

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

– ett stöd för Försäkringskassan vid
psykisk ohälsa?

RIR 2018:22



Riksrevisionen är en myndighet under riksdagen med uppgift att granska den verksamhet som bedrivs av staten. Vårt uppdrag är att genom oberoende revision skapa demokratisk insyn, medverka till god resursanvändning och effektiv förvaltning i staten.

Riksrevisionen bedriver både årlig revision och effektivitetsrevision. Denna rapport har tagits fram inom effektivitetsrevisionen, vars uppgift är att granska hur effektiv den statliga verksamheten är. Effektivitetsgranskningar rapporteras sedan 2011 direkt till riksdagen.

RIKSREVISIONEN

ISBN 978-91-7086-491-9

RIR 2018:22

OMSLAGETS ORIGINALFOTO: CAIAIMAGE

TRYCK: RIKSDAGENS INTERNTYCKERI, STOCKHOLM 2018

Härmed överlämnas enligt 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. följande granskningsrapport:

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

– ett stöd för Försäkringskassan vid psykisk ohälsa?

Riksrevisionen har granskat Försäkringskassans användning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som avser Försäkringskassan, Socialstyrelsen och regeringen.

Riksrevisor Stefan Lundgren har beslutat i detta ärende. Ämnessakkunnig Daniel Melén har varit föredragande. Revisor Nils Lundh och enhetschef Anna Hessel har medverkat i den slutliga handläggningen.

Stefan Lundgren

Daniel Melén

För kännedom:

Regeringskansliet; Socialdepartementet
Försäkringskassan, Socialstyrelsen

FÖRSÄKRINGSMEDICINSKT BESLUTSSTÖD

RIKSREVISIONEN

Innehåll

Sammanfattning och rekommendationer	5
1 Inledning	9
1.1 Ökad sjukskrivning med psykiatriska diagnoser	9
1.2 Försäkringsmedicinskt beslutsstöd och Försäkringskassans utredningsskyldighet	9
1.3 Risk för diagnosförändring för att kringgå beslutsstödet	12
1.4 Syfte och revisionsfrågor	13
1.5 Avgränsning	13
1.6 Granskningens utgångspunkt	14
1.7 Metod	16
1.8 Rapportens disposition	18
2 Sjukskrivning med psykiatriska diagnoser – ett tioårsperspektiv	19
2.1 Sjukfall med psykiatriska diagnoser har ökat	19
2.2 Stressrelaterade diagnoser ökar mest	20
2.3 Förändringar inom stressrelaterade diagnoser	23
3 Diagnosförändring vid användning av beslutsstödet	26
3.1 Diagnosförändring vanligare vid akut stressreaktion än utmattningssyndrom	26
3.2 Diagnosförändring i pågående sjukfall har inte blivit vanligare	27
3.3 Diagnosförändring och beslutsstödet – ett exempel	29
3.4 Införandet av beslutsstödet har inte lett till ökad diagnosförändring	30
4 Brist på likformig användning av beslutsstödet	32
4.1 Samsjuklighet har blivit vanligare	32
4.2 Olika diagnoser i olika läkarintyg kan tolkas som samsjuklighet	33
4.3 "Beslutsstödet är inte tillämpligt på grund av samsjuklighet" – en bedömningsfråga	35
4.4 "Sjukskrivningstidens längd stöds av beslutsstödet" – en sanning med modifikation	36
4.5 Ett motsägelsefullt stöd – exemplet utmattningssyndrom	38
4.6 Ett beslutsstöd för ökad likformighet?	41
5 Begäran om komplettering av läkarintyg	42
5.1 Försäkringskassans utredningsskyldighet	42
5.2 Läkarintygens kvalitet	42
5.3 Avsteg från beslutsstödet	43
5.4 Ökning av Försäkringskassans begärda kompletteringar av läkarintyg	46
5.5 Normalt förekommande arbete	48
5.6 Försäkringskassans information till de försäkrade	50
5.7 Begäran om komplettering sker sällan på grund av avsteg från beslutsstödet	51
6 Riksrevisionens iakttagelser och slutsatser	52
6.1 Diagnosförändringar har inte ökat	52
6.2 Beslutsstödet vägledning om sjukskrivning används inte likformigt	52
6.3 Begäran om komplettering av läkarintyg är sällan kopplade till beslutsstödet	55
6.4 Riksrevisionens slutsats och rekommendationer	55

FÖRSÄKRINGSMEDICINSKT BESLUTSSTÖD

Referenslista	57
Bilaga 1 – Diagram	59
Bilaga 2 – Diagnosförändring i pågående sjukfall	63
Bilaga 3 – Läkarintygsblanketten	66

Sammanfattning och rekommendationer

Mellan 2010 och 2015 ökade sjukfrånvaron. De psykiatriska diagnoserna stod för merparten av denna ökning. Bland de psykiatriska diagnoserna är det främst de stressrelaterade sjukdomarna som har blivit vanligare, däribland *akut stressreaktion* och *utmattningssyndrom*. Dessa diagnosers förekomst bland sjukskrivna har mångdubblats sedan 2010.

Försäkringskassan ansvarar för att utreda rätten till sjukpenning. Sjukskrivande läkares medicinska underlag är myndighetens främsta underlag för beslut. Som stöd för bedömning av arbetsförmåga har läkaren och handläggaren ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd, som innehåller dels övergripande principer om sjukskrivning, dels vägledning om sjukskrivning med rekommendationer för olika diagnoser, bland annat avseende sjukskrivningstid.

Syftet med beslutsstödet är att bidra till en kvalitetssäker och likformig sjukskrivningsprocess. Beslutsstödet ska bland annat bidra till att minska skillnader i sjukskrivningstider över landet och mellan olika sjukskrivande läkare. Införandet av beslutsstödet syftade vidare till att uppnå kortare sjukskrivningstider.

Syftet med Riksrevisionens granskning är att studera hur Försäkringskassans handläggning fungerar, med utgångspunkt i det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning. Vidare granskas huruvida Försäkringskassan begär komplettering av läkarintyg, eller på annat sätt agerar i sjukpenningärenden, då ett avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid inte motiveras av sjukskrivande läkare. Riksrevisionen har genomfört en aktgranskning av 723 sjukpenningakter samt analyserat registerdata, beställda från Försäkringskassan.

I rapporten granskar Riksrevisionen främst Försäkringskassans handläggning och utredning i sjukpenningärenden. Även Socialstyrelsen och regeringen omfattas av granskningen, i sina roller som utförare respektive beställare av försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

Granskningens resultat

Beslutsstödet vägledning om sjukskrivning används inte likformigt. Riksrevisionens granskning visar att det försäkringsmedicinska beslutsstödet inte alltid används på ett likformigt sätt. I en tredjedel av ärenden med diagnoser som ingår i beslutsstödet överskrider rekommenderad sjukskrivningstid. I drygt hälften av dessa ärenden motiveras avsteget av sjukskrivande läkare, i resterande motiveras det inte.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd innehåller vägledning om sjukskrivning för ett urval av diagnoser. I flertalet av de granskade sjukfallen förekommer diagnoser som ingår i beslutsstödet, men inte i alla. I aktgranskningen framkommer att beslutsstödet vägledning om sjukskrivning ändå används av Försäkringskassan i närmare hälften av sjukfallen med diagnoser som saknar vägledning. Exempelvis förekommer att rekommendationen för *akut stressreaktion* används för *reaktion på svår stress, ospecificerad*.

För vissa diagnoser finns en flexibilitet vad gäller rekommenderad sjukskrivningstid. Detta är positivt, då läkare och Försäkringskassan svårigen helt kan prognostisera individens sjukfallslängd. En avgränsad fraktur må läka efter ett visst antal veckor. Men med en depression är det annorlunda.

En differentierad utformning av beslutsstödet kräver dock mer av Försäkringskassans handläggare. Med exemplet *utmattningssyndrom* – den i aktgranskningen vanligaste psykiatriska diagnosen vid långtidssjukskrivning – finner Riksrevisionen att det stora flertalet läkarintyg innehåller information som talar för kvarstående kognitiva besvär, vilket indikerar den längre rekommenderade sjukskrivningstiden. *Utmattningssyndrom* har vidare inte samma beteckning i ICD-10 (WHO:s internationella klassificering av sjukdomar) som i det försäkringsmedicinska beslutsstödet, vilket ytterligare kan försvåra användningen av beslutsstödet vägledning om sjukskrivning vid utmattningssyndrom.

Riksrevisionens granskning visar också att andelen långtidssjukskrivningar med fler än en sjukskrivningsdiagnos (samsjuklighet) är vanligt förekommande. Granskningen visar vidare att andelen ärenden med samsjuklighet har ökat under senare år. Detta är ny kunskap och har inte kunnat följas genom registerdata. Däremot kommer läkarintygsregistret uppdateras med sådan information framöver.

Förekomst av samsjuklighet är intressant betraktat i ljuset av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Samsjuklighet kan nämligen tolkas som en anledning att inte använda beslutsstödet vid Försäkringskassans utredning av rätten till sjukpenning. Detta trots att Socialstyrelsens rekommendation är att använda beslutsstödet vägledning om sjukskrivning i förhållande till huvuddiagnos.

Att samsjuklighet kan betraktas som att beslutsstödet inte är tillämpligt är problematiskt för likformigheten, då handläggare gör olika tolkningar av beslutsstödet tillämpbarhet. Det förekommer att handläggare skriver att det försäkringsmedicinska beslutsstödet inte är tillämpligt på grund av samsjuklighet. Oftast används dock beslutsstödet som vägledning för sjukskrivning, i likartade ärenden av sjukpenningakterna att döma.

Riksrevisionen menar att det råder oklarhet kring användningen av begreppet samsjuklighet. Även osäker diagnosticering, där två eller fler diagnoser används för att ringa in vissa symtom kan – av sjukfallsakterna att döma – komma att betraktas som samsjuklighet, i betydelsen att diagnoserna interagerar på ett sätt som gör att behandlingen tar längre tid. Detta trots att läkaren inte har angett att så är fallet.

Diagnosförändring är, liksom samsjuklighet, vanligt förekommande vid långtidssjukskrivning. Diagnosförändring i pågående sjukfall har dock inte blivit vanligare efter införandet av beslutsstödet. Det har emellertid blivit vanligare med diagnosförändring till en psykiatrisk diagnos, från ett annat diagnoskapitel. Det förekommer också att diagnosförändring sker med koppling till beslutsstödet. Men det är ovanligt att detta sker omotiverat. Diagnosförändringar föranleder härmed inte någon påtaglig risk för att beslutsstödet inte kan användas med tillfredsställande kvalitet.

Begäran om komplettering av läkarintyg är sällan kopplade till beslutsstödet

Det är av stor vikt att avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid motiveras av sjukskrivande läkare, och att Försäkringskassan begär komplettering av läkarintyg när så inte sker, för att undvika att Försäkringskassan fattar beslut på otillräckligt underlag. Begäran om komplettering sker dock sällan vid avsteg från beslutsstödet. Detta indikerar brister i Försäkringskassans uppfyllande av sin utredningsskyldighet vad gäller beslutsstödet. Dessutom informerar Försäkringskassan inte alltid de försäkrade i de fall myndigheten begär komplettering, trots att så bör ske i varje sådant ärende.

Granskningen visar emellertid att andelen långtidssjukskrivna med psykiatriska diagnoser som får en begäran om komplettering på något av sina läkarintyg har ökat. De begärda kompletteringarna sker dock sällan med hänvisning till beslutsstödet. Merparten begärda kompletteringar hänvisar till begreppen *funktionsnedsättning* och *aktivitetsbegränsning* samt bedömningen mot *normalt förekommande arbete* vid 180 dagars sjukskrivning. Det är främst de senare som har ökat.

Riksrevisionens slutsats

Riksrevisionens slutsats är att det finns indikationer på att det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning *inte* används likformigt av Försäkringskassan. Granskningen visar också att Försäkringskassan sällan begär komplettering av läkarintyg vid omotiverade avsteg från beslutsstödet.

Socialstyrelsen har genom tidigare regleringsbrev haft krav på sig att kontinuerligt följa upp, uppdatera och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Detta

har Socialstyrelsen också gjort. Ett problem är dock att myndigheten inte har haft i uppdrag att ta hänsyn till kvalitativa aspekter och användningen av beslutsstödet i handläggningen. Försäkringskassan och Socialstyrelsen har också ett pågående regeringsuppdrag, inom vilket bland annat handläggarnas erfarenhet av beslutsstödet (enkätstudie) samt följsamheten av beslutsstödet rekommendationer (registerstudie) ska studeras. Riksrevisionen menar att Socialstyrelsen återigen bör få uppdraget att kontinuerligt följa upp och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Uppdraget bör dock ske i samverkan med Försäkringskassan, för att på så vis bättre kunna ta hänsyn till hur beslutsstödet används i praktiken.

Rekommendationer

- Riksrevisionen rekommenderar *Försäkringskassan* att se över användningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet vid psykiatriska diagnoser, detta särskilt vid förekomst av *samsjuklighet*.
- Riksrevisionen rekommenderar vidare *Försäkringskassan* att uppdatera sitt register för analys av mikrodatabaser (MiDAS) med bidiagnoser och sistadiagnoser i sjukfall. Detta för att underlätta framtida analys av sjukfrånvaro med hänsyn till sjukskrivningsdiagnoser, då samsjuklighet och diagnosförändring är vanligt förekommande vid långtidssjukskrivning.
- Riksrevisionen rekommenderar *Socialstyrelsen* att ge diagnoserna i beslutsstödet samma beteckning som de har i ICD-10.
- Riksrevisionen rekommenderar *regeringen* att ge Socialstyrelsen och Försäkringskassan i gemensamt uppdrag att kontinuerligt följa upp och utvärdera beslutsstödet vägledning om sjukskrivning samt användningen av rekommendationerna i handläggningen.

1 Inledning

1.1 Ökad sjukskrivning med psykiatriska diagnoser

Mellan 2010 och 2015 ökade sjukfrånvaron. De psykiatriska diagnoserna stod för merparten av denna ökning.¹ Bland de psykiatriska diagnoserna har det skett en ökning av nya sjukfall i alla åldrar och för båda könen. Ökningen har dock varit särskilt påtaglig för kvinnor.

Antalet sjukskrivna har dock varierat historiskt. Sjukskrivningarna inom flertalet diagnoser befinner sig idag på ungefär samma nivå som för tio år sedan. Sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser, som liksom övriga diagnoser minskade 2005–2009, har dock ökat kraftigt sedan 2010 (se diagram 1, kapitel 2). I kronor räknat har kostnaden för sjukpenning och rehabilitering ökat från 21 till 40 miljarder kr mellan år 2010 och 2016.²

De vanligaste förekommande psykiatriska diagnoserna är olika typer av ångestsyndrom, stress och depressioner. Den allra vanligaste diagnosgruppen är *anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress* (F43).³ Dessa diagnoser stod för 54 procent av de startade sjukfallen med psykiatriska diagnoser 2016 (se avsnitt 2.2). Denna diagnosgrupp (F43) var också den som ökade mest mellan 2007 och 2016, från 32 000 startade sjukfall 2007 till 71 000 startade sjukfall 2016. Ökningen är procentuellt sett ungefär lika stor för kvinnor och män, men betydligt större för kvinnor sett till antal. Inom diagnosgruppen (F43) ryms bland annat diagnoserna *akut stressreaktion* (F43.0), *utmattningssyndrom* (F43.8A) samt *reaktion på svår stress, ospecificerad* (F43.9).

1.2 Försäkringsmedicinskt beslutsstöd och Försäkringskassans utredningsskyldighet

Försäkringskassan ansvarar för att utreda och att fatta beslut om rätten till sjukpenning. Myndighetens främsta underlag för beslut är sjukskrivande läkares intyg (medicinskt underlag). Läkaren intygar arbetsförmåga genom att ange patientens diagnos, funktionsnedsättning samt aktivitetsbegränsning.

År 2007 publicerade Socialstyrelsen försäkringsmedicinskt beslutsstöd som vägledning och övergripande principer för sjukskrivning. Året därpå infördes särskilda rekommendationer för ett antal psykiatriska diagnoser. De senare

¹ Försäkringskassan, 2014a; 2016.

² Prop. 2011/12:1 utg.omr. 10 och prop. 2016/17:1 utg.omr. 10.

³ Se ICD-10 (WHO:s internationella klassificering av sjukdomar) för en förteckning av diagnoskoder.

innehåller bland annat rekommenderade sjukskrivningstider.⁴ Rekommendationerna för psykiska sjukdomar uppdaterades i januari 2017.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd är en vägledning som riktar sig till sjukskrivande läkare och handläggare vid Försäkringskassan, vid utredning av rätten till sjukpenning. Syftet med beslutsstödet är att höja kvaliteten på sjukskrivningarna och att bidra till en kvalitetssäker, effektiv och likvärdig sjukskrivningsprocess. Beslutsstödet ska även bidra till att minska skillnader i sjukskrivningstider över landet och mellan olika sjukskrivande läkare.⁵ Det är en förutsättning att beslutsstödet används av sjukvården och Försäkringskassan på ett samstämmigt sätt, då ytterligare ett syfte är att stödet ska vara dialogfrämjande.⁶

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd är vägledande, men är ingen tvingande regel.⁷ I de fall sjukskrivande läkare intygar en längre sjukskrivning än vad som rekommenderas, ska dock läkaren motivera avsteg från beslutsstödet i läkarintyget.⁸ Om läkaren inte motiverar den längre sjukskrivningstiden är informationen i intyget att betrakta som otillräcklig, i de fall det inte framkommer skäl till avsteg på annat sätt i ärendet. Om sådan information saknas ingår det i Försäkringskassans utredningsskyldighet att begära komplettering av läkarintyget.⁹ Försäkringskassan ska också, i samband med begäran om komplettering, informera den försäkrade om detta.¹⁰ Beslutsstödet ska inte vara avgörande vid bedömning av rätten till sjukpenning. Rekommendationerna är dock ett stöd när Försäkringskassan utreder rätten till sjukpenning.¹¹

Vid förekomst av fler än en diagnos i läkarintyget (samsjuklighet, eller multisjuklighet) är Socialstyrelsens primära rekommendation att beslutsstödet ska tillämpas på huvuddiagnosen.¹² Om läkaren bedömer att samsjuklighet förvärrar nedsättningen av arbetsförmågan ska läkaren anföra detta som argument för avsteg från rekommendationen.¹³

Beslutsstödet består sammanfattningsvis av två delar: övergripande principer för sjukskrivning respektive vägledning om sjukskrivning vid utredning av rätten till sjukpenning vid olika diagnoser med tillhörande rekommenderade sjukskrivningstider, här kallad vägledning om sjukskrivning. I denna rapport

⁴ Försäkringskassan, 2010.

⁵ Socialstyrelsen, 2017, s. 8.

⁶ Socialstyrelsen, 2012.

⁷ Socialstyrelsen, 2017, s. 8.

⁸ Försäkringskassans Vägledning 2015:1, version 7, s. 222.

⁹ Försäkringskassans Vägledning 2015:1, version 7, s. 223f.

¹⁰ Försäkringskassans Vägledning 2015:1, version 7.

¹¹ E-post Försäkringskassan, 2018-08-16.

¹² Försäkringskassans Vägledning 2015:1, version 7; Socialstyrelsen, 2012.

¹³ Socialstyrelsen, 2012.

granskas den senare delen av beslutsstödet, genom Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden med psykiatriska diagnoser.

1.2.1 Utvärderingar av försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Socialstyrelsen har genom myndighetens regleringsbrev tidigare haft i uppdrag att "kontinuerligt följa upp, uppdatera och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet."¹⁴ I 2018 års regleringsbrev finns inte detta uppdrag kvar. Även Försäkringskassan har i 2010 års regleringsbrev haft i uppdrag att redovisa hur det försäkringsmedicinska beslutsstödet används och fungerar i sjukskrivningsprocessen. Myndigheterna har dessutom gemensamt avrapporterat införandet av beslutsstödet.

En tidig uppföljning genomförd av Försäkringskassan visade att medianlängden för sjukfall med psykiatriska diagnoser minskade mer än för fysiska diagnoser då beslutsstödet övergripande principer infördes.¹⁵ När specifik vägledning om sjukskrivning för psykiatriska diagnoser infördes året därpå, medförde det ingen ytterligare minskning i sjukskrivningstid eller i spridning av den, till skillnad från fysiska diagnoser med motsvarande vägledning.¹⁶

Försäkringskassan¹⁷ har på regeringens uppdrag genomfört en aktstudie om avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid. Försäkringskassan granskade dels om läkarintyg innehåller ett motiverat avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid, dels om handläggare vid Försäkringskassan begär komplettering av läkarintyg i de fall då motivering saknas. Resultatet visade att 44 procent av de granskade ärendena som överskred rekommenderad sjukskrivningstid också innehöll en motivering till avsteg. I de fall det behövdes en motivering, men där en sådan inte hade inkommit, hade Försäkringskassans handläggare endast begärt komplettering av läkarintyg i 4,5 procent av ärendena.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan¹⁸ har konstaterat att såväl handläggare vid Försäkringskassan som sjukskrivande läkare betraktar beslutsstödet som värdefullt. Forskare vid Karolinska institutet¹⁹ menar vidare att beslutsstödet används av en stor andel läkare och att de övergripande principerna för sjukskrivning upplevs som ett stöd. Cirka hälften av läkarna säger sig använda beslutsstödet vägledning om sjukskrivning. Användandet är vanligare och mer värdefullt för de läkare som ännu inte är specialister. Resultaten i nämnda

¹⁴ Regeringen (Socialdepartementet): Regleringsbrev för budgetåret 2016 respektive 2017 avseende Socialstyrelsen.

¹⁵ Försäkringskassan, 2010.

¹⁶ Försäkringskassan, 2011.

¹⁷ Försäkringskassan, 2009.

