellan de 25 procent kortaste och de 25 procent längsta sjukfallen har minskat mellan 2016 och 2017. Det gäller både psykiska diagnoser totalt sett och övriga diagnoskapitel, och i liknande omfattning för både kvinnor och män (se Tabell 15 i bilaga 1). Även om medianen har minskat mer för psykiska diagnoser än för övriga diagnoskapitel, har den minskat i ungefär samma omfattning för de psykiska diagnoser som omfattas av FMB som för de psykiska diagnoser som inte omfattas.<sup>30</sup> Däremot har kvartilavståndet minskat mer för uppdaterade diagnoser.

Det finns dock en stor spridning i hur sjukfallslängderna har utvecklats var för sig för diagnoserna som ingår i FMB, vilket delvis skulle kunna förklaras av att rekommendationerna har förändrats på olika sätt (Tabell 16 i bilaga 1). Medan medianen har minskat för 14 av 16 diagnoser<sup>31</sup>, med mellan 2 och 42 procent, har sjukfallslängderna ökat för diagnoserna social fobi och alkoholberoende. Samtidigt har avståndet mellan de 25 procent

<sup>30</sup> Se Tabell 18 för förändringen för varje diagnoskapitel.

<sup>31</sup> Förändringarna för bulimi analyseras inte då antalet sjukfall per år är för lågt.

kortaste och de 25 procent längsta sjukfallen minskat för 14 av 16 diagnoser med 1–39 procent och ökat med 2–3 procent för ADHD och psykotiska syndrom.

### Antal startade sjukfall har minskat mer för diagnoser med rekommendationen ”Sjukskrivning bör undvikas”

I uppdateringen har rekommendationen ”Sjukskrivning bör undvikas” tillkommit för vissa specifika situationer eller typfall för 13 av diagnoserna. Detta skulle kunna ha lett till en viss minskning i antal startade sjukfall för dessa diagnoser. Resultaten visar också att antalet sjukfall för de 13 diagnoserna med denna rekommendation har minskat med 6 procent, medan sjukfall inom övriga psykiska diagnoser har minskat med 2 procent (se Tabell 17 i bilaga 1).

När utvecklingen undersöks för varje enskild diagnos ser vi att antalet startade sjukfall har minskat för 11 av de 13 diagnoserna, med mellan 2 och 31 procent. Antalet sjukfall med diagnosen anpassningsstörning har i stället ökat med 45 procent, medan bulimi har för få sjukfall för att det ska vara möjligt att uttala sig om en förändring. En minskning har dock även skett för två av de fyra diagnoser som inte fått rekommendationen om att undvika sjukskrivning. Sammantaget innebär det att rekommendationen skulle kunna ha haft viss effekt, men utvecklingen kan också ha andra orsaker.

### Partiell sjukskrivning under sjukfallets gång har ökat mer inom uppdaterade diagnoser

Ytterligare en uppdatering i FMB innebär att partiell sjukskrivning nu rekommenderas för alla psykiska diagnoser i FMB, utom för psykotiska syndrom (F20-F29). Därför undersöks om partiell sjukskrivning har blivit vanligare efter uppdateringen. Av resultatet framgår att en något större andel blev partiellt sjukskrivna för diagnoser där en rekommendation om partiell sjukskrivning tillkommit (se Tabell 19 i bilaga 1). För denna grupp har andelen som blev partiellt sjukskrivna ökat med 4 procentenheter, från 49 till 53 procent.<sup>32</sup> Andelen för psykiska diagnoser som inte fått denna rekommendation har också ökat, men i något lägre grad, från 49 till 51 procent.

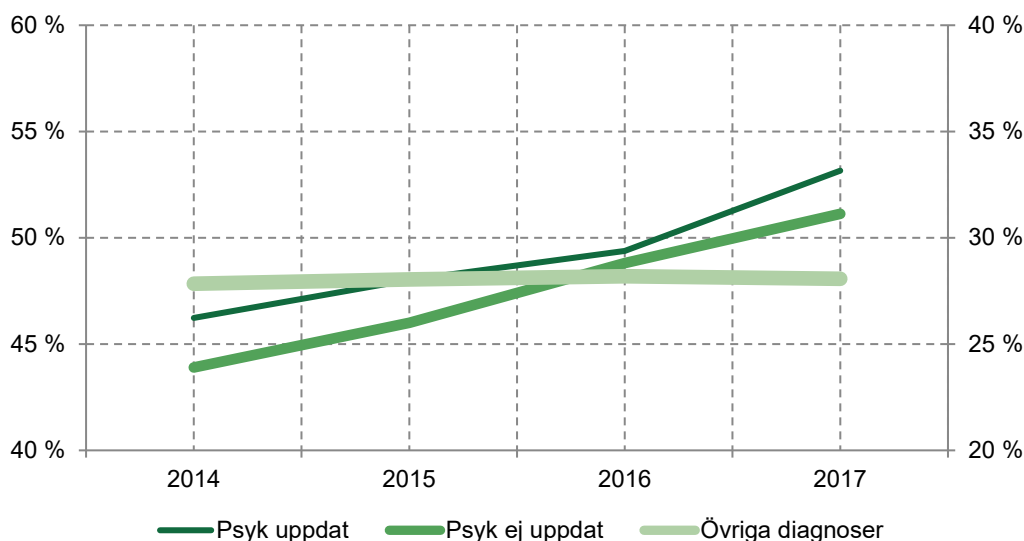
I Figur 10 redovisas andelen sjukfall med partiell sjukskrivning någon gång under samma år som sjukfallet startade (för att kunna jämföra årsvis). Genom att undersöka utvecklingen under flera år kan vi se om ökningen pågick även innan uppdateringen av FMB, vilket skulle tyda på att ökningen har andra orsaker.

---

<sup>32</sup> Detta är en underskattning eftersom enbart partiell sjukskrivning samma år som startåret undersöks. Av de sjukfall som startade 2016 var omfattningen partiell i 55 procent av sjukfallen, om det inte sätts någon gräns för när omfattningen ska ha blivit partiell.



**Figur 10 Andelen sjukfall med partiell sjukskrivning någon gång under samma år. För sjukfall som startade 2014–2017\***



Källa: MIDAS, Läkarintygsregistret.

\*Beskurna skalor och psykiska diagnoser på vänster axel, övriga diagnoskapitel på höger axel.

Andelen sjukfall med partiell sjukskrivning någon gång i sjukfallet har ökat årligen sedan 2014, både för de diagnoser som uppdaterats i FMB och för de som inte uppdaterats. För de uppdaterade diagnoserna var dock ökningen något större mellan 2016 och 2017 än tidigare. För övriga diagnoskapitel har det totalt sett inte skett någon förändring alls; nivån har legat stabilt på 28 procent för de sjukfall som någon gång hade partiell sjukskrivning under samma kalenderår som sjukfallet startade.

Partiell sjukskrivning är något vanligare bland kvinnor, men ökade med 4 procentenheter för både kvinnor och män mellan 2016 och 2017 för de diagnoser som uppdaterats i FMB. Däremot är ökningen en procentenhet större för män med övriga psykiska diagnoser (se Tabell 20 i bilaga 1). Även om det är mycket små förändringar tyder detta på att uppdateringen kan ha haft viss effekt på omfattningen av partiell sjukskrivning, samtidigt som det inte går att utesluta att det kan finnas andra orsaker till ökningen över tid.

#### Majoriteten av de uppdaterade diagnoserna har haft en ökning av partiell sjukskrivning

Av de 15 diagnoser där FMB nu i vissa fall rekommenderar partiell sjukskrivning – och det finns tillräckligt många sjukfall för att kunna uttala sig om en förändring – har andelen sjukfall med partiell sjukskrivning ökat för 13 diagnoser. Störst förändring skedde för diagnosen anorexia, där andelen sjukfall med partiell sjukskrivning har ökat från 28 till 40 procent. Samtidigt har andelen med partiell sjukskrivning minskat vid drogberoende och förblivit oförändrad för social fobi (se Tabell 21 i bilaga 1 för utvecklingen för alla diagnoser som uppdaterats).

Sammantaget visar resultaten när det gäller utvecklingen av antal, omfattning och sjukfallslängd, efter själva uppdateringen, att sjukfall med psykiska diagnoser som uppdaterats i FMB liknar sjukfall med övriga psykiska diagnoser. Däremot ser vi lite större förändringar för de psykiska diagnoser som fått nya rekommendationer. För dessa diagnoser har antal startade sjukfall minskat något mer och andelen med partiell sjukskrivning ökat något mer, jämfört med de diagnoser som inte uppdaterats. Det framkommer även att efter uppdateringen ökade andelen partiellt sjukskrivna mer för de diagnoser som omfattades av uppdateringen, jämfört med de diagnoser som inte gjorde det. Den årsvisa ökningen mellan 2014 och 2017 var däremot någorlunda stabil för övriga psykiska diagnoser.

Sjukfallslängderna har minskat i liknande grad för både psykiska diagnoser i FMB och övriga psykiska diagnoser. De är dock svåra att analysera för en begränsad tid eftersom de pågår under långa perioder och därför kan påverkas av flera faktorer som förändras över tid. Att sjukfallen har blivit kortare för psykiska diagnoser beror troligtvis till viss del på regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 och den förstärkning av handläggningen som Försäkringskassan påbörjade under 2015. Detta har sannolikt lett till att fler sjukfall avslutas vid tidsgränserna i rehabiliteringskedjan. Av Försäkringskassans utgiftsprognos framgår att varaktigheten hos sjukfall med psykiska diagnoser minskade som mest mellan 2016 och 2017, medan övriga diagnoser började minska redan ett år tidigare.<sup>33</sup>

Uppdateringen av FMB innebar en differentiering av rekommenderad sjukskrivningslängd i såväl kortare som längre rekommendationer. Det gör det svårt att se vad den totala effekten på sjukfallslängden skulle bli. Sammanfattningsvis är det svårt att dra slutsatsen att uppdateringen av FMB haft en stor effekt på den utveckling vi ser, inte minst med tanke på att det gått relativt kort sedan uppdateringen skedde. Därtill kan exempelvis såväl forskning som den allmänna diskursen ha påverkat både FMB och sjukvården direkt.

## Uppfattning om graden av styrning och betydelse för kvalitet

FMB tillkom bland annat för att utgöra ett stöd i arbetsprocessen för sjukskrivande läkare och Försäkringskassans handläggare. I tidigare undersökningar har det dock framkommit en del kritik från läkare om hur rekommendationerna i beslutsstödet tillämpas inom Försäkringskassans handläggning (se exempelvis Alexanderson m.fl. 2018). Samtidigt har bland annat Riksrevisionen lyft potentiella rättssäkerhetsrisker med avvikelser från rekommendationerna (Riksrevisionen 2018b).

Vägledningen till Försäkringskassans handläggare i hur de ska tillämpa beslutsstödet har också förändrats över tid. FMB skrevs in i vägledningen

---

<sup>33</sup> Försäkringskassans utgiftsprognos 2018-11-26.

som beslutades 22 februari 2008.<sup>34</sup> Då betonades att FMB inte är ett beslutsunderlag för bedömningen av rätten till sjukpenning i det enskilda fallet, men att det kan användas som en impuls till utredning.

*Socialstyrelsen har tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd med rekommendationer om hur lång sjukskrivning som i normalfallet behövs för olika sjukdomstillstånd. Beslutsstödet är inte ett beslutsunderlag för bedömningen av rätten till ersättning i det enskilda fallet. Däremot kan Försäkringskassan använda beslutsstödet som en impuls till utredning. Det kan till exempel vara ett stöd för att kunna ställa relevanta frågor till den intygsskrivande läkaren i de fall hon eller han har gjort avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid. (Avsnitt 7.1, s. 36)*

Vidare framhölls i vägledningen att de rekommenderade sjukskrivningstiderna är *vägledande* för bedömningarna, som ska vara individuella och utgå från enskilda individers unika tillstånd. Det innebär att rekommendationerna om sjukskrivningstider inte kan användas som motivering vid beslut om avslag eller indragning av sjukpenning (avsnitt 8.3.2, s. 64–65).

I nuvarande vägledning (2015:1, version 8) har dessa skrivningar utgått. I stället framgår att:

*När läkaren sjukskriver en försäkrad ska han eller hon utgå från Socialstyrelsen försäkringsmedicinska beslutsstöd. Du som handläggare kan också få information i beslutsstödet om olika diagnosers behandlingsalternativ och förväntade sjukskrivningslängder [...]. (Avsnitt 15.2.5, s. 242).*

Mot bakgrund av detta ställdes ett antal frågor till handläggare och FMR i enkäten om hur de uppfattar graden av styrning i förhållande till rekommendationerna och om det har förändrats över tid. Då FMR har insyn i och överblick över handläggningen, ställdes även en fråga om de uppfattar graden av styrning som positiv eller negativ.

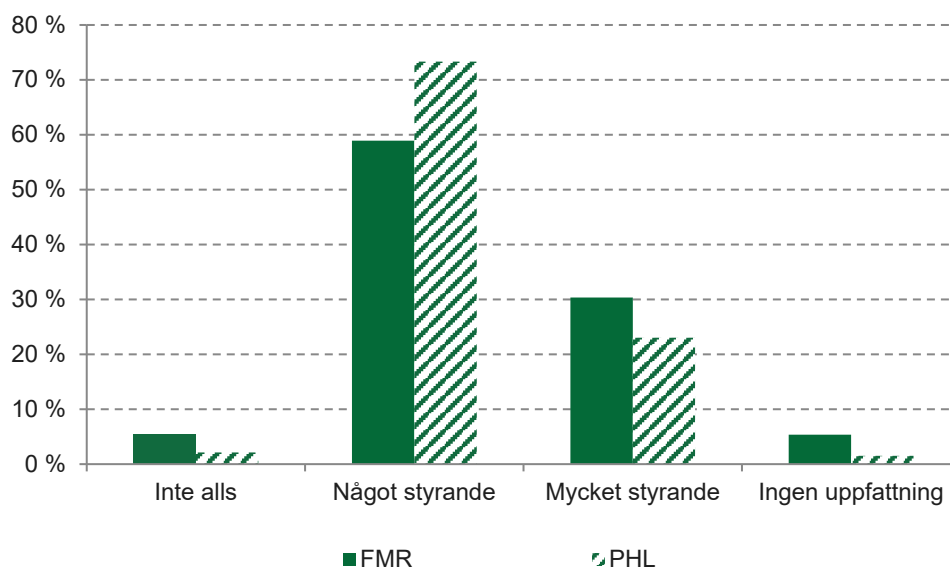
**Majoriteten uppfattar rekommendationerna i FMB som styrande**

På frågan om hur styrande rekommendationerna om sjukskrivningstider är, svarar en majoritet av handläggarna och FMR att de är ”något” styrande, 73 respektive 59 procent, (se Figur 11). Det är en relativt liten andel som anser att rekommendationerna inte alls är styrande, två procent av handläggarna och fem procent av FMR.

---

<sup>34</sup> Se avsnitt 7.3.2 (fält 9), 7.2.2 (läkarens utfärdande av intyg) och 13.2.2. Se även avsnitt 7.1, 7.3.3 (fält 4), 7.4.3, 8.3.2 och 18.2.4 i Försäkringskassans vägledning för sjukpenning.

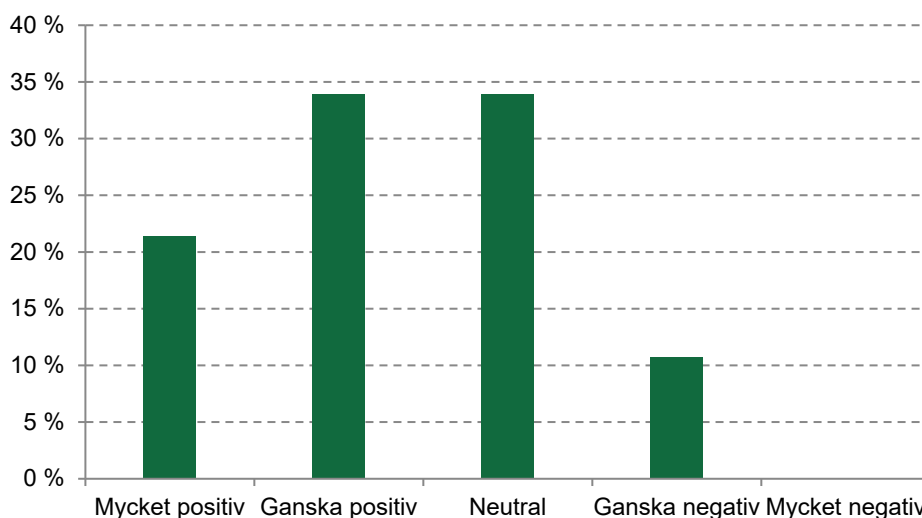
**Figur 11** Hur styrande upplever du att rekommendationerna om sjukskrivningstider/omfattning är i handläggningen? (n=330 PHL och 56 FMR)



Handläggare och FMR ger en relativt samstämmig bild av hur man uppfattar att styrningen har förändrats över tid. En majoritet, 61 procent av FMR och 50 procent av handläggarna, anser att det inte har skett någon förändring. Bland de som anser att det har skett en förändring är det en större andel som menar att rekommendationerna har blivit mer, inte mindre, styrande (se Figur 32 i bilaga 1).

Som framgår av Figur 12 är samtidigt en majoritet av FMR mycket positiva eller ganska positiva till graden av styrning. Endast 11 procent anger sig vara ganska negativa.

**Figur 12** Hur upplever du som FMR graden av styrning som avses i fråga 4?<sup>35</sup> (n=56)



I de följdkommentarer som lämnats till denna fråga framkommer i huvudsak två teman. Det första temat utgörs av det faktum att rekommendationerna är just rekommendationer och att det är ”viktigt att inte likställa med styrande”, vilket många FMR uppfattar att handläggare gör. Så här skriver en FMR:

*Den rekommenderade sjukskrivningstiden tenderar ofta att väga tyngre än de enskilda uppgifterna om sjukdom (DFA) hos den försäkrade – man ser då oönskade svängningar åt båda håll; dels mer generös tillämpning av försäkringen, dels motsatsen.*

En FMR menar också att många handläggare ser beslutstödet som en regel som ger dem rätt att avslå längre sjukskrivningar.

*Många handläggare ser inte beslutstödet som en rekommendation, utan som en regel som ger dem rätt att avslå längre sjukskrivningar, ibland t.o.m. utan att komplettera med sjukskrivande läkare.*

### Brist på flexibilitet i rekommendationerna i FMB

Det andra temat i följdkommentarerna till frågan om styrning berör svårigheter för handläggare att väga samman olika information i förhållande till FMB. Det kan exempelvis handla om situationer där den försäkrade har fler än en diagnos än en, när det har uppstått komplikationer efter operationer, eller om det finns en speciell rehabiliteringstid. FMB beskrivs i dessa sammanhang inte vara tillräckligt verklighetsanknutet.

<sup>35</sup> Dvs. Hur styrande upplever du att rekommendationerna om sjukskrivningstider/omfattning är i handläggningen?

*De ärenden jag har att ta ställning till är när det uppstått komplikationer av någon art i vårdförloppet. Då blir rekommendationerna alldeles för snäva. De rekommendationer som finns beskriver oftast en idealsituation där en person som är helt frisk får en sjukdom som åtgärdas enligt en optimal/perfekt vårdåtgärd. Verkligheten är i de flesta fallen inte sådan. Anar att de som författar dessa rekommendationer är långt från den kliniska vardagen och beskriver ett önsketänkande.*

Bland de öppna svaren finns även kommentarer om att beslutsstödet för det mesta är positivt, att det kan ge möjlighet till eftertanke om själva funktionsnedsättningen och aktivitetsbegränsningen, men också att det behöver uppdateras i relation till aktuell vetenskaplig evidens.

Även i fokusgrupperna lyfts att beslutsstödet inte tar hänsyn till att personer är olika och tål olika belastning

*Någon tar en motgång med en klackspark och kämpar på och någon annan, klappar ihop. Eh, utan att vara psykiskt sjuk. Och det här beslutsstödet, det är lite som en kakform, eh, alla är stöpta lika. Så att ibland känns det som det här beslutsstödet är väldigt, det är det som gäller, och det finns inga, ingen flexibilitet. Och det, det kan vi uppleva att det inte är ett beslutsstöd utan att det liksom ska vara, så ska det vara. (läkare, Stockholm)*

Bristen på flexibilitet blir särskilt problematisk då det samtidigt blivit allt svårare att motivera för Försäkringskassan varför vissa personer kan behöva längre tid än vad som rekommenderas i beslutsstödet (se exempelvis läkare, Stockholm, c62). Andra läkare framhåller samtidigt att det är rimligt att man skriver lite mer utförligt i intyget om man ser att sjukskrivningen blir längre än vad rekommendationen säger (se exempelvis läkare, Malmö).

I fokusgrupperna framhåller handläggare att hur man använder beslutsstödet också kan ha att göra med vilken yrkeserfarenhet man har.

*Alltså, många särskilt kanske nya, eh, nya handläggare har ungefär att liksom beslutsstödet är just skrivet i sten. Jag ser det närmast tvärtom, jag tittar på beslutsstödet under förutsättning att liksom saker och ting är komplett. Då använder jag snarare beslutsstödet som ett stöd för att bevilja en sjukpenning [...]. (handläggare, Stockholm)*

Citerad handläggare beskriver att FMB kan vara ett stöd exempelvis när det saknas tillräcklig information i läkarintyget om aktivitetsbegränsningen. Då kan informationen i beslutsstödet bekräfta att det är normalt med en viss tids sjukskrivning på heltid vid en viss typ av arbete. FMB används alltså till att täcka upp för ofullständigheter i intyget, vilket kan minska behovet av att begära kompletteringar. Samtidigt lyfter handläggaren också att det finns en risk att handläggarna inte tillämpar beslutsstödet enhetligt när det används på det sättet (ibid).

Handläggare påpekar att det finns skillnader i hur man använder FMB beroende på vilken typ av ärenden man utreder. De handläggare som handlägger kortare sjukfall med säker prognos (s.k. kundflöde 2) tar tydligare utgångspunkt i FMB. När det gäller de längre och mer komplexa sjukfallen (s.k. kundflöde 3) är tillämpningen av FMB inte lika tydlig (exempelvis handläggare, Malmö).

### Styrning utifrån och tillämpning av FMB varierar

I fokusgrupperna framkommer att handläggare (exempelvis Umeå) fått instruktioner om att de verkligen måste utgå från FMB, som en konsekvens av Riksrevisionens (2018b) granskning.

*Ja, och att man har gjort en utredning på det och tittat, att vi har gjort felaktiga bedömningar och tittat för sällan och kompletterat för sällan. Så det är ett uppdrag nu att vi ska titta ... Och så har det varit hela tiden också men nu är det verkligen fokus på det att vi ska titta, och är det avsteg och inga motiveringar, då ska vi komplettera det. (handläggare, Umeå)*

När det gäller de psykiska diagnoserna lyfts det samtidigt som ett problem att rekommendationen för exempelvis utmattning är ”sex månader eller längre”, vilket leder till att läkare sjukskriver sex månader ”i ett sjuk”. Det uppfattas få ”motsatt effekt” till vad FMB syftar till (exempelvis läkare Umeå). Användningen av beslutsstödet kan alltså leda till längre sjukskrivningsperioder än vad som egentligen hade varit nödvändigt eller önskvärt, inte minst för individen i fråga.

