



Digitala läkarbesök och hyrläkare i sjukskrivningsprocessen

RIR 2022:6



Riksrevisionen är en myndighet under riksdagen med uppgift att granska statliga myndigheter och verksamheter. Vi bedriver både årlig revision och effektivitetsrevision. Genom ett grundlagsskyddat oberoende har Riksrevisionen ett starkt mandat och är en viktig del av riksdagens kontrollmakt som bidrar till förbättringar och demokratisk insyn.

Denna rapport har tagits fram inom effektivitetsrevisionen, vars uppgift är att granska hur effektiv den statliga verksamheten är. Vi lämnar även rekommendationer för att förbättra den granskade verksamheten. Effektivitetsgranskningar lämnas direkt till riksdagen som bereder dem tillsammans med en svarsskrivelse från regeringen.

Riksrevisionen

RiR 2022:6

ISBN 978-91-7086-621-0

ISSN 1652-6597

Omslagets originalfoto: Maskot

Tryck: Riksdagens interntryckeri, Stockholm 2022

—
Beslutad: 2022-03-08
Diarienummer: 3.1.1-2020-0084
RiR 2022:6

—
Till: Riksdagen

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

Digitala läkarbesök och hyrläkare i sjukskrivningsprocessen

Riksrevisionen har granskat om kontrollfunktionen i sjukskrivningsprocessen fungerar effektivt mot bakgrund av de förändringar inom hälso- och sjukvården som framväxten av digitala läkarbesök och inhyrda läkare inom primärvården inneburit. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som främst avser regeringen och Försäkringskassan.

Riksrevisor Helena Lindberg har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör Pathric Hägglund har varit föredragande. Revisionsledare Nina Granqvist och enhetschef Anna Hessel har medverkat i den slutliga handläggningen.

Helena Lindberg

Pathric Hägglund

För kännedom

Regeringskansliet; Socialdepartementet

Försäkringskassan

Riksrevisionen

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	9
1.1 Motiv till granskning	9
1.2 Övergripande revisionsfråga och avgränsningar	11
1.3 Bedömningsgrunder	11
1.4 Metod och genomförande	14
1.5 Definitioner och avgränsningar	16
2 Läkarens och Försäkringskassans roller i sjukskrivningsprocessen	19
2.1 Risker och utmaningar i bedömningen av arbetsförmåga	19
2.2 Läkarens roll	21
2.3 Försäkringskassans roll	23
3 Hyrläkare och nätläkare inom hälso- och sjukvården	25
3.1 Hyrläkare	25
3.2 Digitala läkarbesök	27
4 Effekter av förekomsten av hyrläkare på användningen av sjukförsäkringen	31
4.1 Beskrivning av data och urval	31
4.2 Ansats för att mäta effekter	32
4.3 Förekomsten av hyrläkare dämpar sjukfrånvaron för redan sjukskrivna	33
5 Granskning av hur digitala läkarbesök inverkar på läkarintygens kvalitet	37
5.1 Beskrivning av läkarintygen	38
5.2 Läkarintyg baserade på ett digitalt läkarbesök är mer bristfälliga	40
5.3 Trots sämre intyg – Försäkringskassan följer inte upp läkarintyg baserade på digitala läkarbesök i större utsträckning	44
6 Försäkringskassans och regeringens insatser med anledning av förekomsten av hyrläkare och digitala läkarbesök inom hälso- och sjukvården	48
6.1 Regeringens styrning av systemet med hyrläkare	49
6.2 Försäkringskassans arbete med frågor om hyrläkarna	54
6.3 Regeringens styrning av systemet med digitala läkarbesök	56
6.4 Försäkringskassans arbete avseende digitala läkarbesök	62
6.5 Uppföljning och kontroll	64

7	Slutsatser och rekommendationer	69
7.1	Läkarintyg baserade på digitala läkarbesök oftare bristfälliga	69
7.2	Trots sämre intyg följer Försäkringskassan inte oftare upp läkarintyg från digitala läkarbesök	69
7.3	Förekomsten av hyrläkare har en dämpande inverkan på sjukfrånvaron bland redan sjukskrivna	70
7.4	Regeringen har inte i tillräcklig utsträckning beaktat riskerna med hyrläkare och digitala läkarbesök	71
7.5	Rekommendationer	73
	Referenslista	74
	Bilaga A	81
	Bilaga B	93
	Bilaga C	99
	Bilaga D	104

Elektronisk bilaga

Till rapporten finns en frågemall kopplad till granskningen av läkarintygen att ladda ned från Riksrevisionens webbplats. Bilagan kan begäras ut från ärendets akt genom registraturen.