¹⁸ Socialstyrelsen och Försäkringskassan, 2010.

¹⁹ Alexandersson m.fl., 2017b.

enkätundersökning skiljer inte mellan vägledning om sjukskrivning för psykiatriska respektive andra diagnoser.

Samma forskargrupp vid Karolinska institutet har fått i uppdrag av Socialstyrelsen att medverka i en utvärdering av beslutsstödet.²⁰ Författarna fann bland annat att beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid till stor del överskrids för vissa diagnoser (t.ex. *fobi*, F40). För andra diagnoser var detta mindre vanligt (t.ex. *depression*, F32).²¹ Vad gäller den senare diagnosen utgick dock författarna från en generös tolkning av beslutsstödet (180 dagars sjukskrivning).²² Författarna har föreslagit Socialstyrelsen att specificera vissa diagnosers rekommendationer samt att ta fram vägledning för fler diagnoser med många sjukskrivningsfall, där det saknas diagnosspecifika rekommendationer. Socialstyrelsen föreslås också att ge diagnoserna i beslutsstödet samma beteckning som de har i ICD-10, för att undvika missförstånd.²³

Socialstyrelsen och Försäkringskassan²⁴ har också studerat följsamheten vad gäller sjukskrivningstid för ett urval av diagnoser. Myndigheterna visar bland annat att sjukfall med diagnosen *akut stressreaktion*, som tidigare ofta har visat sig överskrida beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid om 30 dagar, har en relativt god följsamhet när det gäller de sjukfall som *inte* byter till andra diagnoser. En stor del av förklaringen till att följsamheten vid *akut stressreaktion* tidigare inte har visat sig vara så god, är således att många sjukfall som börjar i *akut stressreaktion* övergår till andra diagnoser, såsom *utmattningssyndrom*, med i genomsnitt betydligt längre sjukskrivningstid (se kapitel 2). Slutligen har Försäkringskassan²⁵ redovisat att det finns ett stort utrymme för ökad likformighet vid sjukskrivning vid psykisk ohälsa, och att detta inte minst gäller vid *anpassningsstörningar och reaktion på svår stress* (F43).

1.3 Risk för diagnosförändring för att kringgå beslutsstödet

I Riksrevisionens granskning *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*,²⁶ intervjuades sjukskrivande läkare i primärvården.

²⁰ Alexandersson m.fl., 2017a.

²¹ Notera att här inte tas hänsyn till diagnosförändringar, då författarna endast använder förstadiagnos.

²² Vid depressiv episod (F32) rekommenderas ingen sjukskrivning eller upp till tre månaders sjukskrivning vid lindrig depressiv episod, medan vid medelsvår till svår depressiv episod rekommenderas upp till sex månaders sjukskrivning. Vid depression anger dock läkaren oftast depressiv episod (F32) utan närmare specifikation i läkarintygen.

²³ ICD-10 är WHO:s tionde version av dess internationella klassificering av sjukdomar (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

²⁴ Socialstyrelsen och Försäkringskassan, 2017.

²⁵ Försäkringskassan, 2017a.

²⁶ Riksrevisionen, RiR 2018:11.

Läkarna berättade bland annat att de på grund av tidsbrist och bristfällig inblick i patienternas arbetsförhållanden och psykiatri inte har särskilt goda förutsättningar att bedöma arbetsförmåga. Intervjuade läkare berättade också att det förekommer att de vid diagnosställande tar hänsyn till diagnos efter förväntningar på Försäkringskassans utredning av rätten till sjukpenning, istället för att begära avsteg från rekommendationerna.

1.4 Syfte och revisionsfrågor

Mot bakgrund av ovan beskrivna problemindikationer bedömer Riksrevisionen att det finns anledning att granska om och hur beslutsstödet vägledning om sjukskrivning används vid psykiatriska diagnoser.

Syftet med granskningen är att studera hur Försäkringskassans handläggning fungerar, med utgångspunkt i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Vidare granskas huruvida Försäkringskassan begär komplettering av läkarintyg, eller på annat sätt agerar i ärendet, då ett avsteg från beslutsstödet vägledning om sjukskrivning inte motiveras av sjukskrivande läkare. Granskningsrapporten är uppbyggd kring tre revisionsfrågor:

- Har diagnosförändringar i pågående sjukfall ökat sedan införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning?
- Använder Försäkringskassan det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning likformigt i utredningen av rätten till sjukpenning?
- Begär Försäkringskassan komplettering av läkarintyg i den utsträckning som myndighetens utredningsskyldighet kräver, i samband med avsteg från beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstider?

Försäkringskassan utgör, genom sin roll som beslutsfattare i sjukpenningärenden, granskningens primära granskningsobjekt. Även Socialstyrelsen och regeringen omfattas av granskningen, i sina roller som utförare respektive beställare av försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

1.5 Avgränsning

Riksrevisionen granskar Försäkringskassans användning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser. Riksrevisionen har inte granskat beslutsstödet övergripande principer för sjukskrivning, och inte heller vägledning för andra diagnoser än psykiatriska. Vidare har inte själva utformningen av beslutsstödet granskats. Granskningen fokuserar på hur avsteg från de rekommenderade sjukskrivningstiderna hanteras i Försäkringskassans handläggning.

1.6 Granskningens utgångspunkt

De huvudsakliga målen för sjukförsäkringen är att Försäkringskassan ska verka för att rätt ersättning ges till rätt person, och för att individen förstår myndighetens beslut. Försäkringskassan ska också, i samverkan med berörda aktörer, bidra till att uppfylla det övergripande målet om att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.²⁷

Rätten till sjukpenning, som ligger till grund för Försäkringskassans beslut i enskilda ärenden, regleras i 27 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB.²⁸ Handläggning av sjukpenningärenden och utredningsbefogenheter regleras i 110 kap. 13–14 §§ SFB. Utifrån socialförsäkringsbalken, dess förarbeten och rättspraxis har Försäkringskassan utarbetat en vägledning²⁹ (ej att förväxla med beslutsstödet vägledning om sjukskrivning) och metodstöd som uppdateras regelbundet avseende bedömning av sjukpenningärenden. Till sin hjälp har Försäkringskassan också bland annat ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd, med dels övergripande principer för sjukskrivning, dels vägledning om sjukskrivning, med rekommenderade sjukskrivningstider för olika diagnoser.

1.6.1 Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

I samband med budgetpropositionen för 2007 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att ta fram ett nationellt beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer som ska vara vägledande vid sjukskrivning. Beslutsstödet var ett led i myndigheternas uppdrag att utforma och komma med förslag om en mer kvalitetssäker, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess,³⁰ vilket de hade fått i uppdrag att utforma i november 2005 (prop. 2006/07:1, utg.omr. 10). Syftet med ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd var bland annat att uppnå kortare och mer enhetliga sjukskrivningstider (prop. 2010/11:1, utg.omr. 10).

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd är vägledande för sjukskrivande läkare och handläggare på Försäkringskassan. Stödet ska dock inte uppfattas som tvingande regler. Bedömningen av arbetsförmåga ska utgå från den enskildes funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. I de fall sjukskrivningen pågår längre tid än vad beslutsstödet rekommenderar ska det dock motiveras varför.

²⁷ Regeringen (Socialdepartementet). Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan.

²⁸ Se 27 kap. 25 § SFB om reglering av utfärdande av läkarintyg.

²⁹ En vägledning är i första hand ett stöd för Försäkringskassans medarbetare vid ärendehandläggning och utbildning. En vägledning kan innehålla beskrivningar av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis och JO:s beslut.

³⁰ Prop. 2006/07:1, utg.omr. 10.

1.6.2 Försäkringskassans utredningsskyldighet

Bestämmelser om Försäkringskassans handläggning regleras i 110 kap. socialförsäkringsbalken (SFB)³¹. I dess 13 § anges att den utredande myndigheten ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. En likformig och rättssäker tillämpning förutsätter att beslut fattas på ett så fullständigt underlag som ärendet fordrar. Försäkringskassan har utredningsbefogenheter som bland annat innebär att myndigheten kan 1) göra en förfrågan hos den försäkrades läkare, arbetsgivare eller någon annan som kan antas kunna lämna behövliga uppgifter, 2) besöka den försäkrade, 3) begära ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig samt 4) begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning, eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering.³² I 110 kap. 21 § SFB regleras särskilt utrednings- och uppgiftsskyldighet när det gäller ärenden om sjukpenning.

Det är främst den första formen av utredningsbefogenhet – Försäkringskassans begäran om komplettering av läkarintyg – som är relevant för granskningen. Riksrevisionen gör inte en bedömning av kvaliteten i läkarintygen. Däremot granskas om Försäkringskassan begär komplettering av läkarintyg i de fall avsteg sker från rekommenderad sjukskrivningstid utan att det motiveras av läkaren.

1.6.3 Riksrevisionens bedömningsgrund

Med hjälp av den första revisionsfrågan granskas om diagnoser förändras för att kringgå beslutsstödet vägledning om sjukskrivning. Om diagnosförändringarna i pågående sjukfall ökar över den granskade tioårsperioden, och om denna ökning kan kopplas till beslutsstödet via sjukpenningakterna, bedömer Riksrevisionen att beslutsstödet inte har använts ändamålsenligt.

Med hjälp av övriga två revisionsfrågor fördjupar sig Riksrevisionen i de ärenden där sjukskrivande läkare intygar en längre sjukskrivning än vad som rekommenderas av beslutsstödet vägledning om sjukskrivning. I fråga två är Riksrevisionens utgångspunkt att Försäkringskassan ska använda beslutsstödet likformigt. Med likformighet avses att lika ärenden ska handläggas efter samma premisser.³³ Alla personer som är sjukskrivna för *akut stressreaktion* exempelvis, kan visserligen *inte* förväntas vara sjukskrivna lika lång tid. Däremot kan det förväntas att handläggare på Försäkringskassan tar hänsyn till beslutsstödet vägledning om sjukskrivning i de fall sådana rekommendationer finns, och vid

³¹ I 110 kap. 13 § anges utredning och upplysningsskyldigheten, vidare i 110 kap. 14 § SFB utredningsbefogenheter.

³² 110 kap. 14 § SFB.

³³ Fortsättningsvis används begreppet *likformig*, men det är tänkt att även omfatta de tidigare nämnda begreppen *enhetlig* respektive *likvärdig*.

handläggning av ärendet tillämpar rekommendationerna likformigt, om inte avsteg motiveras.

Riksrevisionens utgångspunkt är att det kan uppstå två typer av fel under handläggningen. Typ 1 uppstår om handläggaren inte tar hänsyn till beslutsstödet vägledning om sjukskrivning, trots att ett omotiverat avsteg har skett. Detta kan ske genom att handläggaren inte noterar avsteget, eller genom att handläggaren visserligen noterar avsteget men inte agerar på det, exempelvis genom att begära komplettering av läkarintyg.

Typ 2 uppstår om handläggaren, utan motivering, tolkar beslutsstödet rekommendation felaktigt, exempelvis genom att använda en avvikande rekommenderad sjukskrivningstid, eller en rekommendation för en annan än avsedd diagnos. Båda dessa typer av problem tolkas av Riksrevisionen som brist på likformighet i användningen av beslutsstödet vägledning om sjukskrivning.

Den tredje revisionsfrågan bedöms utifrån huruvida Försäkringskassan fullgör sin utredningsskyldighet. I de fall ett avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid görs, utan att det motiveras i läkarintyg eller på annat sätt framkommer i sjukpenningakten, ska Försäkringskassan begära komplettering av läkarintyget. I de fall Försäkringskassan *inte* begär komplettering på ett omotiverat avsteg betraktar Riksrevisionen detta som bristande kvalitet i användningen av beslutsstödet samt vad gäller uppfyllande av myndighetens utredningsskyldighet.

1.7 Metod

Granskningens empiri består av sjukpenningakter samt registerdata, beställt från Försäkringskassan.

1.7.1 Data från Försäkringskassan

För att undersöka hur förekomst av diagnoser vid sjukskrivning har förändrats över tid använder Riksrevisionen registerdata för perioden 2007–2016. Huvudsakligt fokus är på diagnoser inom diagnoskapitlet *Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar* och mer specifikt *Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress*, däribland de stressrelaterade sjukdomarna såsom *akut stressreaktion* och *utmattningssyndrom*. Urvalet består av sjukfall som har varat längre än 14 dagar.

Riksrevisionen använder Försäkringskassans mikrodata för analys av socialförsäkringen (MiDAS) för att studera sjukfall. Registret innehåller bland annat sjukfallets första huvuddiagnos, sjukskrivningslängd och omfattning (1/4, 1/2, 3/4 eller hel sjukpenning). I MiDAS finns även information om individegenskaper såsom den försäkrades kön, ålder, arbete och utbildning.

Genom att komplettera analysen med Försäkringskassans läkarintygsregister har Riksrevisionen information om samtliga läkarintyg i ett sjukfall. Detta register möjliggör också analys av diagnoser på den mest detaljerade nivån, vilket inte finns i MiDAS. Informationen i läkarintygsregistret kopplas samman med MiDAS information om sjukfall.³⁴

1.7.2 Aktgranskning

Genom Försäkringskassans sjukpenningakter har Riksrevisionen kunnat ta del av den försäkrades samtliga diagnoser i sjukfallet (i MiDAS och läkarintygsregistret³⁵ registreras endast huvuddiagnos) samt studera hur funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning bedöms i förhållande till diagnos. Till aktgranskningen gjordes ett urval av sjukpenningärenden från sex olika tidsperioder (vartannat år under perioden 2007–2017): sjukfall som startar före införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (2007), efter införandet av beslutsstödet (2009, 2011, 2013 och 2015) samt efter att beslutsstödet uppdaterades vad gäller rekommendationer för psykiatriska diagnoser (2017).

Samtliga granskade sjukfall i urvalet har en psykiatrisk diagnos som senast registrerad huvuddiagnos. I de flesta fall är senast registrerad diagnos att likställa med den diagnos som är registrerad i samband med att sjukfallet avslutas, men vissa ärenden (främst ärenden från 2017) pågick då de beställda akterna skrevs ut. Samtliga granskade ärenden består av sjukfall för försäkrade som hade en anställning då sjukfallet påbörjades. Ärendena har pågått i minst 60 dagar.

Genom aktgranskningen har Riksrevisionen studerat om och hur handläggarna på Försäkringskassan förhåller sig till det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Akterna innehåller information om vad som sker i handläggningen av sjukpenningärenden, såsom användning av beslutsstödet och Försäkringskassans begäran om, och bedömning av, komplettering av läkarintyg. Genom akterna har Riksrevisionen också kunnat följa kommunikationen mellan Försäkringskassan, den försäkrade och sjukskrivande läkare.

Riksrevisionen har använt såväl en kvantitativ som kvalitativ metodologisk ansats. Den senare möjliggör en djupare analys av användningen av beslutsstödet.

³⁴ I läkarintygsregistret finns läkarintyg från 2009. Vid mitten av 2011 skapades möjligheten att föra över intyg elektroniskt från vårdgivare till Försäkringskassan, vilket stärkte kvaliteten på uppgifterna i registret. Försäkringskassan (2017a) använder data från perioden 2012 till 2015. Enligt Inspektionen för socialförsäkringen (ISF 2014) skannades dock de första intygen in redan i juni 2008. ISF har använt data från läkarintygsregistret från 2009 (ISF 2014), men har senare valt att utgå från 2010 (ISF 2016b), med bättre kvalitet på de inrapporterade uppgifterna. Riksrevisionen har här använt sig av läkarintygsregistret från år 2010.

³⁵ Läkarintyget har uppdaterats efter genomförd aktgranskning (se bilaga 3) vilket innebär att läkarintygsregistret numera har möjlighet att fånga huvuddiagnos samt två bidiagnoser (e-post, Försäkringskassan 2018-08-16).

Riksrevisionen har dock varken gjort en rättslig eller en medicinsk prövning av ärendena. Riksrevisionen har således inte bedömt kvaliteten i begärda kompletteringar såtillvida att vi kan uttala oss om huruvida begärda kompletteringar är motiverade eller inte.

Totalt har Riksrevisionen granskat 723 slumpmässigt utvalda akter. Beställningen omfattade 120 akter per år plus reserver i de fall det förekom bortfall.³⁶

Urvalsstorleken bestämdes utifrån att det skulle vara möjligt att upptäcka en tidstrend i utfallsmått av intresse. Hur stort urval som behövs är beroende på storleken på tidstrenden och med vilken säkerhet noll-hypotesen, att det inte förekommer någon trend, kan förkastas. Ett större urval gör att precisionen i det undersökta måttet blir bättre, men också att kostnaden och tidsåtgången för undersökningen blir större.³⁷

I rapporten presenteras aktgranskningens resultat såväl kvantitativt som kvalitativt. I de fall Riksrevisionen exemplifierar med enskilda ärenden är namnen på de försäkrade fingerade. Återgivningen av citat är bokstavstroga, för att bevara innehållets autenticitet.

1.8 Rapportens disposition

I kapitel 2 sker en genomgång av senare års utveckling av sjukfrånvaron, med fokus på psykiatriska diagnoser i allmänhet och stressrelaterad ohälsa i synnerhet. Detta kapitel utgör en bakgrund till granskningen. Därefter följer tre resultatkapitel, där revisionsfrågorna analyseras. I kapitel 3 granskas om diagnosförändringar har blivit vanligare i pågående sjukfall, och om dessa kan kopplas till beslutsstödet vägledning om sjukskrivning. I kapitel 4 granskas om Försäkringskassan använder beslutsstödet vägledning om sjukskrivning likformigt i handläggning av sjukpenningärenden. Och i kapitel 5 granskas om Försäkringskassan begär komplettering av läkarintyg i den utsträckning som myndighetens utredningsskyldighet kräver. Avslutningsvis, i kapitel 6, summeras Riksrevisionens iakttagelser och slutsatser. Här följer också rekommendationer till Försäkringskassan, Socialstyrelsen och regeringen.

³⁶ Antalet granskade akter varierade mellan 119 och 122 per år. Orsaken till variationen är att det i något fall hade dragits reserver för ärenden som inte behövde ersättas, vilka ändå granskades, och i ett fall (2017) saknades ett reservärende. Bortfallet består främst av sjukpenningakter för arbetsökande eller egenföretagare, vilka inte ingick i urvalsramen.

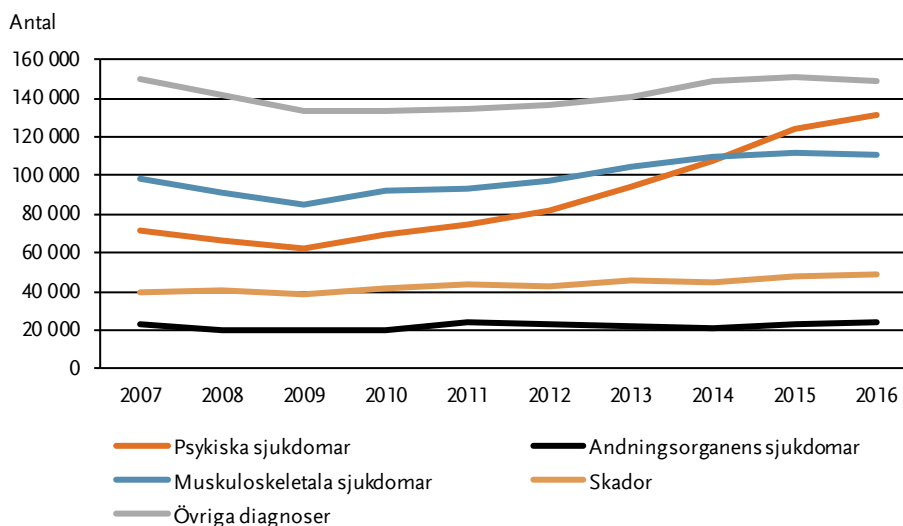
³⁷ För att undersöka hur många observationer som skulle krävas gjordes ett statistiskt test. I testet utgick Riksrevisionen ifrån att det skulle vara möjligt att upptäcka en årlig tidstrend motsvarande en ökning i proportion från 0,35 till 0,5 mellan år 2007 och 2017 med 80 procents sannolikhet. Tidstrenden skulle motsvara 2,5 procentenheters ökning vartannat år. Testet visade att 97 observationer per år behövdes samlas in. Med andra ord utgjorde 97 observationer per år det lägsta antalet som skulle behövas för att med 80 procents sannolikhet kunna finna den antagna linjära trenden. I slutändan samlades 120 observationer in per år för att ta höjd för eventuellt bortfall.

2 Sjukskrivning med psykiatriska diagnoser – ett tioårsperspektiv

2.1 Sjukfall med psykiatriska diagnoser har ökat

Under de senaste tio åren har antalet sjukfall ökat, i synnerhet vad gäller psykiatriska diagnoser.³⁸ År 2016 uppgick antalet sjukfall med psykiatriska diagnoser till cirka 130 000, vilket motsvarar en fördubbling sedan år 2007. De psykiatriska diagnoserna ökade därmed från att utgöra cirka 20 procent av den totala andelen sjukfall år 2007, till närmare 30 procent år 2016. Under samma tidsperiod har andelen sjukfall i flertalet övriga diagnoser varit relativt konstant.

Diagram 1 Antal sjukfall inom samtliga diagnoskapitel (2007–2016)



Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varit i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet. Statistiken bortser från sjukfall med okänd diagnos.