En annan fråga som lyfts är att i de fall läkaren inte förmår motivera avsteg från FMB (trots att patienten kanske de facto behöver en längre sjukskrivning), blir läkarens formuleringsförmåga avgörande för patientens försörjning:

*Och det är ju ett jättekämbryllare, just att bara för att man har en läkare som inte kan formulera det som egentligen behöver formuleras, så får man inga pengar. (läkare, Malmö)*

Det är med andra ord inte FMB i sig som är ”problemet” i dessa situationer, utan snarare tillämpningen av beslutsstödet. Handläggare framhåller också att det är en balansgång att ifrågasätta varför läkaren frångår rekommendationerna – exempelvis när en akut stressreaktion är inne på den tredje månaden – eftersom Försäkringskassan inte ska ifrågasätta läkarens diagnos (handläggare, Umeå).

Ytterligare en aspekt av tillämpningen av FMB är att beslutsstödet ibland kan vara orsaken till att en diagnos förändras, eftersom en annan diagnos, enligt FMB, medger en längre sjukskrivning.

*Men ibland kan det också vara så att diagnosen ändras på grund av systemet. Man kanske från början får någon lite mera så där slaskdiagnos, blandade ångest-, depressionstillstånd eller så. Men*

*sedan så är det ju så att om man har diagnosen utmattningssyndrom, då kan man vara sjukskriven längre tid. Det vet alla läkare. (läkare, Umeå)*

Sammanfattningsvis uppfattas det som problematiskt att det är otydligt hur styrande rekommendationerna bör vara i tillämpningen av FMB. Detta gäller såväl inom vården som i handläggningen. Handläggarna får signaler om att följsamheten behöver stärkas, till exempel som en konsekvens av Riksrevisionens senaste granskningsrapport (Riksrevisionen 2018b), samtidigt som det finns ett behov av individanpassning. Det framkommer också att handläggarnas yrkeserfarenhet påverkar hur FMB används och med vilken flexibilitet.

## Identifierade utvecklingsbehov

I detta avsnitt ges en bild av vad handläggare och FMR anser är viktigast för att utveckla FMB. Synpunkterna kommer från enkäten i huvudsak, men även från resonemang i fokusgrupperna. Utöver en förbättrad sökbarhet på Socialstyrelsens webbplats för beslutsstödet, ökad tydlighet och fler uppdateringar, återkommer även kommentarer om graden av styrning. När det gäller diagnoser som saknas i FMB är önskemål om beslutstöd för ME/CFS (kroniskt trötthetssyndrom) starkt återkommande bland FMR, medan handläggarna främst önskar fler diagnoser generellt.

### Sökbarhet

I början av 2018 lanserade Socialstyrelsen ett nytt tekniskt gränssnitt(API) för att tjänsteutvecklare ska kunna hämta information från FMB och implementera i sina egna tjänster. I samband med denna lansering flyttades FMB över till en ny webbplats som använder det nya gränssnittet. Syftet med gränssnittet och webbplatsen var att öka sökbarheten på den interna webbplatsen och i externa sökmotorer.

Såväl FMR som handläggare fick i enkäten frågan om vad som är viktigast i utvecklingen av FMB för att det ska utgöra ett bra stöd i arbetet. Bland handläggarna är det mest förekommande svaret att sökbarheten på Socialstyrelsens webbplats behöver förbättras. Att det har blivit sämre sedan sidan gjordes om i februari 2018 är också en återkommande uppfattning.

*Utformningen av Socialstyrelsens nya webbsida är inte funktionell. Sökfunktionen i beslutsstödet har alltid varit svårmanövrerad, nu ännu svårare.*

*Måste ses över så att det blir enkelt att söka på diagnoskoder, diagnoser för att snabbt få fram symtom, aktivitetsbegränsningar, rehabilitering, behandling, prognos, vad man bör undvika, etc. Detta är oerhört viktigt för att vi ska kunna hantera det ökade antal sjukfall vi har idag, det måste vara enkelt och snabbt. Behöver åtgärdas omgående!*



På den tidigare webbplatsen fanns listor över sökbegrepp och diagnoskoder som hörde till specifika diagnoser, men som egentligen inte var en del av FMB. Dessa har inte varit möjliga att implementera på nya webbplatsen, även om det fortfarande går att söka på diagnoskoder. Möjligen kan detta vara en av orsakerna till att handläggarna uppfattar att det har blivit svårare att navigera på webbplatsen. Även i fokusgrupperna framkommer kritik från handläggarna om att det har blivit svårare att hitta i FMB.

*Nej, men det har blivit ett annat utformande i ... där man ... Där vi går in och söker. Det är färre diagnoser upplever jag [...].  
(handläggare, Malmö)*

I enkätsvaren framhåller även FMR att sökbarheten på hemsidan behöver bli bättre, så att den till exempel tillåter en direkt koppling från aktuell diagnoskod till FMB, men det är inte en lika dominerande synpunkt som i handläggarnas svar.

### Fler diagnoser, ökad tydlighet och fler uppdateringar av FMB

Handläggarna efterfrågar fler diagnoser generellt i beslutsstödet: ”Jag förstår inte varför man inte har med alla. Det skulle underlätta så himla mycket för alla handläggare.” Generellt bättre täckningsgrad i beslutsstödet efterfrågas även av FMR.

Vidare uttrycker såväl handläggare som FMR en önskan om ökad tydlighet i beslutsstödet. Det gäller till exempel normaltider för sjukskrivning för olika tillstånd, inte minst inom diagnoser med stor spännvidd i rekommenderade sjukskrivningstider, och vilka statusfynd som kan ses vid olika tillstånd. Samtidigt lyfts svårigheter med en sådan ökad tydlighet.

*En tendens till mer diffus vägledning tycker jag mig ha sett på en del psykiatriska diagnoser. Det är ju en balansgång att sträva efter rimliga tydliga tidsgränser på ett generellt plan och samtidigt förmedla betydelsen av individuella omständigheter. Det får dock inte bli ”urvattnat” och alltför töjbart.*

Det efterfrågas också en förbättrad och mer aktuell vetenskaplig förankring, exempelvis för rekommendationer om behandling, rehabilitering och prognos. Detta beskrivs till exempel som att FMB behöver vidareutvecklas och kontinuerligt uppdateras utifrån aktuell och relevant forskning för att kvalitetssäkra beslutsstödet.

### Diagnoser som FMR och handläggare saknar i FMB

En majoritet av FMR, 63 procent, anser att FMB behöver kompletteras med fler diagnoser. Bland handläggare är motsvarande andel 50 procent (se Figur 31 i bilaga 2). I de öppna svaren är ME/CFS en diagnos som återkommande efterfrågas av FMR, liksom tydligare rekommendationer för utmattnings- och mer övergripande för psykiska sjukdomar.

*Det tillkommer alltid nya inlediagnoser. När jag började fanns whiplash, fibromyalgi, sen kom utmattning i olika former (utbränd, vidbränd, utmattningsdepression och utmattningssyndrom). Nu finns också ME, kroniskt trötthetssyndrom. Det kommer alltid behövas riktlinjer och rekommendationer för få en enhetlig bedömning.*

Även bland handläggare nämns ME/CFS, men inte lika återkommande som bland FMR. Handläggarna efterfrågar i likhet med FMR förstärkning inom de psykiska diagnoserna. De önskar förtydliganden inom de diagnoser som finns, men även rekommendationer för fler diagnoser: ”Händer ofta att läkare anger diagnos vid psykiska diagnoser som inte finns beskrivna i FMB.” När det gäller förtydliganden nämns specifikt behovet av att förtydliga skillnader mellan snarlika diagnoser.

*Vissa diagnoser liknar andra. Det blir svårt att särskilja ”reaktion på svår stress” från ”akut stressreaktion” eftersom bara den senare finns i FMB. Det gäller även ”blandade ångest- och depressionstillstånd” som är vanligt förekommande i läkarintyg, men endast ångest eller depression under andra diagnoser finns beskrivna i FMB. I min mening vore det bra om både läkare och Försäkringskassan skulle kunna förhålla sig till dessa snarlika diagnoser. Min upplevelse är att det förekommer att läkare använder andra diagnoser som inte finns i beslutsstödet för att undvika att svara eller förhålla sig till Socialstyrelsens FMB.*

Det mest förekommande svaret bland handläggarna är dock önskemål om fler diagnoser i beslutsstödet. Handläggarna beskriver att de ofta söker i FMB utan att hitta information om den diagnos de söker.

### Tillämpningen av FMB

I handläggarnas svar i enkätundersökningen framträder två teman som berör hur de använder sig av FMB och hur de uppfattar att läkarna använder det. När det gäller det första temat handlar svaren om vikten av att FMB betraktas som ett stöd och inte som en princip som måste följas.

*Kanske informera tydligare till handläggare att det är ett stöd och inte ett facit. Kan ibland se kollegors kommunikation med läkare där man skriver på ett sätt som kan vara ganska ifrågasättande och där man tar FMB som intäkt för att ifrågasätta läkarens bedömning. Upplever detta som besvärande och det underlättar inte i dialogen med vården.*

Tidigare studier (Alexanderson m.fl. 2017a) visar också att läkare upplever svårigheter i dialogen med Försäkringskassan när deras bedömningar ifrågasätts.

Detta tema anknyter dessutom till frågan om graden av styrning och risken att rekommendationerna tenderar att bli för styrande i handläggningen, vilket är en synpunkt som lyfts både i enkätsvaren och i fokusgrupperna.

Det andra temat är på ett sätt spegelbilden av det första, och handlar om att läkare, enligt handläggarnas mening, inte alltid tillämpar FMB i tillräckligt stor utsträckning eller på rätt sätt. Handläggarna föreslår därför att FMB tydligare behöver förankras inom hälso- och sjukvården.

*Problemet är väl att läkarna inte håller med om längden på sjuk-skrivningstid som rekommenderas för olika diagnoser. Rekommendationerna behöver förankras inom vården.*

En FMR lyfter också möjligheten med ett lite bredare angreppssätt med utgångspunkt i FMB.

*Sedan är min övertygelse att det allra viktigaste för handläggningen på Försäkringskassan är den indirekta effekt som skulle uppstå om sjukskrivande läkare i högre grad inte bara använde sig av de angivna tidsgränserna, utan arbetade generellt med sjuk-skrivning utifrån de övergripande principerna i beslutsstödet, och med dessa i bakhuvud/ryggmärg nyttjade de specifika rekommendationerna i olika avseenden för respektive tillstånd.*

Sammantaget kan det konstateras att det finns en positiv inställning till möjligheterna med FMB, men det finns också tydliga behov av konkretisering, fler uppdateringar och bättre täckningsgrad, samt ökad tydlighet avseende tillämpningen av beslutsstödet.

# Läkares och handläggares uppfattning om samverkan

I detta kapitel redovisas, utifrån fokusgrupperna, hur läkare och handläggare uppfattar avstämningsmöten och den egna rollen i dessa möten. Diskussionerna rör även vilka aktörer som kan och bör involveras, samt möjligheter och förutsättningar för ökad samverkan mellan olika aktörer.

I kapitlet besvaras denna fråga:

- Hur beskriver läkare och handläggare behovet av att involvera olika aktörer i avstämningsmöten, och hur ser de på det egna uppdraget i arbetet med att involvera dessa andra aktörer?

## Sammanfattande iakttagelser

- Det finns en samstämmighet hos läkare och handläggare om värdet av gemensamma avstämningsmöten, men samtidigt råder osäkerhet om vilka aktörer som bör delta och vilket bidrag de kan ge. För Försäkringskassans del har det också i styrningen varierat över tid i vilken utsträckning dessa möten ska prioriteras.
- Det finns en stor variation mellan arbetsgivare avseende vilket intresse och vilka förutsättningar de har att hjälpa individer tillbaka till arbetsplatsen. Samtidigt finns ett tydligt behov av att hitta vägar för att involvera arbetsgivare i ett tidigt skede för att kunna identifiera alternativ till sjukskrivning.

## Att involvera olika aktörer

### Positiv bild av avstämningar, men vilka behöver delta?

En återkommande fråga i fokusgrupperna rör Försäkringskassans deltagande på avstämningsmöten. Läkare beskriver att de har ”haft jättesvårt att få handläggare att komma på möten” (läkare, Malmö), där handläggare framhåller att det har sin orsak i styrningen av administrationen av sjukförsäkringen.

*Det ska bli ändring nu, för nu har vi fått direktiv. Vi ska ha mycket möten. Men det har ju varit lite olika direktiv. (handläggare, Malmö)*

Några av handläggarna blir förvånade över den bild läkarna ger och framhåller att de själva inte tackar nej om de uppenbart inte behövs (exempelvis handläggare, Stockholm). En möjlig förklaring som lyfts är dock att handläggare med kortare erfarenhet känner sig osäkra angående avstämningsmötena och därför väljer att avböja. Denna problematik förstärks genom att

det är en hög personalomsättning bland Försäkringskassans handläggare. Samtidigt menar andra handläggare att det kan finnas behov av att prioritera möten som rör de individer som har sämre stöd runt sig från början.

*Vad har den här människan för vårdkontakt? Är det en företags-hälsovård till exempel? Tror man att man kan sy ihop det här själv? Ja, du kanske blir tvungen av resursskäl att prioritera en annan som inte har det stödet och gå på det fysiska mötet, så att säga. Och så är det rent krasst [...]. Och sedan har ju vi liksom det slutgiltiga ansvaret då i samordningsuppdraget så att säga. Att om ingen annan gör det så ska åtminstone vi göra det. (handläggare, Stockholm)*

Samtidigt framhåller handläggarna att det är svårt att få med läkare på avstämningsmötena, att de tycks ha svårt att avsätta den tiden (exempelvis handläggare, Stockholm). Från läkarnas sida framkommer att det inte är ovanligt att de träffar patienten för första gången på ett avstämningsmöte, och därför inte vet mer än vad som står i journalen (läkare, Malmö). Läkarens roll i mötena med arbetsgivare och Försäkringskassan är begränsad, menar en läkare. Det gäller framför allt patienter med psykisk ohälsa eftersom det ”är ju jättesvårt att sätta mig in i en annan människas roll, hur den mår”, och att patienten bäst gör det själv (läkare, Stockholm).

Det framkommer önskemål från läkarna om stöd från Försäkringskassan i kontakten med arbetsgivarna, att Försäkringskassan hjälper till med att förtydliga vilket ansvar arbetsgivaren har.

*Ja, precis. Och ibland har jag ju känt behov av stöd från Kassan för att läsa lagen för arbetsgivarna. För att då är vi två som säger det, då är det inte bara jag som sitter och är tjugitig, utan det är faktiskt så att det här är arbetsgivarens ansvar. [...] för de flesta säger liksom: "Se till att bli frisk nu innan du kommer tillbaka." (läkare, Stockholm)*

Något som återkommande lyfts är de möjligheter en ökad användning av digitala verktyg kan ge, inte minst för att underlätta gemensamma möten, exempelvis genom videomöten. Samtidigt som det finns en hög tilltro till möjligheterna att lösa frågor och spara tid genom en direktkontakt, framkommer en frustration hos både handläggare och läkare över att det är svårt att nå varandra.

*Man kan ju också skicka mejl och säga: "Jag vill ... Kan vi prata då och då?" Alltså, det finns ju flera olika sätt att rent praktiskt lösa det på. Men det gäller ju att man har tid att ringa, och mina kollegor har inte det. (läkare, Umeå)*

*Nej, och vi har inte tid att sitta och jaga heller, så då blir det att då skickar man ju. Att jag gör i alla fall. (handläggare, Umeå)*

Svårigheten att nå varandra via telefon bidrar således till att skriftliga förfrågningar och kompletteringar ökar.

Sammantaget betonar såväl läkare som handläggare värdet av gemensamma möten, men båda yrkesrollerna känner sig osäkra på vilken roll de har på mötena. Vidare skulle arbetet sannolikt bli mer effektivt och andelen kompletteringar minska om det var lättare att rent praktiskt nå varandra för kortare avstämningar eller frågor.

### Stor variation i synen på arbetsgivares förutsättningar och intresse

Vikten av att arbetsgivaren involveras tidigt framhålls i diskussionerna. Det lyfts också att det finns möjligheter för olika professioner från vården att delta, beroende på hur behovet ser ut.

Det är huvudsakligen två perspektiv som framträder i diskussionen om arbetsgivarna. Å ena sidan beskrivs att arbetsgivarna ofta är välvilliga och vill hjälpa arbetstagaren, men att de behöver hjälp med att förstå hur individen fungerar och hur hen kan stöttas.

*Alltså, min erfarenhet så att må... Ibland det finns liksom jättefina arbetsgivare som verkligen vill liksom hjälpa till, och sedan så ... Men de vet inte riktigt hur de ska förhålla sig till den människan som mår så här dåligt och så [...]. (läkare, Stockholm)*

Det varierar vilka förutsättningar arbetsgivare har att hantera frågorna, och därför kan det behövas ett anpassat stöd till dem beroende på vilka erfarenheter de har.

*[...] Det finns de som är jättestora och väldigt upparbetade organisationer, och det finns de som är mycket mindre och inte har det, och kanske inte har någon företagshälsovård. Och jag tror att det är ju inte säkert att en liten arbetsgivare, som kanske har något sjukskrivningsfall, kanske på sin höjd ett eller två per år, förstår vad man ska göra och vad man bör göra, och hur man ska göra [...]. (handläggare, Umeå)*

Å andra sidan framkommer en uppfattning om att arbetslivet har blivit allt tuffare mot människor som är sjuka, och att det har påverkat arbetsgivares incitament för att försöka få personer tillbaka till sin ursprungliga arbetsplats.

*Nej, och sedan så har det blivit någon form av allergi i samhället mot sjuka människor. Det måste vi ju faktiskt konstatera, att, att det är inte många arbetsgivare som gör allt för att man ska få tillbaks folk. Det märker vi. Vi får ju verkligen kämpa för och tömma möjligheterna på jobb. Och jag tror att det är där liksom skon klämmer, att man tycker ... Det räcker ju med att säga att man säger det är de stora organisationerna vi har störst bekymmer med [...]. Där lägger man inte ner så mycket möda. Och då hjälper det ju inte att vi har massa lag, att de ska göra det och det. Det är ju bara att göra en plan som inte leder någonvart [...]. (handläggare, Malmö)*

Läkare har erfarenhet av att vissa arbetsgivare uppmanar ”obekväma personer” att sjukskriva sig, när det egentligen handlar om konflikter på arbetsplatsen, dvs. problem med den sociala arbetsmiljön (exempelvis läkare, Malmö). Läkare lyfter dock även att vårdens uppdrag inte alltid är självklart i de fall där det främst handlar om arbetsmiljöproblem. Samtidigt kan det finnas behov av att förtydliga att en dysfunktionell arbetsmiljö kan leda till sjukdom, och då blir det en fråga för hälso- och sjukvården (läkare, Malmö).

### Rehabiliteringskoordinatorerna är nyckelpersoner

Rehabiliteringskoordinatorerna<sup>36</sup> beskrivs som nyckelpersoner för en tidig kontakt med arbetsgivaren, och som en värdefull resurs för läkarna (exempelvis, läkare Umeå). Också handläggare menar att samarbetet med vården har blivit bättre genom rehabiliteringskoordinatorerna, eftersom handläggaren och koordinatören kan utbyta information med varandra i stället för att ”försöka få tag på läkaren” (handläggare, Malmö).

Rehabiliteringskoordinatorerna utgör en nyckelkompetens genom att det är via dem som insatser kan genomföras *innan* en sjukskrivning är påbörjad. Försäkringskassan har inget samordnande uppdrag för individer före en sjukskrivning inletts, samtidigt som det är den typen av insatser som kan göra att en sjukskrivning kan undvikas. Den sammantagna bilden av den funktion rehabiliteringskoordinatorerna utgör är positiv i diskussionerna.

### Företagshälsovård är bra, men inte tillgänglig för alla

I de fall det finns en företagshälsovård underlättar det för vården att tillsammans med arbetsgivaren se över arbetssituationen och möjliga strategier utöver sjukskrivning som kan förbättra patientens mående. Det finns dock ofta inte förutsättningar för detta i primärvården, åtminstone inte i det initiala skedet, eftersom man vanligen inte har så tidig kontakt med arbetsgivaren. När man väl kommer så långt att man har rehabiliteringsmöten där arbetsgivaren blir involverad, har personen oftast kommit ganska långt in i en sjukskrivning.

Genom att involvera arbetsgivaren redan i det initiala skedet får man också en tydligare bild av vilka anpassningar arbetsgivaren är beredd att göra för medarbetaren.

---

<sup>36</sup> För att möjliggöra en god samverkan kring patienten har landstingen infört en funktion för koordinering (rehabiliteringskoordinatorer eller liknande). Denna funktion verkar för att stödja kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, i syfte att underlätta för patienten att återgå i arbete eller vara kvar i arbete. Funktionen arbetar med stöd till patienten/individerna, intern samordning och stöd inom hälso- och sjukvården, samt extern samverkan gentemot andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Det är landstinget som utarbetar en uppdragsbeskrivning som verksamheterna sedan utformar uppdraget utifrån. Personalkategorier som vanligtvis har uppdraget är arbetsterapeuter, kuratorer, sjukgymnaster eller sjuksköterskor. Då uppdraget är komplext och innehåller många delar kan uppdraget fördelas mellan olika personer och professioner. Läs mer på skr.se, ”funktion för koordinering”.

*[...] Alltså, min bild är i alla fall att chefen är beredd att göra ganska mycket, om man väl sitter ner och säg... och man har kanske haft ett läkarbesök innan där man har kommit fram till att det här är en hotande sjukskrivning. Och man kan bena ut vad det är för saker som behövs. Att man kan göra en tillfällig anpassning, samtidigt jobba med beteendestrategier, kanske samtidigt träffa en psykolog, och så. Och så kan man undvika det här. Om hon inte är för långt gånge, liksom, i processen. (läkare, Umeå)*

En läkare som arbetar inom företagshälsovården berättar att där ringer en företagssköterska upp den sjukskrivna personens chef efter en vecka för att diskutera tänkbara anpassningar som skulle kunna möjliggöra tidigare återgång till arbetet. Hen menar att det oftast kommer många olika förslag på anpassningar (läkare, Umeå). Även handläggare lyfter möjligheterna att genom företagshälsovården fånga upp personen innan det går så långt att personen blir sjukskriven, då arbetsgivaren har ett ansvar för att medarbetarna mår bra på sin arbetsplats (handläggare, Stockholm). Det framhålls dock att vissa arbetsgivare har en tendens att vilja att medarbetare snarare ska gå till primärvården, för att slippa kostnaden för företagshälsovård (handläggare, läkare, Malmö). Det lyfts också att det kan vara problematiskt att företagshälsovården och primärvården är olika typer av verksamhet med olika uppdrag, vilka ibland krockar i mötet med patienten (läkare, Stockholm).

Den bild som förmedlas i diskussionerna är att företagshälsovården kan vara ett värdefullt verktyg, med större möjligheter till exempelvis tidig kontakt med arbetsgivaren, än vad som finns i primärvården i dag. Det finns dock svårigheter med att utgå från en struktur som bara omfattar en begränsad del av patienterna.