Bilaga E Frågemall

Sammanfattning

Hyrläkare och digitala läkarbesök har blivit allt vanligare inslag inom hälso- och sjukvården. Vanligtvis innebär dessa inslag en mer tillfällig läkarkontakt, vilket kan försämra möjligheterna att bedöma patientens arbetsförmåga. Vid ett digitalt läkarbesök sker mötet mellan läkare och patient därutöver digitalt och inte fysiskt. Riksrevisionen har granskat om kontrollfunktionen i sjukskrivningsprocessen fungerar effektivt mot bakgrund av de förändringar inom hälso- och sjukvården som framväxten av digitala läkarbesök och inhyrda läkare inneburit.

Riksrevisionens övergripande slutsats är att det finns tecken på brister i sjukskrivningsprocessens kontrollfunktion. Denna slutsats bygger dels på det faktum att digital läkarvård kan ha inverkat på användningen av sjukförsäkringen, dels på att regeringen och berörda myndigheter inte i tillräcklig utsträckning beaktat riskerna och heller inte tagit initiativ till att utvärdera konsekvenserna av förändringarna inom primärvården på sjukfrånvaron. Riksrevisionens bedömer att de totala utgifterna för sjukförsäkringen hittills har påverkats i förhållandevis liten utsträckning. Emellertid riskerar bristerna få negativa konsekvenser för effektivitet och likformighet på sikt eftersom antalet läkarintyg som är baserade på digitala läkarbesök förväntas öka.

Granskningens resultat

Läkarintyg baserade på digitala läkarbesök oftare bristfälliga

Granskningen visar att läkarintyg som är utfärdade på basis av ett digitalt läkarbesök oftare saknade uppgifter som normalt sett ska ingå i intyget jämfört med intyg som är utfärdade efter ett fysiskt läkarbesök. De granskade intygen från digitala läkarbesök saknade exempelvis oftare uppgifter om vad som var intygsutfärdarens egen bedömning och vilka uppgifter som låg till grund för den, samt i vad mån egna observationer gjorts. Sämre läkarintyg ökar risken för felaktiga utbetalningar från sjukförsäkringen. Eftersom ett digitalt läkarbesök innebär att läkaren inte träffar patienten fysiskt kan bedömningen av arbetsförmågan förväntas vara svårare i vissa fall.

Tecken på brister i Försäkringskassans uppföljning av läkarintyg baserade på digitala läkarbesök

Granskningen visar att Försäkringskassan tar kontakt med den intygsutfärdande läkaren, den försäkrade eller den försäkrades arbetsgivare, i omkring hälften av

ärenden där sjukpenning betalas ut. Syftet är att reda ut formaliteter i ansökan om sjukpenning eller frågor som har med den försäkrades arbetsförmåga eller arbetssituation att göra. Trots skillnaderna i läkarintygens kvalitet återfinns ingen skillnad med avseende på om läkarintyget baserats på ett fysiskt eller digitalt läkarbesök. Därmed finns frågetecken om i vad mån Försäkringskassan säkerställer att ansökningar om sjukpenning som är baserade på digitala läkarbesök innehåller den information som är nödvändig för att man ska kunna bedöma rätten till ersättning. Om så inte är fallet innebär det växande antalet intyg som är baserade på digitala läkarbesök en ökad risk för felaktiga utbetalningar. Resultaten ska tolkas försiktigt eftersom antalet ärenden som ingår i denna del av granskningen är begränsat (cirka 300).

En möjlig förklaring till att Försäkringskassan inte förefaller utreda ärenden som är baserade på digitala läkarbesök i tillräcklig utsträckning kan vara att dessa läkarintyg i typfallet avser kortare sjukskrivningar i början av sjukfallet. Emellertid är kraven på intygens kvalitet generellt sett desamma oavsett varaktighet på intyget.