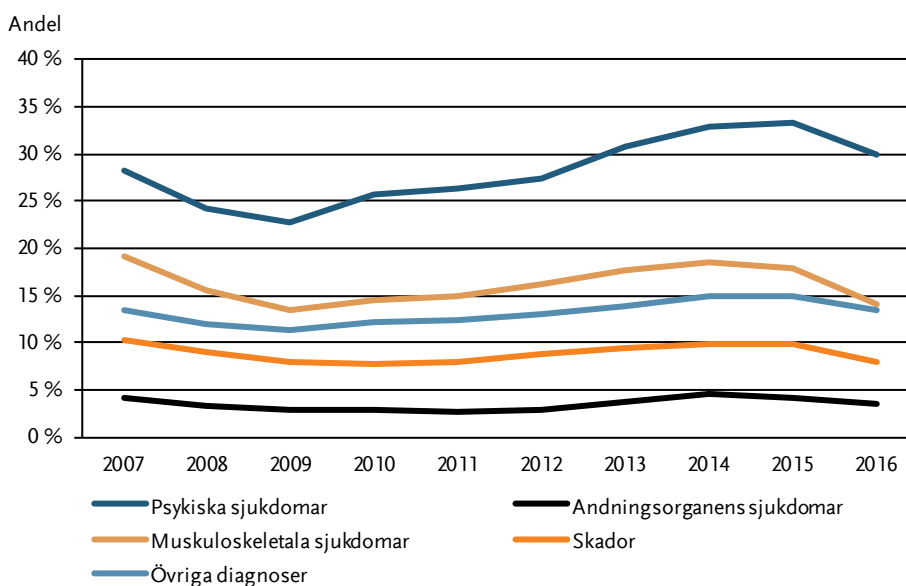
2.1.1 Sjukfall med psykiatriska diagnoser varar längre än andra sjukfall

Samtidigt som sjukfallen med psykiatriska diagnoser har ökat i antal har andelen sjukfall som överstiger 180 dagar ökat (diagram 2). Andelen uppgick till 29 procent år 2007, för att sjunka till 23 procent år 2009. Åren därpå ökade andelen för att uppgå som högst till 34 procent år 2014–2015. År 2016 har utvecklingen av andel sjukfall som överstiger 180 dagar sjunkit något. Sjukfall

³⁸ Psykiatriska diagnoser avser psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00-F99).

inom andra diagnoskapitel varar inte lika länge, men mönstret över tid har varit liknande. Vändningen 2016, med en lägre andel sjukfall som pågår över 180 dagar, beror sannolikt på att Försäkringskassan har ökat antal avslag (tidigare indrag) av sjukpenning.³⁹ Avslagen sker ofta nära 180 dagars sjukskrivning, då prövning mot normalt förekommande arbete ska göras för rätten till sjukpenning.⁴⁰

Diagram 2 Andel sjukfall som överstiger 180 dagar (2007–2016)



Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet.

2.2 Stressrelaterade diagnoser ökar mest

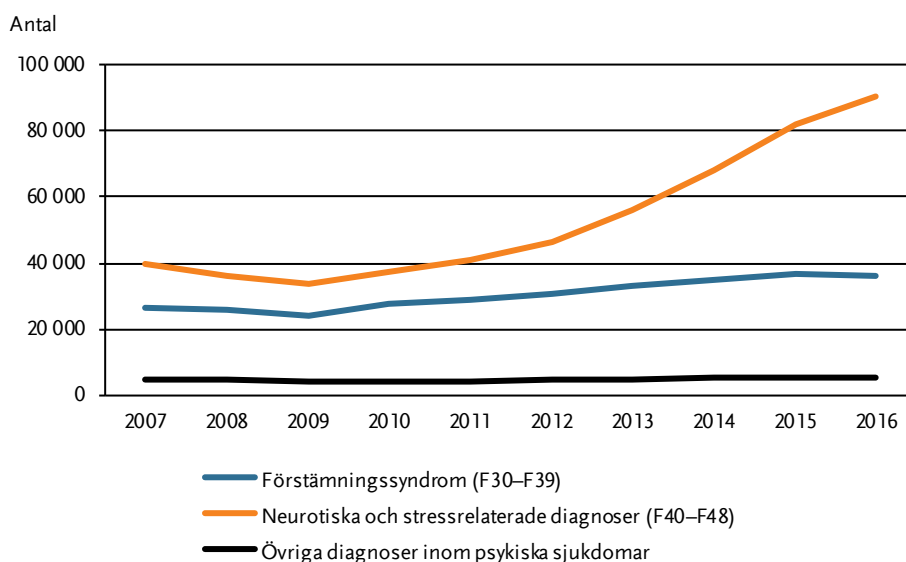
Sjukfallen med psykiatriska diagnoser utgörs i huvudsak av diagnoser inom avsnittet *neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom* (F40–F48) samt *förstämmningssyndrom* (F30–F39; se diagram 3). Antalet sjukfall med neurotiska och stressrelaterade diagnoser respektive förstämmningsdiagnoser har ökat från cirka 40 000 respektive 25 000 sjukfall 2007, till cirka 90 000 respektive 35 000 sjukfall

³⁹ Se ISF, 2018. Se även avsnitt 5.5.

⁴⁰ Det finns en risk att andelen sjukfall som varar längre än 180 dagar är svagt underskattad år 2016 på grund av att vissa registreringar sker med eftersläpning i MiDAS. Riksrevisionens datamaterial sträcker sig till 2017-10-31, vilket är tillräckligt för att fånga 180 dagars sjukskrivningar under 2016. Risken att registrering saknas på grund av eftersläpning minskar ju längre bak i tid från datauttaget som den analyserade perioden ligger. Enligt en uppskattning från Försäkringskassan kan 1–3 procent av de sjukfall i vårt datamaterial som startade i november–december 2016 ha eftersläpning, vilket kan ge en svag underskattning. På helårsbasis bör underskattningen vara försumbar (e-post, Försäkringskassan 2018-05-31).

2016. Antal sjukfall med övriga psykiatriska diagnoser har ökat svagt under samma period och uppgick till drygt 5 000 sjukfall år 2016. Av dessa sjukfall är *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser* (F10–F19) vanligast.

Diagram 3 Sjukfall inom det psykiatriska diagnoskapitlet (2007–2016)



Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet.

Bland sjukfall med psykiatrisk diagnos har det skett en förändring av fördelningen inom diagnoskapitlet över tid. Ökningen av andelen sjukfall som berör *neurotiska och stressrelaterade sjukdomar* (F40–F48) speglas av en minskning av *förstämmningssyndrom* (F30–F39), se diagram B.1 i bilaga 1.

För sjukfall med *neurotiska och stressrelaterade diagnoser* utgörs tre fjärdedelar av sjukfallen av *anpassningsstörning och reaktion på svår stress* (F43) och knappt en fjärdedel av *andra ångestsyndrom* (F41) år 2016 (se diagram B.2 i bilaga 1).

Av sjukfallen med *förstämmningssyndrom* (F30–39) är *depressiv episod* (F32) vanligast och utgjorde cirka två tredjedelar av sjukfallen år 2016 (se diagram B.3 i bilaga 1). Under perioden 2007–2016 har det blivit relativt sett vanligare med sjukfall med diagnosen *recidiverande depression* (F33). År 2016 uppgick sjukfall med *recidiverande depression* till knappt en fjärdedel av alla sjukfall inom avsnittet *förstämmningssyndrom*.

Det finns skillnader mellan könen i sjukskrivningsmönster. Det är betydligt vanligare med sjukfall med psykiatriska diagnoser bland kvinnor än bland män, och dessa skillnader har ökat under den studerade tioårsperioden (se diagram B.4

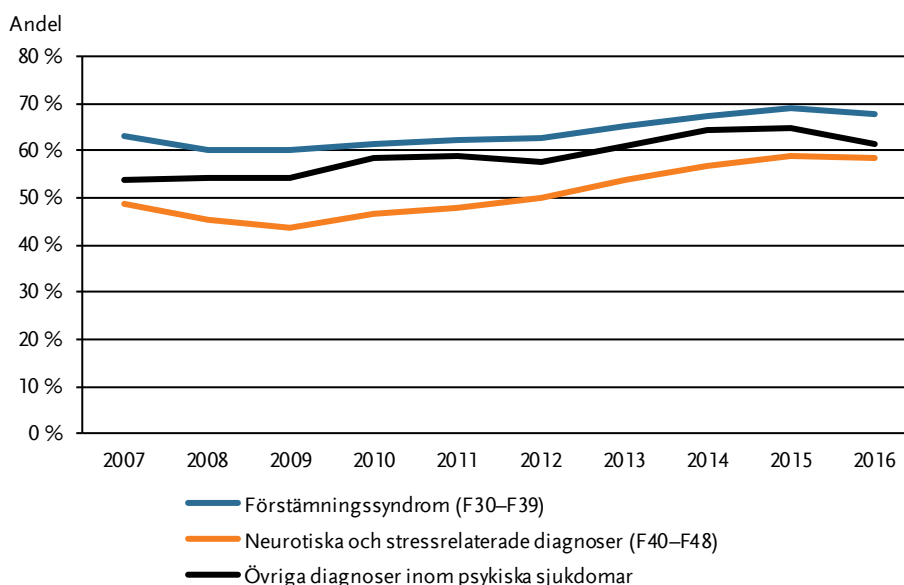
i bilaga 1). År 2016 avsåg 30 procent av alla sjukfall bland kvinnor psykiatrisk diagnos. Motsvarande siffra bland män var 22 procent.⁴¹

Att psykiatriska diagnoser på senare år i högre grad härrör från stressrelaterade diagnoser och i lägre grad från förstämningssyndrom, gäller såväl män som kvinnor (se diagram B.5 i bilaga 1). Fördelningen mellan de psykiatriska diagnoserna är emellertid något jämnare bland män. En högre andel sjukfall bland män än bland kvinnor avser förstämningssyndrom samt övriga psykiatriska diagnoser. Kvinnors sjukfall utgörs i större utsträckning av stressrelaterade diagnoser.

2.2.1 Depressioner varar längre än stressrelaterade diagnoser

Sjukfallen med olika psykiatriska diagnoser följer ett liknande mönster gällande hur stor andel som överstiger 180 dagar. Under perioden 2007–2016 ökade andelen från cirka 49 till 58 procent för sjukfall med *neurotiska och stressrelaterade* diagnoser (F40–F48). Andelen sjukfall med förstämningssyndrom (F30–F39) som varar över 180 dagar är större. Under perioden ökade andelen från 62 till 67 procent.

Diagram 4 Sjukfall med psykiatriska diagnoser som överstiger 180 dagar inom det psykiatriska diagnoskapitlet (2007–2016)



Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet.

⁴¹ Siffrorna avser andel sjukfall som har varat i minst 15 dagar. Studeras ännu längre sjukfall, ökar andelen med psykiatriska diagnoser än mer.

2.3 Förändringar inom stressrelaterade diagnoser

I föregående avsnitt framgår det att sjukfall med psykiatrisk diagnos ökar i allmänhet och att längden på dessa sjukfall har ökat mer än inom andra diagnoskapitel. Ökningen av sjukskrivna inom psykiatriska diagnoser berör främst sjukfall med *anpassningsstörningar och reaktion på svår stress* (F43). I detta avsnitt redogörs för denna diagnosgrupp mer detaljerat. Inom denna diagnosgrupp finns diagnoserna:

- *akut stressreaktion* (F43.0)
- *posttraumatiskt stressyndrom* (PTSD) (F43.1)
- *anpassningsstörning* (F43.2)
- *utmattningssyndrom* (F43.8A)
- *andra specificerade reaktioner på svår stress* (F43.8) samt *andra specificerade reaktioner på svår stress än utmattningssyndrom* (F43.8W)
- *reaktion på svår stress, ospecificerad* (F43.9) samt primärvårdsdiagnosen *annan stressreaktion* (F43.9P).

Av ovan nämnda diagnoser ingår *akut stressreaktion*, *PTSD*, *anpassningsstörning* och *utmattningssyndrom* i det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning. Härnäst ska vi studera hur förekomsten av dessa, respektive de diagnoser som inte ingår i beslutsstödet, har förändrats under 2010-talet.

För denna statistik har vi utgått ifrån läkarintygsregistret.⁴² Av diagram 5 framgår att sjukfall med *akut stressreaktion* (F43.0), *utmattningssyndrom* (F43.8A) och *reaktion på svår stress, ospecificerad* (F43.9) har blivit relativt sett vanligare under perioden. Även andelen *andra reaktioner på svår stress* (F43.8) har ökat. Primärvårdsdiagnosen (F43.9P) har däremot minskat under den studerade perioden och utgjorde 2016 en liten andel av stressrelaterade diagnoserna.⁴³ Sjukfall med övriga diagnoser inom F43-avsnittet utgör en liten andel och har inte fluktuerat nämnvärt under perioden.⁴⁴ Då det totala antalet sjukfall med

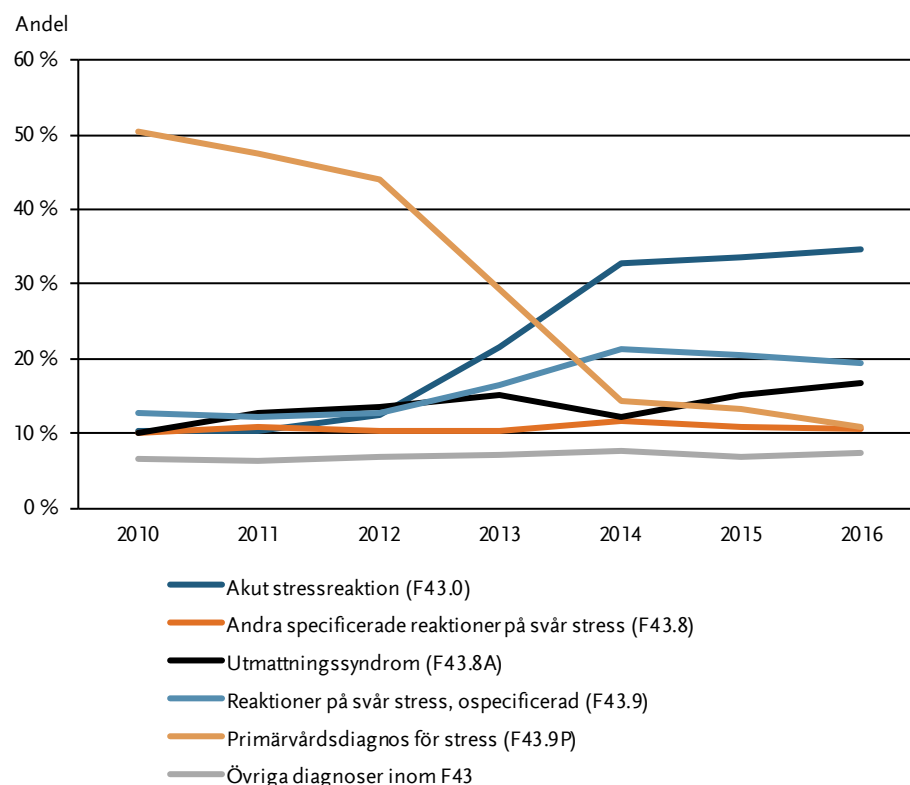
⁴² Statistiken har tagits fram genom att koppla ihop sjukfall i MiDAS med läkarintygsregistret. Läkarintygsregistret har emellertid inte fullständig täckningsgrad. I det urval som används i denna analys har 69–74 procent av sjukfallen i MiDAS kunnat matchas mot läkarintygsregistret under perioden 2010–2016. För fördjupad information om överlappningen mellan MiDAS och läkarintygsregistret, se ISF (2014).

⁴³ Det senare sker helt i linje med Socialstyrelsens rekommendationer, se Försäkringskassan (2017b). Den särskilda klassifikationen för primärvårdskoder (KSH97-P) från 1997 bygger på ICD-10. Socialstyrelsen har inte prioriterat någon uppdatering av denna klassifikation utan rekommenderar användning av ICD-10 istället. Förändringen är således ett led i att läkare väljer att skriva en ICD-10-kod (e-post, Socialstyrelsen 2018-06-18).

⁴⁴ Att diagnoser förändras över tid är inte något nytt. Under tidigt 1990-tal sjukskrevs många med psykisk ohälsa för *ospecificerad neuros*, *depressiv störning* och *ospecificerad krisreaktion*. Tio år senare var *stress- och krisreaktion*, *depression* och i viss mån *utbrändhet* vanligare som sjukskrivningsdiagnos (se Hetzler m.fl., 2005; Melén, 2008). Förändringar i diagnosticering påverkas bland annat av att nya diagnoser tillkommer. *Utbrändhet* exempelvis, såg dagens ljus i USA 1974 (Hacking, 1999), och kom

neurotiska och stressrelaterade diagnoser har ökat kraftigt under perioden (se diagram 3) innebär det att samtliga ovan nämnda diagnoser utom primärvårdsdiagnosen för stress har ökat sett i absoluta tal.

Diagram 5 Sjukfall med anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43) avseende första läkarintyg i sjukfallet (2010–2016)



Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (läkarintygsregistret och MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet. Avser de sjukfall i MIDAS som kan matchas mot läkarintygsregistret.

Utvecklingen av diagnosernas förekomst har ingen tydlig koppling till beslutsstödet. Samtliga diagnosers förekomst ökar, utom primärvårdsdiagnosen, och den har Socialstyrelsen rekommenderat att läkare inte ska använda. Av de tre diagnoser som är mest förekommande, ingår två i beslutsstödet: *akut stressreaktion*

till Sverige och etablerades som diagnos under 1990-talet. Diagnosen försvann ur Försäkringskassans beviljade sjukpenningärenden efter Socialstyrelsens förändrade riktlinjer 2003, för att ersättas av först *utmattningsdepression* och därefter *utmattningssyndrom*. Självklart fanns dock problematiken även före 1974. Under 1890-talet kallades liknande tillstånd för *neurasteni* (nervtrötthet; se Johannisson, 2002; Socialstyrelsen, 2003; Melén, 2008).

och *utmattningssyndrom*. Den förra rekommenderas en kort, och den senare en längre, sjukskrivning.

Eftersom läkarintygsregistret innehåller information om samtliga diagnoser inom ett sjukfall är det också möjligt att studera vilken diagnos som var den sista i sjukfallet. Huvuddiagnosen förändras relativt ofta i ett pågående sjukfall, och sannolikheten ökar ju längre sjukfallet pågår.⁴⁵ I diagram B.6, bilaga 1, presenteras motsvarande information, men avseende sistadiagnos (jfr diagram 5 som visar förstadiagnos). Sett till sista diagnos i sjukfallet är *utmattningssyndrom* relativt vanligare. Hur byten mellan diagnoser sker under pågående sjukfall studeras mer ingående i kapitel 3.

⁴⁵ Se ISF, 2014 och kapitel 3.

3 Diagnosförändring vid användning av beslutsstödet

I kapitel 2 lyftes utvecklingen av sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser fram med hjälp av registerdata. Vi redovisade sjukskrivningar för olika diagnoser och deras varaktighet, och fann att de stressrelaterade diagnoserna har ökat. I detta kapitel ska vi, med hjälp av registerdata och aktgranskning, analysera om införandet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan kopplas till diagnosförändring i pågående sjukfall.

I Riksrevisionens intervjuer med sjukskrivande läkare⁴⁶ framkom att det förekommer att läkare byter diagnos i pågående sjukfallsärenden för att anpassa sig efter Försäkringskassans förväntade reaktion på sjukskrivningstid, grundat i tidigare erfarenheter av sjukskrivning för diagnoser med rekommenderade sjukskrivningstider. Läkarna berättade också att de redan från början i sjukfallet kan anpassa diagnos efter Försäkringskassans förväntade reaktion.⁴⁷

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)⁴⁸ har visat att diagnosförändringar sker i knappt 15 procent av alla sjukpenningärenden. ISF visar samtidigt att det är ovanligt att diagnoser förändras mellan psykiatriska diagnoser och andra diagnoskapitel. Då sådana förändringar sker är det främst försäkrade med så kallade symtomsjukdomar som övergår till psykiatriska diagnoser. Men då dessa utgör en förhållandevis liten andel sjukskrivna påverkar de inte flödet påtagligt: 97 procent av dem som inleder ett sjukfall med en psykiatrisk diagnos finns enligt ISF kvar inom samma diagnoskapitel då sjukfallet avslutas. Det är, enligt ISF, lika få som ändrar diagnos till en psykiatrisk diagnos från andra diagnoskapitel. Däremot är det relativt vanligt att sjukskrivna med psykiatriska diagnoser byter diagnos inom diagnoskapitlet (9 procent, i jämförelse med 5 procent i genomsnitt). ISF visar vidare att diagnosförändring samvarierar med längden på sjukfallen. Vid avgränsning till sjukfall längre än ett år finner ISF en förändring av huvuddiagnos i över hälften av alla sjukfall (utan hänsyn till diagnoskapitel).⁴⁹

3.1 Diagnosförändring vanligare vid akut stressreaktion än utmattningssyndrom

I tabell B.1 i bilaga 2 presenteras en matris som beskriver hur diagnoser förändras under pågående sjukfall. Med denna tabell är det möjligt att utifrån den första

⁴⁶ Se Riksrevisionen, RiR 2018:11.

⁴⁷ Se också Eriksson m.fl., 2014.

⁴⁸ ISF, 2014, s. 60ff: siffrorna avser 2009–2012.

⁴⁹ ISF, 2014, s. 65 och tabell 18.

diagnosen i sjukfallet se vilken diagnos som anges i sista läkarintyget i sjukfallet, för att på så vis studera flöden mellan diagnoser. Materialet är avgränsat till sjukfall som är längre än 60 dagar och där den försäkrade var i arbete då sjukfallet påbörjades. Perioden avser sjukfall som startade 2010–2016.

Majoriteten av de sjukfall som börjar i en diagnoskategori slutar också i densamma, men andelen varierar kraftigt. En övergripande slutsats som går att dra från tabellen i bilaga 2 är att det i många sjukfall med psykiatriska diagnoser sker en övergång till antingen *depression*⁵⁰ eller *utmattningssyndrom* medan sjukfallet är pågående.⁵¹

Särskilt vanligt är det att sjukfall som börjar med någon typ av stressreaktion som *akut stressreaktion* (F43.0) eller *reaktion på svår stress, ospecificerad* (F43.9) slutar i depression. Det är också vanligt att sådana sjukfall slutar i *utmattningssyndrom*. De sjukfall som börjar i antingen depression eller utmattningssyndrom kvarstår oftare i samma diagnos till slutet av sjukfallet.