Sammanfattningsvis uttrycker båda yrkesrollerna en frustration över att det är svårt nå varandra och att få till exempelvis gemensamma avstämningsmöten, vilket uppfattas ha att göra med brist på intresse eller resurser. Samtidigt är deltagarna i fokusgrupperna överens om värdet av att den andra yrkesrollen deltar. Handläggare menar att styrningen har påverkat i vilken utsträckning de uppfattar att deltagande i avstämningsmöten är prioriterat. Bland läkarna finns uppfattningen att deras bidrag i dessa möten ibland är begränsat, då deras kunskap om patientens mående av olika orsaker är begränsad.

Det finns en samstämmighet hos handläggare och läkare om att det varierar mellan arbetsgivare i hur väl de hjälper individer tillbaka till arbetsplatsen, vilket beror på såväl intresse som förutsättningar och kunskap om arbetsgivarens ansvar. Det finns ett spann från arbetsgivare med utarbetade rutiner och stor erfarenhet av att arbeta med frågorna till arbetsgivare med svaga incitament att få sina medarbetare tillbaka till arbetslivet.

Mot bakgrund av den upplevda frustrationen över bristen på effektiva kontaktvägar, är det inte förvånande att rehabiliteringskoordinatorerna beskrivs som nyckelpersoner när det gäller möjligheterna att arbeta förebyggande och involvera arbetsgivare. Deras insats och funktion beskrivs



som värdefull för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Slutligen lyfts fördelarna med företagshälsovården, framför allt när det gäller möjligheterna att se över arbetssituationen och överväga alternativ till sjukskrivning, och detta i det tidiga skedet – före eventuell sjukskrivning – och tillsammans med arbetsgivaren.

# Referenser

Alexanderson m fl, 2011. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2011; 29: 227–233.

Alexanderson m fl. 2017a. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017. Rapport 1, 2017. Avdelningen för försäkringsmedicin, KI. Tillgänglig via [www.ki.se/cns/forsakringsmedicin](http://www.ki.se/cns/forsakringsmedicin).

Alexanderson m.fl. 2016. Faktisk sjukskrivningslängd för vissa diagnoser i det diagnosspecifika försäkringsmedicinska beslutsstödet. Rapport från en inledande studie år 2016. Avdelningen för försäkringsmedicin, KI. Tillgänglig via [www.ki.se/cns/forsakringsmedicin](http://www.ki.se/cns/forsakringsmedicin).

Alexanderson m.fl. 2017b. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Ett underlag för utvärdering. Avdelningen för försäkringsmedicin, KI. Tillgänglig via [www.ki.se/cns/forsakringsmedicin](http://www.ki.se/cns/forsakringsmedicin).

Alexanderson m.fl. 2018. Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg. Avdelningen för försäkringsmedicin, KI. Tillgänglig via [www.ki.se/cns/forsakringsmedicin](http://www.ki.se/cns/forsakringsmedicin).

Carlson m fl 2015. General practioners' perceptions of working with the certification of sickness absences following changes in the Swedish social security system. *BMC Family Practice* (2015) 16:21

Försäkringskassan & Socialstyrelsen 2017. Rapportering av uppdrag för ökad kunskap om sjukskrivningspraxis del 2 och 3 (2017-10-20). Tillgänglig via [socialstyrelsen.se](http://socialstyrelsen.se).

Försäkringskassan 2009. Beslutsstödet. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av försäkringsmedicinska rekommendationer för fysiska sjukdomar. Socialförsäkringsrapport 2009:5.

Försäkringskassan 2010. Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar. Socialförsäkringsrapport 2010:7.

Försäkringskassan 2011a. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster. Socialförsäkringsrapport 2011:7.

Försäkringskassan 2011b. Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden. Socialförsäkringsrapport 2011:12.

Försäkringskassan 2012. Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden år 2011. Socialförsäkringsrapport 2012:13.

Försäkringskassan 2017a. Sjukfrånvarons utveckling. Sjuk- och rehabiliteringspenning. Socialförsäkringsrapport 2017:13.

Försäkringskassan 2017b. Psykiatriska diagnoser. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. Korta analyser 2017:1.

Försäkringskassan 2017c. Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. Dnr. 041508-2017.

Försäkringskassan 2017d. Sjukpenning. Den första sjukpenningrättsbedömningen och tillämpningen av rehabiliteringskedjan. Rättslig uppföljning 2017:5.

ISF 2014. Läkarintygets betydelse för socialförsäkringen. Rapport 2014:5. Inspektionen för socialförsäkringen.

Johannison, Karin. 2006. Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I Hallerstedt Guniilla (red) 2006. Diagnosens makt. Daidalos, Göteborg.

Kvale och Brinkman. 2014. Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur, Lund.

Nilsing m fl, 2012: Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve the quality? *BMC Public Health* (2012) 12:907.

Riksrevisionen 2018a. Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar. RiR 2018:11.

Riksrevisionen 2018b. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – ett stöd för Försäkringskassan vid psykisk ohälsa? RiR 2018:22.

SKL. 2018. Diagnostiska fel. Tillgänglig via <https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomradenatgardspaket/diagnostiskafel> (besökt 2018-12-12).

Socialdepartementet 2018. Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. PM 2018-01-23.

Socialstyrelsen 2018. Minska risken för diagnostiska fel. Tillgänglig via [www.patentsakerhet/socialstyrelsen.se](http://www.patentsakerhet/socialstyrelsen.se) (besökt 2018-12-12).

SOU 2010:107. Läkares sjukskrivningspraxis. En systematisk litteraturöversikt. Elanders Sverige AB, Stockholm.

SOU 2010:89. Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? Elanders Sverige AB, Stockholm.

Söderberg m fl, 2010. Sjukskrivningsperioder och kvalitet i läkarintyg före respektive efter införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Avdelningen för Samhällsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköpings Universitet den 10 december 2010.

Söderberg m fl, 2011. Utvärdering av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning. *Socialmedicinsk tidskrift*, Vol. 88, nr. 5.

# Bilagor

## Bilaga 1. Registerstudier

### Metod och data

#### **Analys av samsjuklighet utifrån diagnosbyte**

För att svara på frågan om hur sjukfallslängderna förhåller sig till FMB och hur det påverkas av att personen byter mellan olika diagnoser ligger fokus på de diagnoser som FMR och försäkringssamordnare hos Försäkringskassan ansåg vara särskilt svåra att bedöma. De diagnoser som har valts ut till fördjupningen är de två psykiska diagnoserna depression (F32), utmattningssyndrom (F43.8A) samt flera diagnoser som definierats som långvarig smärta. Se avsnitt Försäkringsmedicinskt beslutsstöd längre ner för mer detaljerad information om dessa.

För att genomföra analysen har data från Försäkringskassans databas för analys av sjukfrånvaro (MiDAS) kopplats ihop med information från läkarintygen från Läkarintygsregistret. Läkarintygsregistret bygger än så länge främst på de gamla läkarintygen (blankett FK7263). I dessa intyg saknas information om eventuella bidiagnoser, däremot går det att koppla de intyg som hör till samma ärende och på så vis följa byten av huvuddiagnos. Dessa byten används i analysen som en indikator för att samsjuklighet kan förekomma.

I populationen ingår de sjukfall som startat någon gång under 2014-2016. För att få information om byten av huvuddiagnos har varje intyg som hör till ett ärende i läkarintygsregistret matchat på genom att ta det ärende där startdatum i det först inkomna intyget ligger närmast startdatum (fall\_from\_datum) i MiDAS med kravet att skillnaden får vara max 100 dagar. Vid flera ärenden med samma startdatum, d.v.s. dubletter, har ärenden prioriterats efter huruvida det första intyget är elektroniskt då dessa är mer detaljerade och huruvida diagnosen matchar sjukskrivningsdiagnosen i MiDAS. Samma urval har skett när olika sjukfall i MiDAS har matchat med samma ärende i läkarintygsregistret.

De sjukfall där det utifrån dessa kriterier inte finns ett matchande intyg i Läkarintygsregistret utgår från analysen. Detta bortfall, där det inte finns ett intyg mellan 100 dagar innan och 100 dagar efter sjukfallets start eller där inget av intygens huvuddiagnos överensstämmer med diagnosen i MiDAS, står för ungefär 20 procent av sjukfallen i MiDAS. Vidare utgår sjukfall med förebyggande sjukpenning eller sjukfall som är kortare än 15 dagar eftersom information om sjuklöneperioden inte registreras hos Försäkringskassan. I avsnitten nedan redovisas antal sjukfall för olika diagnoser som analysen utgår ifrån.

### **Analys av samsjuklighet utifrån diagnos vid specialistvård**

För att försöka uppskatta skillnader i sjukskrivningstid i förhållande till FMB som kan bero på samsjuklighet har sjukfall från Midas matchats mot vårdtillfällen i slutenvård och läkarbesök i specialiserad öppenvård från patientregistret. Detta för att undersöka huruvida en sjukskriven person har specialistvårdats för en annan diagnos, antingen huvuddiagnos eller bidiagnos, än den som angivits som orsak till sjukskrivningen.

Urvalet av sjukfall för analysen är avgränsat till att omfatta specialistvård inom sjukfallstiden och upp till sex månader före, alternativt efter, sjukfalllets start (fall\_from\_datum i Midas) och de år som valts är sjukfall från 2014 till 2016. Eftersom patientregistret inte innehåller information om primärvård är detta dock endast en uppskattning av förekomsten av samsjuklighet och dess påverkan på sjukskrivningstiden i förhållande till FMB. De personer som vårdas för diagnoser, andra än den första sjukskrivningsdiagnosen, inom primärvården eller av andra yrkesgrupper än läkare fångas således inte.

Ett urval av sjukskrivningsdiagnoser har varit utgångspunkter för den här analysen, depressiv episod (F32), utmattningssyndrom (F43.8A) och långvarig smärta (se definition). På grund av att Midas endast innehåller diagnosinformation på treställig nivå i ICD10, så har första diagnosen från läkarintyget använts vid urvalet. Däremot finns diagnosinformation på mer fördelad nivå i patientregistret, varför analysen om samsjuklighet där kan utgå från samma detaljerade diagnosbeskrivning. Utifrån detta har det för sjukfall till följd av dessa diagnoser har det undersökts huruvida dessa haft ett läkarbesök eller en inskrivning i specialistvård för antingen depression (F32), utmattningssyndrom (F43.8A) eller långvarig smärta (se definition längre ner i bilagan) som huvud- eller bidiagnos, antingen under, eller ett halvår före alternativt efter sjukfalllets start. Orsaken till sjukskrivning utgår här ifrån det läkarintygets huvuddiagnos. Sjukskrivningsdiagnosen kan alltså ha ändrats under sjukfallet och sammanfalla med diagnosen som angetts vid vårdkontakten, egentlig samsjuklighet föreligger då inte. Förekomsten av olika diagnoser kan också till viss del bero på vårdens möjligheter att dokumentera diagnosinformation enligt fyr- eller femställig diagnos enligt ICD10, dels vid vårdkontakten men även avseende diagnosen i läkarintyget. Nedan redovisas den population som analysen utgår ifrån.

### **Diagnoser som analyserats och rekommenderad sjukskrivningstid**

#### *Sammanställning av diagnoser inom långvarig smärta*

Det finns ingen tydlig definition av långvarig smärta och därmed inte heller vilka diagnoser som skulle ingå i en sådan definition. I den här rapporten har vi utgått från en definition som stipulerats i ett PM publicerat av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) angående vård av smärttillstånd

enligt överenskommelsen mellan SKL och regeringen 2016.<sup>37</sup> Vilka diagnoser som ingår framgår av tabell 17. I rekommendationen för långvarig smärta i FMB ingår dock endast ett fåtal diagnoser, och vissa diagnoser som ingår i definitionen i den här rapporten, finns inte alls i FMB. Det försvårar jämförelser med rekommendation i FMB, vilket gör att vi i vissa fall delat upp diagnoserna inom långvarig smärta i undergrupper efter rekommenderad sjukskrivningstid. I tabellen nedan finns en kortfattad sammanställning av rekommendationerna i FMB för de diagnoser som analyseras.

**Tabell 6 Rekommenderad sjukfallslängd i FMB för långvarig smärta, utmattning och depression, sammanfattat**

Diagnos	Rekommenderad längd i FMB
Långvarig smärta	
M54.5 Lumbago (ländryggssmärta)	2 veckor
M77.9 Entesopati, ospecificerad (smärta i muskelfästen/senor/bindväv kring axelled)	4 veckor
M54.4 Lumbago med ischias (ländryggssmärta med ischias)	3/6 veckor
S13.4: Distorsion i halskotpelaren/Whiplash-skada (WAD I, II, III)	1/6 veckor
M75.1 Rotator cuff-syndrom i skulderled	2/3/6/12/26 veckor
M75.9 Sjukdomstillstånd i skulderled, ospecificerad	2/3/6/12/26 veckor
M79.1 Myalgi (muskelsmärta nacke, axlar, rygg)	1 - 2 år
M79.7 Fibromyalgi	1 - 2 år
R52.2A Långvarig smärta, nociceptiv	1 - 2 år
R52.2C Långvarig smärta utan känd orsak	1 - 2 år
R52.2 Annan kronisk smärta eller värk	1 - 2 år
R52.9 Smärta eller värk, ospecificerad/Generaliserad smärta UNS (uppfyller ej kriterierna för fibromyalgi)	1 - 2 år
F45.4 Kroniskt somatoformt smärtsyndrom	saknas
M53.0: Cervikokranialt syndrom	saknas
M53.1: Cervikobrakialt syndrom	saknas
M54.2: Cervikalgi	saknas
M54.6 Smärtor i bröstryggen	saknas
M54.9 Ryggvärk, ospecificerad	saknas
T91.8: Sena besvär av whiplash-skada	saknas
Psykiska	
F32 Depressiv episod	3 mån/6 mån
F43.8 Utmattningssyndrom	6 mån/1år/mer

<sup>37</sup> Tillgänglig via <https://skr.se/download/18.14b60f4a1517829ace130763/1450275623676/PM-angaende-ward-av-smarttillstand-2016.pdf> (Besökt 2019-01-28).

Mer specifikt är rekommendationerna för depression och utmattning i FMB följande:

F32

- Vid lindrig förstagångsdepression bör sjukskrivning undvikas.
- Vid lindrig depressiv episod kan patienten sjukskrivas upp till 3 månader i första hand partiell sjukskrivning för att i möjligaste mån bibehålla aktivitetsnivå och sociala kontakter.
- Vid medelsvår till svår depressiv episod kan arbetsförmågan vara nedsatt. Sjukskrivning på heltid, alternativt partiell sjukskrivning upp till 6 månader.

F438

- Vid utmattningssyndrom i den akuta fasen kan patienten sjukskrivas på heltid eller partiellt upp till 6 månader. Partiell sjukskrivning vid återgång i arbete efter heltidssjukskrivning.
- Vid utmattningssyndrom med kvarstående kognitiva svårigheter, kan patienten sjukskrivas på heltid upp till 1 år eller mer. Partiell sjukskrivning vid återgång i arbete.

### **Analys av uppdatering av psykiska diagnoser i FMB**

Med hjälp av registerdata kan vi även följa upp om sjukfallens längd och omfattning skiljer sig åt innan och efter uppdateringen av FMB och för de diagnoser som finns och som inte finns i FMB. I denna analys har samma urval av data använts som i analysen av byte av diagnoser men för en annan period. Vad gäller utvecklingen av sjukfallslängder jämförs de sjukfall som startade under första halvåret 2017 med de som startade första halvåret 2016. Därefter jämförs antalet startade sjukfall och omfattningen för de sjukfall som startade januari till augusti 2017 med samma period 2016. Anledningen till en kortare period för sjukfallslängderna är för att vi ska kunna följa dem en längre period.

Sammanfattningsvis har följande ändrats i det uppdaterade FMB.<sup>38</sup>

- För nio diagnoser har ingen förändring skett i den rekommenderade sjukskrivningslängden,
- sju diagnoser har utökats med ytterligare sjukskrivningsrekommendationer som anger en längre sjukskrivningslängd än tidigare.
- För flera diagnoser har sjukskrivning bör undvikas tillkommit, sammanlagt har nu 13 av de 17 diagnoserna denna rekommendation.
- För en diagnos (post-traumatiskt stressyndrom) fanns tidigare ingen rekommenderad sjukskrivningslängd, men har tillkommit efter uppdateringen.

---

<sup>38</sup> Uppdatering av FMB, SoS.



- Ett annat resultat av uppdateringen är att partiell sjukskrivning, som ett alternativ till sjukskrivning på heltid, nu föreslås för 16 av de 17 diagnosgrupperna.
- För 10 diagnoser har rekommendationen permanent nedsatt arbetsförmåga tillkommit.

**Tabell 7 Förändring i sjukfallslängd i FMB, sammanfattat per diagnos**

Namn	ICD10*	Innan	Nu
Adhd	F90.0	Ingen tid	0/4veckor/3 mån/permanent i kombination med annan
Akut stress	F43.0	2-4 veckor	0/4 veckor
Alkohol	F10	2-4 veckor	0/2veckor/3 mån/6 mån/permanent
Anorexia	F50.0, F50.1	0/oklart/2-5 mån	0/6 mån/12 mån
Anpassningsstörning	F43.2	0	0/3 mån
Bipolär	F30, F31	6 mån/2 år	6 mån/2 år/permanent
Bulimi	F50.2, F50.3	0/öppet	0/6 mån/permanent
Depression	F32	3 mån/6 mån	0/3 mån/6 mån
Droger	F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19	0/1-3 veckor/funktion/6 mån	0/5 veckor/3 mån/6 mån/permanent
Generaliserat ångestsyndrom	F41.1	4 veckor	0/4 veckor/ mer än 4 veckor
Paniksyndrom	F41.0	0/4 veckor	0/4 veckor/ mer än 4 veckor
Psykotiska syndrom	F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9, F21.9, F22.0, F22.8, F22.9, F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8, F23.9, F24.9, F25.0, F25.1, F25.2, F25.8, F25.9, F28.9, F29.9	1 år eller längre	1 År eller längre och gradvis minskande/permanent
Pts	F43.1	Efter symtom	0/3 mån/12 mån/permanent
Recidiverande depression	F33	6 mån eller längre	6 mån/6 mån extra/permanent
Social fobi	F40.1	0/4 veckor	0/4 veckor
Tvångssyndrom	F42	6 veckor	0/8 veckor/6 mån/permanent
Utmattning	F43.8	6 mån/1 år /längre	6 mån/ 1 år eller längre

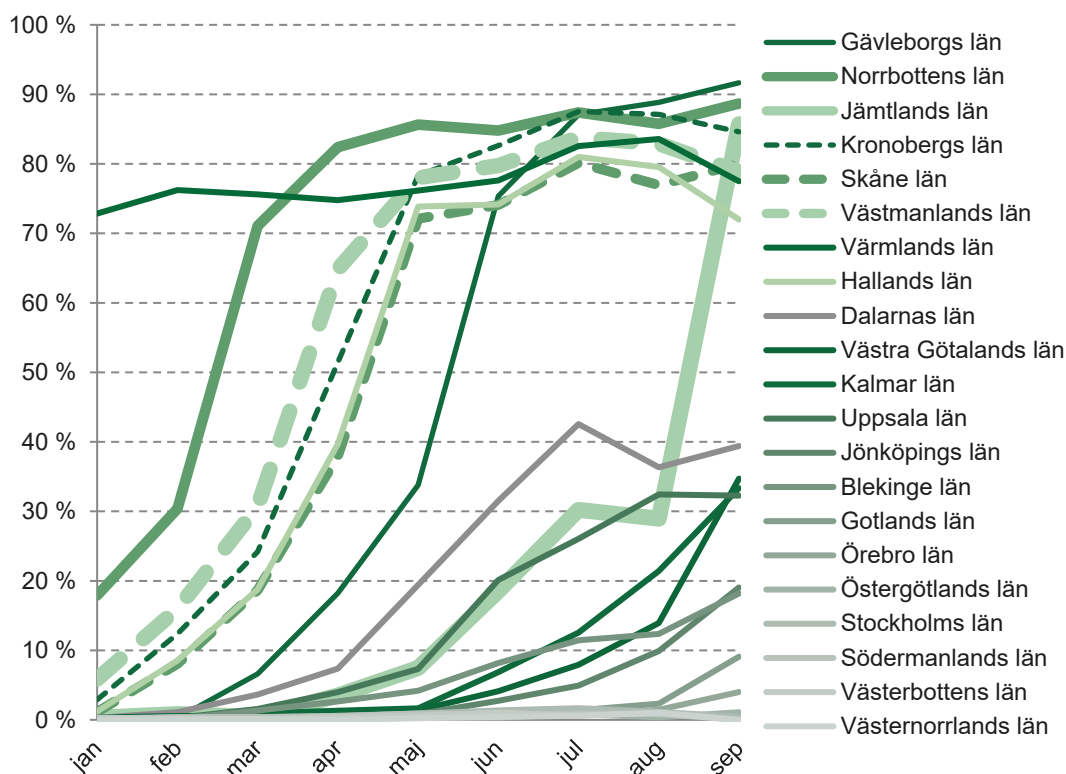
\*Här ingår även eventuella underdiagnoser.

### Analys av nya läkarintyg (FK7804) med information om huvud- och bidiagnoser

Sedan december 2016 har nya läkarintyg börjat användas stegvis i olika län. I dessa intyg registreras även bidiagnoser med diagnoskod enligt icd-10-SE, vilket ökar möjligheterna att analysera samsjuklighet. Eftersom de just har börjat användas har sjukfallen inte har hunnit pågå särskilt länge och därför går det inte att göra en djupare analys av samsjuklighet med hjälp av dessa. Nedan följer en sammanställning av hur täckningen ser ut vad gäller dessa intyg och under Resultattabeller och diagram finns en första beskrivning av förekomsten av eventuella bidiagnoser.

Det är fortfarande många län som knappt använder de nya läkarintygen (Figur 13), i september var det fyra län som låg på under 1 procent matchande intyg, Stockholm, Södermanland, Västerbotten och Västernorrland och ytterligare 3 på under 10 procent. Medan 5 län har över 80 procent och ett län över 90 procent. Eftersom det inte finns en perfekt koppling mellan sjukfallen i Midas och ärenden i ÄHS/STORE förväntas dock inte 100 procent av sjukfallen ha matchande intyg.