Förekomsten av hyrläkare har en dämpande inverkan på sjukfrånvaron bland redan sjukskrivna

Granskningen visar att förekomsten av hyrläkare på vårdcentralen minskar den framtida sjukfrånvaron för patienter som redan har en pågående sjukskrivning. Storleken på den uppmätta effekten, omkring 19 färre dagar som sjukskriven under det efterföljande året (motsvarande 10 %), ska tolkas försiktigt och som en approximation. Resultatet skulle kunna bero på att hyrläkare jämfört med andra läkare är mindre benägna att förlänga en redan pågående sjukskrivning. Granskningen ger dock inget stöd för att de kortare sjukskrivningarna är resultatet av en alltför strikt bedömning av arbetsförmågan. För den stora gruppen av patienter som inte är sjukskrivna vid läkarbesöket återfinns inga effekter som en konsekvens av förekomsten av hyrläkare. Sammantaget förefaller således framväxten av hyrläkare ha haft en begränsad inverkan på användningen av sjukförsäkringen.

Regeringen har inte i tillräcklig utsträckning beaktat riskerna med hyrläkare och digitala läkarbesök

Riksrevisionen bedömer att regeringen inte i tillräcklig utsträckning har uppmärksammat konsekvenserna av framväxten av hyrläkare och digitala läkarbesök för användningen av sjukförsäkringen. Man har därmed inte till fullo säkerställt att sjukskrivningsprocessen kan fungera effektivt, likformigt och i enlighet med målen.

Riksrevisionen konstaterar att det saknas nationella riktlinjer som formulerar vad som gäller för sjukskrivning vid digitala läkarbesök. Konsekvensen är att olika regioner har utvecklat egna rutiner och att det saknas samstämmighet i riktlinjerna både mellan regioner och mellan olika grupper av vårdgivare inom en och samma region. Detta riskerar i sin tur att försämra likformighet i användningen av sjukförsäkringen.

Vidare har regeringen i de uppdrag som lämnats och i utredningar som initierats med anledning av den digitala vårdens roll respektive framväxten av hyrläkare, inte särskilt uppmärksammat de potentiella riskerna för användningen av sjukförsäkringen. Inga initiativ har heller tagits till att följa upp konsekvenserna av ett växande antal läkarintyg som är utfärdade av hyrläkare samt på basis av ett digitalt läkarbesök.

Rekommendationer

Riksrevisionen riktar följande rekommendation till regeringen:

- Ta initiativ till framtagande av nationella riktlinjer för utfärdande av läkarintyg som är baserade på digitala läkarbesök.

Riksrevisionen riktar följande rekommendationer till Försäkringskassan:

- Förstärk kontrollen av läkarintygets kvalitet i allmänhet och av intyg som är baserade på digitala läkarbesök i synnerhet.
- Säkerställ att utformningen av läkarintygsblanketten möjliggör en effektiv utvärdering och kvalitetskontroll med fokus på vårdformen.
- Följ upp och utvärdera kvaliteten på läkarintygen återkommande med utgångspunkt i den vårdform som läkarintyget är baserat på.

1 Inledning

Statens utgifter för sjuk- och rehabiliteringspenning fördubblades, från 20 till 40 miljarder kronor, mellan 2010 och 2016 och har sedan dess legat kvar på ungefär samma nivå.¹ Framför allt två förklaringar har lyfts fram till den senaste ökningen. För det första har åtstramningar i villkoren för rätt till sjuk- och aktivitetsersättning (de mer permanenta ersättningsformerna i sjukförsäkringen) inneburit att många försäkrade, som annars hade övergått från sjukpenning till sjuk- och aktivitetsersättning, i stället har blivit kvar i sjukpenningssystemet. För det andra sammanfaller ökningen med indikationer på försämringar i Försäkringskassans arbete med att kontrollera den försäkrades rätt till ersättning.²