I kapitel 2 konstaterades att förekomst av olika diagnoser förändras över tid. Riksrevisionen fann dock inga tydliga tecken på att diagnoser som rekommenderas kort sjukskrivning i det försäkringsmedicinska beslutsstödet har blivit färre, till förmån för sådana diagnoser som rekommenderas längre sjukskrivningstid. *Utmattningssyndrom* har visserligen blivit vanligare under de senaste tio åren och detta särskilt i sistaintygen, men huruvida denna utveckling kan kopplas till det försäkringsmedicinska beslutsstödet är oklart. Samtidigt har förekomst av *akut stressreaktion* ökat, en diagnos med kort rekommenderad sjukskrivningstid. Sjukfall med den senare diagnosen övergår dock ofta till andra diagnoser. I nästa avsnitt studeras huruvida förekomsten av diagnosförändringar har blivit vanligare i pågående sjukfall efter införandet av beslutsstödet.

3.2 Diagnosförändring i pågående sjukfall har inte blivit vanligare

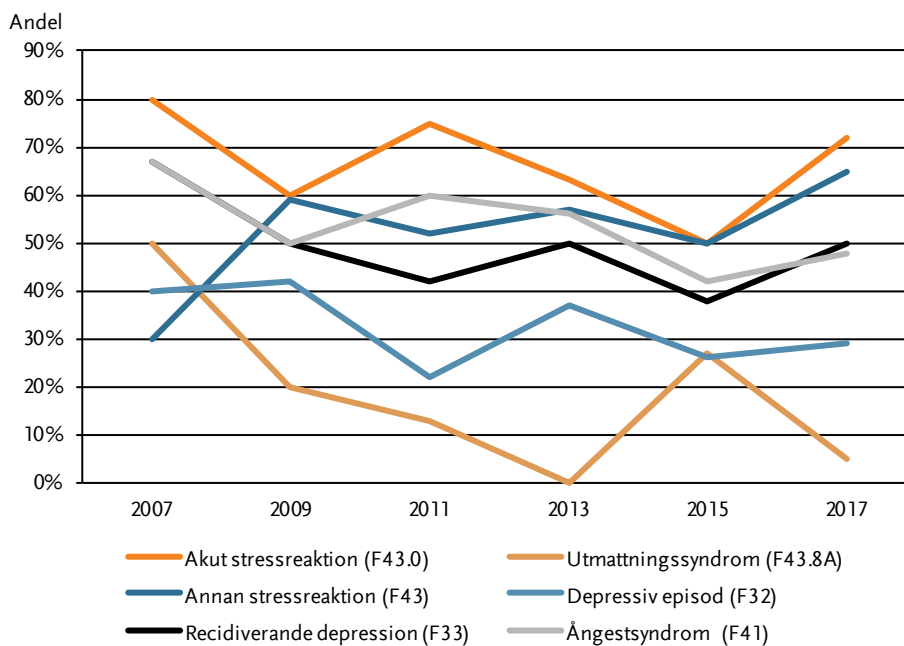
I följande avsnitt används data från aktgranskningen, då det inte finns registerdata före år 2010. Aktgranskningen ger också tillgång till mer information än vad som finns i registren. I aktgranskningen har första och sista läkarintyg i samtliga sjukfall noterats. Dessutom har ytterligare intyg studerats, i de fall de innehåller en förändrad huvuddiagnos. På så vis har två alternativt tre läkarintyg granskats

⁵⁰ Här kategoriseras såväl *depressiv episod* (F32) som *recidiverande depression* (F33) som depression.

⁵¹ Här kategoriseras även *andra specificerade reaktioner på svår stress* (F43.8) som *utmattningssyndrom* (F43.8A).

per sjukfall.⁵² I diagram 6 redovisas andel sjukfall som har minst en förändrad huvuddiagnos i sjukfallet, fördelat efter det år som sjukfallet påbörjas.

Diagram 6 Andel sjukfall med diagnosförändring per år (2007–2017) inom vanligt förekommande psykiatriska diagnoser⁵³



Källa: Riksrevisionens aktgranskning. Notera att linjerna är dragna utifrån nedstamp under ojämna år (2007, 2009 etc.).

Diagram 6 visar att det saknas ett tydligt mönster i utvecklingen av diagnosförändring under den studerade perioden. Den totala andelen diagnosförändringar i pågående sjukfall i akterna varierar mellan 42 procent (2011) och 54 procent (2009), och utvecklingen visar inte någon tydlig trend.

Om vi studerar de stressrelaterade diagnoserna närmare finner vi inte heller här någon tydlig utveckling över tid. Som bakgrund är rekommendationen vid *akut stressreaktion* ingen, eller upp till fyra veckors, sjukskrivning. Och vid *utmattningssyndrom* rekommenderas upp till sex eller tolv månaders sjukskrivning, eller mer.

⁵² Anledningen till att vi inte studerade samtliga sjukfall i ärendena var en tidsmässig prioritering. I genomsnitt sjukskriver läkare sina patienter cirka en månad i det första läkarintyget (se ISF, 2016b). I många sjukfall fanns således fem–tio läkarintyg, och inte sällan förändrades huvuddiagnos ett flertal gånger under sjukperioden. Riksrevisionen har granskat första och sista läkarintyg samt i förekommande fall det första läkarintyg som innehåller en diagnosförändring.

⁵³ Skillnaderna mellan åren är inte statistiskt säkerställda för samtliga diagnoser, dock är skillnaden mellan de olika diagnoserna signifikanta för de olika åren.

Hypotetiskt skulle andelen diagnosförändringar inom *akut stressreaktion* ha ökat under tioårsperioden. Denna diagnos rekommenderas nämligen en kort sjukskrivning, varför sjukskrivna med akut stressreaktion kan förväntas övergå till diagnoser med längre rekommenderad sjukskrivningstid, efter att beslutsstödet vägledning om sjukskrivning infördes. Men så har inte skett. Andelen diagnosförändringar inom *akut stressreaktion* är dock på en hög nivå under hela tioårsperioden. Färre sjukskrivna för utmattningssyndrom byter diagnos under pågående sjukfall. Och dessa har dessutom minskat kraftigt under tioårsperioden. Denna diagnos har blivit vanligare i såväl nya som pågående sjukfall.⁵⁴

Andelen diagnosförändringar har sammanfattningsvis inte ökat. Däremot ökar andelen diagnosförändringar som går över till det psykiatriska kapitlet från andra diagnoskapitel (se diagram B.7 i bilaga 1), och dessa övergår påtagligt ofta till *depressiv episod* eller *utmattningssyndrom* (se bilaga 2). Det kan samtidigt konstateras att andelen diagnosförändringar generellt är på en hög nivå vid långtidssjukskrivning (≥60 dagar) med psykiatriska diagnoser. Och andelen varierar beroende på vilken diagnos sjukfallen börjar i.

3.3 Diagnosförändring och beslutsstödet – ett exempel

Riksrevisionens analys visar inte på några tecken att införandet av beslutsstödet har inverkat på antalet diagnosbyten. En fördjupad analys med hjälp av aktgranskning tyder dock på att det i undantagsfall förekommer att sjukskrivande läkare uppmanas av Försäkringskassans handläggare att byta diagnos, för att sjukskrivningen ska kunna fortgå. Diagnosförändring är visserligen vanligare i sjukfall där det begärs komplettering av läkarintyg (57 procent) än i sjukfall där komplettering inte begärs (45 procent). Beslutsstödet har dock sällan ett tydlig inflytande på diagnosförändringen.⁵⁵

För att exemplifiera hur en diagnosförändring kan samspela med beslutsstödet ska vi studera ett sådant ärende lite närmare. Linnea är 42 år och arbetar som sekreterare. Hon blir i januari sjukskriven för *akut stressreaktion*. I samband med att sjukskrivningen passerar 30 dagar skickar handläggaren en begäran om komplettering av läkarintyg till sjukskrivande läkare.

⁵⁴ Här kan också tilläggas att *utmattningssyndrom* är en relativt ny diagnos där diagnostik och behandling är under utveckling. Se även Socialstyrelsen, 2003.

⁵⁵ Enligt en fördjupad delstudie av ärendena från 2015 och 2017, omfattande 240 ärenden (se avsnitt 4.4), ändrar läkaren diagnos i samband med komplettering av läkarintyg i 21 procent av de ärenden där beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid överskrids. I de sjukpenningärenden som inte avviker från rekommendationen, men där komplettering ändå begärs, förändras diagnos i 11 procent av ärendena. Notera dock att skillnaden kan bero på att de sjukfall där diagnosförändring sker i genomsnitt är längre (328 dagar) än de sjukfall där diagnosförändring inte sker (248 dagar).

Handläggaren skriver:

Patienten har varit sjukskriven för akut stressreaktion längre än vad det Försäkringsmedicinska beslutsstödet anger för aktuell diagnos. Där framgår det att diagnosen akut stressreaktion inte kan användas mer än 4 veckor efter traumat. Vänligen motivera varför sjukskrivningstiden är längre än vad det Försäkringsmedicinska beslutsstödet anger? Är någon annan diagnos aktuell?

Läkaren ringer upp handläggaren med anledning av begärd komplettering. Hen berättar då att den försäkrade uppfyller kriterierna för *depressiv episod*. Läkaren nämner också att hen ansåg det vara för tidigt i sjukfallet att avgöra om det rörde sig om *depression* eller ett begynnande *utmattningssyndrom*. Läkaren menar således att hen har använt *akut stressreaktion* som en första diagnos i väntan på en djupare bedömning av patientens tillstånd vid kommande patientbesök.⁵⁶ I kommande läkarintyg varierar Linneas sjukskrivningsdiagnos mellan *depression*, *utmattningssyndrom* och återigen *akut stressreaktion*, beroende på sjukskrivande läkare (vid samma vårdcentral).

Till saken hör att Linneas läkare redan i intyget som ledde till kompletteringen nämner såväl utmattningssyndrom som depression, men i förbifarten. Sjukdomarna nämns inte där sjukdom och diagnos ska presenteras i läkarintyget, utan där läkaren ska ge information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning (se bilaga 3).

Det är sällsynt att en diagnosförändring tydligt kopplas till beslutsstödet vägledning om sjukskrivning i sjukpenningakterna. Och i de fall som detta sker, finns det oftast en rimlig förklaring till diagnosförändringen, såsom i Linneas ärende. Flertalet diagnosförändringar kan på så vis förstås utifrån den information som framkommer i sjukpenningakten.

3.4 Införandet av beslutsstödet har inte lett till ökad diagnosförändring

I en tidigare granskning av Riksrevisionen genomfördes intervjuer med sjukskrivande läkare, som bland annat berättade att det förekommer att de anpassar diagnos efter förväntad reaktion från Försäkringskassan, med grund i

⁵⁶ Att använda just *akut stressreaktion* i sådant syfte är vanligt förekommande. Av symtom- och diagnoskriterier framgår visserligen att "Akut stressreaktion är en övergående reaktion på exceptionell fysisk eller psykisk belastning (t.ex. relaterad till krig, naturkatastrofer, terrorism, tortyr, våldtäkt, väpnat rån, kidnappning) hos en individ som inte uppvisar några tecken på annan psykisk sjukdom. Av de granskade sjukpenningärendena att döma talar mycket för att merparten av de sjukskrivna för *akut stressreaktion* är feldiagnostiserade. Se också Riksrevisionen, RIR 2018:11.

beslutsstödet vägledning om sjukskrivning.⁵⁷ Resultatet av denna granskning tyder på att problemindikationen inte är av den dignitet att den påverkar förekomst av diagnosförändring i stort. Tidigare djupintervjuer med läkare och denna aktgranskning talar visserligen för att det förekommer att läkare anpassar diagnos efter beslutsstödet. Riksrevisionen finner dock inte en ökad andel sjukfallsärenden med diagnosförändring. Däremot finner vi att diagnosförändringar från andra diagnoskapitel, till psykiatriska diagnoser, har blivit vanligare.

Härmed inte sagt att diagnosförändring är ovanligt. Tvärtom ändras huvuddiagnos i cirka hälften av långtidssjukskrivningarna med psykiatriska diagnoser, såväl idag som för tio år sedan. Dessa förändringar är emellertid sällan tydligt kopplade till det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

⁵⁷ Riksrevisionen, RiR 2018:11; Jfr Lipskys (1980) resonemang om att närbyråkrater (här: läkare) anpassar sig efter situationen och ibland betraktar det som rimligt att genom sitt handlingsutrymme bryta mot en regel för att nå ett övergripande mål i ett enskilt ärende. Se också Eriksson m.fl., 2014.

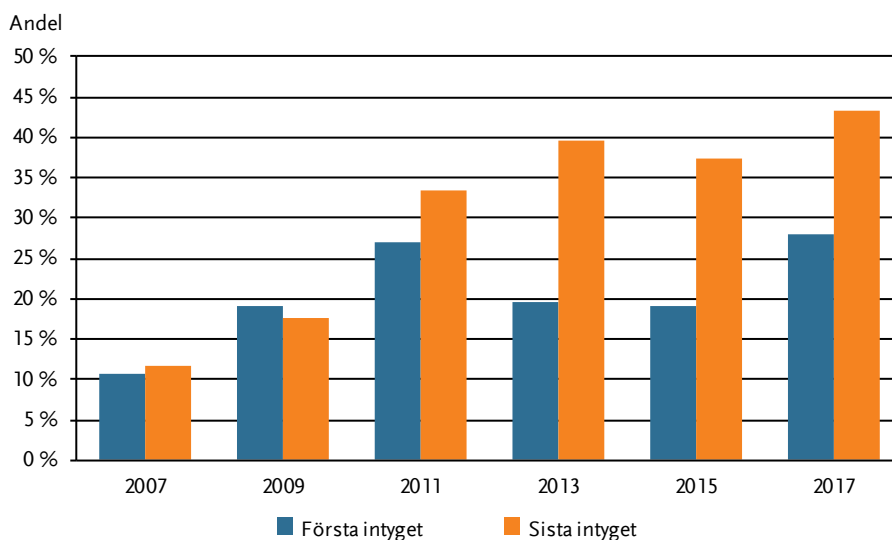
4 Brist på likformig användning av beslutsstödet

Riksrevisionen har granskat om Försäkringskassan använder det försäkringsmedicinska beslutsstödet likformigt och förutsebart i utredning av rätten till sjukpenning vid psykiatriska diagnoser. I följande kapitel redovisas iakttagelser från denna granskning. Analysen bygger primärt på aktgranskningen.

4.1 Samsjuklighet har blivit vanligare

Aktgranskningen ger information om samtliga diagnoser i sjukfallen, inklusive bidiagnoser. Förekomst av ytterligare diagnoser (samsjuklighet) visade sig vara vanligt, och har ökat kraftigt sedan beslutsstödet infördes. I de granskade ärendena från 2007 finns fler än en diagnos i elva procent av förstaintygen i sjukfallen. 2009, när det försäkringsmedicinska beslutsstödet är introducerat, är andelen 19 procent. 2017 är andelen 28 procent.⁵⁸

Diagram 7 Andel läkarintyg med samsjuklighet per år (2007–2017)



Källa: Riksrevisionens aktgranskning.

⁵⁸ I de ärenden där det endast finns ett läkarintyg har intyget räknats som det första, och inte det sista. Dessa ärenden ingår således inte i analysen av sistaintygen. I de fall flera diagnoser nämns i intygen, om än på annan än avsedd plats (se bilaga 3), har dessa räknats i aktgranskningen om Försäkringskassan har noterat dem i sin handläggning.

Andelen läkarintyg med samsjuklighet ökar under tiden som sjukfallen pågår. Om vi studerar sistaintygen i sjukfallen är andelen intyg med fler än en diagnos för 2007 tolv procent. 2009 har intygen med bidiagnoser ökat till 18 procent, och 2017 är andelen 43 procent.

Bland dem som har fler än en diagnos i det första läkarintyget har 64 procent också fler än en diagnos i det sista läkarintyget. De flesta som inleder sjukskrivningsperioden med fler än en diagnos har således kvar flera diagnoser vid sjukfallets slut. Men det är inte givet att diagnoserna består under sjukfallet. Diagnoser kan försvinna under tiden som sjukfallet pågår, på samma sätt som nya diagnoser kan tillkomma.

I diagram 7 finner vi en ökad andel läkarintyg som innehåller fler än en diagnos över tid. Trenden är särskilt tydlig vad gäller sistaintygen. Vidare finns en samvariation mellan längden på sjukfallen och andel ärenden med samsjuklighet. Det är vanligare med fler diagnoser i långa sjukfall, med undantag för 2007 där det inte finns någon skillnad mellan långa och korta sjukfall.⁵⁹ Sistaintygen innehåller vidare till större del än förstaintygen fler än en diagnos, med undantag för 2009.

4.2 Olika diagnoser i olika läkarintyg kan tolkas som samsjuklighet

Andelen sjukfall som bedöms i termer av samsjuklighet är dock fler än vad som kan utläsas av läkarintygen. *Samsjuklighet*, i meningen att flera diagnoser vägs in vid bedömning om sjukpenning, kan nämligen framkomma genom Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärendet. I sådana ärenden syns inte mer än en diagnos i läkarintygen, men det tolkas ändå som samsjuklighet vid handläggning och beslut i ärendet. Detta är inte vanligt förekommande,⁶⁰ men är i Riksrevisionens mening ändå viktigt att lyfta fram, då fenomenet pekar på kvalitetsbrist i handläggningen.

Förekomst av samsjuklighet kan påverka användningen av beslutsstödet i handläggningen av sjukpenningärenden. Detta blir särskilt problematiskt för likformigheten i de fall samsjuklighet framkommer genom Försäkringskassans handläggning, då tidigare sjukskrivningsdiagnoser kvarstår i utredningen av arbetsförmåga trots att sjukskrivande läkare endast anger en diagnos per läkarintyg. Vi ska studera ett sådant ärende lite närmare.

⁵⁹ Med långa sjukfall avses här sjukskrivningar längre än 180 dagar. Andelen korta sjukfall med samsjuklighet är 12 procent, medan motsvarande andel för de långa sjukfallen är 11 procent [2007]. Dessa siffror ska dock tolkas med försiktighet då andelen sjukfall med samsjuklighet är få 2007. För övriga år [2009–2017] har en större andel av de långa, än korta, sjukfallen bidiagnoser.

⁶⁰ Detta förekommer i tre procent av ärendena som endast innehåller en diagnos enligt läkarintygen (däribland två ärenden från 2017).

Gabriella är 24 år och arbetar som montör. I maj blir hon av läkaren sjukskriven för *akut stressreaktion*, en diagnos som i det andra läkarintyget ändras till *blandade ångest- och depressionstillstånd*. I juli är diagnosen ytterligare förändrad, till *utmattningssyndrom*. I september görs en första notering av handläggaren i ärendet. I Försäkringskassans sjukpenningakt står att läsa att handläggaren ”anser att underlaget inte är tillräckligt för bedömning”. Handläggaren reagerar bland annat på att läkaren endast har träffat patienten vid ett tillfälle och utfärdat de kommande två läkarintygen efter telefonbedömning, och trots detta har ändrat sjukskrivningsdiagnos i intygen.

Handläggaren ringer till sjukskrivande läkare, varpå läkaren bifogar patientens journal från vårdcentralen. I början av oktober kommer ett första beslut i ärendet. I detta skriver handläggaren:

Den försäkrade är sjukskriven på grund av akut stressreaktion, blandade ångest och depressionstillstånd samt utmattningssyndrom. Den försäkrade har även en historik där hon haft kontakt med bulimi/ätstörningsavdelningen. [...] Den försäkrade har även smärtor från flera delar av kroppen röntgen har påvisat att den försäkrade har en lättare böjning av ländryggen som kan ge upphov av smärta och stelhet. [...] På grund av samsjuklighet har jag inte använt mig av det försäkringsmedicinska beslutsstödet.

Gabriella återgår till arbete en månad senare. Exemplet är tänkt att åskådliggöra hur *samsjuklighet* kan framkomma, även då endast en diagnos förekommer i läkarintygen. Samsjuklighet är således nära förknippat med diagnosförändring, men är på ett tydligare sätt än diagnosförändring kopplat till Försäkringskassans utredning av rätten till sjukpenning i förhållande till det försäkringsmedicinska beslutsstödet. I Gabriellas fall leder *samsjuklighet* till att handläggaren inte använder sig av beslutsstödet. Detta betyder inte att samsjuklighet inte är aktuellt att ta hänsyn till i Gabriellas fall. Tvärtom talar hennes bifogade sjukjournal för just detta. I detta ärende gör således handläggaren en helhetsbedömning, och tar inte endast hänsyn till det senaste läkarintyget vid beslut om sjukpenning, vilket framstår som fullt rimligt vid läsning av akten.⁶¹

Vad exemplet också visar är hur handläggare kan tolka samsjuklighet i förhållande till beslutsstödet vägledning om sjukskrivning, här med orden: ”På grund av samsjuklighet har jag inte använt mig av det försäkringsmedicinska beslutsstödet”.

⁶¹ Se Lipsky (1980) angående närbyråkraters (här: handläggares) behov av att utnyttja sin handlingsfrihet och ibland behöva bryta mot sedvanor eller regler för att fatta beslut.

4.3 "Beslutsstödet är inte tillämpligt på grund av samsjuklighet" – en bedömningsfråga

Att samsjuklighet är vanligt förekommande blir, i Riksrevisionens mening, särskilt intressant i ljuset av att granskningen kan visa hur Försäkringskassan använder respektive inte använder beslutsstödet vid förekomst av samsjuklighet.