**Figur 13** Andelen sjukfall i Midas där vi har kunnat matcha på ett nytt intyg, dvs ett intyg där eventuella bidiagnoser framgår, jan-sep 2018

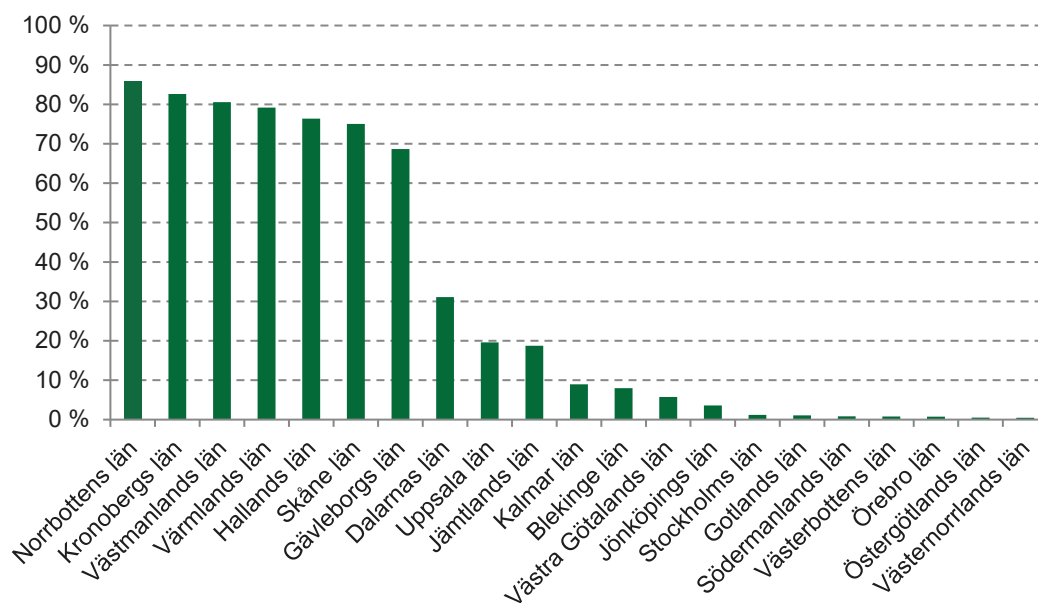


Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

Den kortare analysen av förekomsten av bidiagnoser i de nya läkarintygen utgår från perioden maj-september 2018 då det finns tre län som har kring 80 procent täckning eller mer i intygsregistret. Dessa är Norrbotten,

Kronoberg och Västmanland. Värmland ligger på 79 procent men det är det län som använt läkarintygen under längst period, därför har de inkluderats i analysen. I Figur 13 redovisas täckningen för alla län under denna period.

**Figur 14** Täckning – andelen sjukfall där det finns ett intyg att matcha och intyget har samma diagnos som i Midas, maj-september 2018



Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

## Resultattabeller och diagram

**Byte av diagnos**
**Tabell 8 Andel med diagnosbyten för olika diagnoskapitel, sjukfall som startat 2014-2016**

Diagnoskapitel	Antal	Inget byte (%)	1 byte (%)	2+ byten (%)	Byte kapitel
A00-B99	15 601	83	13	4	12
C00-D48	40 982	79	15	6	13
D50-D89	3 293	76	16	8	18
E00-E90	17 146	86	11	4	9
F00-F99	321 339	73	19	8	7
G00-G99	38 268	86	10	4	11
H00-H59	7 419	86	11	3	7
H60-H95	8 412	85	11	4	10
I00-I99	34 788	73	19	8	13
J00-J99	52 987	85	12	3	8
K00-K93	38 189	84	12	4	8
L00-L99	9 251	84	12	4	10
M00-M99	269 764	81	14	5	7
N00-N99	20 467	86	10	4	9
O00-O99	60 510	87	11	2	4
P00-P96	99	84	13	3	17
Q00-Q99	2 515	86	10	4	12
R00-R99	41 568	73	19	8	23
S00-T98	135 635	86	11	3	7
U00-U99	111	72	21	7	29
V01-Y98	60	85	10	5	16
Z00-Z99	11 598	81	14	5	18
Totalt	1 130 002	80	15	6	8

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Tabell 9 Sjukfallslängd vid diagnosbyten i form av antal dagar vid olika percentiler. Redovisat för alla diagnoser, psykiatriska samt muskuloskeletala diagnoser. Sjukfall som startat 2014-2016**

	Antal	P10	P25	P50	P75	P90
<i>Alla diagnoser</i>						
Inget byte	901 282	19	25	42	91	206
1 byte	166 045	34	67	154	343	731
2+ byten	62 675	115	221	474	914	1 289
Bytt kapitel	91 805	41	94	241	624	1 071
<i>Psykiatriska (F00-F99)</i>						
Inget byte	233 616	22	32	63	159	362
1 byte	61 005	55	104	222	480	906
2+ byten	26 718	164	310	633	1 023	1 356
Bytt kapitel	21 065	70	162	365	810	1 209
<i>Rörelse (M00-M99)</i>						
Inget byte	219 069	19	26	45	93	185
1 byte	36 944	39	77	167	313	626
2+ byten	13 751	122	210	380	839	1 237
Bytt kapitel	18 544	35	64	180	480	1 033

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Tabell 10 Antal sjukfall som startar med långvarig smärta, per år och längd enligt FMB**

Övre rek. längd i FMB	Alla	Inget byte	Byte någon	Byte depression	Byte utmattning
6 veckor	59 777	48 946	10 260	415	176
2014	19 780	16 045	3 516	166	63
2015	20 145	16 486	3 464	135	63
2016	19 852	16 415	3 280	114	50
0,5 år	6 962	5 790	1 125	35	12
2014	2 361	1 945	401	10	5
2015	2 406	2 001	386	13	6
2016	2 195	1 844	338	12	1
1–2 år	16 088	12 423	3 207	273	205
2014	5 251	4 059	1 029	106	62
2015	5 555	4 239	1 160	91	72
2016	5 282	4 125	1 018	76	71
Saknas	27 878	21 996	5 419	298	188
2014	9 236	7 293	1 782	106	59
2015	9 501	7 397	1 935	122	60
2016	9 141	7 306	1 702	70	69
<b>Totalt</b>	<b>110 705</b>	<b>89155</b>	<b>20011</b>	<b>1021</b>	<b>581</b>

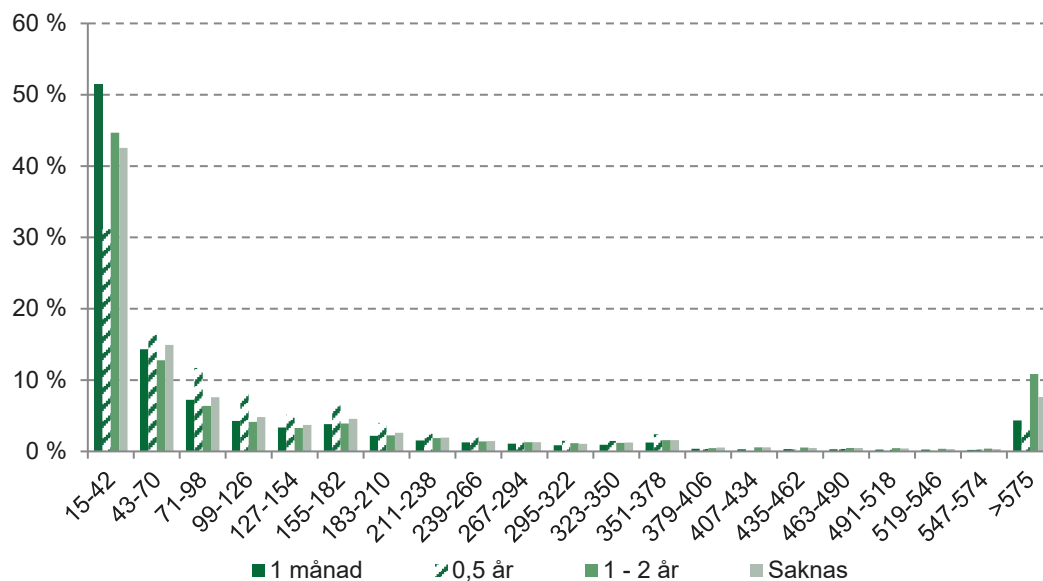
Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Tabell 11** Antal sjukfall som startar olika år med akut stress, utmattning eller depression och som byter huvuddiagnos

Diagnos vid sjukfallets start	Alla	Byte smärta	Byte någon	Inget byte
Utmattning (F32)	71 312	665	20 608	50 704
2014	23 840	279	7 224	16 616
2015	24 408	214	7 134	17 274
2016	23 064	172	6 250	16 814
Akut stress (F430)	47 726	264	13 105	34 621
2014	12 743	83	3 266	9 477
2015	16 204	93	4 477	11 727
2016	18 779	88	5 362	13 417
Utmattning (F438)	42 523	307	6 250	36 273
2014	10 784	106	1 765	9 019
2015	14 481	105	2 246	12 235
2016	17 258	96	2 239	15 019

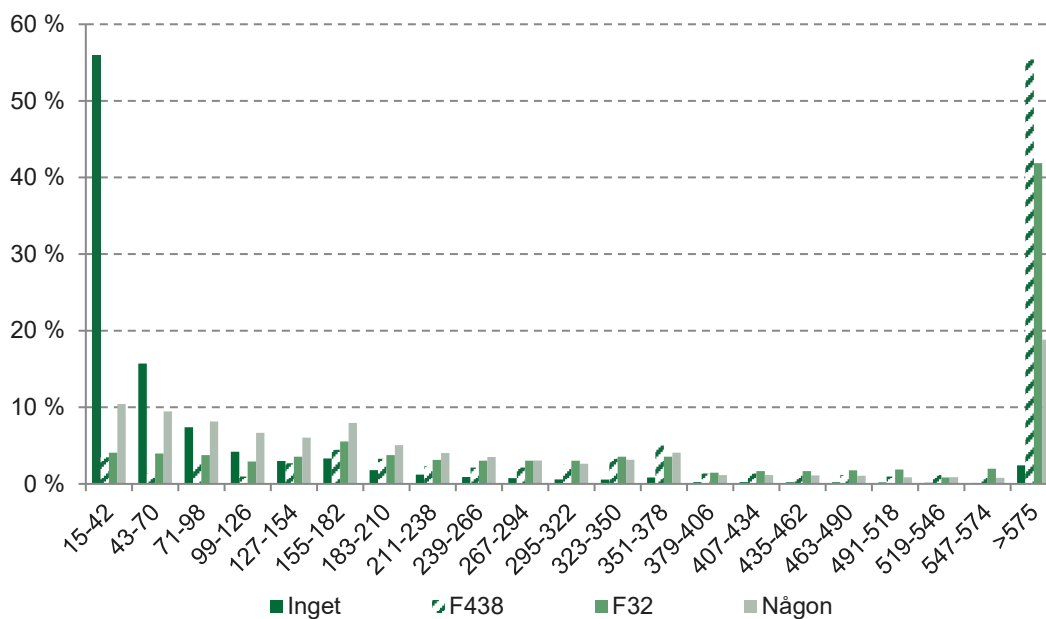
Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Figur 15** Spridning i sjukfallslängd (horisontell axel) grupperat efter övre rekommenderad längd i FMB, sjukfall som startat med långvarig smärta 2014-2016



Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Figur 16** Spridning i sjukfallslängd (horisontell axel) för sjukfall som startar med långvarig smärta grupperat efter diagnosbyten, sjukfall som startat 2014-2016



Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

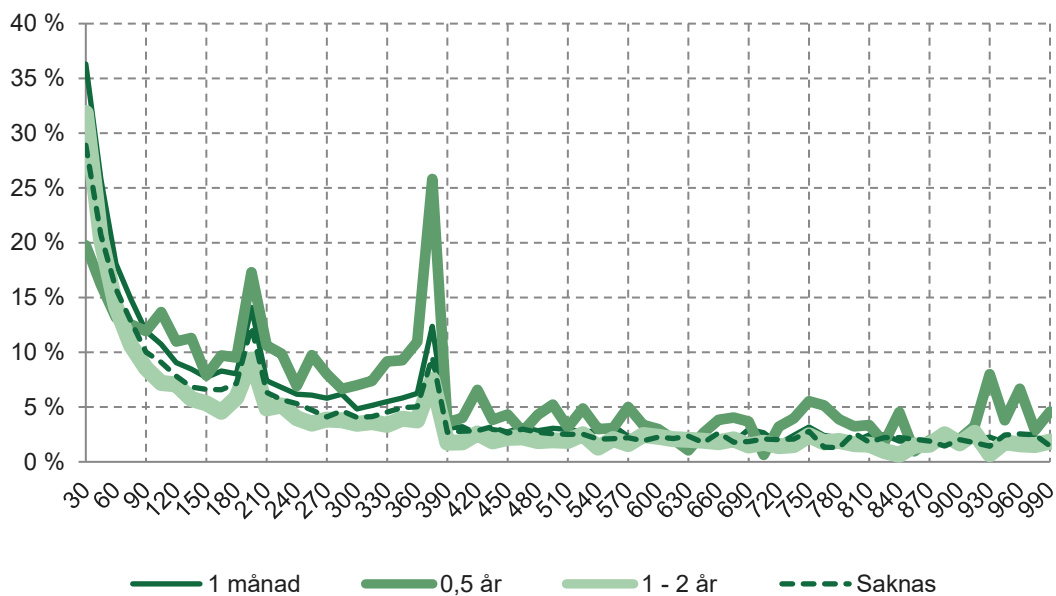
**Tabell 12** Andelen som blir längre än olika fallängder för diagnoser som enligt FMB har 2-6 veckor, sjukfall som startat 2014-2016

Andel blivit längre än	Alla (%)	Inget (%)	F438 (%)	F32 (%)	Något byte (%)
6 veckor	48	40	97	95	88
3 mån	29	19	94	88	72
6 mån	16	8	87	77	48
1 år	7	3	66	54	23
2 år*	3	1	47	35	12

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

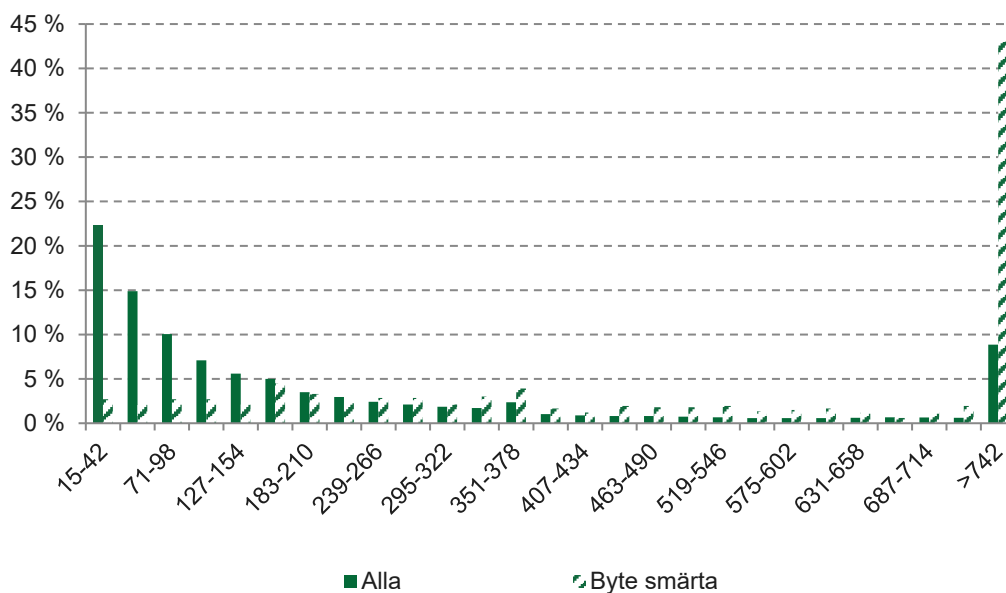
\*Alla har inte haft möjlighet att bli 2 år så denna kan vara underskattad.

**Figur 17** Sannolikheten att ett sjukfall ska avslutas inom 15 dagar (vertikal axel) givet att det uppnått en viss längd (horisontell axel), sjukfall som startar med långvarig smärta per rekommenderad sjukfallslängd, sjukfall som startat 2014-2016



Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

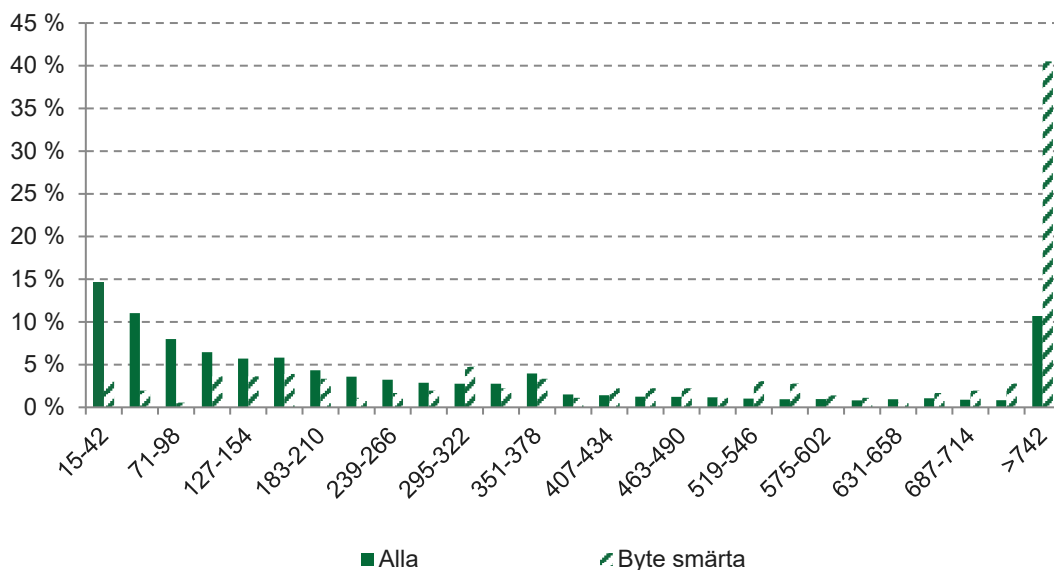
**Figur 18** Falllängd för sjukfall som startar med depression (F32), alla och de som byter till smärta, 2014-2016



Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

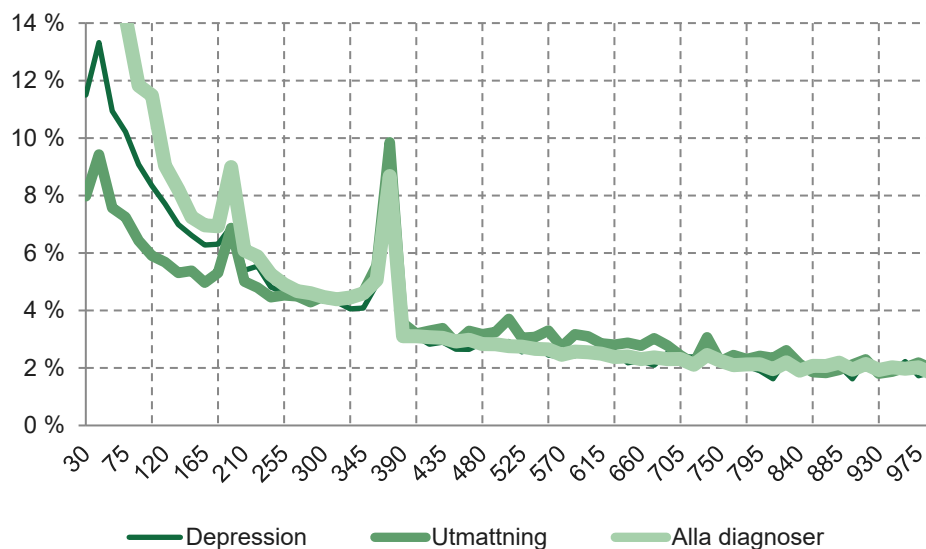


**Figur 19** Falllängd för sjukfall som startar med utmattning (inklusive de som gått via akut stress som första diagnos), alla och de som byter till smärta, 2014-2016



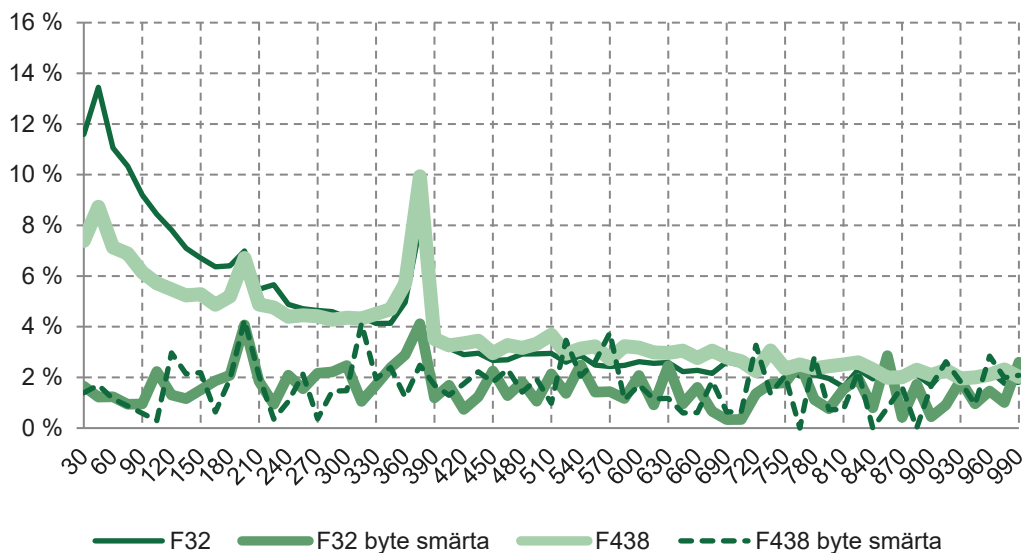
Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Figur 20** Sannolikheten att ett sjukfall ska avslutas inom 15 dagar (vertikal axel) givet att det uppnått en viss längd (horisontell axel), sjukfall som startar med depression eller utmattning, 2014-2016



Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Figur 21 Sannolikheten att ett sjukfall ska avslutas inom 15 dagar (vertikal axel) givet att det uppnått en viss längd (horisontell axel), sjukfall som startar med depression och utmattning, 2014-2016**



Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

### Diagnos vid specialistvård

**Tabell 13 Antal sjukfall grupperat per orsak till specialistvård**

	Diagnos i sjukfallets första intyg					
	Depression		Utmattning		Långvarig smärta	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Totalt	79 235	100	25 785	100	122 881	100
Varav minst en gång vårdats för:						
Depression (F32)	15 732	20	750	3	1 671	1
Utmattningssyndrom (F438A)	2 082	3	1 774	7	372	0
Långvarig smärta	3 223	4	943	4	28 104	23
För F-kapitlet totalt	25 240	32	3 717	14	7 783	6
Har specialistvårdats öht	52 300	66	14 605	57	80 600	66
Har inte specialistvårdats (max primärvård)	26 935	34	11 180	43	42 281	34

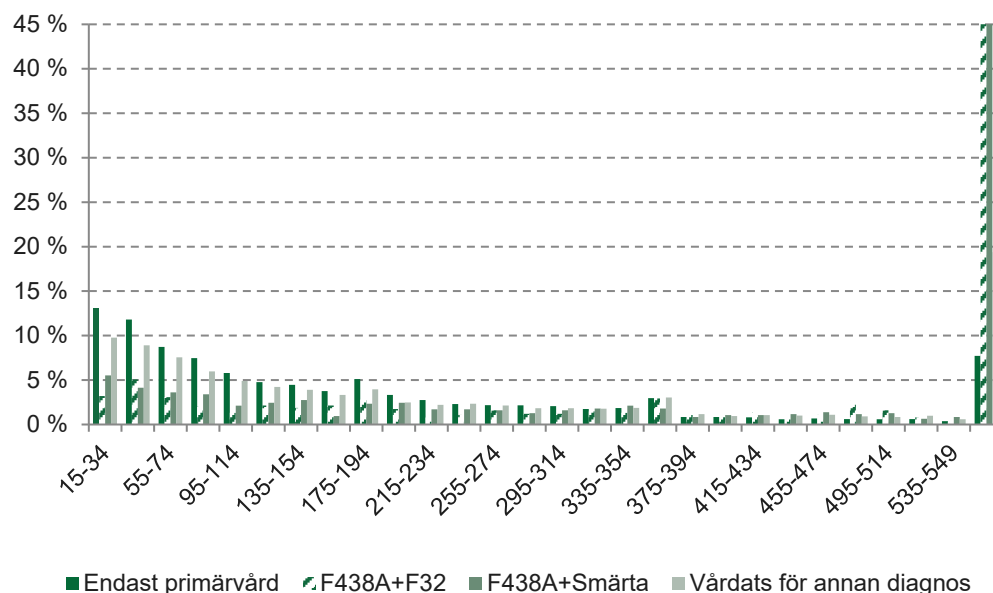
Källa: MiDAS, Patientregistret.