För att Försäkringskassan ska kunna bedöma den försäkrades rätt till ersättning från sjukförsäkringen krävs ett läkarintyg från hälso- och sjukvården. Av intyget ska framgå hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan samt hur länge och i vilken omfattning sjukskrivning är nödvändig. Ett grundläggande problem är att arbetsförmågan inte är fullt observerbar och därför inte fullt mätbar. I många fall kan patientens egen beskrivning av symtom och besvär bli avgörande för läkarens bedömning. Eftersom Försäkringskassans handläggare i regel inte träffar den försäkrade är handläggaren beroende av att läkaren gör en så korrekt bedömning av den försäkrades arbetsförmåga som möjligt. Noterbart är att endast några enstaka procent av alla förstaansökningar om sjukpenning leder till ett avslag.³

1.1 Motiv till granskning

Under senare år har signaler kommit om att förändrade förutsättningar inom vården skulle kunna påverka användningen av sjukförsäkringen.⁴ Framväxten av hyrläkare och digitala läkarbesök innebär risker för såväl likformighet som nivå på

¹ Prop. 2017/18:1, *utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning*. Utgifterna ökade något 2020 och 2021 som en konsekvens av pandemin.

² Antalet avslag på första ansökan om sjukpenning, det vill säga första gången rätten till ersättning prövas i ett sjukfall, sjönk kraftigt mellan 2010 och 2015 (se Försäkringskassans årsredovisning respektive år). Därutöver konstaterar ESO (2016) att andelen genomförda prövningar av rätten till ersättning vid 90 och 180 dagar i sjukfallet sjönk mellan 2011 och 2014. Ett antal forskningsstudier inom såväl sjuk- som arbetslöshetsförsäkringen har visat att graden av kontroll påverkar användningen av försäkringen. Se ESO (2016) för en översikt.

³ Andelen avslag på första ansökan om sjukpenning var 3,5 procent 2020. Se Försäkringskassans årsredovisning (2020).

⁴ Se exempelvis Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018, och Socialstyrelsen, "Digitala vårdtjänster – Övergripande principer för vård och behandling", 2018.

användningen av sjukförsäkringen.⁵ I båda fallen innebär kontakten med vården en mer temporär läkarkontakt än vad som annars hade varit fallet, vilket kan försämra möjligheterna för en korrekt arbetsförmågebedömning.

Digitaliseringen erbjuder goda möjligheter till en ökad tillgänglighet inom vården. Tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har regeringen tagit fram en vision om att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringen och e-hälsans möjligheter 2025.⁶ I en sammanställning från SKR som omfattar digitala vårdbesök hos de större privata aktörerna som agerar på nationell nivå, däribland Kry, Min Doktor, Doktor.se och Doktor24, konstateras att antalet vårdbesök fördubblades mellan 2019 och 2020, från 1,2 till 2,4 miljoner. Covid-19-pandemin innebar också en ökning av antalet digitala vårdbesök på vårdcentraler. Idag utgörs cirka 11 procent av samtliga läkarkontakter inom primärvården av digitala vårdbesök.⁷

Andelen hyrläkare inom hälso- och sjukvården har vuxit kraftigt under de senaste tio åren, och i dag beräknas var femte läkare inom primärvården vara antingen en vikarie eller hyrläkare.⁸ Flera instanser, däribland Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), numera SKR, Inspektionen för vård och omsorg och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, har påtalat riskerna för försämrad kontinuitet och kvalitet i vården som en följd av den ökade förekomsten av hyrläkare.⁹ En svagare koppling till den specifika vårdenheten innebär att läkaren dels har mindre tidigare kännedom om patienten, dels inte behöver följa upp ärenden i samma utsträckning. Båda dessa omständigheter kan påverka läkarens bedömning av patienten och beslutet att utfärda läkarintyg. Sämre vård kan också innebära sämre hälsa för patienterna, vilket i sin tur kan påverka risken för sjukskrivning.

⁵ Kostnaderna för inhyrd personal inom hälso- och sjukvården ökade från 2,5 till 5,6 miljarder kronor mellan 2011 och 2019, se kapitel 3 för en mer detaljerad beskrivning av utvecklingen. I Sverige startade nätläkarverksamhet i större omfattning under 2016 med företagen Kry och Min Doktor.

⁶ Socialdepartementet, "Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård", 2016.