Vid samsjuklighet är Socialstyrelsens primära rekommendation att beslutsstödet ska tillämpas på huvuddiagnosen.⁶² "Om läkaren bedömer att samsjuklighet förvärrar nedsättningen ska läkaren anföra detta som argument för avsteg från rekommendationen."⁶³ Ett sådant avsteg ska motiveras i läkarintyget till Försäkringskassan, eller på annat sätt (se ruta 8 i läkarintyget, bilaga 3).

Med bakgrund i sex procent av sistaintygen från 2017 noterar handläggaren att "beslutsstödet inte är tillämpligt [eller, *tillämpbart*] på grund av samsjuklighet" i sjukpenningakten, trots att läkaren inte har motiverat avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid.⁶⁴ I dessa ärenden är *samsjuklighet* korrekt såtillvida att mer än en diagnos faktiskt förekommer i intyget, även om inte läkaren har använt det som anledning till avsteg från beslutsstödet. Det kan dock diskuteras huruvida beslutsstödet ändå borde användas, med tanke på att rekommendationen vid samsjuklighet är att beslutsstödet ska tillämpas på huvuddiagnos, om inte läkaren anger att samsjuklighet motiverar avsteg från beslutsstödet.

I andra ärenden har inte läkaren noterat mer än en diagnos initialt. Istället framkommer fler diagnoser genom Försäkringskassans begäran om komplettering av läkarintyg. Angelica är 41 år och arbetar inom kök. I maj blir hon sjukskriven för *ospecificerat ångesttillstånd*. I augusti ändras hennes diagnos till *depressiv episod*. Hon är sjukskriven av samma vårdcentral, men av en annan läkare och går samtidigt över från hel till partiell (25 procent) sjukskrivning.

Diagnosförändringen i Angelicas ärende kommer av Försäkringskassans interaktion med läkaren. I augusti begär Försäkringskassan en komplettering från sjukskrivande läkare. Handläggaren vill att DFA-kedjan ska förtydligas.⁶⁵ Samtidigt

⁶² Socialstyrelsen, 2012; Försäkringskassans Vägledning 2015:1, version 7.

⁶³ Socialstyrelsen, 2012.

⁶⁴ Sex procent är mätt som andel av de läkarintyg där det förekommer fler diagnoser än en, samtidigt som läkaren inte motiverar avsteg med samsjuklighet.

⁶⁵ DFA-kedjan står för diagnos-funktionsnedsättning-aktivitetsbegränsning. Kedjan innebär att läkare ska ställa *diagnos*, beskriva *funktionsnedsättning* (observationer, undersökningsfynd eller utredningsresultat som hindrar ordinarie funktion på grund av sjukdom) samt beskriva *aktivitetsbegränsningar* som följer av funktionsnedsättningarna (funktionsnedsättningens koppling till sysselsättning). Syftet med DFA-kedjan är att skapa en tydligare förankring mellan sjukdom och arbetsförmåga i bedömning av rätten till ersättning. Se SOU 2009:89.

begärs komplettering av punkt 8⁶⁶ i läkarintyget: avsteg från beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningslängd. Handläggaren skriver:

Enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd så skall sjukskrivning som regel undvikas vid ångestillstånd. De skriver även att arbetsförmågan kan vara tillfälligt nedsatt och att sjukskrivningstiden i så fall bör vara kort, 2–4 veckor, och deltidssjukskrivning bör övervägas. Vad är det som gör att du bedömer att Angelica behöver vara sjukskriven på heltid under en period om drygt 2,5 månader? Föreligger särskilda skäl eller samsjuklighet som inte framgår av intyget?

Tre dagar senare svarar läkaren på Försäkringskassans frågor i brev: ”Diagnosen kompletteras med depression. [...] Pga ovanstående samsjukligheter (depression, spänningshuvudvärk, reflux, magbesvär, återkommande buksmärtor”.

Angelicas sjukskrivning pågår till april året därpå, med depression som huvuddiagnos. Det finns emellertid ytterligare något väldigt intressant med hennes ärende. *Ospecificerad ångest* ingår nämligen inte i det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommendationer, trots användningen av stödet i Angelicas ärende. Vi ska nedan fördjupa oss i detta.

4.4 ”Sjukskrivningstidens längd stöds av beslutsstödet” – en sanning med modifikation

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning innehåller rekommenderade sjukskrivningstider för ett urval av diagnoser. En viktig observation från aktgranskningen är att det förekommer att beslutsstödet används i samband med ytterligare diagnoser, som inte omfattas av de diagnosspecifika rekommendationerna.⁶⁷

I en fördjupad delstudie av ärendena för 2015 och 2017, omfattande 240 sjukfall, ingår 47 ärenden som *inte* har specifika rekommendationer.⁶⁸ I 25 av dessa 47 ärenden nämns inte beslutsstödet i Försäkringskassans journalanteckningar, som förväntat. I 17 av ärendena skriver dock handläggaren ”*Sjukskrivningstidens längd stöds av det försäkringsmedicinska beslutsstödet*”. I ytterligare fem ärenden används beslutsstödet, med tillägget att sjukskrivningstidens längd *inte* stöds av beslutsstödet,⁶⁹ trots att inte någon av diagnoserna i ärendet ingår i de

⁶⁶ Eg. punkt 9 då aktgranskningen genomfördes. Se bilaga 3.

⁶⁷ Detta noterades halvvägs in i aktgranskningen. Då aktgranskningen kom fram till 2015 års ärenden (granskningen skedde kronologiskt) infördes därför en ny variabel för att studera detta närmare.

⁶⁸ Andelen diagnoser som ingår i beslutsstödet har ökat under senare år, genom att *akut stressreaktion* och *utmattningssyndrom* (som ingår i beslutsstödet) har blivit vanligare, medan primärvårdsdiagnosen *annan stressreaktion* (som inte ingår i beslutsstödet) har blivit mindre vanligt.

⁶⁹ I två av dessa ärenden agerar Försäkringskassan genom att begära komplettering av läkarintyg. I tre ärenden sker ingen reaktion.

diagnosspecifika rekommendationerna. Vi ska här notera att granskningen sker på ett fåtal ärenden och att användningen av stödet i bemärkelsen att *sjukskrivningens längd stöds av beslutsstödet* kan tolkas som mindre allvarligt i förhållande till utredning av rätten till sjukpenning. Men det är onekligen intressant att Försäkringskassan hänvisar till ett beslutsstöd som inte finns i närmare hälften av de ärenden med diagnoser som inte omfattas av beslutsstödet vägledning om sjukskrivning.

I 72 av de 240 ärendena anger Försäkringskassan, helt korrekt, att *"sjukskrivningens längd stöds av det försäkringsmedicinska beslutsstödet"*, eller liknande. Ytterligare 43 ärenden faller inom ramen för rekommenderad sjukskrivningstid utan att stödet omnämns i handläggarens anteckningar, vilket inte handläggaren har någon skyldighet att göra. I 29 ärenden anger dock Försäkringskassan att *"sjukskrivningens längd stöds av beslutsstödet"*, trots att längden överskrids (utan att det noteras avsteg från beslutsstödet). Och i 27 ärenden överskrids den rekommenderade sjukskrivningstiden, utan att beslutsstödet nämns i Försäkringskassans journal. I hälften av de 56 (29+27) ärenden där rekommendationen överskrids har läkaren motiverat ett avsteg från beslutsstödet.⁷⁰ Bland dessa ärenden förekommer det att beslutsstödet nämns inledningsvis i sjukfallet, men försvinner ur Försäkringskassans journaler i samband med att den rekommenderade sjukskrivningstiden uppnås. I dessa fall används således beslutsstödet så länge det bekräftar sjukskrivningstiden, men släpps från och med att den rekommenderade sjukskrivningstiden passerar.⁷¹

Avslutningsvis förekommer det i 3 procent av ärendena från 2017 att Försäkringskassans tolkning av beslutsstödet vägledning om sjukskrivning förändras under pågående sjukfall, utan att detta motiveras i läkarintyg eller i ärendet i övrigt. Tolkningen av beslutsstödet kan på så sätt förändras i samband med ändrad bedömning av arbetsförmåga, för att stärka underlag för beslut. Linn exempelvis, som är 43 år och arbetar som butikschef, blir i oktober sjukskriven för *utmattningssyndrom*. Ett och ett halvt år senare bedöms hennes arbetsförmåga vara nedsatt mot *normalt förekommande* arbete. Handläggaren noterar samtidigt att *"Sjukskrivningens längd stöds av det försäkringsmedicinska beslutsstödet"*.⁷²

⁷⁰ I 2017 års ärenden görs avsteg från beslutsstödet i 17 ärenden utan att avsteget motiveras.

⁷¹ Se också Försäkringskassan (2018), som noterar att "handläggare ibland skriver i journalen att sjukskrivningens längd stöds av beslutsstödet även i fall där detta inte är riktigt i det enskilda fallet" (s. 20). Försäkringskassan diskuterar dock i sammanhanget diagnoser som visserligen finns i beslutsstödet, men där den bortre rekommenderade gränsen används även i fall där sjukdomen är lindrig eller arbetsuppgifter antas kunna utföras trots bristande funktionsförmåga.

⁷² Beslutsstödet rekommendation är vid detta tillfälle sjukskrivning "6 månader, ett år, eller mer".

Två månader därefter skriver samma handläggare:

Jag överväger att bedöma att [Linn] inte har rätt till trefjärdedel sjukpenning från och med [datum] [...] Sjukskrivningens längd stöds inte av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Läkaren har inte angett en godtagbar förklaring till den långa sjukskrivningen.

Att handläggaren använder beslutsstödet innebär inte att beslutet om sjukpenning påverkas. Tvärtom har det sällan någon betydelse om sjukskrivningens längd överskrider den rekommenderade sjukskrivningstiden, eller inte: i 12 procent av de ärenden som överskrider rekommenderad sjukskrivningstid reagerar Försäkringskassan genom att begära komplettering av läkarintyg (se avsnitt 5.3). Försäkringskassans använder således beslutsstödet som en rekommendation, precis som det är tänkt, varför en utredning om rätten till sjukpenning sällan står och faller med beslutsstödet. Men det förekommer att beslutsstödet används för att stärka ett beslut.

4.5 Ett motsägelsefullt stöd – exemplet utmattningssyndrom

I flertalet sjukfall som överskrider den rekommenderade sjukskrivningstiden sker inte någon åtgärd, oavsett om beslutsstödet rekommendation noteras i journalen eller inte. Det är dock inte alltid så tydligt hur den rekommenderade sjukskrivningstiden ska tolkas.

Bland förstaintygen i aktgranskningen är *utmattningssyndrom* en vanligt förekommande diagnos inom primärvård (11 procent av sjukfallen) och framför allt företagshälsovården (17 procent), men den förekommer knappt inom psykiatri (1 procent). Bland sistaintygen i sjukfallen är andelen högre inom samtliga vårdformer och utgör huvuddiagnos för 16 procent av sjukfallen inom primärvård, 29 procent av ärendena inom företagshälsovård och 7 procent av ärendena inom psykiatri. Avgränsat till år 2017 års ärenden har hela 60 procent av sistaintygen från företagshälsovården *utmattningssyndrom* som huvuddiagnos (som andel av psykiatriska diagnoser vid sjukskrivning längre än 60 dagar).

Vid bedömning av arbetsförmåga vid *utmattningssyndrom* tillåter beslutsstödet alternativa rekommenderade sjukskrivningslängder. Rekommendationerna för *utmattningssyndrom* lyder sedan uppdateringen 2017 enligt följande:

Rekommenderad sjukskrivningslängd har differentierats beroende på hur uttalade de kognitiva svårigheterna är. Tidigare fanns endast en rekommendation för utmattningssyndrom där rekommendationen var sjukskrivning upp till 6 månader, 1 år eller längre. Efter uppdateringen finns två rekommendationer, i akut fas (sjukskrivning upp till 6 månader) och vid kvarstående kognitiva svårigheter (sjukskrivning upp till 1 år eller längre).

Huruvida differentieringen har fått någon betydelse på sjukfallens längd är för tidigt att uttala sig om, då sjukfallen för 2017 inte har tillåtits pågå tillräckligt lång tid för att låta sig utvärderas. Vad som dock kan sägas är att de alternativa rekommendationerna för sjukskrivningstid riskerar att minska likformigheten i användningen av stödet i Försäkringskassans handläggning av sjukpenning. Alternativa rekommendationer är visserligen numera anpassade efter en differentiering av utmattningssyndrom, i den akuta fasen respektive utmattningssyndrom med kvarstående kognitiva svårigheter. De kognitiva svårigheterna kvarstår dock i de allra flesta sjukfall med utmattningssyndrom, enligt sjukskrivande läkares bedömning.

Det kan konstateras att handläggaren i de flesta granskade sjukfallen har använt sig av *1 år eller mer* som primär rekommendation, såväl före som efter den tillkomna differentieringen. Detta kan utläsas av handläggares journalanteckningar – där det i de flesta sjukfall längre än såväl 180 som 365 dagar noteras att *”Sjukskrivningens längd stöds av det försäkringsmedicinska beslutsstödet”*. Alternativt används inte beslutsstödet i bedömningen. Men även sjukfallens längd talar för detta, då medellängden för sjukfallen med *utmattningssyndrom* (som sistadiagnos i läkarintygen) är drygt 300 dagar och i median omkring 250 dagar.

Formuleringen i beslutsstödet vägledning om sjukskrivning *”1 år eller längre”* är också svåränvänd, då den saknar en bortre gräns. Differentieringen med *”kvarstående kognitiva svårigheter”*, som är tänkt att särskilja lindrigare från svårare utmattningssyndrom, är visserligen ett steg i rätt riktning. Enligt Riksrevisionens bedömning riskerar det dock att leda till att fler läkare anger sådana kognitiva svårigheter i sina läkarintyg till Försäkringskassan, utan att egentligen skilja på ärenden med eller utan sådana kvarstående svårigheter.⁷³

I det försäkringsmedicinska beslutsstödet står under *funktionsnedsättning* att läsa: *”Utmattningssyndrom kan innebära betydande kognitiva svårigheter, exempelvis problem med koncentrationssvårigheter och minnesproblem”*. Vi har i aktgranskningen noterat förekomst av uttrycken *kognitiva svårigheter* samt nedsatt *koncentrationsförmåga* respektive *minnesproblematik*. Förekomsten av dessa tre begrepp har ökat under tioårsperioden. För tio år sedan nämndes *nedsatt koncentration* i omkring hälften av de sjukfall där de försäkrade var sjukskrivna för utmattningssyndrom under hela sjukfallet. 2017 var denna andel drygt 90 procent. *Kognitiva svårigheter* och *minnesproblem* är generellt mindre vanligt förekommande begrepp, men även dessa har ökat. *Kognitiva svårigheter* nämndes inte i något av de granskade läkarintygen för tio år sedan, men nämns i cirka 30 procent av sjukfallen från 2017. Inte heller *minnesproblem* förekom i de granskade

⁷³ Jfr Eriksson, m.fl., 2014. Denna typ av resonemang framkommer också i Riksrevisionens intervjuer med läkare (RiR 2018:11).

läkarintygen före 2011. Men nämns i 64 procent av sjukfallen med utmattningssyndrom från 2017.

Riksrevisionen noterar också, i likhet med en tidigare studie,⁷⁴ att diagnoserna i beslutsstödet inte alltid har samma beteckning som i ICD-10. I dagsläget är rekommendationer för *utmattningssyndrom* kopplad till diagnoskoden F43.8 i beslutsstödet vägledning om sjukskrivning, medan diagnosen har beteckningen F43.8A i ICD-10. Risken är här att sjukskrivande läkare och handläggare vid Försäkringskassan tillämpar beslutsstödet för *utmattningssyndrom* på *andra specificerade reaktioner på svår stress (än utmattningssyndrom)* vid sjukskrivning – vilket också förekommer, enligt aktgranskningen.

4.5.1 Rehabiliteringskedjan

Avslutningsvis noterar Riksrevisionen att den rekommenderade sjukskrivningstiden för *utmattningssyndrom* (ett år eller längre) överskrider gränsen för Försäkringskassans förändrade bedömningsgrund, från *ordinarie* till *normalt förekommande arbete* som sker vid dag 180 i rehabiliteringskedjan.

I 2017 års ärenden förekommer få sjukskrivningar för utmattningssyndrom utan hänvisning till kognitiv nedsatthet. Utredningen av arbetsförmåga med hänsyn till det försäkringsmedicinska beslutsstödet differentierade vägledning om sjukskrivning innebär härmed att utmattningssyndrom sällan överskrider den rekommenderade sjukskrivningstiden. Däremot har Försäkringskassans tydligare fokus på 180-dagarsbedömningen mot normalt förekommande arbete kommit att bli mer relevant i sjukfallen (se vidare kapitel 5). Indrag av sjukpenning – som har ökat mest i samband med bedömning mot normalt förekommande arbete⁷⁵ – förekom inte för utmattningssyndrom i akterna 2007–2011. 2013 förekom ett ärende med indragen sjukpenning vid utmattningssyndrom (5 procent av ärendena med diagnosen för detta år). År 2015 förekom fem (13 procent) och 2017 fyra (10 procent) utmattningssyndrom med indragen sjukpenning.

Bedömningen av rätten till sjukpenning är individuell och beslutsstödet är endast vägledande. Riksrevisionen vill trots detta lyfta fram att beslutsstödet rekommendation för den vanligaste psykiatriska diagnosen vid långtidssjukskrivning – utmattningssyndrom – är något oförutsebar för den försäkrade.⁷⁶

⁷⁴ Alexandersson, m.fl., 2017a.

⁷⁵ ISF, 2018.

⁷⁶ Utmattningssyndrom är den vanligast förekommande diagnosen i sista intygen för år 2015 och 2017 i aktgranskningen. För tidigare år är de olika depressionsdiagnoserna sammantaget vanligare.

4.6 Ett beslutsstöd för ökad likformighet?

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet riktar sig till sjukskrivande läkare och handläggare på Försäkringskassan. Stödet består av två delar, övergripande principer respektive diagnosspecifik vägledning om sjukskrivning. Det är användningen av den senare delen som Riksrevisionen har granskat.

Syftet med beslutsstödet är att bidra till en kvalitetssäker, effektiv och likformig sjukskrivningsprocess. Granskningen visar dock att beslutsstödet vägledning om sjukskrivning inte alltid används likformigt vid psykisk ohälsa.

Aktgranskningen visar att användningen av beslutsstödet varierar. Det förekommer exempelvis att Försäkringskassan väljer att inte ta hänsyn till beslutsstödet, utan att avsteg är motiverat av sjukskrivande läkare. Granskningen visar också att det förekommer att beslutsstödet används i ärenden fram till det att den rekommenderade tidsgränsen är nådd, för att därefter inte användas längre. Vidare visar granskningen att beslutsstödet vägledning om sjukskrivning – enligt vissa handläggares anteckningar i akten att döma – inte kan tillämpas i samband med samsjuklighet. Detta trots att rekommendationen vid samsjuklighet är att beslutsstödet ska användas i förhållande till huvuddiagnos, om inte läkaren har motiverat avsteg från beslutsstödet. Samsjuklighet har dessutom ökat markant under den undersökta tioårsperioden, vilket ökar relevansen av problemet.

Riksrevisionen finner också att det förekommer att beslutsstödet används på diagnoser som inte omfattas av dess vägledning om sjukskrivning. Detta, menar Riksrevisionen, riskerar att inverka negativt på likformigheten och förutsebarheten i sjukförsäkringen.

Avslutningsvis finns alternativa rekommendationer för ett urval av diagnoser, däribland den numera vanligt förekommande diagnosen *utmattningssyndrom*. Ett problem med alternativa rekommenderade sjukskrivningstider är att rekommendationerna tolkas på olika sätt och därmed i viss mån mister sin funktion av att vara ett stöd för ökad likformighet.

Riksrevisionen finner genom aktgranskningen att det finns brister i användningen av beslutsstödet vägledning om sjukskrivning, som kan motverka intentionerna med stödet. Genom att ta hänsyn till samtliga läkarintyg – inklusive samtliga diagnoser i sjukfallet – i ärendet har vi kunnat påvisa att Försäkringskassan användning av beslutsstödet varierar.

Riksrevisionen konstaterar sammanfattningsvis att kvalitetssäkringen av hur beslutsstödet används inom sjukskrivningsprocessen behöver förstärkas, för att syftet med en kvalitetssäker och likformig handläggning ska kunna uppnås. Beslutsstödet är ett stöd i handläggning i vissa ärenden, men anses inte alltid vara tillämpligt. Det behövs här, enligt Riksrevisionen, en större samsyn inom Försäkringskassan.

5 Begäran om komplettering av läkarintyg

Riksrevisionen har genom sjukpenningakterna granskat avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid och om Försäkringskassan agerar på dessa. I kapitlet redovisas iakttagelser från granskningen av Försäkringskassans begäran om komplettering av läkarintyg. Vidare analyseras om Försäkringskassans begärda kompletteringar har ökat i sjukfallen under den granskade tioårsperioden, och om denna ökning avser avsteg från beslutsstödet.

Inledningsvis görs en genomgång av tidigare studier av läkarintygens kvalitet. Därefter används iakttagelser från aktgranskningen för att besvara revisionsfrågan om huruvida Försäkringskassan begär komplettering av läkarintyg i den utsträckning som myndighetens utredningsskyldighet kräver, i samband med avsteg från beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid.

5.1 Försäkringskassans utredningsskyldighet

Försäkringskassan ska utreda sina ärenden i den omfattning som deras beskaffenhet kräver, då en likformig och rättssäker handläggning förutsätter att beslut fattas på ett så fullständigt underlag som ärendet fordrar.⁷⁷ Försäkringskassans utredningsbefogenheter innebär att myndigheten kan göra en förfrågan hos den försäkrades läkare eller arbetsgivare. Vidare kan myndigheten besöka den försäkrade, begära fördjupade försäkringsmedicinska utredningar, såsom ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig. Och slutligen kan Försäkringskassan begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning, eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga.⁷⁸ Utifrån socialförsäkringsbalken har Försäkringskassan utarbetat vägledning och metodstöd avseende bedömning av sjukpenningärenden som uppdateras regelbundet. I detta kapitel granskas främst den första och vanligaste formen av utredningsbefogenhet, vilken utgör en grundläggande beståndsdel för att Försäkringskassan ska försäkra sig om att utreda sina ärenden i den omfattning som deras beskaffenhet kräver.