**Tabell 14** Mediantid för sjukfall i antal dagar, per sjukfallens förstadiagnos, 2014-2016

	Depression	Utmattning	Långvarig smärta
Varav minst en gång vårdats för			
Depression	216	591	319
Utmattning	677	567	602
Långvarig smärta	326	498	104
För F-kapitlet totalt	210	427	156
Har specialistvårdats öht	140	221	65
Har inte specialistvårdats (max primärvård)	84	126	35

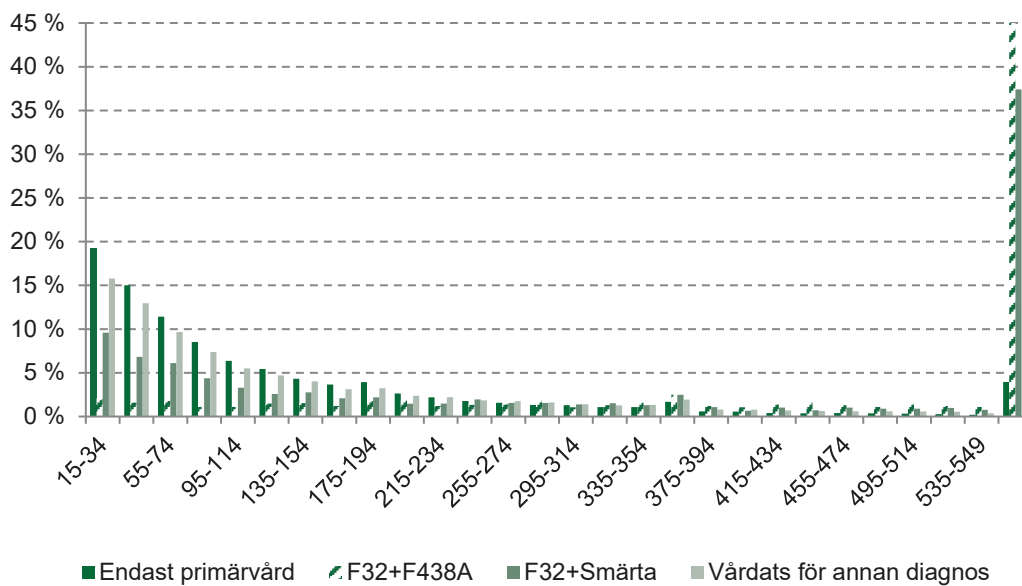
Källa: MiDAS, Patientregistret.

**Figur 22** Sjukfallslängd för sjukfall med utmattning som första diagnos



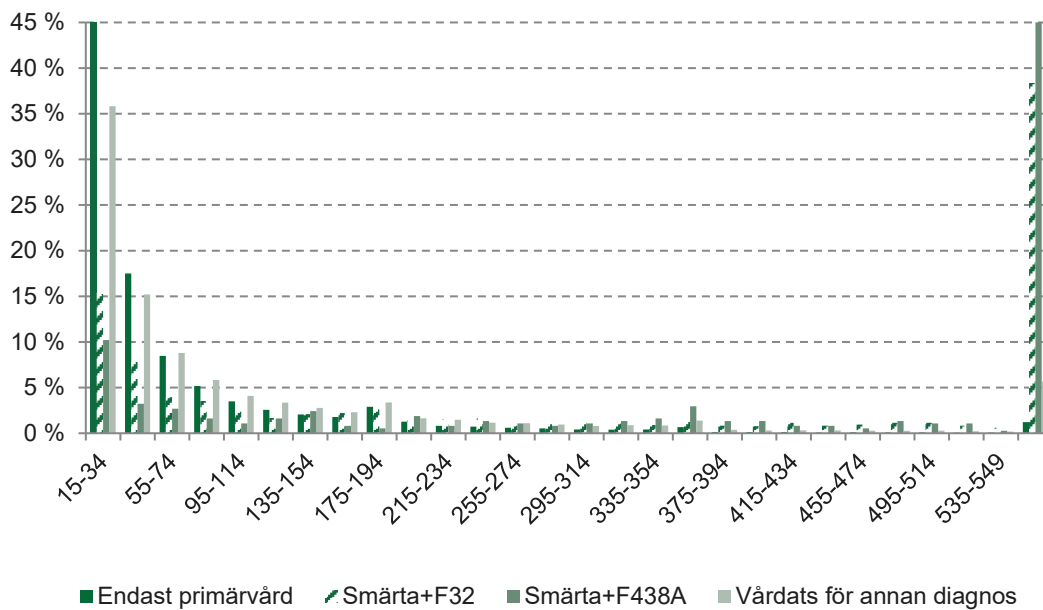
Källa: MiDAS, Patientregistret.

**Figur 23 Sjukfallslängd för sjukfall med depression som första diagnos**



Källa: MiDAS, Patientregistret.

**Figur 24 Sjukfallslängd för sjukfall med långvarig smärta som första diagnos**



Källa: MiDAS, Patientregistret.

## Uppdateringen av psykiska diagnoser i FMB

**Tabell 15 Sjukfallslängd för sjukfall som startat under jan-jun 2016 och 2017 och antal startade sjukfall för perioden januari-augusti båda åren, kvinnor och män**

	Median			Kvartilavstånd			Antal*		
	2016	2017	Diff %	2016	2017	Diff %	2016	2017	Diff %
<b>Kvinnor</b>									
Psykiska i FMB*	98	88	-10	241	177	-27	21 887	20 461	-7
Psykiska ej i FMB*	73	68	-7	166	134	-19	29 627	28 820	-3
Övriga diagnoskapitel	44	42	-5	69	64	-7	108 276	102 727	-5
<b>Män</b>									
Psykiska i FMB*	96	87	-9	220	168	-24	9 471	8 903	-6
Psykiska ej i FMB*	75	69	-8	161	146	-9	10 839	10 855	0
Övriga diagnoskapitel	46	44	-4	76	67	-12	70 741	67 411	-5
<b>Totalt</b>									
Psykiska i FMB*	97	88	-9	233	174	-23	48 794	47 738	-2
Psykiska ej i FMB*	74	68	-8	164	139	-15	23 030	21 301	-8
Övriga diagnoskapitel	45	43	-4	72	66	-8	179 017	170 138	-5

\*För antalet grupperas de psykiska diagnoserna istället efter huruvida rekommendationen att "Sjukskrivning bör undvikas" har tillkommit eller inte.

**Tabell 16 Förändring i sjukfallslängd per diagnosgrupp som ändrats i FMB perioden jan-jun, median och kvartilavstånd**

	Median			Kvartilavstånd**		
	2016	2017	Diff (%)	2016	2017	Diff (%)
Uppdaterade diagnoser						
<i>Psykiska som uppdaterats (totalt)</i>	97	88	-9	233	174	-23
Adhd*	240	180	-25	384	390	2
Akut stress*	51	47	-8	99	87	-12
Alkoholberoende*	49	55,5	13	127,5	116	-9
Anorexia*	266	204	-23	348	324	-7
Anpassningsstörning*	62	58	-6	116	104	-10
Bipolär	162	118	-27	399	313	-22
Bulimi*	127	115	-	280	197	-
Depressiv episod*	99	89,5	-10	210,5	160	-24
Drogberoende*	84	82,5	-2	224	166	-26
Generaliserat ångestsyndrom*	113	87	-23	315	191	-39
Paniksyndrom*	82	68	-17	151	133	-12
Psykotiska syndrom	172	153	-11	392	403	3
Ptsd*	219	127,5	-42	378	286	-24
Recidiverande depression	138,5	110	-21	360	230	-36
Social fobi*	258	460	78	372	350	-6
Tvångssyndrom*	159	140,5	-12	412	409	-1
Utmattningsyndrom	151	132	-13	293	228	-22

	Median			Kvartilavstånd**		
	2016	2017	Diff (%)	2016	2017	Diff (%)
Uppdaterade diagnoser						
<i>Andra psykiska diagnoser</i>	74	68	-8	164	139	-15
<i>Övriga diagnoskapitel</i>	45	43	-4	72	66	-8

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

\*Förändringen redovisas inte för bulimi pga. få observationer.

\*\*Kvartilavståndet (antal dagar mellan 25:e percentilen och den 75:e) bygger dels på 75:e percentilen som har satts till 460 dagar för sjukfall som är längre än så, för att kunna jämföra de som startat 2016 med de som startat 2017. Detta kan underskatta, men inte överskatta eventuella skillnader och utveckling över tid.

**Tabell 17**      **Antal startade sjukfall innan och efter uppdateringen, januari-augusti 2016 och 2017**

Uppdaterade diagnoser	2016	2017	Diff %
<i>Psykiska i FMB (totalt)</i>	48 794	47 738	-2
Adhd*	627	494	-21
Akut stress*	11 954	11 667	-2
Alkoholberoende*	381	308	-19
Anorexia*	85	80	-6
Anpassningsstörning*	575	836	45
Bipolär	2 013	1 864	-7
Bulimi*	26	31	-
Depressiv episod*	14 517	13 013	-10
Drogberoende*	216	187	-13
Generaliserat ångestsyndrom*	813	783	-4
Paniksyndrom*	1 212	1 098	-9
Psykotiska syndrom	774	744	-4
Ptsd*	599	582	-3
Recidiverande depression	4 293	4 574	7
Social fobi*	93	64	-31
Tvångssyndrom*	260	221	-15
Utmattningsyndrom	10 356	11 192	8
<i>Diagnoser där "Sjukskrivning bör undvikas" har tillkommit (*)</i>	31 358	29 364	-6
<i>Psykiska diagnoser utan *</i>	40 466	39 675	-2
<i>Psykiska diagnoser ej i FMB</i>	23 030	21 301	-8
<i>Övriga diagnoskapitel</i>	179 017	170 138	-5

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

\* "Sjukskrivning bör undvikas" har tillkommit som del av differentieringen i FMB. Förändringen redovisas inte för bulimi pga. få observationer.

**Tabell 18 Skillnad i sjukfallslängd och antal startade sjukfall för olika diagnoskapitel, jan-jun 2016 och 2017**

	Median			Kvartilavstånd		
	2016	2017	Diff %	2016	2017	Diff %
A00-B99	24	24	0	21	16	-24
C00-D48	69	69	0	234	242	3
D50-D89	43	39	-9	61	61	0
E00-E90	31	30	-3	33	29	-12
F00-F99	89	81	-9	211	158	-25
F i FMB	97	88	-9	233	174	-23
G00-G99	46	44	-4	77	57	-26
H00-H59	32	32	0	40	38	-5
H60-H95	30	28	-7	40	36	-10
I00-I99	65	63	-3	151	138	-9
J00-J99	21	21	0	10	10	0
K00-K93	30	29	-3	31	27	-13
L00-L99	32	33	3	43	40	-7
M00-M99	56	52	-7	99,5	82	-18
N00-N99	30	29	-3	23	20	-13
O00-O99	57	56	-2	56	58	4
P00-P96	59	92,5	57	152	129,5	-15
Q00-Q99	37	32	-14	87	93	7
R00-R99	40	38	-5	86	75	-13
S00-T98	50	49	-2	61	58	-5
U00-U99	43	35,5	-17	70,5	30,5	-57
V01-Y98	41,5	24,5	-41	69,5	41	-41
Z00-Z99	40	36	-10	69	53	-23
Totalt	53	50	-6	103	88	-15

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Tabell 19 Har varit partiellt sjukskriven någon gång samma år som sjukfallet startade**

	2016 (%)	2017 (%)	Diff (%)
Psykiska uppdat i fmb	49	53	4
Psykiska övriga	49	51	2
Övriga diagnoskapitel	28	28	0

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Tabell 20 Förändring av andelen som någon gång under samma år som sjukfallet startat varit partiellt sjukskriven, kvinnor och män**

	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	Diff 2016-2017 (%)
<b>Kvinnor</b>					
Psyk uppdat	49	50	51	55	4
Psyk övriga	46	48	51	53	2
Övriga diagnoser	31	32	32	32	0
<b>Män</b>					
Psyk uppdat	40	43	45	49	4
Psyk övriga	39	40	43	46	3
Övriga diagnoser	23	22	23	23	0

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Tabell 21 Andel partiellt sjukskrivna 2016 och 2017 per diagnos som uppdaterats i FMB, under samma år som startåret**

	Andel (%) partiellt sjukskrivna någon gång i sjukfallet		
	2016	2017	Diff %
<i>Psykiska som uppdaterats, totalt</i>	49	53	4
Adhd	34	39	5
Akut stress	44	46	2
Alkoholberoende	20	23	3
Anorexia	28	40	12
Anpassningsstörning	43	52	9
Bipolär	42	43	1
Bulimi**	38	26	-
Depressiv episod	50	53	3
Drogberoende	22	17	-5
Generaliserat ångestsyndrom	47	52	4
Paniksyndrom	50	54	4
Psykotiska syndrom*	30	31	1
Ptsd	38	41	3
Recidiverande depression	49	52	3
Social fobi	35	36	0
Tvångssyndrom	43	45	2
Utmattningsyndrom	60	66	6
Psykiska som inte har uppdaterats	49	52	2
Andra diagnoskapitel	28	28	0

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

\*Omfattning har inte uppdaterats i FMB \*\*Mindre än 30 sjukfall 2016, förändringen redovisas därför inte.

## Nya intyg - kort analys och resultattabeller

I en första sammanställning av bidiagnoser i de nya läkarintygen redovisas utfallet enbart för de fyra län där täckningen av de nya intygen ligger på minst 80 procent under maj-september: Norrbottens, Kronobergs, Värmlands och Västmanlands län. Eftersom det blir få observationer med så få län och kort period ger vi här en översiktlig bild och återkommer med fördjupade analyser när täckningsgraden har förbättrats.



För de sjukfall som startade under perioden maj-september 2018 hade totalt sett 20 procent en bidiagnos utöver huvuddiagnosen och 7 procent har två bidiagnoser, d.v.s. totalt tre diagnoser i intyget. Det finns inga stora skillnader mellan de fyra län som ingår (Tabell 22).

Däremot finns en viss spridning mellan olika diagnoskapitel (Tabell 23). Andelen intyg med mer än en diagnos är störst inom kapitel ”Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser” där 65 procent har en bidiagnos, medan lägst andel finns inom ”Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker” där 14 procent har en bidiagnos. För sjukfall där huvuddiagnosen är en psykisk diagnos innehåller 38 procent av intygen mer än en diagnos. För rörelserelaterade diagnoser, där smärtdiagnoser ingår, har 24 procent en eller två bidiagnoser i intyget.

**Tabell 22** Antal diagnoser i intyg per län och diagnoskapitel

Län	Antal sjukfall	Andel med 1 diagnos (%)	Andel med 2 diagnoser (%)	Andel med 3 diagnoser (%)
Kronobergs län	1 667	70,5	21,6	7,9
Norrbottnens län	2 533	72,9	19,6	7,5
Värmlands län	2 559	74,6	18,8	6,6
Västmanlands län	2 709	72,1	20,8	7,1
Totalt	9 468	72,7	20,1	7,2

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

**Tabell 23** Alla diagnoskapitel – samma 4 län

	Antal	1 diagnos (%)	2 diagnoser (%)	3 diagnoser (%)
A00-B99	116	78	20	3
C00-D48	351	80	15	5
D50-D89	40	45	28	28
E00-E90	85	73	16	11
F00-F99	2 670	62	27	11
G00-G99	324	79	15	6
H00-H59	46	80	15	4
H60-H95	53	72	23	6
I00-I99	281	66	22	12
J00-J99	223	72	22	6
K00-K93	382	80	16	4
L00-L99	89	79	17	4
M00-M99	2 239	76	18	6
N00-N99	145	69	27	4
O00-O99	469	73	22	5
P00-P96	1	100	0	0
Q00-Q99	17	35	35	29
R00-R99	291	55	32	12
S00-T98	1 586	86	11	3
V01-Y98	5	40	0	60
Z00-Z99	55	55	33	13
Totalt	9 468	73	20	7

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

I tabellen 25 nedan görs ett nedslag för de ca 1 000 sjukfall som har en psykisk diagnos som huvuddiagnos och som därutöver har minst en bidiagnos. De vanligaste avsnitten inom psykiska diagnoser är F30-F39 och inom rörelserelaterade diagnoser är det M50-M54 och M70-M79. Andelarna de representerar inom respektive kapitel specificeras därför. Depression tillhör avsnitt F30-F39, utmattning F40-F48 och många av smärtdiagnoserna finns i M50-M54 och M70-M79.

Av tabellen framgår exempelvis att av 1 000 sjukfall med psykiska diagnoser som huvuddiagnos har 6 procent en rörelserelaterad diagnos som bidiagnos varav 31 procent tillhör avsnitt M50-M54 och 41 procent M70-M79. Eftersom det är en liten population handlar det dock om få sjukfall 19 och 25 sjukfall. Därutöver tillkommer i vissa fall en tredje bidiagnos.

**Tabell 24 Bidiagnos ett och två för sjukfall med psykisk diagnos som huvuddiagnos (1 000 sjukfall totalt) som har minst en bidiagnos, varav F30-F39 (Förstämningssyndrom) 28 % och F40-F48 (Ångest- och stressyndrom) 67 %**

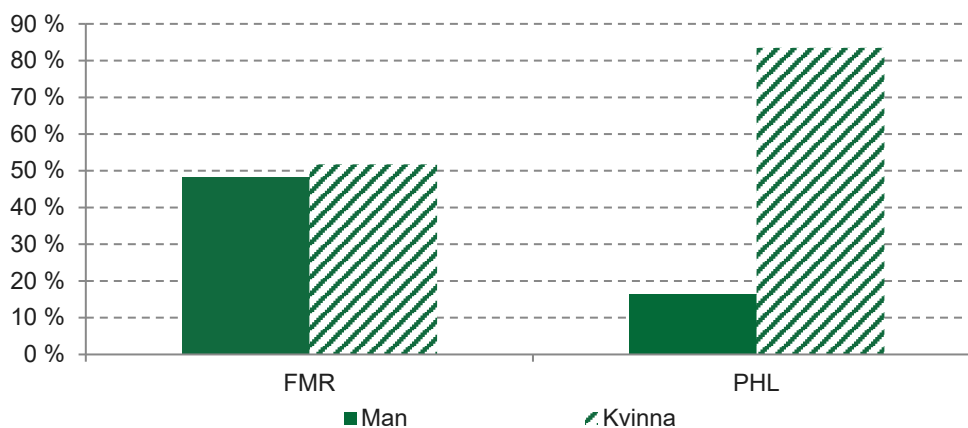
Bidiagnos	Antal i D2	Andel av alla kapitel i D2 (%)		Antal i D3	Andel av alla kapitel i D3 (%)	
A00-B99	0	0		1	0	
C00-D48	9	1		0	0	
D50-D89	0	0		2	1	
E00-E90	18	2		12	4	
F00-F99	707	71		160	56	
	Varav	F30-F39	19,38	Varav	F30-F39	10,63
	Varav	F40-F48	60,40	Varav	F40-F48	53,13
G00-G99	86	9		31	11	
H00-H59	0	0		1	0	
H60-H95	4	0		2	1	
I00-I99	21	2		6	2	
J00-J99	6	1		1	0	
K00-K93	11	1		5	2	
L00-L99	4	0		0	0	
M00-M99	61	6		35	12	
	Varav	M50-M54	31,15	Varav	M50-M54	28,57
	Varav	M70-M79	40,98	Varav	M70-M79	40,00
N00-N99	1	0		1	0	
O00-O99	6	1		2	1	
P00-P96	1	0		0	0	
Q00-Q99	2	0		0	0	
R00-R99	50	5		18	6	
S00-T98	3	0		4	1	
V01-Y98	3	0		0	0	
Z00-Z99	6	1		6	2	

Källa: MiDAS, Läkarintygsregistret.

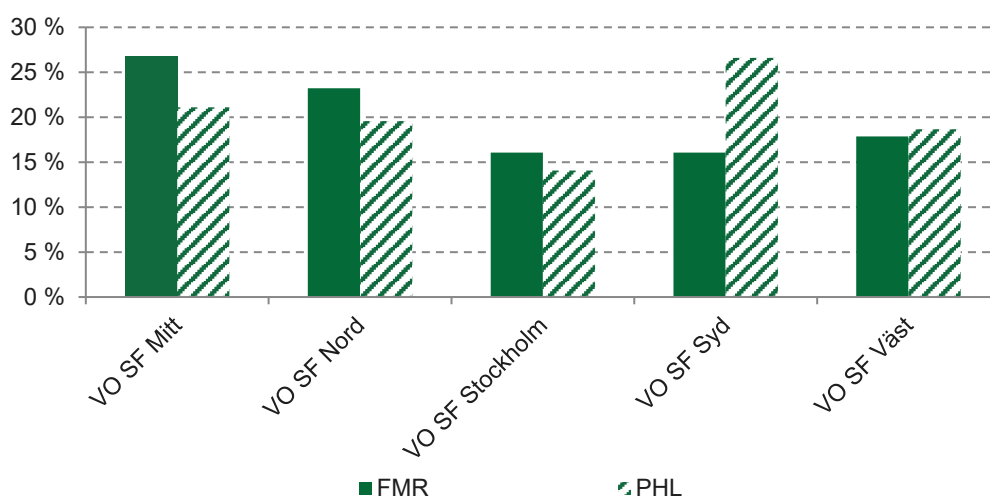
## Bilaga 2. Enkäter

### Respondenterna

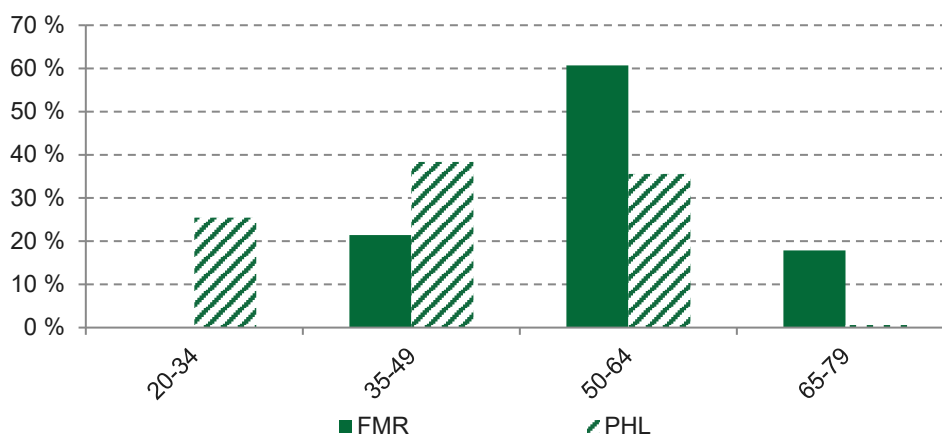
**Figur 25 Könsfördelning**



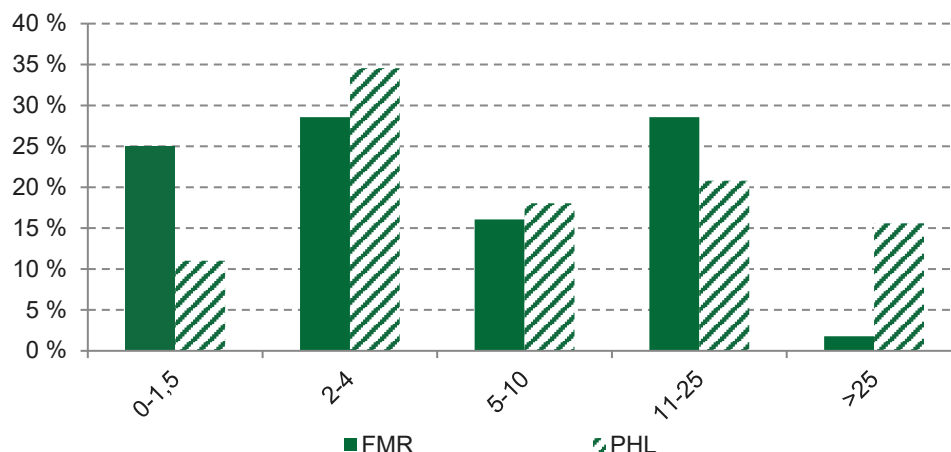
**Figur 26 VO-tillhörighet**



**Figur 27 Ålder**

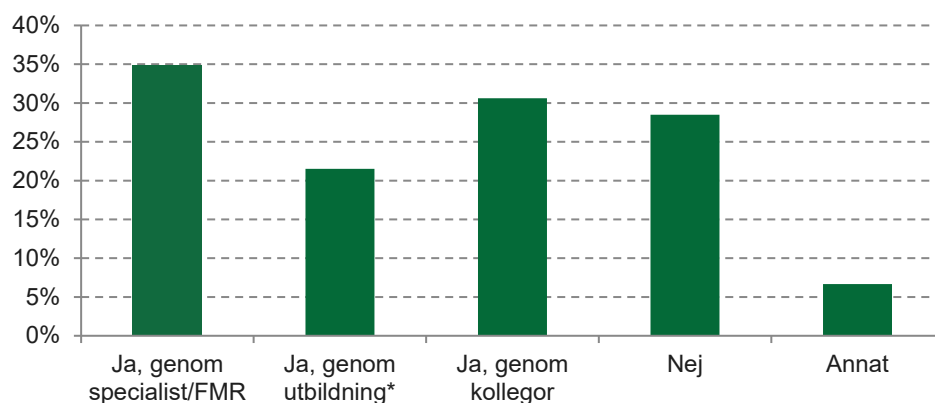


**Figur 28** Antal år med sjukpenning på Försäkringskassan



FMB:s betydelse för kvalitet

**Figur 29** Har du fått någon information eller utbildning för att kunna använda FMB? Fler än ett alternativ är möjligt



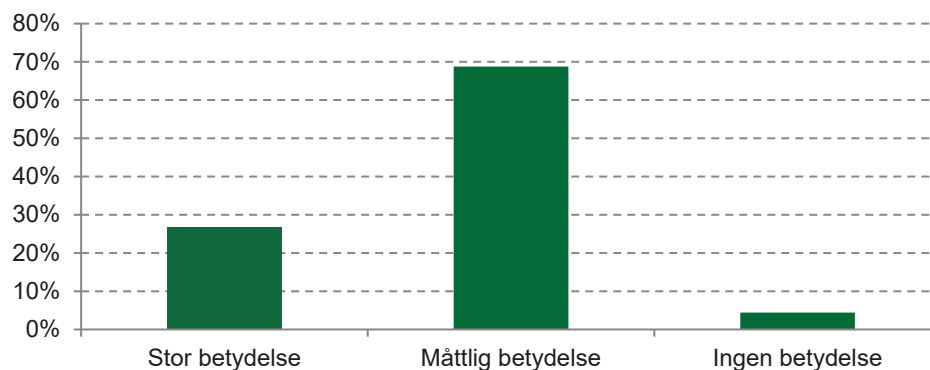
\*Webbaserad eller lärarledd utbildning

**Tabell 25. Tid sedan utbildning/information om FMB**

Hur länge sedan var det du fick information eller utbildning om FMB?	Antal*	Andel (%)
Ca ett år sedan (eller mindre)	48	20,426
Ca 2-3 år sedan	52	22,128
Mer än 3 år sedan	60	25,532
Löpande	13	5,532
Minns inte/oklart	59	25,106
Övrigt	3	1,276

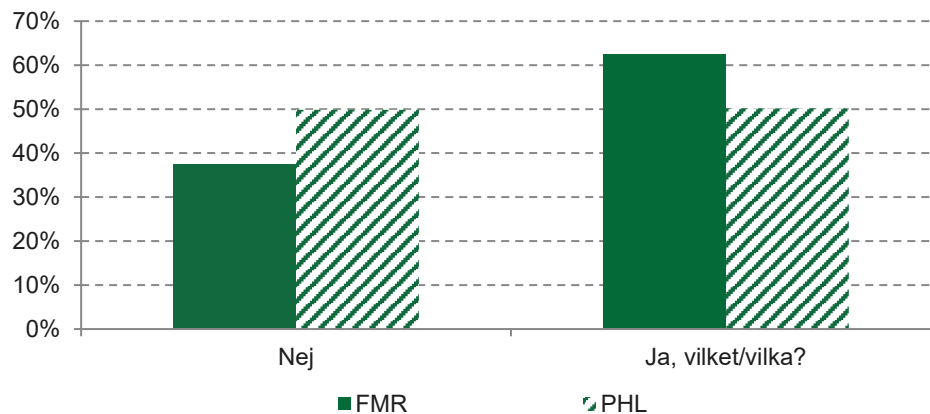
\*235 PHL besvarade frågan.

**Figur 30 Hur stor betydelse har FMB för kvaliteten i din handläggning?**

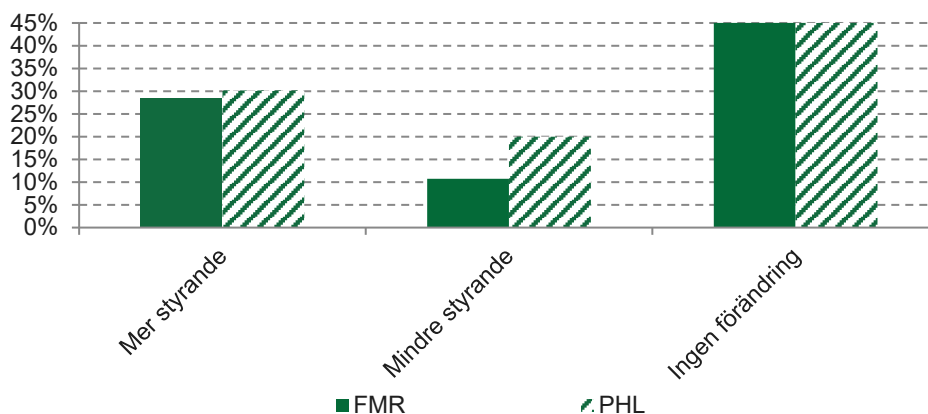


Behov av fler diagnoser i beslutsstödet

**Figur 31 Tycker du att det saknas något diagnosområde i ditt arbete som PHL/FMR?**



**Figur 32 Tycker du att styrningen som avses i fråga 4 ovan har förändrats över tid för handläggarna?**



## Att inhämta och värdera information i ett ärende

**Tabell 26 Var PHL söker information om en viss diagnos och hur ofta**

När du söker information om en viss diagnos, hur vanligt är det att du vänder dig till följande alternativ?	Antal*	Andel (%)	Konfidensintervall
1177 för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	6	1,9	(0,4–3,4)
1-5 ggr/vecka	29	9,1	(5,9–12,2)
Någon gång/månad	70	21,9	(17,3–26,4)
Några ggr/år	74	23,1	(18,5–27,8)
Aldrig	141	44,1	(38,6–49,5)
FMB för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	146	45,6	(40,1–51,1)
1-5 ggr/vecka	131	40,9	(35,5–46,4)
Någon gång/månad	33	10,3	(7–13,7)
Några ggr/år	9	2,8	(1–4,6)
Aldrig	1	0,3	(0–0,9)
Internetmedicin för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	20	6,3	(3,6–8,9)
1-5 ggr/vecka	88	27,5	(22,6–32,4)
Någon gång/månad	117	36,6	(31,3–41,9)
Några ggr/år	49	15,3	(11,3–19,3)
Aldrig	46	14,4	(10,5–18,2)
FMR för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	2	0,6	(0–1,5)
1-5 ggr/vecka	80	25,0	(20,2–29,8)
Någon gång/månad	187	58,4	(53–63,9)
Några ggr/år	49	15,3	(11,3–19,3)
Aldrig	2	0,6	(0–1,5)
Specialist för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	5	1,6	(0,2–2,9)
1-5 ggr/vecka	70	21,9	(17,3–26,4)
Någon gång/månad	127	39,7	(34,3–45,1)
Några ggr/år	64	20,0	(15,6–24,4)
Aldrig	54	16,9	(12,7–21)
Kollega för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	73	22,8	(18,2–27,4)
1-5 ggr/vecka	163	50,9	(45,4–56,4)
Någon gång/månad	55	17,2	(13–21,3)
Några ggr/år	19	5,9	(3,3–8,5)
Aldrig	10	3,1	(1,2–5)
Sjukskrivande läkare för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	21	6,6	(3,8–9,3)
1-5 ggr/vecka	136	42,5	(37,1–47,9)
Någon gång/månad	116	36,3	(31–41,5)
Några ggr/år	35	10,9	(7,5–14,4)
Aldrig	12	3,8	(1,7–5,8)

När du söker information om en viss diagnos, hur vanligt är det att du vänder dig till följande alternativ?	Antal*	Andel (%)	Konfidensintervall
Den försäkrade för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	23	7,2	(4,3–10)
1-5 ggr/vecka	122	38,1	(32,8–43,5)
Någon gång/månad	82	25,6	(20,8–30,4)
Några ggr/år	49	15,3	(11,3–19,3)
Aldrig	44	13,8	(10–17,5)
Annan hälso- och sjukvårdspersonal för information om diagnos			
Minst 6 ggr/vecka	1	0,3	(0–0,9)
1-5 ggr/vecka	25	7,8	(4,9–10,8)
Någon gång/månad	110	34,4	(29,1–39,6)
Några ggr/år	113	35,3	(30–40,6)
Aldrig	71	22,2	(17,6–26,8)

\*10 PHL har inte svarat.

**Tabell 27 Var PHL söker information om ett visst arbete och hur ofta**

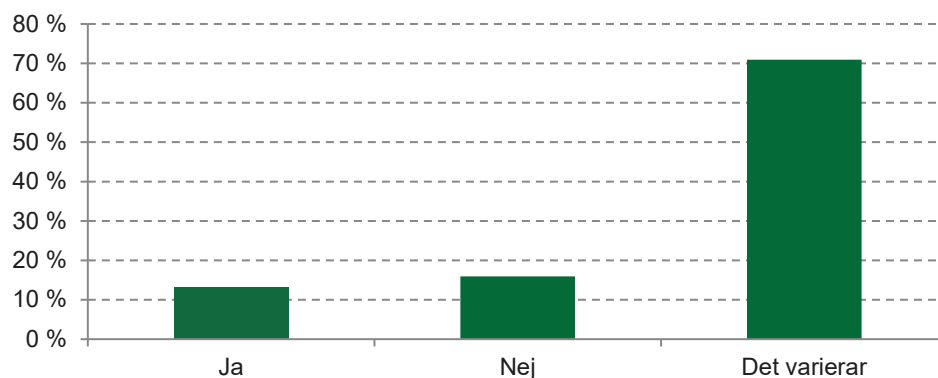
När du söker information om vilka krav ett visst arbete ställer på en viss individ, hur vanligt är det att du vänder dig till följande alternativ?	Antal*	Andel (%)	Konfidensintervall
1177 för information om vilka krav ett visst arbete ställer			
Minst 6 ggr/vecka	1	0,3	(0–0,9)
1-5 ggr/vecka	3	0,9	(0–2)
Någon gång/månad	19	5,9	(3,3–8,5)
Några ggr/år	27	8,4	(5,4–11,5)
Aldrig	270	84,4	(80,4–88,4)
Annan hälso- och sjukvårdspersonal för information om vilka krav ett visst arbete ställer			
Minst 6 ggr/vecka	1	0,3	(0–0,9)
1-5 ggr/vecka	10	3,1	(1,2–5)
Någon gång/månad	61	19,1	(14,7–23,4)
Några ggr/år	96	30,0	(25–35)
Aldrig	152	47,5	(42–53)
FMB för information om vilka krav ett visst arbete ställer			
Minst 6 ggr/vecka	24	7,5	(4,6–10,4)
1-5 ggr/vecka	56	17,5	(13,3–21,7)
Någon gång/månad	73	22,8	(18,2–27,4)
Några ggr/år	42	13,1	(9,4–16,8)
Aldrig	125	39,1	(33,7–44,4)
Internetmedicin för information om vilka krav ett visst arbete ställer			
Minst 6 ggr/vecka	1	0,3	(0–0,9)
1-5 ggr/vecka	21	6,6	(3,8–9,3)
Någon gång/månad	42	13,1	(9,4–16,8)
Några ggr/år	56	17,5	(13,3–21,7)
Aldrig	200	62,5	(57,2–67,8)

<b>När du söker information om vilka krav ett visst arbete ställer på en viss individ, hur vanligt är det att du vänder dig till följande alternativ?</b>	<b>Antal*</b>	<b>Andel (%)</b>	<b>Konfidensintervall</b>
<b>FMR för information om vilka krav ett visst arbete ställer</b>			
Minst 6 ggr/vecka	2	0,6	(0–1,5)
1-5 ggr/vecka	36	11,3	(7,8–14,7)
Någon gång/månad	113	35,3	(30–40,6)
Några ggr/år	62	19,4	(15–23,7)
Aldrig	107	33,4	(28,2–38,6)
<b>Specialist för information om vilka krav ett visst arbete ställer?</b>			
Minst 6 ggr/vecka	4	1,3	(0–2,5)
1-5 ggr/vecka	43	13,4	(9,7–17,2)
Någon gång/månad	116	36,3	(31–41,5)
Några ggr/år	75	23,4	(18,8–28,1)
Aldrig	82	25,6	(20,8–30,4)
<b>Kollega för information om vilka krav ett visst arbete ställer</b>			
Minst 6 ggr/vecka	41	12,8	(9,1–16,5)
1-5 ggr/vecka	108	33,8	(28,5–39)
Någon gång/månad	100	31,3	(26,1–36,4)
Några ggr/år	42	13,1	(9,4–16,8)
Aldrig	29	9,1	(5,9–12,2)
<b>Sjukskrivande läkare för information om vilka krav ett visst arbete ställer</b>			
Minst 6 ggr/vecka	6	1,9	(0,4–3,4)
1-5 ggr/vecka	60	18,8	(14,5–23)
Någon gång/månad	117	36,6	(31,3–41,9)
Några ggr/år	63	19,7	(15,3–24,1)
Aldrig	74	23,1	(18,5–27,8)
<b>Arbetsgivare för information om vilka krav ett visst arbete ställer</b>			
Minst 6 ggr/vecka	36	11,3	(7,8–14,7)
1-5 ggr/vecka	137	42,8	(37,4–48,3)
Någon gång/månad	113	35,3	(30–40,6)
Några ggr/år	24	7,5	(4,6–10,4)
Aldrig	10	3,1	(1,2–5)
<b>Den försäkrade för information om vilka krav ett visst arbete ställer</b>			
Minst 6 ggr/vecka	58	18,1	(13,9–22,4)
1-5 ggr/vecka	169	52,8	(47,3–58,3)
Någon gång/månad	73	22,8	(18,2–27,4)
Några ggr/år	15	4,7	(2,4–7)
Aldrig	5	1,6	(0,2–2,9)

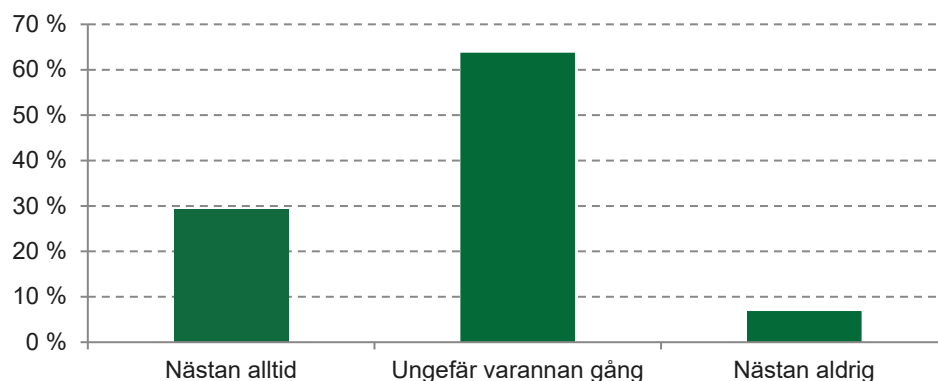
\*10 PHL har inte svarat.



**Figur 33** Den här frågan handlar om när du fattar beslut om rätten till sjukpenning. Tycker du att det är lätt att värdera om du har tillräckligt medicinsk information för att fatta beslut?



**Figur 34** När du ber om kompletterande information från behandlande läkare, hur vanligt är det att du då får den information du behöver?



Antal, andelar och konfidensintervall

**FMR**

**Tabell 28** Andelar och konfidensintervall för enkätsvaren, FMR

Enkätfråga	Antal	Andel (%)	Konfidensintervall (%)
Kön			
Man	27	48	(34,7–61,7)
Kvinna	29	52	(38,3–65,3)
VO			
VO SF Mitt	15	27	(14,8–38,8)
VO SF Nord	13	23	(11,8–34,6)
VO SF Stockholm	9	16	(6,1–26)
VO SF Syd	9	16	(6,1–26)
VO SF Väst	10	18	(7,5–28,2)
05. Använder du FMB?			
Ja	55	98	(94,6–100)

Enkätfråga	Antal	Andel (%)	Konfidensintervall (%)
07. Använder information om...			
Övergripande principer	33	59	(45,6–72,2)
Rekommendation om sjukskrivningslängd	50	89	(80,9–97,6)
Rekommendation om sjukskrivningsgrad	35	63	(49,4–75,6)
Information om funktionsnedsättning	28	50	(36,5–63,5)
Information om aktivitetsbegränsning/arbetsförmåga	29	52	(38,3–65,3)
Annat	7	13	(3,6–21,4)
08. Hur ofta använder du dig av FMB?			
Flera gånger per dag	14	25	(13,6–37,3)
Minst 6ggr/vecka	9	16	(6,3–26,5)
1-5 ggr/vecka	24	44	(30,1–57,2)
Någon gång/månad	8	15	(4,9–24,2)
09. Hur styrande upplever du att rekommendationerna om sjukskrivningstider/omfattning är i handläggningen?			
Inte alls	3	5	(0–11,4)
Något styrande	33	59	(45,6–72,2)
Mycket styrande	17	30	(17,9–42,8)
Jag har ingen uppfattning/vet ej	3	5	(0–11,4)
10. Hur upplever du graden av styrning som avses i fråga 9?			
Mycket positiv	12	21	(10,3–32,5)
Ganska positiv	19	34	(21,1–46,7)
Neutral	19	34	(21,1–46,7)
Ganska negativ	6	11	(2,4–19,1)
11. Hur styrande rekommendationerna om sjukskrivningstider/omfattning är i handläggningen har förändrats?			
Ja, de har blivit mer styrande	16	29	(16,4–40,8)
Ja, de har blivit mindre styrande	6	11	(2,4–19,1)
Nej, ingen förändring	34	61	(47,5–73,9)
13. Tycker du att det saknas något diagnosområde i FMB i ditt arbete som FMR?			
Ja	35	63	(49,4–75,6)
14. Upplever du att förändringarna i beslutsstödet har påverkat handläggarens arbete?			
Ja, positivt.	17	30	(17,9–42,8)
Ja, negativt.	10	18	(7,5–28,2)
Nej, inga förändringar	9	16	(6,1–26)
Jag har ingen uppfattning/vet ej	20	36	(22,8–48,7)
15. Påverkar FMB kvaliteten i handläggarens arbete?			
Ja, mycket bättre	10	18	(7,5–28,2)
Ja, förbättrats något	18	32	(19,5–44,8)
Ja, försämrats	3	5	(0–11,4)
Nej, ingen påverkan	6	11	(2,4–19,1)
Jag har ingen uppfattning/vet ej	19	34	(21,1–46,7)

## Handläggare

**Tabell 29 Andelar och konfidensintervall för enkätsvaren, handläggare**

Enkätfråga	Antal	Andel (%)	Konfidensintervall (%)
<b>2. Kön</b>			
Man	54	17	(12,5–20,6)
Kvinna	273	83	(79,4–87,5)
<b>5. VO</b>			
VO SF Mitt	69	21	(16,7–25,5)
VO SF Nord	64	20	(15,2–23,9)
VO SF Stockholm	46	14	(10,3–17,9)
VO SF Syd	87	27	(21,8–31,4)
VO SF Väst	61	19	(14,4–22,9)
<b>6. Yrkesroll</b>			
Handläggare inom sjukpenning	102	31	(26,1–36,2)
Handläggare inom sjukpenning-samordning	208	64	(58,4–68,9)
Försäkringsutredare	17	5	(2,8–7,6)
<b>7. Arbetar med kundflöde</b>			
Kundflöde 1	35	11	(7,3–13,9)
Kundflöde 2	186	56	(51–61,7)
Kundflöde 3	231	70	(65–75)
<b>8. Känner till FMB</b>			
Ja, mycket väl	288	88	(84,8–91,8)
Ja, något	27	8	(5,3–11,3)
Ja, men inte ingående	11	3	(1,4–5,3)
<b>9. FMB ger stöd i handläggningen</b>			
Ja	309	95	(92,4–97,2)
<b>10. Har fått information eller utbildning...</b>			
Genom specialist/FMR	115	35	(29,7–40)
Genom en webbaserad/lärlarledd utbildning	71	22	(17,1–26)
Genom kollegor	101	31	(25,6–35,6)
Nej	94	28	(23,6–33,4)
Annat	22	7	(4–9,4)
<b>12. Använder information från FMB...</b>			
Ingen	3	1	(0–1,9)
Övergripande principer	112	34	(28,8–39,1)
Rekommendation om sjukskrivningslängd	310	94	(91,4–96,5)
Rekommendation om sjukskrivningsgrad	225	68	(63,1–73,2)
Information om funktionsnedsättning	210	64	(58,4–68,9)
Information om aktivitetsbegränsning/arbetsförmåga	226	68	(63,4–73,5)
Annat	16	5	(2,5–7,2)

Enkätfråga	Antal	Andel (%)	Konfidensintervall (%)
<b>13. Hur ofta använder du FMB</b>			
Flera gånger per dag	112	34	(29,3–39,7)
Minst 6ggr/vecka	61	19	(14,5–23)
1-5 ggr/vecka	116	36	(30,5–40,9)
Någon gång/månad	32	10	(6,6–13,1)
Några ggr/år	3	1	(0–2)
Aldrig	1	0	(0–0,9)
<b>14. Hur styrande är rekommendationerna om sjukskrivningstider/omfattning</b>			
Inte alls	7	2	(0,6–3,7)
Något styrande	242	74	(69,7–79,2)
Mycket styrande	76	23	(18,8–28)
<b>15. Har det förändrats under din tid som handläggare?</b>			
Ja, de har blivit mer styrande	98	30	(25,1–35,2)
Ja, de har blivit mindre styrande	65	20	(15,6–24,4)
Nej, det har inte inneburit någon förändring	162	50	(44,4–55,3)
<b>16. Lätt att värdera om du har tillräckligt medicinsk information för beslut?</b>			
Ja, det är lätt att värdera	42	13	(9,4–16,8)
Nej det är inte lätt att värdera	51	16	(11,9–20)
Det varierar mellan ärenden	227	71	(65,9–75,9)
<b>19. Kompletterande information från behandlande läkare, får den information du behöver?</b>			
Nästan alltid	94	29	(24,4–34,4)
Ungefär varannan gång	204	64	(58,5–69)
Nästan aldrig	22	7	(4,1–9,7)
<b>21. Tycker du att det saknas något diagnosområde?</b>			
Ja	159	50	(44,6–55,7)
<b>22. På vilket sätt har förändringarna i FMB påverkat ditt arbete?</b>			
Det har blivit lättare att handlägga ärenden med psykiska sjukdomar	101	32	(26,7–37)
Det har blivit svårare. Differentieringen i sjukdomsgrad medför svårigheter i handläggningen av psyk	88	28	(22,8–32,7)
Det har inte inneburit några förändringar	128	40	(34,9–45,8)
<b>23. Hur stor betydelse har FMB för kvaliteten i din handläggning?</b>			
Stor betydelse	85	27	(21,9–31,7)
Måttlig betydelse	218	69	(63,6–73,9)
Ingen betydelse	14	4	(2,1–6,7)
<b>24. Underlättar FMB kontakterna med...</b>			
Den försäkrade	184	56	(50,4–61,1)
Läkaren	251	76	(71,4–80,7)
Annan hälso- och sjukvårdspersonal	94	28	(23,6–33,4)
Den försäkrades arbetsgivare	74	22	(17,9–26,9)
Arbetsförmedlingen	50	15	(11,3–19)
Nej inte med någon	57	17	(13,2–21,4)

## Bilaga 3. Fokusgrupper

Fiktivt fall, "Sara, 32 år"

### Steg 1

Sara är frånskild, men har träffat en ny man som hon flyttat ihop med. Hon har två yngre barn och ett bonusbarn. Hon arbetar i ett mindre företag med redovisning. Hon tycker att hon har ett bra arbete men känner sig ofta stressad. Sara är engagerad som person och får ofta hjälpa sina vänner med att lösa olika problem.