5.2 Läkarintygens kvalitet

Riksrevisionen⁷⁹ har tidigare visat att Försäkringskassan ofta har fattat beslut på otillräckliga underlag. Riksrevisionen konstaterade bland annat att de medicinska

⁷⁷ 27 kap. 3 § SFB.

⁷⁸ 110 kap. 14 § SFB.

⁷⁹ Riksrevisionen, RiR 2009:07.

underlagen i vart fjärde sjukfall saknade obligatoriska uppgifter eller innehöll uppgifter av bristfällig kvalitet. En rapport från Inspektionen för socialförsäkringen⁸⁰ har vidare visat att drygt 13 procent av de medicinska underlagen uppfyller de krav på tillräcklig kvalitet som Försäkringskassan ställer i vägledningen.⁸¹ Sett till alla underlag som handläggaren har tillgång till vid beslut om sjukpenning konstaterar ISF att den efterfrågade informationen återfinns i cirka 70 procent av ärendena. ISF bedömer dock att kvaliteten i underlagen är oacceptabelt låg, även sett till det totala beslutsunderlaget för sjukpenning.

Den senaste granskningen som Försäkringskassan har genomfört av läkarintygens kvalitet i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), visar i sin tur att andelen godkända läkarintyg är cirka 58 procent (avser år 2014). Resultatet kan jämföras med tidigare granskningar som visar att andelen läkarintyg med tillräcklig kvalitet var ungefär 55 procent 2012 och 45 procent 2010.⁸²

Försäkringskassan har sammanfattningsvis historiskt beviljat sjukpenning i ärenden på bristfälliga underlag. Härmed inte sagt att Försäkringskassan har beviljat sjukpenning som skulle ha avslagits. Däremot är Försäkringskassans avslag av sjukpenning generellt bättre utredda än dess beviljanden.⁸³ Det har med andra ord historiskt varit mer sannolikt att beviljas sjukpenning på oklara grunder, än att få avslag på ansökan med osäkra underlag.

5.3 Avsteg från beslutsstödet

I aktgranskningen undersöktes om Försäkringskassan agerar på avvikelser från beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid, och på vilket sätt en sådan reaktion sker. Av de 161 sjukfall där det sker ett avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid agerar Försäkringskassan i 12 procent. Bland de ärenden där läkaren har motiverat ett avsteg från beslutsstödet i läkarintyget agerar Försäkringskassan i 7 procent av ärendena, medan andelen reaktioner är 23 procent i de ärenden där motivering saknas.⁸⁴ Det är i de senare som Försäkringskassan bör agera enligt myndighetens vägledning.⁸⁵ Andelen reaktioner var som störst 2009 och som minst 2017.

⁸⁰ ISF, 2011.

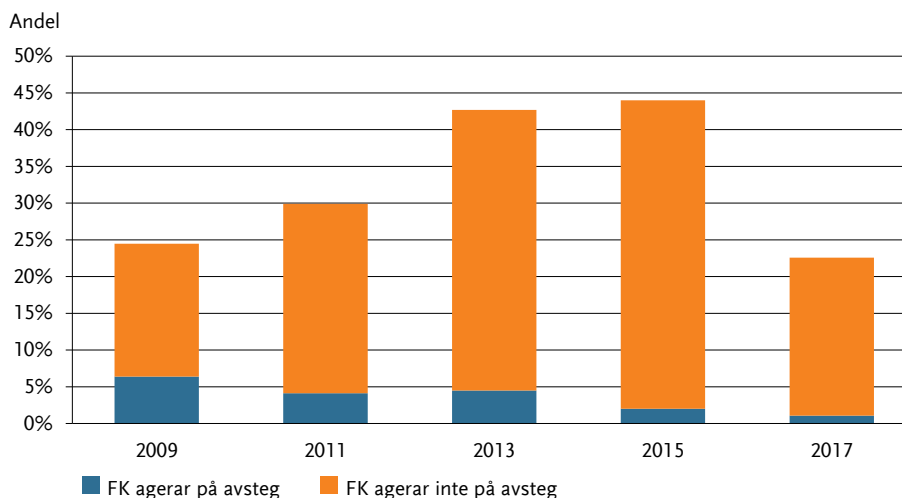
⁸¹ Försäkringskassans Vägledning 2004:2, version 21.

⁸² Försäkringskassan, 2014b. Granskningen avsåg hela riket och inkluderade både företagshälsovård och intyg i pågående ärenden. Däremot granskades inte läkarintyg utfärdade av företagshälsovård och inte heller intyg utfärdade av privata läkare med ersättning enligt den nationella taxan på grund av att det var Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som representant för landstingen som ingick överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden med staten, inom vilken granskningen skedde.

⁸³ Se Riksrevisionen, RiR 2009:7; ISF, 2016a.

⁸⁴ Se också Försäkringskassan (2009) som finner motsvarande andel vara 4,5 procent (omotiverade avsteg avseende ärenden från 2008).

⁸⁵ Försäkringskassans Vägledning 2015:1, version 7.

Diagram 8 Andel avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid per år (2009–2017)⁸⁶

Källa: Riksrevisionens aktgranskning.

Avsteg från det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid leder, som synes i diagram 8, i de flesta fall inte till att Försäkringskassan agerar i sjukpenningärendet. Andelen reaktioner har dessutom minskat under perioden, och detta gäller såväl ärenden där motivering till avsteg sker i läkarintyg som ärenden där sådan motivering saknas. I de fall Försäkringskassan agerar är begäran om komplettering av läkarintyg klart vanligast (i 28 ärenden, 80 procent, sker begäran om komplettering). I ett fåtal ärenden förekommer att Försäkringskassan kommunicerar direkt till den försäkrade (2 ärenden), går direkt på avslag av sjukpenning (2 ärenden), begär ett läkarutlåtande om hälsotillstånd (LoH: 2 ärenden) eller muntligen kontaktar sjukskrivande läkare (1 ärende).

Sjukskrivande läkare kan i läkarintyget ange avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid (ruta 8 i läkarintyget).⁸⁷ I drygt hälften av de ärenden som innehåller information i läkarintygets avsedda ruta motiveras dock inte avsteg.⁸⁸ Ofta använder läkaren fältet för annan, ytterligare information i ärendet.⁸⁹ Bland de motiverade avsteg som görs är *pågående behandling eller utredning* (24 procent) och *samsjuklighet* (10 procent) vanligast.

⁸⁶ Minskningen av andel ärenden som överskrider rekommenderad sjukskrivningstid mellan 2015 och 2017 beror till stor del på att många ärenden från 2017 har en rekommenderad sjukskrivningstid som ännu inte har uppnåtts det datum då akterna beställdes (däribland *utmattningssyndrom*).

⁸⁷ Se bilaga 3. I läkarintygen som ingick i aktgranskningen angavs motsvarande information i ruta 9.

⁸⁸ Jfr Försäkringskassan, 2018.

⁸⁹ Jfr Socialstyrelsen & Försäkringskassan, 2010.

I 60 procent av de ärenden där beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid överskrids, anger läkaren någon information i rutan för avsteg.⁹⁰ I övriga ärenden – där beslutsstödet inte överskrids eller där det inte finns diagnosspecifika rekommendationer – finns sådan information i cirka 30 procent av ärendena.

Avsteg från beslutsstödet vägledning om sjukskrivning orsakar sällan begäran om komplettering av läkarintyg.⁹¹ I de fall beslutsstödet förekommer som anledning för begäran om komplettering, sker det ofta i kombination med komplettering av andra uppgifter. Att beslutsstödet inte förekommer särskilt ofta i kompletteringarna ska förstås i ljuset av att beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstider är just rekommendationer och inte tvingande regler. Socialstyrelsen beskriver rekommendationerna som vägledande, och noterar att bedömningen av en persons arbetsförmåga alltid ska utgå ifrån individens unika förutsättningar.⁹² Beslutsstödet *kan* således användas som förevändning för begäran om komplettering, men behöver inte göra det. Och gör det i praktiken sällan. Däremot förekommer i de allra flesta fall ett stycke i slutet av begäran om komplettering, med hänvisning till Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, som stöd för sjukskrivande läkare. Märk väl att en saknad motivering för avsteg bör resultera i en begäran om komplettering, och att detta saknas i cirka tre fjärdedelar av dessa ärenden.⁹³

Låt oss dock exemplifiera med en sådan begäran om komplettering. Hans är 43 år och arbetar som spärrvakt. Hans sjukfall påbörjas i februari, med diagnosen *medelsvår depressiv episod*. Efter fyra månader ändras diagnosen till ADD. På samma gång ändras Hans sjukskrivande läkare från en privat läkarmottagning till psykiatrin. Den depressiva episoden finns kvar som en bidiagnos (samsjuklighet). Hans två läkare får varsin begäran om komplettering. Den första begäran sker i slutet av mars, och berör funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. På samma gång får Hans ett informationsbrev från Försäkringskassan som förklarar att ”*ditt ärende utreds just nu*”, vilket ska ske med en begäran om komplettering till läkaren (se avsnitt 5.6).

I juni följer nästa begäran om komplettering. Denna berör diagnos och avsteg från beslutsstödet. Handläggaren skriver:

Huvuddiagnosen har ändrats till ADD och tidigare enda diagnos medelsvår depressiv period är den andra diagnosen. [...]

⁹⁰ Enligt Försäkringskassan (2009) motiverar läkare avsteg i 44 procent av ärendena. Se avsnitt 1.2.1.

⁹¹ Jfr Försäkringskassan, 2017b.

⁹² Socialstyrelsen, 2012.

⁹³ I Försäkringskassans vägledning 2015:1, version 7, står att läsa att avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid ska framgå av läkarintyget, om inte övrig information i intyget tydligt visar att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt eller inte.

I Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd framgår att medelsvår till svår depressiv period kan motivera sjukskrivning på heltid, alternativt deltid i upp till 6 månader. Nu aktuell sjukskrivningsperiod ligger således nära denna sexmånadersgräns. Dessutom kommer den försäkrades sjukskrivning inom en snar framtid uppgå till 180 dagar då bedömningsgrunden för arbetsförmågan är vanligt förekommande arbete. Är diagnosen medelsvår depressiv period den som motiverar sjukskrivning eller avses samsjuklighet?

Psykiatrikern svarar på Försäkringskassans brev i början av juli. Hen förklarar att ADD har varit aktuellt sedan åtminstone mars och att vården nu justerar patientens medicin, i första hand för att bättra patientens uppmärksamhetsförmåga. Detta är anledningen till att ADD har ersatt *depression* som huvuddiagnos. Vidare skriver läkaren:

6 månader gräns enl Socialstyrelsen försäkringsmedicinska beslutsstöd är avsatt för depression i det här fallet finns en samsjuklighet (ADD). [...] I nuläget är det svårt att beräkna hur arbetsförmåga kommer att utvecklas i kommande månader då detta beror på hur pat svarar på mediciner.

Hans återgår till arbete i slutet av juli. Han har då varit sjukskriven i 174 dagar. Utifrån läkarens information ovan kan det tolkas som att Försäkringskassans aktivitet i ärendet föranlett en tidigare återgång till arbete än vad som annars skulle ha varit fallet. Hans sjukfallsärende är typiskt för hur beslutsstödet används i en begäran om komplettering, tillsammans med den under 2017 kraftigt ökande anledningen *normalt förekommande arbete*.

5.4 Ökning av Försäkringskassans begärda kompletteringar av läkarintyg

Begärda kompletteringar av läkarintyg har enligt läkare ökat under senare år.⁹⁴ Försäkringskassan redovisar i ett svar på regeringsuppdrag att det finns en statistiskt säkerställd ökning av andel begärda kompletteringar mellan 2012 (7,2 procent) och 2017 (9,7 procent), men att andelen är tillbaka på samma nivå som 2011 (9,3 procent). Antalet kompletteringar har visserligen ökat mer, men detta beror enligt Försäkringskassan främst på ett högre sjuktal, vilket genererar fler läkarintyg och vidare kompletteringar.⁹⁵

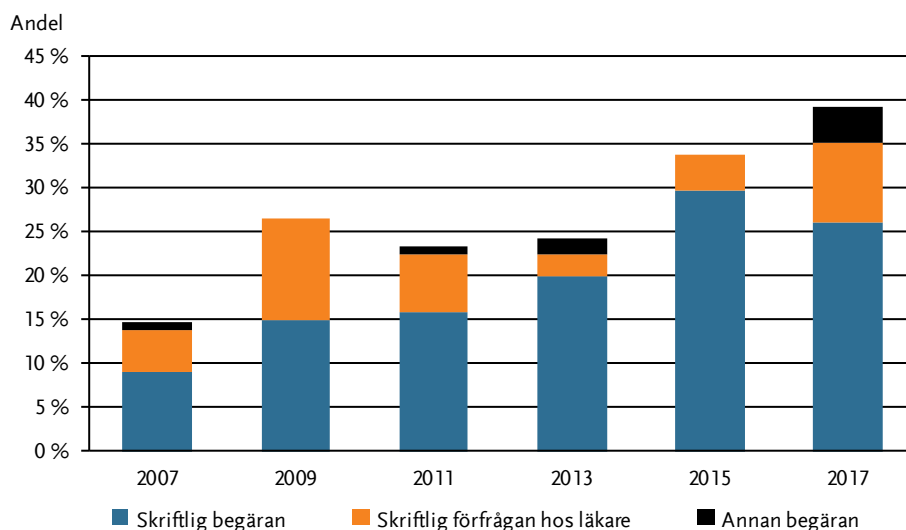
Andelen begärda kompletteringar som sker i de granskade sjukpenningärendena har dock ökat kraftigt under tioårsperioden. År 2007 begärde Försäkringskassan komplettering på något av läkarintygen i 15 procent av de granskade ärendena. Åren 2009–2013 skedde begäran om komplettering i cirka 25 procent av de

⁹⁴ Se Riksrevisionen, RiR 2018:11.

⁹⁵ Försäkringskassan, 2017b.

granskade ärendena. År 2015 hade andelen ökat till 34 procent, och 2017 var andelen 40 procent.

Diagram 9 Andel begärda kompletteringar per sjukfall och år (2007–2017), och på vilket sätt de begärs



Källa: Riksrevisionens aktgranskning.

Det vanligaste sättet att begära komplettering är att Försäkringskassan skriftligen skickar en fråga till sjukskrivande läkare (71 procent av kompletteringsärendena) där hen ber läkaren komplettera läkarintyget under någon eller några utvalda punkter i intyget. Det förekommer också att Försäkringskassan gör en förfrågan hos läkaren (24 procent),⁹⁶ eller på annat sätt begär kompletterande information (muntligen eller begäran om sjukjournal: 5 procent). Skriftlig begäran om komplettering är den vanligast formen av komplettering varje år och ökar mellan åren, med undantag för 2017. Antalet förfrågningar hos läkare är vanligast år 2009 och minskar därefter, men ökar igen år 2017.

Det är viktigt att hålla i minnet att samtliga här granskade sjukfall består av anställda långtidssjukskrivna (längre än 60 dagar) med psykiatriska diagnoser. Samtidigt kan vi konstatera att urvalet av sjukfall för de olika åren är gjorda för att kunna jämföras över tid, för att utesluta slumpmässiga skillnader mellan åren. Det finns dock en begränsning i urvalet: sjukfallen för år 2017 är kortare än övriga år, då dessa till stor del fortfarande var pågående då akterna granskades. Detta innebär sannolikt att vi underskattar andelen kompletteringar för 2017.

⁹⁶ Denna form av komplettering syftar snarare till att utreda förutsättningarna för återgång i arbete, än att bedöma arbetsförmågans nedsättning (e-post, Försäkringskassan 2018-03-26).

Nedgången i antalet skriftliga begärda kompletteringar för 2017 har alltså sannolikt med längden på sjukfallen att göra. Försäkringskassans första begäran om komplettering i ett ärende sker i genomsnitt efter 140 dagar (median 84 dagar) och flertalet kompletteringar har begärts före dag 180 i sjukfallet. Av tidigare år (2007–2015) att döma har cirka 80 procent av de första kompletteringarna i ärendena skett vid dag 180. De flesta, men inte alla, (första) kompletteringarna har således redan gjorts även för sjukfallen 2017, som har fått löpa i minst 180 dagar då uttaget av akterna gjordes.

Det ska här också konstateras att den andel kompletteringar som Riksrevisionen hänvisar till är andel ärenden där det förekommer (minst) en begäran om komplettering. Försäkringskassan har å sin sida studerat hur stor andel av alla läkarintyg som får en begäran om komplettering.⁹⁷

De vanligaste orsakerna till kompletteringar är funktionsnedsättning och/eller aktivitetsnedsättning (punkt 5 och 6 i läkarintyget, se bilaga 3) samt den under senare år ökande anledningen *bedömning mot normalt förekommande arbete*.⁹⁸

Den vanligaste responsen på begärda kompletteringar från läkarna är att komplettera befintligt läkarintyg med de uppgifter som efterfrågas, oftast med förändringar i fälten för diagnos, funktionsnedsättning och/eller aktivitetsbegränsning (DFA-kedjan).⁹⁹ Detta sker i 47 procent av de granskade ärendena. Näst vanligast respons är att läkaren svarar på Försäkringskassans frågor i ett brev (33 procent), där frågorna besvaras och resonemangen om sjukfrånvaron utvecklas. Det förekommer också att läkaren ringer till Försäkringskassan för att reda ut arbetsförmågan muntligen (7 procent), bifogar patientens sjukjournal (5 procent) eller inte reagerar på begärd komplettering över huvud taget (9 procent).

5.5 Normalt förekommande arbete

Andel ärenden med begärd komplettering av läkarintyg ökar från 24 procent 2013 till 40 procent 2017. Försäkringskassans ökade fokus på att bedöma arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete vid dag 180 i rehabiliteringskedjan är en bakomliggande anledning till mer frekvent begäran om komplettering. Även ökningen av indragen sjukpenning (avslag) kan kopplas till denna bedömning.¹⁰⁰ År 2017 är andel ärenden med kompletteringar som berör bedömning mot

⁹⁷ Försäkringskassan, 2017b.

⁹⁸ Se även Försäkringskassan (2017b) som finner liknande resultat, men också lyfter fram prognos för sjukskrivning och behandling/medicinering som vanliga orsaker.

⁹⁹ Noterbart är här att Riksrevisionen endast har fördjupat sig i den första begärda kompletteringen i respektive ärende, i de fall det förekommer flera kompletteringar.

¹⁰⁰ Se ISF (2018) som redovisar en ökning av indragen sjukpenning från 2,0 procent (2009) till 5,8 procent (2017).

normalt förekommande arbete 40 procent (20 ärenden). Andelen som berör det försäkringsmedicinska beslutsstödet är jämförelsevis åtta procent (4 ärenden).

Låt oss exemplifiera denna kedja med ett fall från aktgranskningen. Agnes är 24 år och anställd som personlig assistent. Hon blir i januari sjukskriven för *hjärtklappning*, som efter två månader ändras till *lumbago* (ryggvärk) och ytterligare en månad senare till *ångest*. Som vi kunde se i kapitel 4 kan handläggare på Försäkringskassan medverka till samsjuklighet framkommer i ett ärende genom diagnosförändring. Den sjukskrivande läkaren byter således sjukskrivningsdiagnos för Agnes, medan handläggaren adderar diagnoserna i sina anteckningar i akten. I akten skriver handläggaren att beslutsstödet inte är aktuellt på grund av samsjuklighet. Agnes läkare får en begäran om komplettering i juni, med en fråga om prognos för återgång till arbete:

Bäste läkare,

Den försäkrade är sjukskriven för "Ångesttillstånd, ospecificerat".

1. När bedömer du att den försäkrade kan återgå helt i ordinarie arbete och hur ser plan för återgång [till arbete] ut?

Tacksam för svar.

Handläggaren skickar ytterligare en identisk begäran om komplettering en vecka senare, samt ytterligare en begäran om komplettering angående aktivitetsbegränsningar en vecka därpå, med tillhörande påminnelse (således 4 begärda kompletteringar med två olika innehåll inom en treveckorsperiod under sommaren). I samband med den andra begäran (påminnelsen på den första) skickar Försäkringskassan ett brev till den försäkrade, där handläggaren skriver:

Därför överväger Försäkringskassan att inte längre betala sjukpenning.

Du är sjukskriven för diagnosen Ångesttillstånd, ospecificerat. Din läkare skriver att du har smärta i ryggen, ångest, hyperventilation och hjärtklappning.

FK har försökt få förtydligande kring din prognos och har därför frågat din läkare men din läkare har inte gett prognos för återgång så av den medicinska informationen framgår inte att du med stor sannolikhet kommer att återgå i arbete i ordinarie omfattning hos arbetsgivaren senaste dag 365 i rehabiliteringskedjan [datum]. Det finns därmed inte särskilda skäl till att skjuta upp bedömningen gentemot sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.

Du har klarat av att arbeta delvis trots dina besvär med ångest. Från det att du fått problem med lumbago så har du blivit helt sjukskriven. Läkaren bedömer din arbetsförmåga i förhållande till ditt arbete som personlig assistent, din läkare uppger att ditt ordinarie arbete förvärrar dina ångestbesvär.

Försäkringskassan bedömer att din arbetsförmåga inte är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom i förhållande till ett normalt förekommande arbete där du inte behöver lyfta tungt, ha hög koncentration eller utsättas för samma stress som i ditt ordinarie arbete.

Vi ifrågasätter inte dina besvär eller din situation men utifrån uppgifterna i utredningen överväger Försäkringskassan att inte betala någon sjukpenning till dig för perioden [datum – datum].

Två veckor senare kommer ett beslut om avslag av sjukpenning, med samma motivering som ovan. Ytterligare några dagar senare inkommer sjukskrivande läkare med ett nytt läkarintyg som avser perioden efter den som Försäkringskassan nyss har avslagit. I detta intyg har läkaren ändrat innehållet i ruta 8,¹⁰¹ där det finns utrymme för att motivera avsteg från beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid. Läkaren skriver:

Pat har ingen arbetsförmåga fn varken i hennes jobb som pers assistent och inte heller på vanligt förekommande arbeten på allmänna arbetsmarknaden. Detta dels pga hennes psykiska diagnoser och problem, dels pga graviditetsrelaterade gener. Foglossning, illamående, kräkningar. Pat hickar jämnt vid undersökningstillfälle, tydlig illamående, kallsvettig.

Det nya läkarintyget – som är identiskt med det förra med tillägget av ovan nämnda information – får handläggaren att ändra sitt beslut. Sjukpenning beviljas för såväl den period där avslag hade annonserats samt för efterkommande period.

Det bör i sammanhanget noteras att bedömning mot normalt förekommande arbete är aktuellt i cirka hälften av de granskade ärendena (46 [år 2009] till 57 procent [år 2015] av ärendena pågår längre än 180 dagar). I de ärenden som pågår längre än 180 dagar gör Försäkringskassan en *bedömning mot normalt förekommande arbete* i 88 procent av fallen. Det kan också konstateras att *särskilda skäl*, som kan utgöra anledning till att skjuta upp bedömningen mot *normalt förekommande arbete* till dag 365, endast förekommer i 6 procent av de granskade ärendena som varar längre än 180 dagar. Av dessa ärenden är *prognos* (den försäkrade bedöms återgå till ordinarie arbete före dag 365) den klart mest förekommande anledningen till att bevilja särskilda skäl. Denna anledning utgör 18 av de 22 särskilda skäl i aktgranskningen.

5.6 Försäkringskassans information till de försäkrade

I samband med begäran om komplettering ska Försäkringskassan informera den försäkrade om att det saknas uppgifter i läkarintyget. Sådana informationsbrev ökar som väntat i takt med att de begärda kompletteringarna ökar.

¹⁰¹ Se bilaga 3. Avsteg skedde eg. i ruta 9 vid tiden för aktgranskningen.

Informationsbrev inleds med orden: "Du får det här brevet eftersom det saknas vissa uppgifter i läkarintyget som du lämnat in [...] Vi behöver de uppgifterna för att kunna bedöma din rätt till sjukpenning" alternativt "Ditt ärende utreds just nu...". Detta förekommer i totalt 80 granskade sjukfall. En begäran om komplettering åtföljs av sådan information till den försäkrade i 77 procent av de granskade sjukfallen för 2017, där det förekommer (minst) en begäran om komplettering.¹⁰² Enligt Försäkringskassans vägledning är det "viktigt att omgående informera den försäkrade om att läkarintyget måste kompletteras".¹⁰³ Summan borde härmed, enligt Riksrevisionens mening, vara 100 procent.

5.7 Begäran om komplettering sker sällan på grund av avsteg från beslutsstödet

Riksrevisionens aktgranskning visar att Försäkringskassan agerar på omotiverade avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid i cirka var fjärde ärende. Riksrevisionen konstaterar härmed att det finns brister i uppfyllandet av Försäkringskassans utredningsskyldighet. Försäkringskassans begärda kompletteringar av läkarintyg har visserligen ökat kraftigt som andel av sjukpenningärenden under tioårsperioden. Men denna ökning sker inte med hänvisning till avsteg från beslutsstödet, utan hänvisar till bristfällig bedömning av arbetsförmåga mot *normalt förekommande arbete*.

I de ärenden myndigheten agerar på ett icke motiverat avsteg från beslutsstödet vägledning om sjukskrivning är dock begäran om komplettering den främsta reaktionen som står till buds. Riksrevisionen finner också att Försäkringskassan oftast, men inte alltid, informerar de försäkrade då myndigheten begär komplettering av läkarintyg. Sådan information bör utgå i varje sådant ärende.

¹⁰² Totalt finner aktgranskningen informationsbrev till de försäkrade i 57 procent av de granskade sjukfallen. Andelen har ökat med åren och är 67 procent för såväl 2015 som 2017. Utöver dessa 67 procent kan muntlig information till de försäkrade härledas i ytterligare 10 procent av ärendena, vilka adderas till summan 77 procent för år 2017.

¹⁰³ Försäkringskassans Vägledning 2015:1, version 7, s. 224.

6 Riksrevisionens iakttagelser och slutsatser

6.1 Diagnosförändringar har inte ökat

Denna granskningsrapport inleddes som följd av iakttagelser från en tidigare granskning av Riksrevisionen.¹⁰⁴ I intervjuer med primärvårdsläkare framkom att det förekommer att det försäkringsmedicinska beslutsstödet leder sjukskrivande läkare till att anpassa diagnos efter beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstid, istället för att låta beslutsstödet styra sjukskrivningstid för aktuell diagnos eller motivera avsteg från den tilltänkta diagnosens rekommenderade sjukskrivningstid. Riksrevisionen ansåg att det var viktigt att analysera huruvida detta beteende var vanligt förekommande och om det inverkar på förekomsten av diagnosförändringar.

Riksrevisionen har i denna rapport analyserat förekomst av diagnosförändring genom Försäkringskassans sjukpenningakter och registerdata. Granskningen visar att diagnosförändring i pågående sjukfall inte har blivit vanligare efter införandet av beslutsstödet. Det förekommer visserligen att diagnosförändring sker med koppling till beslutsstödet. Men det är ovanligt att detta sker omotiverat. Diagnosförändringar föranleder härmed inte någon påtaglig risk för att beslutsstödet inte kan användas med tillfredsställande kvalitet.

Samtidigt noterar Riksrevisionen att det förekommer diagnosförändring i cirka hälften av alla pågående långtidssjukskrivningsärenden med psykiatriska diagnoser. Andelen som byter till en psykiatrisk diagnos, från ett annat diagnoskapitel, har också ökat.

6.2 Beslutsstödet vägledning om sjukskrivning används inte likformigt

6.2.1 Samsjuklighet

Andel ärenden med fler än en sjukskrivningsdiagnos (samsjuklighet) har samtidigt ökat kraftigt. Detta är ny kunskap och har inte kunnat följas genom registerdata. Däremot kommer läkarintygsregistret uppdateras med sådan information framöver.¹⁰⁵ *Samsjuklighet* är intressant betraktat i skenet av det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Samsjuklighet kan nämligen tolkas som en

¹⁰⁴ Riksrevisionen, RiR 2018:11.

¹⁰⁵ E-post, Försäkringskassan 2018-08-15. Läkarintygsregistret kan kopplas till Försäkringskassans mikrodata för analys av socialförsäkringen (MiDAS), såsom har skett i denna granskning. För att underlätta framtida analys av sjukförsäkringen menar dock Riksrevisionen att informationen också är lämplig att registrera i MiDAS.

anledning att inte använda beslutsstödet vid Försäkringskassans utredning av rätten till sjukpenning.

Att samsjuklighet kan betraktas som att beslutsstödet inte är tillämpligt är problematiskt för likformigheten, då handläggare gör olika tolkningar av beslutsstödet tillämpbarhet. Det förekommer att handläggare skriver att det försäkringsmedicinska beslutsstödet inte är tillämpligt på grund av samsjuklighet. Oftast används dock beslutsstödet som vägledning för sjukskrivning, i likartade ärenden av sjukpenningakterna att döma. Enligt Socialstyrelsen bör Försäkringskassan använda beslutsstödet rekommendationer för huvuddiagnos, om inte annat framkommer av sjukskrivande läkare, exempelvis genom begärt avsteg på grund av samsjuklighet.

Försäkringskassan har tidigare noterat problem med samsjuklighet vid användning av beslutsstödet och konstaterat att ”det faktum att man har flera diagnoser behöver inte i sig innebära att dessa interagerar på ett sätt som innebär att läkningen eller behandlingen tar längre tid”.¹⁰⁶ Riksrevisionen delar Försäkringskassans uppfattning att det råder oklarhet kring användningen av begreppet *samsjuklighet*. Även osäker diagnosticering där två eller fler diagnoser används för att ringa in vissa symtom kan – av sjukfallsakterna att döma – komma att betraktas som samsjuklighet.

Karolinska institutet¹⁰⁷ har tidigare föreslagit Socialstyrelsen att – möjligen med hjälp av expertgrupper – utveckla det försäkringsmedicinska beslutsstödet vad gäller samsjuklighet. Riksrevisionen instämmer i detta, och menar att Socialstyrelsen och Försäkringskassan, gärna tillsammans med hälso- och sjukvården, även bör se över användningen av beslutsstödet vid samsjuklighet. Det är i en sådan översyn lämpligt att fundera över vad som är att betrakta som samsjuklighet respektive vad som är att betrakta som osäker diagnostik.¹⁰⁸

6.2.2 Likformig och förutsebar användning av beslutsstödet

Riksrevisionens granskning visar att det försäkringsmedicinska beslutsstödet inte alltid används på ett likformigt sätt. I en tredjedel av ärenden med diagnoser som ingår i beslutsstödet överskrider rekommenderad sjukskrivningstid. I drygt hälften av dessa ärenden motiveras avsteget av sjukskrivande läkare, i resterande motiveras det inte.

¹⁰⁶ Försäkringskassan, 2018.

¹⁰⁷ Alexandersson m.fl., 2017a.

¹⁰⁸ Med osäker diagnostik avses här då två eller fler diagnoser används för att ringa in en sjukdom, snarare än för att ange diagnoser som interagerar på ett sätt som innebär att läkningen eller behandlingen tar längre tid.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd innehåller vägledning om sjukskrivning för ett urval av diagnoser. I flertalet av de granskade sjukfallen förekommer diagnoser som ingår i beslutsstödet, men inte i alla. I aktgranskningen framkommer att beslutsstödet vägledning om sjukskrivning ändå används i närmare hälften av sjukfallen från 2017 med diagnoser som saknar vägledning. Exempelvis förekommer att rekommendationen för *akut stressreaktion* används för *reaktion på svår stress, ospecificerad*. Det senare betraktar Riksrevisionen som problematiskt vad gäller såväl likformighet som förutsebarhet.

Karolinska institutet¹⁰⁹ har tidigare önskat att fler diagnoser med många sjukfall bör ingå i beslutsstödet vägledning om sjukskrivning. När det gäller neurotiska och stressrelaterade diagnoser, menar dock Riksrevisionen att det inte är säkert att detta är en framkomlig väg. De mest förekommande diagnoserna i aktgranskningen som inte ingår i beslutsstödet vägledning om sjukskrivning är *ospecificerad reaktion på svår stress* respektive *ospecificerad ångest*, vilkas sjukskrivningstid svårligen kan prognosticeras på grund av sin ospecificerade art.

För vissa diagnoser finns en flexibilitet vad gäller rekommenderad sjukskrivningstid. Detta är positivt, då läkare och Försäkringskassan svårligen helt kan prognostisera individens sjukfallslängd. En avgränsad fraktur må läka efter ett visst antal veckor. Men med en depression är det annorlunda.

En differentierad utformning av beslutsstödet kräver dock mer av Försäkringskassans handläggare. Genom differentiering finns en risk att handläggare X betraktar ett typiskt *utmattningssyndrom* som ett tillstånd som övergår efter sex månader. Handläggare Y kan betrakta samma sjukfallsärende som övergående efter ett år. Medan handläggare Z kan betrakta det som övergående efter *längre* tid än så, utan att fundera särskilt mycket på hur allvarliga de kvarstående kognitiva svårigheterna är. Ärendena från 2017 innehåller av läkarintygen att döma i väldigt stor utsträckning utmattningssyndrom med sådana kvarstående problem. Dessutom har de ökat under tioårsperioden.

Avslutningsvis noterar Riksrevisionen att beslutsstödet kategorisering av utmattningssyndrom (F43.8) inte överensstämmer med den i ICD-10 (F43.8A).¹¹⁰ Risken med detta är att sjukskrivande läkare och handläggare vid Försäkringskassan använder rekommendationerna för *utmattningssyndrom* på *andra specificerade reaktioner på svår stress (än utmattningssyndrom)* vid sjukskrivning. Att så förekommer framgår av aktgranskningen.

¹⁰⁹ Alexandersson m.fl., 2017a.

¹¹⁰ Se även Alexandersson m.fl., 2017a, vilka noterar detsamma för ett antal andra diagnoser.

6.3 Begäran om komplettering av läkarintyg är sällan kopplade till beslutsstödet

Det är av stor vikt att avsteg från rekommenderad sjukskrivningstid motiveras av sjukskrivande läkare, och att Försäkringskassan begär komplettering när så inte sker, för att undvika att myndigheten fattar beslut på otillräckligt underlag.¹¹¹ Begäran om komplettering sker dock endast på avsteg från beslutsstödet i var fjärde ärende när sådan motivering saknas. Detta indikerar brister i Försäkringskassans uppfyllande av sin utredningsskyldighet. Dessutom informerar Försäkringskassan inte alltid de försäkrade i de fall myndigheten begär komplettering, trots att så bör ske i varje sådant ärende.

Granskningen visar emellertid att andelen långtidssjukskrivna med psykiatriska diagnoser som får (minst) en begäran om komplettering på något av sina läkarintyg har ökat. De begärda kompletteringarna sker dock sällan med hänvisning till beslutsstödet. Merparten begärda kompletteringar hänvisar till begreppen *funktionsnedsättning* och *aktivitetsbegränsning* samt bedömningen mot *normalt förekommande arbete* vid 180 dagars sjukskrivning. Det är främst de senare som har ökat.

Att Försäkringskassan begär fler kompletteringar betyder dock inte att Försäkringskassan begär för många kompletteringar. Ökningen av begärda kompletteringar kan vara motiverad. Med tanke på att kvaliteten i läkarintyg i flera studier¹¹² har visat sig ha påtagliga brister, talar det snarare för det senare än det förra. Riksrevisionen har dock inte granskat kvaliteten i kompletteringarna.

6.4 Riksrevisionens slutsats och rekommendationer

Riksrevisionens slutsats är att det finns indikationer på att det försäkringsmedicinska beslutsstödet vägledning om sjukskrivning *inte* används likformigt av Försäkringskassan. Granskningen visar också att Försäkringskassan sällan begär komplettering av läkarintyg vid omotiverade avsteg från beslutsstödet.

Socialstyrelsen har genom tidigare regleringsbrev¹¹³ haft krav på sig att kontinuerligt följa upp, uppdatera och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Detta har Socialstyrelsen också gjort. Ett problem är dock att myndigheten inte har haft i uppdrag att ta hänsyn till kvalitativa aspekter och användningen av beslutsstödet i handläggningen. Försäkringskassan och Socialstyrelsen har också ett pågående regeringsuppdrag, inom vilket bland annat

¹¹¹ Jfr Försäkringskassan, 2009.

¹¹² RiR 2009:7; ISF, 2011; Försäkringskassan, 2014b.

¹¹³ Regeringen (Socialdepartementet). Regleringsbrev för budgetåret 2016 respektive 2017 avseende Socialstyrelsen.

handläggarnas erfarenhet av beslutsstödet (enkätstudie) samt följsamheten av beslutsstödet rekommendationer (registerstudie) ska studeras.¹¹⁴ Riksrevisionen menar att Socialstyrelsen återigen bör få uppdraget att kontinuerligt följa upp, uppdatera och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Uppdraget bör dock ske i samverkan med Försäkringskassan, för att på så vis bättre kunna ta hänsyn till hur beslutsstödet används i praktiken.

Rekommendationer

- Riksrevisionen rekommenderar *Försäkringskassan* att se över användningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet vid psykiatriska diagnoser, detta särskilt vid förekomst av *samsjuklighet*.
- Riksrevisionen rekommenderar vidare *Försäkringskassan* att uppdatera sitt register för analys av mikrodata (MiDAS) med bidiagnoser och sistadiagnos i sjukfall. Detta för att underlätta framtida analys av sjukfrånvaro med hänsyn till sjukskrivningsdiagnoser, då samsjuklighet och diagnosförändring är vanligt förekommande vid långtidssjukskrivning.
- Riksrevisionen rekommenderar *Socialstyrelsen* att ge diagnoserna i beslutsstödet samma beteckning som de har i ICD-10.
- Riksrevisionen rekommenderar *regeringen* att ge Socialstyrelsen och Försäkringskassan i gemensamt uppdrag att kontinuerligt följa upp och utvärdera beslutsstödet vägledning om sjukskrivning samt användningen av rekommendationerna i handläggningen.

¹¹⁴ Försäkringskassan och Socialstyrelsen, 2018.

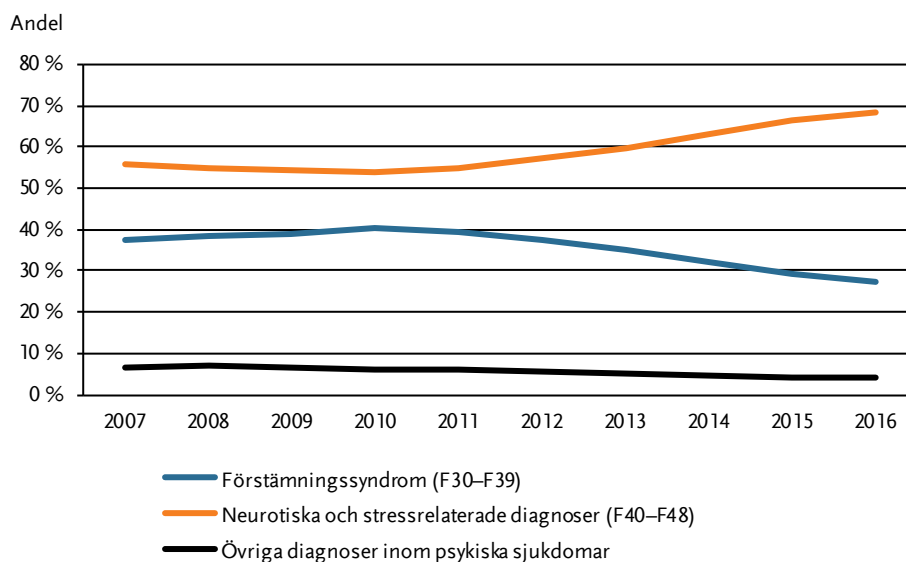
Referenslista

- Alexandersson, Kristina m.fl. (2017a). *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd: underlag för utvärdering*. Rapport 2017. Karolinska institutet: Avdelningen för försäkringsmedicin. Institutionen för klinisk neurovetenskap.
- Alexandersson, Kristina m.fl. (2017b). *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017*, Rapport 1, 2017.
- Eriksson, Lena m.fl. (2014). *Expertis, sjukskrivning och mötet mellan normal och post-normal vetenskap*, Socialvetenskaplig tidskrift, nr 2, 2014.
- Försäkringskassan (2009). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en aktstudie av användandet*. Rapport: svar på regleringsbrevsuppdrag. Dnr 57499–2009.
- Försäkringskassan (2010). *Beslutsstödet – Sjukskrivningsmönster före och efter införandet av specifika försäkringsmedicinska rekommendationer för psykiska sjukdomar*. Socialförsäkringsrapport 2010:7.
- Försäkringskassan (2011). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster*. Socialförsäkringsrapport 2011:7.
- Försäkringskassan (2014a). *Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser En studie av Sveriges befolkning 16–64 år*. Socialförsäkringsrapport 2014:4.
- Försäkringskassan (2014b). *Kvalitet på läkarintyg – En del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat*. Rapport: 2014-04-15.
- Försäkringskassan (2015). *Vägledning 2015:1 (version 6). Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*.
- Försäkringskassan (2016). *Sjukskrivning för reaktioner för svår stress*. Korta analyser.
- Försäkringskassan (2017a). *Sjukskrivningsmönster – skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter*. Socialförsäkringsrapport 2017:3.
- Försäkringskassan (2017b). *Rapport – Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans komplettering av läkarintyg vid sjukskrivning*. Svar på regeringsuppdrag.
- Försäkringskassan (2018). *Förutsättningar för utbyte till sjukersättning eller aktivitetsersättning i långa sjukfall*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2018:1.
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2018). *Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Svar på regeringsuppdrag.
- Hacking, Ian (1999). *Social konstruktion av vad?* Stockholm: Thales.
- Hetzler, Antoinette m.fl. (2005). *Sjuk-Sverige – Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

- Inspektionen för socialförsäkringen (2011). *Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning*. ISF Rapport: 2011:8.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014). *Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg*. ISF Rapport 2014:5.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2016a). *Nekad sjukpenning för utrikes och inrikes födda*. ISF Rapport 2016:5.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2016b). *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*. ISF Rapport 2016:13.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2018) *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning. En redovisning av vad som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen*. ISF Rapport 2018:12.
- Johannisson, Karin (2002). *När otillräckligheten byter namn – Ett idéhistoriskt perspektiv på den nya ohälsan i Ekman, Arnetz (red.) Stress: Molekylerna – individen – organisationen – samhället*. Stockholm: Liber.
- Lipsky, Michael (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Melén, Daniel (2008). *Sjukskrivningssystemet – Sjuka som blir arbetslösa och arbetslösa som blir sjukskrivna*. Lund: Sociologiska institutionen, Lunds universitet.
- Riksrevisionen (RiR 2009:7). *Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?*
- Riksrevisionen (RiR 2018:11). *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*.
- SOU 2009:89. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*.
- Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom – Stressrelaterad psykisk ohälsa*.
- Socialstyrelsen (2012). *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning*, reviderad 2012.
- Socialstyrelsen (2017). *Uppdatering av sjukskrivningsrekommendationer för psykiska sjukdomar i det försäkringsmedicinska beslutsstödet – Delrapportering av regeringsuppdraget för försäkringsmedicinskt beslutsstöd*.
- Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2010). *Uppföljning och kvalitetsutveckling av försäkringsmedicinskt beslutsstöd – Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma lägesrapport om utvecklingen under 2009*.
- Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017). *Sjukskrivningsmönster och praxis – Skillnader i vårdens arbete*.