Sara är orolig. Orolig för hur hon ska klara jobbet, orolig för hur hon ska hinna få ihop vardagen och barnen och deras aktiviteter, orolig för hur hon ska hantera sin tidigare man och sin nya familj. Hon får svårare och svårare att fokusera på arbetet och hon behöver lägga mer tid på att vila och sova.

Hon tappar kontakt med vänner och jobbet hamnar i kläm. Vissa dagar orkar hon först inte gå till jobbet och hon vill sjukskriva sig för att hon inte orkar gå till jobbet. Hon har sökt hjälp och får tid till vårdcentralen efter två veckor. Hon känner sig missförstådd och mår allt sämre. Hur ska hon få rehabilitering och komma tillbaka till arbetet och vardagen?

*Hur skulle ni vilja att Sara fick hjälp och stöd på bästa sätt?*

*Hur skiljer det sig från hur ni gör idag?*

### Steg 2

Sara har haft depressioner tidigare. Både i samband med stressfyllda perioder, som skilsmässa och när hon haft mycket på jobbet, men även efter att hon fick sitt andra barn. Hon har fått viss hjälp av mödravården, men hon känner sig fortfarande nedstämd. Hon har även fått antidepressiva läkemedel som hon tar ibland. Dessutom är Sara orolig. Orolig för hur hon ska klara jobbet, orolig för hur hon ska hinna få ihop vardagen och barnen och deras aktiviteter, orolig för hur hon ska hantera sin tidigare man och sin nya familj. Hon får svårare och svårare att fokusera på arbetet och på att röra på sig när hon också har fått ont i rygg och nacke sedan hon började sova sämre. Det gör henne trött och retlig och hon behöver lägga mer tid på att vila och sova än tidigare, vilket gör att hon rör på sig ännu mindre.

Hon tappar kontakt med vänner och jobbet hamnar i kläm. Vissa dagar orkar hon först inte gå till jobbet och hon sjukskriver sig för att hon har ont, men kanske framförallt för att hon inte orkar gå till jobbet. Hon har sökt hjälp och får tid till vårdcentralen efter två veckor. Hon har fått förnyat recept på antidepressiv behandling och remiss till någon psykolog för KBT-behandling efter ytterligare tre veckor.

Hon försöker gå till jobbet ett par gånger, men det klickar dåligt mellan henne och hennes chef som vill se ett intyg för fortsatt sjukskrivning. Hon

känner sig missförstådd på jobbet och misstrodd av läkaren på vårdcentralen. Hon mår allt sämre och sjukskrivningen blir längre. Hur ska hon få rehabilitering och komma tillbaka till arbetet och vardagen?

*Skillnader mot förra beskrivningen? Hur skulle ni vilja att Sara fick hjälp och stöd på bästa sätt?*

*Hur skiljer det sig från hur ni gör idag?*

## Saras intyg



Om du inte känner patienten ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29).

Läkarintyg 1 (5)  
för sjukpenning

Patientens namn Sara Personnummer

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

### 1. Smittbärappening [Hjälp!text](#)

Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna Diagnos (4) och Nedsättning av arbetsförmåga (8)).

### 2. Intyget är baserat på [Hjälp!text](#)

	I datum (år, månad, dag)
<input checked="" type="checkbox"/> min undersökning av patienten	2018-10-08
<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	
<input type="checkbox"/> journaluppgifter från den	
<input type="checkbox"/> annat	
Ange vad annat är:	

78040101

### 3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan? [Hjälp!text](#)

<input checked="" type="checkbox"/> Nuvarande arbete	Ange yrke och arbetsuppgifter Redovisningsekonom
<input type="checkbox"/> Arbetsökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden	
<input type="checkbox"/> Föräldraledighet för vård av barn	
<input type="checkbox"/> Studier	

### 4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga [Hjälp!text](#)

Diagnoskod enligt ICD-10 SE
Stressreaktion
F 43

FK 7804 (001 F 001) Fastställt av Försäkringskassan

**5. Funktionsnedsättning** [Hjälptext](#)

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

Sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, orolig och nedstämd

**6. Aktivitetsbegränsning** [Hjälptext](#)

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.

Kan inte koncentrera sig på arbetsuppgifterna som kräver koncentration, tappar träden

**7. Medicinsk behandling**

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Samtal

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Samtal med psykolog

**8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan** [Hjälptext](#)

	ifrån och med (år, månad, dag)	I till och med (år, månad, dag)
<input checked="" type="checkbox"/> 100 procent	2018-10-08	2018-10-31
<input type="checkbox"/> 75 procent		
<input type="checkbox"/> 50 procent		
<input type="checkbox"/> 25 procent		

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att [Hjälptext](#)

78040201

PK 7904 (001 F 001) Fastställt av Försäkringskassan

Personnummer 3 (5)

Resor till och från arbetet med annat färdmedel än normalt kan göra det möjligt för patienten att återgå till arbetet under sjukskrivningsperioden.

Finns det medicinska skäl att förlägga arbetstiden på något annat sätt än att minska arbetstiden lika mycket varje dag? [Hjälptext](#)

Nej  Ja. Fyll i nedan.

Beskriv medicinska skäl till annan förläggning av arbetstiden

**9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle**

Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.

Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 2 månader. ▾

Patienten kommer med stor sannolikhet inte att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 12 månader.

Återgång i nuvarande sysselsättning är oklar.

**10. Här kan du ange åtgärder som du tror skulle göra det lättare för patienten att återgå i arbete**

Arbetsträning  Ergonomisk bedömning  Omfördelning av arbetsuppgifter

Anpassning  Hjälpmedel  Övrigt

Söka nytt arbete  Konflikthantering  Inte aktuellt

Besök på arbetsplatsen  Kontakt med företagshälsovård

Här kan du ange fler åtgärder. Du kan också beskriva hur åtgärderna kan underlätta återgång i arbete.

78040301

**11. Övriga upplysningar**

FK 7804 (001 F 001) Fastställt av Försäkringskassan



Personnummer 4 (5)

12. Kontakt med Försäkringskassan [Hjälp!text](#)

<input checked="" type="checkbox"/> Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.
Ange gärna varför du vill ha kontakt
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 20px;"></div>

13. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 15px;"></div>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 15px;"></div>
Namnförtydligande	
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 15px;"></div>	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 15px;"></div>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 15px;"></div>
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 15px;"></div>	<div style="background-color: #e6f2ff; height: 15px;"></div>
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 15px;"></div>	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	
<div style="background-color: #e6f2ff; height: 40px;"></div>	

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

78040401

FK 7804 (001 F 001) Fastställt av Försäkringskassan

## Diskussionsguide

### **Introduktion – utgångsläge för diskussionen (10 min)**

Presentationsrunda: namn och roll (kort!)

1. Berätta kort om vilken erfarenhet ni har av sjukskrivningsrelaterade frågor.
  - Hur länge har ni arbetat med sjukskrivningsrelaterade frågor?
  - Hur ser er roll ut?

### **Del I – Arbete med Sjukskrivningsfall, Sara 34 år (40 min)**

Nu ska vi direkt bli konkreta och försöka arbeta med ett specifikt case. Det här är ett case som utvecklats i nära samarbete med sjukvården och Försäkringskassan för att återspegla typiska sjukfall. Diskussionen utgår från hur det fungerar idag, men vi vill identifiera faktorer som gör att processen fungerar bättre.

1. Kan ni kort beskriva Saras fall?
  - i. Vad karakteriserar Saras situation och problem?
  - ii. Vilka olika typer av situationer kan uppstå?
  - iii. Vad kan göras för att förebygga eller undvika sjukskrivning?
2. Vad skulle ni vilja göra för Sara? (hantera både undviken sjukskrivning och sjukskrivning)
  - i. Hur fördelas ansvarsområde/arbetsuppgifter?
    - i. Läkare.
    - ii. Handläggare Försäkringskassan
    - iii. Arbetsgivaren
3. Vilken information behöver Försäkringskassan om Sara för att 1) kunna bedöma eventuellt behov av sjukskrivning? 2) Samordnande insatser/rehabilitering?
  - i. Så här skulle det kunna se ut i ett specifikt ifyllt intyg: [Dela ut exempel med utskrivet intyg!] Diskutera fördelar och svårigheter!
  - ii. Hur kan information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning beskrivas på bästa sätt via intyget?
  - iii. Kan FMB vara ett stöd i bedömningen av Sara? Varför/varför inte?
    - i. Hur skulle FMB behöva se ut för att utgöra ett bättre stöd?

4. Vilket ansvar ligger på Sara?
5. Hur skulle ni resonera om Saras förutsättningar skiljde sig åt? Vad skulle det kunna vara? (Exempelvis: Tungt kontra lättare fysiskt arbete, mindre/större arbetsgivare/arbetslös.
  - i. Finns det annat som påverkar Saras situation?
6. Här får ni alla blanka papper. Vi låter dessa papper symbolisera de underlag som krävs i kommunikationen mellan sjukskrivande läkare och Försäkringskassan.
  - i. Hur skulle ni vilja skriva underlaget för Sara?

--- RAST (20 min) ---

## **Del II – Arbete med Fördjupat Sjukskrivningsfall, Sara 34 år (40 min)**

Nu ska vi fördjupa oss i Saras fall. Under utredningen framkommer flera saker som vi inte såg från början. Saras fall kunde förstås ha varit så enkelt som det verkade utifrån tidigare, men det kunde också ha funnits fler och mer komplicerande faktorer.

7. Kan ni kort beskriva hur ni ser på Sara nu? Vad skiljer sig från diskussionen tidigare?
8. Vad skulle ni vilja göra för Sara nu?
  - i. Vem gör vad? Hur vill ni att arbetsuppgifter/ansvarsområden fördelas?
    - i. Läkare
    - ii. Handläggare Försäkringskassan
    - iii. Arbetsgivaren / Om arbetsgivaren saknas
    - iv. Vilket ansvar ligger på Sara?
9. Hur tänker ni kring om att Sara kanske har flera diagnoser? Vad händer om Sara har både sociala problem, psykiatriska och medicinska problem? Blir det svårare, och i så fall hur? Hur skulle ni vilja hantera läkarens och handläggarens olika roller när det gäller sociala/medicinska aspekter?).
10. Diagnosen växer fram över tid – hur förmedlar läkaren det till Försäkringskassan på bästa sätt? Hur kan Försäkringskassan hantera det?
11. Hur påverkar fallets komplexitet behovet av information till Försäkringskassan?
  - i. Här får ni alla blanka papper. Vi låter dessa papper symbolisera de underlag som krävs i kommunikationen mellan sjukskrivande

- läkare och Försäkringskassan. Hur skulle ni vilja skriva underlaget för Sara nu? Skiljer det sig från tidigare?
- ii. Så här skulle det kunna se ut i ett specifikt ifyllt intyg: [Dela ut exempel med utskrivet intyg!] Diskutera fördelar och svårigheter!
  - iii. Hur kan information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning beskrivas på bästa sätt via intyget?
  - iv. Vad skulle behöva förändras för att kommunikationen om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning ska fungera bättre mellan läkaren och handläggaren?
12. Hur skiljer sig behovet av information över tid? (vad händer t ex vid dag 180?)
13. Vad har ni för stöd av FMB i fallet Sara? Hur fungerar det? När fungerar det inte? Vad hade ni önskat? Konkretisera! (Hur skulle exempelvis ett förbättrat stöd kring samsjuklighet behöva se ut?)
- i. Vilket stöd utöver FMB skulle ni önska? (exempelvis som råd och tips eller annat...

### **Del III – I den bästa av världar (20 min)**

Avslutningsvis tänkte jag att vi skulle prata lite om någon slags tänkt ideal sjukskrivningsprocess och fundera kring vad som skulle behöva göras för att vi ska kunna nå dit. Helst vill vi avgränsa frågan lite till hur samarbetet mellan de som ska agera stöd för Sara fungerar, men vi vill inte hämma er från att tänka helt fritt heller.

14. I den bästa av världar; hur beskriver ni en generell sjukskrivningsprocess? Går det att beskriva kort? Vilka är de kritiska framgångsfaktorerna?
15. Kan vi ringa in vad som skulle behöva göras för att vi ska nå dit? Eller i alla fall få utvecklingen att gå åt rätt håll?
16. Vilka olika aktiviteter kan myndigheter, eller andra aktörer, bidra med för att vi ska hitta rätt?
- i. Om ni särskilt tänker på Socialstyrelsens och Försäkringskassans roller framåt. Vad behöver de tänka på för att på bästa sätt kunna bidra till ett bättre fungerande system (och en bättre fungerande sjukskrivningsprocess)?
  - ii. Vad kan arbetsgivare och andra aktörer bidra med?

**Avslutning (2 min)**

Det får runda av vår spännande diskussion här idag! Tusen tack för er medverkan i denna rundabordsdiskussion – ni har alla bidragit med mycket värdefull information.

## Kodningsschema

Temat	Koder		
DF	Typ av DF	Livssituation (sociala omständigheter vs. medicinsk diagnos)	DFs inställning (exempelvis incitament till sju/att arbeta med sin livssituation, inställning till arbetsgivar- involvering)
		Fdiagnoser	
		Diagnososäkerhet (även osäkerhet kring prognos)	
HS	HS förutsättningar	Gemensam strategi sjukskrivning (även styrning av HS i sjukskrivningsfrågor, att våga ifrågasätta syftet med sjukskrivning)	Olika uppdrag/ rollkonflikter
		Första kontakter i vården	
		Rätt kompetens i rätt tid (till pat/DF)	
FK	FK förutsättningar	Styrning av FK och SFS (även utformning av regelverk/lagstiftning)	
Kommunikation	Intyg	Intygskvalitet	DFA Observationer Kompletteringar
		Information vid olika tidpunkter i ett sjukfall	
		GDPR	
		Digitaliseringsmöjligheter ("ny teknik")	
	FMB	Tillämpning	
		Kommunikation vid sidan av intyget	
	Samordnings- uppdrag	Rehabkoordinatorer	
Arbetsgivaren	Arbetsgivarens roll (även arbetsplatsen och AF)	Företagshälsovården	Anpassnings- möjligheter

## Bilaga 4. Aktgranskning

### Frågeformulär till aktgranskningen

1. Mitt namn är (välj i rullistan)

xx

2. Jag arbetar som:

(1)  Specialist

(2)  Verksamhetsutvecklare

3. Ange uniktID

4. Ange ärendeID

5. Ärendet ingår i urval

(1)  Urval 1

(2)  Urval 2

(3)  Urval 3

6. Ange om intyget avser dag 1 eller dag 180?

(1)  Dag 1

(2)  Dag 180

7. Ingår ärendet i urvalet som ska granskas?

(1)  Ja

(2)  Nej

### Läkarintyget

Uppmärksamma att vissa av frågorna även kan handla om uppgifter i ärendet som helhet

På följande fråga (8) ska du ange vilka diagnoser som finns angivna i läkarintyget.

Du ska skilja på huvuddiagnos och övriga diagnoser.

Ange så detaljerad diagnoskod som möjligt. Om huvuddiagnos inte är angiven i ruta för huvuddiagnos i intyget ska första diagnos som anges i rutan för övriga diagnoser anges som huvuddiagnos.

Om diagnos endast finns i text i intyget, ange vilken diagnos. Kopiera från intyget.

8. Ange diagnos/diagnoser som finns angivna i läkarintyget. Skilj på huvuddiagnos och övriga diagnoser

Huvuddiagnos

Övrig diagnos 1

Övrig diagnos 2

Övrig diagnos 3

Övrig diagnos 4

Övrig diagnos 5

Övrig diagnos 6

Diagnos saknas

9. Vilka uppgifter är intyget baserat på?

(1)  Undersökning av patienten

(2)  Telefonkontakt med patienten

(3)  Journalkopior

(4)  Framgår inte

(5)  Annat, ange vad \_\_\_\_\_



#### 10. I relation till vilken sysselsättning bedömer läkaren arbetsförmågan?

- (1)  Nuvarande arbete
- (2)  Föräldraledighet för vård av barn
- (3)  Normalt förekommande arbete
- (4)  Studier
- (5)  Framgår inte

10.1. Om det finns angivet i intyget eller i ärendet i övrigt vilket yrke den försäkrade har, ange vilket yrke det gäller.

#### 10.2 Är arbetsuppgifterna tillräckligt utförligt beskrivna i ärendet som helhet för att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning?

- (1)  Ja
- (2)  Nej
- (3)  Ej relevant

10.3. Vad saknas i beskrivningen av arbetsuppgifterna för att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning?

11. Har läkaren angett att patienten kommer att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete (prognos)?

- (1)  Ja
- (2)  Ja, delvis
- (3)  Nej
- (4)  Går inte att bedöma
- (5)  Ej relevant

11.1 Är beskrivningen av prognosen för återgång i arbete i intyget tillräcklig för att bedöma möjligheten att skjuta fram bedömningen mot normalt förekommande arbete p.g.a. att särskilda skäl föreligger?

- (1)  Ja
- (2)  Nej

### **Funktionsnedsättningar**

12. Finns funktionsnedsättningar beskrivna i intyget?

- (1)  Ja
- (2)  Nej

12.1 Beskrivs funktionsnedsättningarna utifrån

- (1)  Avvikelser i somatisk status
- (2)  Avvikelser i psykisk status

12.2 Är det något du vill kommentera kring ditt svar om funktionsnedsättningarnas beskrivning?

12.2 När läkaren beskriver funktionsnedsättningarna, beskriver hen då även normal status hos patienten?

- (1)  Ja
- (2)  Nej

12.3 Går det utifrån intyget få en uppfattning om svårighetsgraden på de funktionsnedsättningar som beskrivs

- (1)  Ja
- (2)  Ja, för de flesta funktionsnedsättningar men inte alla
- (4)  Ja, men bara för några av funktionsnedsättningarna
- (3)  Nej

12.3.1 Hur var funktionsnedsättningarnas svårighetsgrad beskriven?

Fyll i det alternativ som bäst beskriver hur svårighetsgraden är beskriven. Fyll i båda alternativen om de båda sätten används i ungefär lika stor utsträckning. Funktionsnedsättningarna beskrivs främst:

- (1)  I allmänna termer så som måttliga, svåra, stora etc.
- (2)  Konkretiserade i relation till i vilken utsträckning patienten är begränsad i specifika funktioner.

12.4. Framgår det vad som ligger till grund för bedömningen av funktionsnedsättningarna (observationer, undersökningsfynd, tester eller anamnes)?

- (1)  Ja
- (4)  Ja, delvis
- (2)  Nej
- (3)  Osäker

#### 12.4.1 Vad består bedömningen av funktionsnedsättningarna av?

- (1)  Läkarens bedömning av patient utifrån anamnes
- (2)  Laboratoriefynd eller röntgen
- (6)  Undersökning baserat på läkarens egna tester/observation av fysiska förmågor
- (7)  Undersökning baserat på läkarens egna tester/observation av psykiska förmågor
- (8)  Självskattningsformulär
- (3)  Mätningar av psykisk status genom neuropsykologiska undersökningar
- (9)  Läkaren har endast återgivit patientens berättelse
- (5)  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

#### 12.4.2 Varför är du osäker på vad som ligger till grund för bedömningen av funktionsnedsättningarna?

#### **Aktivitetsbegränsningar**

13. Finns aktivitetsbegränsningar beskrivna i intyget, d.v.s. vad personen inte kan göra på grund av sjukdom?

- (1)  Ja
- (2)  Ja men aktivitetsbegränsningarna beskrivs i stort sätt på samma sätt som funktionsnedsättningarna
- (3)  Nej

#### 13.1 Beskrivs aktivitetsbegränsningarna utifrån begränsningar i:

- (1)  Fysiska aktiviteter
- (2)  Psykiska aktiviteter

### 13.2 Hur är aktivitetsbegränsningarna beskrivna i intyget?

Ange det/de alternativ som främst beskriver hur aktivitetsbegränsningarna är beskrivna.

- (1)  I mer generella termer kring vilka aktiviteter personen inte klarar av eller inte borde utföra.
- (3)  I förhållande till vilka vardagliga aktiviteter personen inte klarar av eller inte borde utföra.
- (5)  I förhållande till aktiviteter på arbetet som personen inte klarar av eller inte borde utföra.

### 13.4 Går det utifrån intyget få en uppfattning om svårighetsgraden på de aktivitetsbegränsningar som beskrivs?

- (1)  Ja
- (2)  Ja, för de flesta aktivitetsbegränsningar men inte alla
- (4)  Ja, men bara för några av aktivitetsbegränsningarna
- (3)  Nej

#### 13.4.1 Hur var svårighetsgraden beskriven?

Ange det alternativ som främst beskriver hur svårighetsgraden på aktivitetsbegränsningarna är beskriven. Fyll i båda alternativen om de båda sätten används i ungefär lika stor utsträckning.