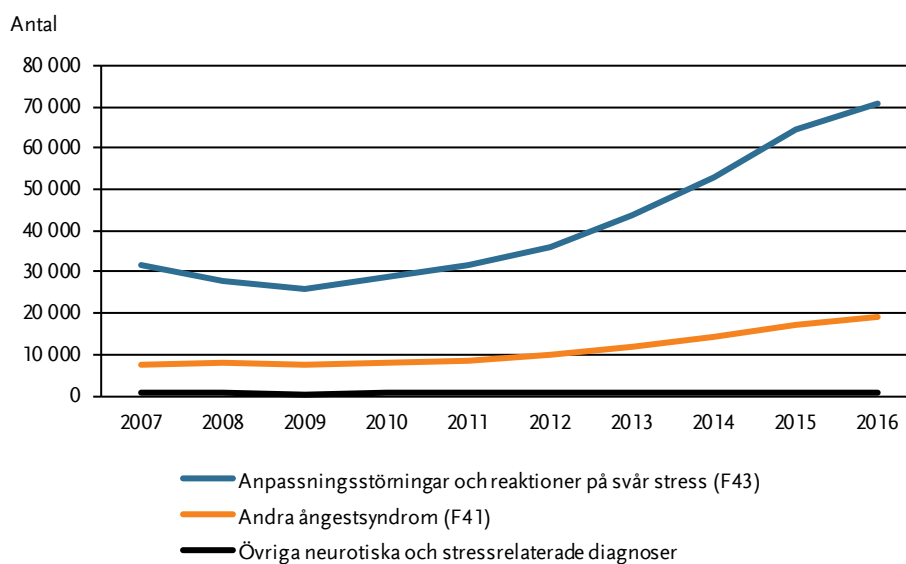
Bilaga 1 – Diagram

Diagram B.1 Sjukfall med psykiatriska diagnoser (F00–F99) över tid (2007–2016)



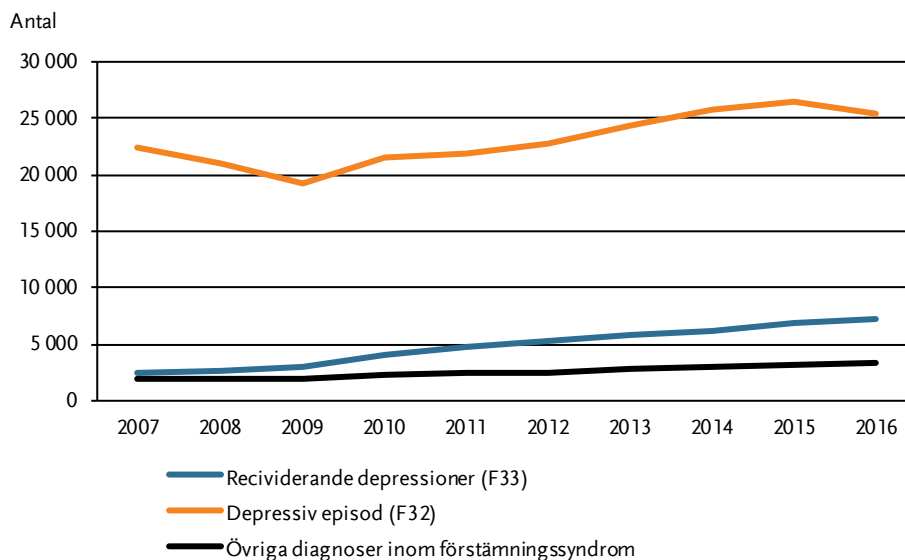
Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet.

Diagram B.2 Sjukfall med neurotiska och stressrelaterade diagnoser (F40-F48) över tid (2007–2016)



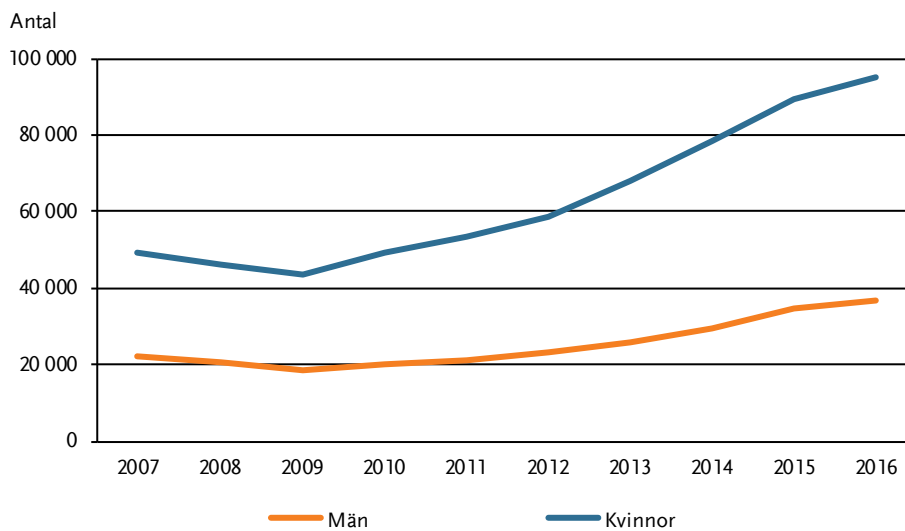
Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet.

Diagram B.3 Sjukfall med förstämningssyndrom (F30–F39) över tid (2007–2016)



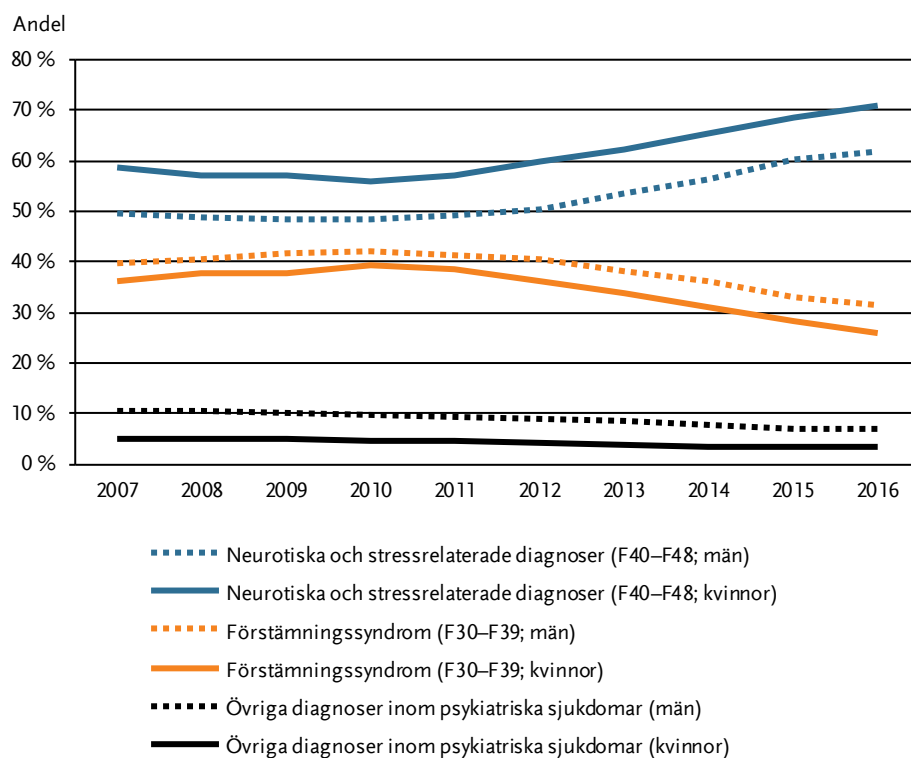
Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet.

Diagram B.4 Sjukfall med psykiatriska diagnoser (F00–F99) över tid (2007–2016), uppdelat på kön

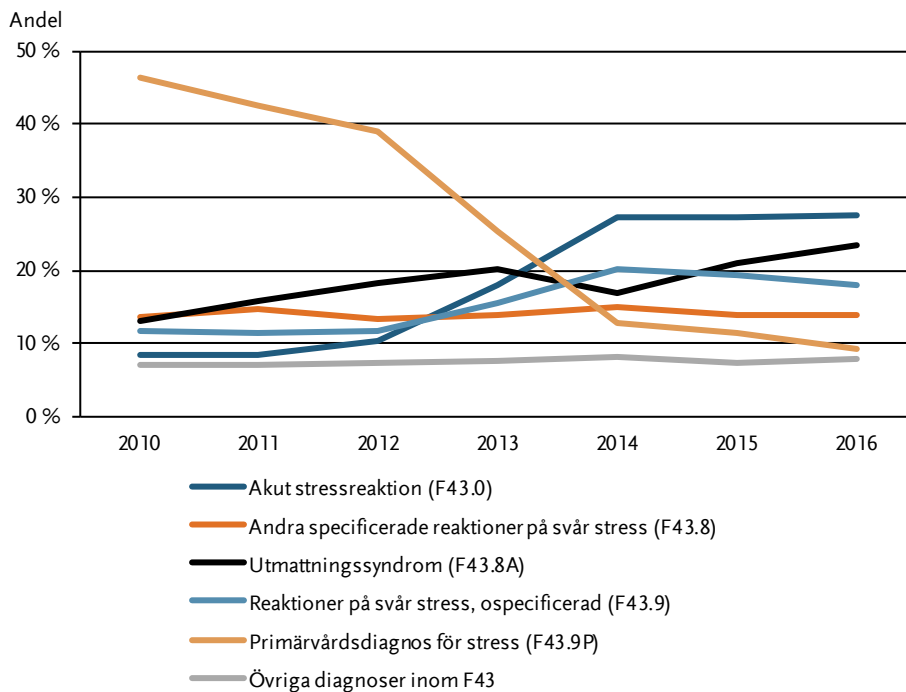


Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet.

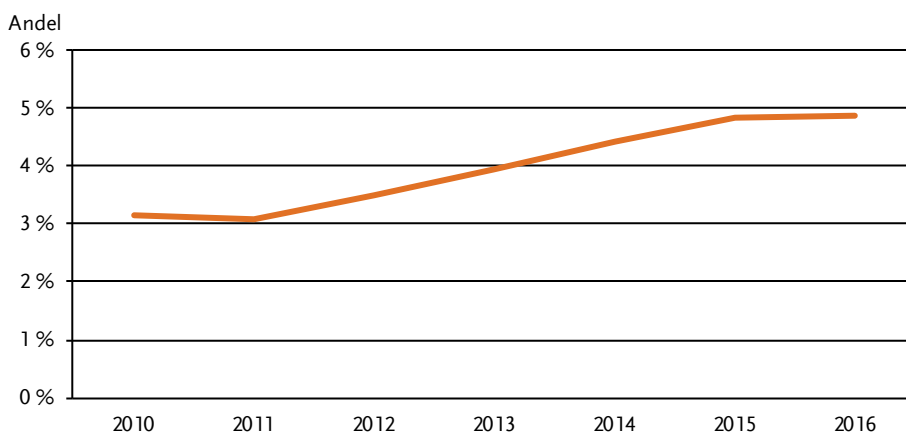
Diagram B.5 Sjukfall med psykiatriska diagnoser (F00–F99) över tid (2007–2016), uppdelat på kön



Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (MiDAS). Avser sjukfall som varat i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet.

Diagram B.6 Sjukfall med anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43) avseende sista läkarintyg i sjukfallet (2010–2016)

Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (Läkarintygsregistret och MiDAS). Avser sjukfall som varit i minst 15 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet. Avser de sjukfall i MiDAS som kan matchas mot läkarintygsregistret.

Diagram B.7 Förändring till psykiatrisk diagnos från annat diagnoskapitel under pågående sjukfall (2010–2016)

Källa: Egna bearbetningar av data från Försäkringskassan (Läkarintygsregistret och MiDAS). Avser sjukfall som varit i minst 60 dagar där den försäkrade varit i arbete vid starten av sjukfallet. Avser de sjukfall i MiDAS som kan matchas mot läkarintygsregistret.

Bilaga 2 – Diagnosförändring i pågående sjukfall

I tabell B.1 presenteras en matris som visar hur diagnosförändring sker inom pågående sjukfall. I tabellens första rad framgår sjukfallens första diagnos, och i första kolumnen framgår slutdiagnos. Den fetstilta diagonalen markerar de fall där diagnosen är densamma i första och sista läkarintyget i sjukfallet.

I sjukfallen där den första diagnosen är *depression* (F32 och F33) kvarstår knappt fyra av fem i denna diagnos även i sista läkarintyget (här kan dock ha skett en diagnosförändring från t.ex. lindrig till medelsvår depressiv episod (från F32.0 till F32.1) utan att det noteras som en diagnosförändring). Det sker en viss övergång mellan de båda depressionsdiagnoserna och en liten andel (1–3 procent) av dessa sjukfall slutar i *utmattning* (F43.8 och F43.8A) medan en lite större andel (5–8 procent) hamnar i andra *psykiatriska diagnoser* (F) eller i andra diagnoskapitel.

Av sjukfallen där *Akut stressreaktion* utgör diagnos i första läkarintyget har cirka hälften kvar denna diagnos till sista läkarintyget. Förskjutningen sker främst mot *depression* (F32; 13 procent) samt *utmattning* (F43.8A och F43.8; 8 procent respektive 5 procent) samt övriga *psykiatriska diagnoser* (F; 12 procent). 7 procent avslutar sjukfallet i andra diagnoskapitel.

Av de sjukfall som börjar i *utmattning* (F43.8 och F43.8A) kvarstår drygt fyra av fem i denna diagnos i sista läkarintyget. Det sker en liten förskjutning mellan de båda diagnoserna (5 procent) samt mot *depression* (3 procent). Förskjutningen mot övriga psykiatriska diagnoser och diagnoser inom andra kapitel sker i viss grad (3–5 procent).

62 procent av de sjukfall som börjar i *reaktion på svår stress* kvarstår i denna diagnos hela sjukfallet. Förskjutningen sker främst mot *depressiv episod* (F32; 10 procent) och *utmattningssyndrom* (F43.8A, 7 procent). 6 procent av sjukfallen slutar i övriga psykiatriska diagnoser (F) och 6 procent i övriga diagnoskapitel.

Det sker också ett visst inflöde från övriga psykiatriska diagnoser till *depression* (F32 och F33; 6 procent respektive 2 procent) samt till *utmattning* (F43.8A och F43.8; 3 procent respektive 2 procent).

Bland de sjukfall som startar i icke-psykiatriska diagnoser är inflödet störst till *utmattning* (F43.8A), *depressiv episod* (F32) samt övriga diagnoser inom F-kapitlet.

Tabell B.1 Andel diagnosförändringar inom sjukfall från första till sista diagnos (2010–2016), procent

Första diagnos									
Sista diagnos	F32	F33	F43.0	F43.8	F43.8A	F43.9	F43.9P	Övr F	Övr kap
F32	78	5	13	3	3	10	13	6	1
F33	5	78	2	1	1	1	1	2	0
F43.0	0	0	49	0	0	1	1	1	0
F43.8	2	1	5	82	5	6	5	2	0
F43.8A	3	2	8	5	82	7	8	3	1
F43.9	0	0	4	1	1	62	2	1	0
F43.9P	0	0	1	0	0	1	58	0	0
Övriga inom F	6	8	12	3	3	7	6	80	1
Övriga kapitel	5	5	7	4	5	6	6	5	96
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Källa: egna bearbetningar av statistik från Försäkringskassan (MiDAS och läkarintygsregistret). Avser sjukfall där den försäkrade är i arbete i början av sjukfallet och där sjukfallet har varat mer än 60 dagar där sjukfall i MiDAS har kunnat matchas mot läkarintygsregistret.

I sammanhanget är det lämpligt att notera att antalet sjukfall med respektive diagnos varierar, se tabell B.2. Detta beror dels förstås på att diagnoserna förekommer i varierande utsträckning, dels på att diagnoserna är presenterade på olika detaljeringsnivå. Flera av diagnoserna avseende *anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress* (F43) presenteras på den mest detaljerade nivån, medan *depressiv episod* (F32) och *recidiverande depressioner* (F33) avser hela diagnosavsnitt som vardera innehåller flera specifika diagnoser. Den största kategorin är övriga kapitel, som avser alla diagnoser förutom dem som ingår i det psykiatriska diagnoskapitlet.


Därmed kommer kategorier av diagnoser som innehåller ett stort antal sjukfall, men som har en liten andel diagnosförändringar, ändå att beröra ett betydande antal diagnosförändringar. Tydligaste exemplet på detta är sjukfall som börjar inom andra diagnoskapitel än de psykiatriska. Av dessa går 1 procent vardera till diagnoserna *depressiv episod* (F32), *utmattningssyndrom* (F43.8A) och övriga psykiatriska diagnoser. Sett till antalet sjukfall utgör dessa 1 procent ett betydande antal sjukfall. (se tabell B.2).

Tabell B.2 Antal diagnosförändringar inom sjukfall från första till sista diagnos (2010–2016)

Första diagnos									
Sista diagnos	F32	F33	F43.0	F43.8	F43.8A	F43.9	F43.9P	Övr F	Övr kap
F32	61 133	919	3670	635	846	2087	3464	4582	6585
F33	3622	14 545	614	166	204	321	356	1681	1438
F43.0	249	40	13 621	46	63	170	152	427	1085
F43.8	1409	153	1272	16 088	1232	1315	1351	1327	1950
F43.8A	2208	293	2129	1021	21 025	1455	2172	1889	3457
F43.9	391	46	1070	192	135	13 447	546	563	1216
F43.9P	267	21	369	73	108	279	15 204	314	968
Övriga inom F	5064	1511	3202	553	656	1420	1459	57 111	6724
Övriga kapitel	4158	1004	1850	878	1327	1283	1562	3927	548 698
Totalt	78 501	18 532	27 797	19 652	25 596	21 777	26 266	71 821	572 121

Källa: egna bearbetningar av statistik från Försäkringskassan (MiDAS och läkarintygsregistret).
 Avser sjukfall där den försäkrade är i arbete i början av sjukfallet och där sjukfallet har varat mer än 60 dagar där sjukfall i MiDAS har kunnat matchas mot läkarintygsregistret.

Bilaga 3 – Läkarintygsblanketten

 Försäkringskassan		Läkarintyg för sjukpenning	1 (4)
Om du inte känner patienten ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29).		Patientens namn	Personnummer
		Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund	
1. Smittbärarpenning Hjälptext			
<input type="checkbox"/> Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna Diagnos (4) och Nedsättning av arbetsförmåga (8)).			
2. Intyget är baserat på Hjälptext			
<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten			
<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten			
<input type="checkbox"/> journaluppgifter från den			
<input type="checkbox"/> annat			
Ange vad annat är:			
3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan? Hjälptext			
78040101	<input type="checkbox"/> Nuvarande arbete	Ange yrke och arbetsuppgifter	
	<input type="checkbox"/> Arbets sökande - 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 Hjälptext			
		Diagnoskod enligt ICD-10 SE	

FK 7804 (001 F 002) Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

Personnummer 2 (4)

5. Funktionsnedsättning [Hjälptext](#)

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

6. Aktivitetsbegränsning [Hjälptext](#)

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

7. Medicinsk behandling

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

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

78040201

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

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100 procent | I från och med (år, månad, dag) | I till och med (år, månad, dag) |
| <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](#)

FK 7804_001_E 002, Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

Personnummer

3 (4)

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? [Hjälp text](#)

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
- 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

- Arbetsutbildning Ergonomisk bedömning Omfördelning av arbetsuppgifter
- Arbetsanpassning 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.

760-40301

11. Övriga upplysningar

FK 7604 (001 F 002) Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen.

Personnummer 4 (4)

12. Kontakt med Försäkringskassan [Hjälptext](#)

<input type="checkbox"/> Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.
Ange gärna varför du vill ha kontakt

13. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

780-40-401

FK 7804_001_F 0001 Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Sveriges Riksdagen

Mellan 2010 och 2015 ökade sjukfrånvaron. De psykiatriska diagnoserna stod för merparten av denna ökning. Sjukskrivningar med psykiatriska diagnoser leder också till längre sjukskrivningar. Särskilt har de stressrelaterade diagnoserna ökat, både vad gäller omfattning och tid.

Försäkringskassan ansvarar för att utreda rätten till sjukpenning. Detta görs främst med bakgrund i sjukskrivande läkares intyg. Som stöd för bedömning av arbetsförmåga har läkaren och handläggaren ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd, som innehåller rekommendationer för olika diagnoser, bland annat avseende sjukskrivningstid. Syftet med beslutsstödet är att bidra till en kvalitetssäker och likformig sjukskrivningsprocess. Införandet av beslutsstödet syftade också bland annat till att uppnå kortare sjukskrivningstider.

Fungerar beslutsstödet som ett stöd i handläggningen vid psykisk ohälsa? Används det likformigt, eller finns brister i handläggningen? Uppfyller Försäkringskassan sin utredningsskyldighet i de fall det sker omotiverade avsteg från beslutsstödet rekommendationer? Det är frågor som Riksrevisionen ställer i rapporten.

Granskningen är den andra av två som rör sjukskrivningsprocessen vid psykisk ohälsa. Den första rapporten (RiR 2018:11) handlade om primärvårdsläkares förutsättningar att bedöma arbetsförmåga och publicerades 15 maj 2018.

ISSN 1652-6597

ISBN 978-91-7086-491-9

Beställning: www.riksrevisionen.se

RIKSREVISIONEN

NYBROGATAN 55, 114 90 STOCKHOLM

08-5171 4000

WWW.RIKSREVISIONEN.SE