- (1)  I allmänna termer så som måttliga, svåra, stora etc.
- (2)  Konkretiserade i relation till i vilken utsträckning patienten är begränsad att utföra specifika aktiviteter.

13.5 Finns det beskrivet i intyget hur aktivitetsbegränsningarna har observerats?

- (1)  Ja
- (2)  Ja, ja delvis
- (3)  Nej
- (4)  Osäker

13.5.1 Hur har begränsningarna observerats?

- (6)  Baserat på läkarens bedömning av patient utifrån anamnes
- (12)  Baserat på någon annans observationer (ex. annan läkare, sjukgymnast, psykolog, arbetsterapeut, arbetsgivare)
- (13)  Baserat på läkarens egna tester/observation av fysiska förmågor
- (14)  Baserat på läkarens egna tester/observation av psykiska förmågor
- (16)  Läkaren har endast återgett patientens berättelse
- (15)  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

13.5.2 Kommentera varför du är osäker på om det beskrivs i intyget hur aktivitetsbegränsningarna har observerats

### **DFA-kedjan**

14. Är kopplingen mellan diagnos, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar tydlig och logisk utifrån intyget?

- (1)  Ja
- (2)  Nej

14.1 Vill du kommentera ditt svar angående kopplingen mellan diagnos, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar?

14.2 Varför är inte kopplingen mellan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning tydlig?

### **Kompletterings utformning och innehåll**

15. Hur har handläggaren begärt in komplettering?

- (1)  Elektroniskt via fråga/svar funktionen
- (2)  Skriftligen
- (3)  Via telefon
- (5)  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

15.1 Försökte PHL göra kompletteringen genom att kontakta läkaren via telefon utan att lyckas?

- (1)  Ja
- (2)  Nej

16. Har journalkopior begärts in i samband med kompletteringen?

- (1)  Ja
- (2)  Nej

16.1 Gjordes begäran av journalkopior på rekommendation av FMR?

- (1)  Ja
- (2)  Nej

På följande fråga (17) ska du välja det alternativ, på skalan 1-4, som bäst beskriver hur begäran om komplettering är utformad. En 2 motsvarar att kompletteringens utformning är mer lik som den beskrivs i 1an än i 4an men att det ändå finns inslag av 4an. En 3 motsvarar att kompletteringens utformning är mer lik som den beskrivs i 4an än i 1an men inte fullt ut passar in på beskrivningen i 4an.

(1) motsvarar att kompletteringen framstår som skriven utifrån en mall utan tydlig koppling eller hänvisning till ärendet och det ursprungliga läkarintyget. PHL ber exempelvis läkaren beskriva vilka funktionsnedsättningar som föreligger utan att beskriva varför det behöver förtydligas eller utan att koppla till de funktionsnedsättningar som redan finns beskrivna i intyget.

(4) motsvarar att kompletteringen tydligt beskriver varför ytterligare information/förtydliganden behövs i ärendet och vad som saknades i det ursprungliga läkarintyget.

17. Hur är kompletteringen formulerad?

(2)  1

(5)  2

(3)  3

(4)  4

18. Tycker du att kompletteringen är lätt att förstå?

(1)  Ja,

(2)  Ja, någorlunda

(3)  Nej

18.1. Varför är inte kompletteringen lätt att förstå

19. Vad har PHL efterfrågat i begäran om komplettering?

(1)  Att fastställa att rätt diagnos föreligger.

(2)  Vilka funktionsnedsättningar den försäkrade har



- (3)  Vilka aktivitetsbegränsningar den försäkrade har.
- (4)  Frågor om observationer, undersökningsfynd eller testresultat.
- (18)  Frågor kring att förstå kopplingen mellan Diagnos och de Funktionsnedsättningar som finns beskrivna
- (19)  Frågor kring att förstår koppling mellan diagnos/funktionsnedsättningar i relation till de Aktivitetsbeskrivningar som finns beskrivna
- (5)  Omfattning/gradering av funktionsnedsättningar
- (6)  Omfattning/gradering av aktivitetsbegränsningar.
- (7)  Frågor kring medicinska risker med att arbeta (terapeutisk arbetsförmåga).
- (8)  Prognos avseende om eller när den försäkrades kommer återfå sin arbetsförmåga.
- (10)  Uppgifter kring vilka arbetsuppgifter som läkarens bedömt arbetsförmågan emot
- (11)  Motiveringen varför patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den vad det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger.
- (12)  Frågor kring den försäkrades behandling och/eller medicinering.
- (13)  Läkarens bedömning av om den försäkrade klarar av ett normalt förekommande arbete.
- (14)  Förklaring till varför läkaren utökar sjukskrivningens omfattning eller längd.
- (15)  Förklaring till att tidigare plan för återgång till arbete förändras.
- (16)  För att utreda om den försäkrade har en allvarlig sjukdom vid ansökan om fler dagar med sjukpenning på normalnivå

- (20)  Frågor kring möjligheter till partiell sjukskrivning
- (21)  Frågor kopplade till försämringsstillstånd
- (22)  Frågor kring arbetstidens förläggning
- (17)  Annat – i så fall vad? \_\_\_\_\_

#### 19.1 Efterfrågades uppgifter om aktivitetsbegränsningar utifrån:

- (1)  Mer generella termer kring vilka aktiviteter personen inte klarar av eller inte borde utföra
- (2)  Vilka vardagliga aktiviteter personen inte klarar av eller inte borde utföra
- (3)  Vilka aktiviteter på arbetet som personen inte klarar av eller inte borde utföra.
- (4)  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

#### 19.2 När vi efterfrågade observationer, undersökningsfynd eller testresultat, varför efterfrågade vi dessa?

- (1)  För att styrka de funktionsnedsättningar som beskrivs.
- (2)  För att styrka de aktivitetsbegränsningar som beskrivs.
- (3)  För att styrka gradering av funktionsnedsättningar
- (4)  För att styrka gradering av aktivitetsbegränsningar
- (5)  För att styrka diagnos.
- (6)  För att styrka läkarens prognos för återgång i arbete
- (7)  PHL efterfrågade testresultat från medicinska undersökningar
- (8)  Framgår ej

20. Hänvisar PHL på något sätt till FMB i begäran om komplettering?

Bortse här ifrån den standardformulering kring FMB som ofta förekommer i slutet av mallen för begäran om komplettering.

(1)  Ja

(2)  Nej

20.1 På vilket sätt hänvisar PHL till FMB?

21. Definierar PHL i kompletteringsbegäran vad normalt förekommande arbete är?

(1)  Ja

(2)  Nej

21.1 Hur beskriver PHL normalt förekommande arbete?  
Kopiera in text från ÄHS

22.1 Begärdes kompletteringen in för att:

(1)  Komplettera brister i det medicinska underlaget

(3)  För att utreda ärendet vidare

(5)  För att komplettera inför dag 180

(4)  Går ej att avgöra

22.2 Anser du att en komplettering av läkarintyget behövde göras sett till ärendet som helhet fram till det att kompletteringen begärdes?

(1)  Ja

(2)  Nej

22.2.1. Vill du kommentera ditt svar om att komplettering behövde göras?

22.2.3. Beskriv varför du anser att kompletteringen var onödig.

22.2.1 Anser du att PHL efterfrågade rätt information?

(1)  Ja

(2)  Ja, delvis

(3)  Nej

22.2.2 Vilken information borde PHL ha efterfrågat istället?

### **Svar på kompletteringar**

23. Har svar på kompletteringen inkommit?

(1)  Ja

(2)  Nej

23.2 Hur kom kompletteringen in?

(1)  Elektroniskt via fråga/svar funktionen

(2)  Skriftligen

(3)  Via telefon

(5)  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

### 23.1. Hur har PHL hanterat att ingen komplettering har inkommit?

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Har påminnelse skickats ut?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>
Har phl gått vidare med ärendet ändå?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>

#### 23.1.1. Hur länge fick PHL vänta på kompletteringen?

- (1)  Mindre än 1 vecka
- (2)  1-2 veckor
- (3)  2-3 veckor
- (4)  3-4 veckor
- (5)  Mer än 4 veckor

#### 23.1.2 Hur gick PHL vidare?

- (1)  PHL gick direkt vidare till beslut
- (2)  Konsulterade FMR
- (3)  Annat, ange vad \_\_\_\_\_

#### 23.1.3. Vilket beslut fattade PHL?

- (1)  Bifall
- (2)  Avslag
- (4)  Delvis bifall

### 23.2 Innehöll svaret på kompletteringen den information som efterfrågades?

- (1)  Ja
- (2)  Ja, delvis
- (3)  Nej

### 24. Gick PHL vidare till beslut efter kompletteringen?

- (1)  Ja
- (2)  Nej, begärde ny komplettering
- (3)  Nej, konsulterade FMR
- (4)  Nej, annat \_\_\_\_\_

### 24.1 Vilket beslut fattade PHL?

- (1)  Bifall
- (2)  Avslag
- (4)  Delvis bifall

### Övrigt

### 25. Är det här ett speciellt ärende som du vill flagga för?

- (1)  Ja
- (2)  Nej

### 25.1 Varför vill du flagga för det här ärendet?

## Resultattabeller per fråga i aktgranskningen

**Fråga 8      Andel kompletterade läkarintyg med mer än en diagnos\*.**

	<b>Urval 1 (n = 352)</b>
	Andel (%)
Två eller fler diagnoser	27

\*Granskarna registrerade huvuddiagnos och bidiagnoser.

**Fråga 9      Vilka uppgifter är intyget baserat på (Fler svarsalternativ möjliga)?**

	<b>Urval 1 (n = 352)</b>
	Andel (%)
Undersökning	77
Telefonkontakt	15
Journalkopior	12
Framgår ej	3
Annat	6

**Fråga 10      I relation till vilken sysselsättning bedömer läkaren arbetsförmågan?**

	<b>Urval 1 (n = 352)</b>
	Andel (%)
Nuvarande arbete	88
Föräldraledighet för vård av barn	1
Normalt förekommande arbete	11
Studier	0

**Fråga 10.2      Är arbetsuppgifterna tillräckligt utförligt beskrivna i ärendet som helhet för att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning?**

	<b>Urval 1 (n = 104) Dag 1-90</b>
	Andel (%)
Ja	88
Nej	12

**Fråga 11 Har läkaren angett att patienten kommer att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete (prognos).**

	<b>Urval 1 (n = 308) Dag 1-90</b>	<b>Urval 2 (n = 123) Dag 181</b>
	Andel (%)	Andel (%)
Ja	71	81
Ja, delvis	4	5
Nej	5	2
Går inte att bedöma	21	12

**Fråga 11.1 Är beskrivningen av prognosen för återgång i arbete i intyget tillräcklig för att bedöma möjligheten att skjuta fram bedömningen mot normalt förekommande arbete p.g.a. att särskilda skäl föreligger?**

	<b>Urval 2 (n = 106) Inför dag 181</b>
	Andel (%)
Ja	6
Nej	94

**Fråga 12 Finns funktionsnedsättningar beskrivna i läkarintyget?**

	<b>Urval 1 (n = 117) Dag 1-90</b>	<b>Urval 2 (n = 129) Dag 181</b>
	Andel (%)	Andel (%)
Ja	88	95
Nej	12	5

**Fråga 12.1 Beskrivs funktionsnedsättningarna utifrån:**

	<b>Urval 1 (n = 313)</b>
	Andel (%)
Avvikelser i somatisk	54
Avvikelser i psykisk status	28
Avvikelser i både somatisk och psykisk status	17

**Fråga 12.2 När läkaren beskriver funktionsnedsättningarna, beskriver hen då även normal status hos patienten?**

	<b>Urval 1 Andel (%)</b>		
	Psykiska diagnoser (n = 80)	Fysiska diagnoser (n = 77)	Övriga diagnoser (n = 177)
Ja	24	10	10
Nej	76	90	90



**Fråga 12.3 Går det utifrån intygen få en uppfattning om svårighetsgraden på de funktionsnedsättningar som beskrivs?**

	Urval 1		
	Andel (%)		
	Psykiska diagnoser (n = 80)	Fysiska diagnoser (n = 77)	Övriga diagnoser (n = 156)
Ja	4	19	20
Ja, för de flesta funktionsnedsättningar men inte alla	3	9	9
Ja, men bara för några av funktionsnedsättningarna	29	9	13
Nej	65	62	58

**Fråga 12.3.1 Hur var funktionsnedsättningarnas svårighetsgrad beskriven?**

Frågan föll bort på grund av tekniska fel.

**Fråga 12.4 Framgår det vad som ligger till grund för bedömningen av funktionsnedsättningarna (observationer, undersökningsfynd, tester eller anamnes)?**

	Urval 1		
	Andel (%)		
	Psykiska diagnoser (n = 80)	Fysiska diagnoser (n = 77)	Övriga diagnoser (n = 156)
Ja	6	29	23
Ja, delvis	41	35	30
Nej	41	25	31
Osäker	11	12	16

**Fråga 12.4.1 Vad består bedömningen av funktionsnedsättningarna av (Fler svarsalternativ möjliga)?**

	Urval 1
	(n = 170)
	Andel (%)
Läkarens bedömning av patienten utifrån anamnes	38
Undersökning baserat på läkarens egna tester/observationer av fysiska förmågor	37
Undersökning baserat på läkarens egna tester/observationer av psykiska förmågor	30
Laboratoriefynd eller röntgen	24
Läkaren har endast återgivit patientens berättelse	13
Självskattningsformulär	7
Mätningar av psykisk status genom neuropsykologiska undersökningar	3
Annat	2

**Fråga 13 Finns aktivitetsbegränsningar beskrivna i intyget, d.v.s. vad personen inte kan göra på grund av sjukdom?**

	<b>Urval 1 (n = 117) Dag 1-90</b>	<b>Urval 2 (n = 129) Inför Dag 181</b>
	Andel (%)	Andel (%)
Ja	88	95
Nej	12	5

**Fråga 13.1 Beskrivs aktivitetsbegränsningar utifrån begränsningar i:**

	<b>Urval 1 (n = 234)</b>
	Andel (%)
Fysiska aktiviteter	43
Psykiska aktiviteter	42
Både fysiska och psykiska aktiviteter	15

**Fråga 13.2 Hur är aktivitetsbegränsningarna beskrivs i läkarintyget (Fler svarsalternativ möjliga)?**

	<b>Urval 1 (n = 234)</b>
	Andel (%)
I mer generella termer kring vilka aktiviteter personen inte klarar av eller inte borde utföra	68
I förhållande till vilka vardagliga aktiviteter personen inte klarar av eller inte borde utföra	23
I förhållande till aktiviteter på arbetet som personen inte klarar av eller inte borde utföra	27

**Fråga 13.4 Går det utifrån intygen få en uppfattning om svårighetsgraden på de aktivitetsbegränsningar som beskrivs?**

	<b>Urval 1 Andel (%)</b>		
	<b>Psykiska diagnoser (n = 55)</b>	<b>Fysiska diagnoser (n = 68)</b>	<b>Övriga diagnoser (n = 111)</b>
Ja	4	25	17
Ja, för de flesta aktivitetsbegränsningar men inte alla	3	7	11
Ja, men bara för några av aktivitetsbegränsningarna	18	10	22
Nej	75	57	50

**Fråga 13.5 Finns det beskrivet i intyget hur aktivitetsbegränsningarna har observerats?**

<b>Urval 1 (n = 234)</b>	
Andel (%)	
Ja	3
Ja, delvis	6
Nej	83
Osäker	8

**Fråga 13.5.1**

För få observationer.

**Fråga 14 Är kopplingen mellan diagnos, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar tydlig och logisk utifrån intyget\*\*?**

<b>Urval 1 (n = 222)</b>	
Andel (%)	
Ja	87
Nej	13

\*Endast intyg där samtliga tre komponenter finns beskrivna i intyget redovisas

**Fråga 15 Hur har handläggaren begärt in kompletteringen?**

<b>Urval 1 (n = 352)</b>	
Andel (%)	
Elektroniskt via fråga/svar funktionen	75
Skriftligen	19
Via telefon	6
Annat	1

**Fråga 15.1 Försökte handläggaren göra kompletteringen genom att kontakta läkaren via telefon utan att lyckas?**

<b>Urval 1 (n = 331)</b>	
Andel (%)	
Ja	7
Nej	93

**Fråga 16 Har journalkopior begärts in i samband med kompletteringen?**

<b>Urval 1 (n = 117)</b>	
Andel (%)	
Ja	1
Nej	99

**Fråga 16.1**

För få observationer.

**Fråga 17 Hur är kompletteringen formulerad (Se instruktion till granskarna i enkäten för förklaring av svarsalternativen)?**

	<b>Urval 1 (n = 117)</b>
	Andel (%)
1	13
2	31
3	35
4	22

**Fråga 18 Tycker du att kompletteringen är lätt att förstå?**

	<b>Urval 1 (n = 117)</b>
	Andel (%)
Ja	52
Ja, någorlunda	38
Nej	10

**Fråga 19 Vad har handläggaren efterfrågat i begäran om komplettering (Fler svarsalternativ möjliga)?**

	<b>Urval 1 (n = 117) Dag 1-90</b>	<b>Urval 2 (n = 129) Inför dag 181</b>
	Andel (%)	Andel (%)
Att fastställa att rätt diagnos föreligger	7	1
Vilka funktionsnedsättningar den försäkrade har	32	12
Vilka aktivitetsbegränsningar den försäkrade har	67	43
Frågor om observationer, undersökningsfynd och testresultat	36	7
Frågor kring att förstå kopplingen mellan diagnos och de funktionsnedsättningar som finns beskrivna	10	3
Frågor kring att förstå kopplingen mellan diagnos/funktionsnedsättningar i relation till de aktivitetsbegränsningar som finns beskrivna	13	2
Omfattning/gradering av funktionsnedsättningar	19	7
Omfattning/gradering av aktivitetsbegränsningar	28	18
Frågor kring medicinska risker med att arbeta (terapeutisk arbetsförmåga)	1	1
Prognos avseende om eller när den försäkrade kommer återfå sin arbetsförmåga	10	73
Uppgifter kring vilka arbetsuppgifter som läkaren bedömt arbetsförmågan emot	2	0
Motiveringen varför patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den vad det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger	8	1
Frågor kring den försäkrades behandling och/eller medicinering	7	15
Läkarens bedömning av om den försäkrade klarar av ett normalt förekommande arbete	9	61

	<b>Urval 1 (n = 117) Dag 1-90</b>	<b>Urval 2 (n = 129) Inför dag 181</b>
	Andel (%)	Andel (%)
Förklaring till varför läkaren utökar sjukskrivnings omfattning eller längd	2	1
Förklaring till att tidigare plan för återgång till arbete förändras	0	0
För att utreda om den försäkrade har en allvarlig sjukdom vid ansökan om fler dagar med sjukpenning på normalnivå	0	0
Frågor kring möjligheten till partiell sjukskrivning	3	3
Frågor kopplade till försämringstillstånd	4	1
Frågor kring arbetstidens förläggning	5	1
Annat	21	18

**Fråga 19.1 Efterfrågades uppgifter om aktivitetsbegränsningar utifrån (Fler svarsalternativ möjliga)?**

	<b>Urval 1 (n = 178)</b>
	Andel (%)
Mer generella termer kring vilka aktiviteter personen inte klarar av eller inte borde utföra	52
Vilka vardagliga aktiviteter personen inte klarar av eller inte borde utföra	24
Vilka aktiviteter på arbetet som personen inte klarar av eller inte borde utföra	39
Annat	7

**Fråga 19.2 När vi efterfrågade observationer, undersökningsfynd eller testresultat, varför efterfrågade vi dessa (Fler svarsalternativ möjliga)?**

	<b>Urval 1 (n = 74)</b>
	Andel (%)
För att styrka de funktionsnedsättningar som beskrivs	58
För att styrka de aktivitetsbegränsningar som beskrivs	39
För att styrka gradering av funktionsnedsättningar	24
För att styrka gradering av aktivitetsbegränsningar	24
För att styrka diagnos	20
För att styrka läkarens prognos för återgång i arbetet	7
Handläggarens efterfrågade testresultat från medicinska undersökningar	3
Framgår ej	18

**Fråga 20** Hänvisar handläggaren på något sätt till FMB i begäran om komplettering (bortse här ifrån den standardformulering kring FMB som ofta förekommer i slutet av mallen för begäran om komplettering)?

	<b>Urval 1 (n = 352)</b>
	Andel (%)
Ja	5
Nej	95

**Fråga 21**

Frågan föll bort p.g.a. tekniskt fel.

**Fråga 22.1** Begärdes kompletteringen in för att (Flera svarsalternativ möjliga):

	<b>Urval 1 (n = 117) Dag 1-90</b>	<b>Urval 2 (n = 129) Inför dag 181</b>
	Andel (%)	Andel (%)
Komplettera brister i det medicinska underlaget	81	16
För att utreda ärendet vidare	11	5
För att komplettera inför dag 181	5	87
Går ej att bedöma	8	5

**Fråga 22.2** Anser du att kompletteringen av läkarintyget behövde göras sett till ärendet som helhet fram till det att kompletteringen begärdes

	<b>Urval 1 (n = 352)</b>
	Andel (%)
Ja	88
Nej	12

**Fråga 22.2.1** Anser du att handläggaren efterfrågade rätt information (baserat på ärenden där granskaren svarat Ja på fråga 22.2)

	<b>Urval 1 (n = 311)</b>
	Andel (%)
Ja	54
Ja, delvis	38
Nej	7

**Fråga 23** Har svar på kompletteringen inkommit?

	<b>Urval 1 (n = 352)</b>
	Andel (%)
Ja	94
Nej	6

**Fråga 23.1 Hur har handläggaren hanterat att ingen komplettering kom inkommit?**

För få observationer

**Fråga 23.1.1 Hur länge fick handläggaren vänta på kompletteringen?**

	<b>Urval 1 (n = 117)</b>
	Andel (%)
Mindre än 1 vecka	26
1-2 veckor	13
2-3 veckor	11
3-4 veckor	7
Mer än 4 veckor	43

**Fråga 23.1.2 Hur gick handläggaren vidare när komplettering inte kommit in?**

För få observationer.

**Fråga 23.2 (a)\* Hur kom kompletteringen in?**

	<b>Urval 1 (n = 332)</b>
	Andel (%)
Elektroniskt via fråga/svar funktionen	50
Skriftligen	17
Via telefon	20
Annat	13

\*Två frågor fick samma nummer i enkätverktyget. Där av benämningen (a) i denna fråga.

**Fråga 23.2 (b)\* Innehöll svaret på kompletteringen den information som efterfrågades?**

	<b>Urval 1 (n = 332)</b>
	Andel (%)
Ja	57
Ja, delvis	28
Nej	15

Två frågor fick samma nummer i enkätverktyget. Där av benämningen (b) i denna fråga.

**Fråga 24 Gick handläggaren vidare till beslut efter kompletteringen inkommit?**

	<b>Urval 1 (n = 332)</b>
	Andel (%)
Ja	84
Nej, begärde ny komplettering	3
Nej, konsulterade FMR	7
Nej, annat	6

**Fråga 24.1 Vilket beslut fattade handläggaren?**

	<b>Urval 1 (n = 279)</b>
	Andel (%)
Bifall	85
Avslag	12
Delvis bifall	4