⁷ Sveriges Kommuner och Regioner, "Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020", 2021.

⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018.

⁹ Sveriges Kommuner och Landsting, *Projekt – Oberoende av inhyrd personal*, 2016, IVO, *Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen inom primärvården*, 2016, samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018.

1.2 Övergripande revisionsfråga och avgränsningar

Den övergripande revisionsfrågan är: Fungerar kontrollfunktionen i sjukskrivningsprocessen effektivt mot bakgrund av de förändringar inom hälso- och sjukvården som framväxten av digitala läkarbesök och inhyrda läkare inom primärvården inneburit?

Med kontrollfunktionen avses främst att Försäkringskassan säkerställer att rätt ersättning ges till rätt person, men även på ett övergripande plan Försäkringskassans och regeringens arbete med att beakta risker för användningen av sjukförsäkringen och ta initiativ till att analysera dess konsekvenser.

Granskningsobjekten är primärt regeringen och Försäkringskassan, men även Inspektionen för socialförsäkringen omfattas till viss del av granskningen.

I granskningen kommer följande delfrågor att besvaras:

1. Med utgångspunkt i hur framväxten av hyrläkare och digitala läkarbesök inom primärvården har inverkat på användningen av sjukförsäkringen och på de utfärdade läkarintygens kvalitet, har Försäkringskassan säkerställt en likformig sjukskrivningsprocess?
2. Har regeringen säkerställt att sjukskrivningsprocessen fungerar effektivt och i enlighet med målen, givet framväxten av digitala läkarbesök och hyrläkare inom hälso- och sjukvården?
3. Har Försäkringskassan och regeringen tagit initiativ till att analysera konsekvenserna av förändringarna inom hälso- och sjukvården för användningen av sjukförsäkringen?

1.3 Bedömningsgrunder

De huvudsakliga målen för sjukförsäkringen är att rätt ersättning ska utgå till rätt person. Ytterligare mål som riksdagen har ställt sig bakom och som rör sjukförsäkringen är att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.¹⁰

Försäkringskassan ska, i samverkan med berörda aktörer, aktivt bidra till att uppfylla målet om en långsiktigt stabil och låg nivå på sjukfrånvaro.¹¹

¹⁰ Bet. 2008/09: SfU 1, rskr. 2008/09:138.

¹¹ Regeringsbeslut (Socialdepartementet). Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan. Försäkringskassan ska även verka för att sjukpenningtalet i december 2020 inte överstiger 9,0 dagar. Försäkringskassan ska i sitt arbete med att nå målet samverka med berörda aktörer. Samtidigt ska antalet nybeviljade sjukersättningar inte överstiga 18 000 i genomsnitt per år under 2016–2020. Skillnaden i sjukpenningtal mellan kvinnor och män ska också minska.

Socialförsäkringsutskottet har framhållit att bedömningen av arbetsförmåga är central i sjukförsäkringen.¹² När det gäller frågan om legitimitet och förtroende för sjukförsäkringen har utskottet bland annat konstaterat att det är viktigt med regler som är tydliga och förutsägbara och att det ska gå att lita på att de tillämpas rättssäkert och enhetligt.¹³

Försäkringskassans handläggning av sjukskrivningsärenden regleras i 110 kap. 13 och 14 § socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB. Den utredande myndigheten (i detta fall Försäkringskassan) 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 kräver. Utgångspunkten för rättssäkerhet kommer även till uttryck i förvaltningslagen (2017:900).

Försäkringskassan har utredningsbefogenheter, när det behövs för bedömning av frågan om ersättning, som bland annat innebär att myndigheten kan

1. göra en förfrågan hos den försäkrades läkare eller arbetsgivare,
2. begära ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, och
3. begära att den försäkrade genomgår en undersökning eller någon annan utredning¹⁴, eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga.¹⁵

Utifrån socialförsäkringsbalken har Försäkringskassan utarbetat en vägledning med metodstöd som uppdateras fortlöpande avseende bedömning av sjukpenningärenden.¹⁶

Försäkringskassan ska enligt sin instruktion följa, analysera och förmedla socialförsäkringssystemets effekter för enskilda och samhället inom sitt verksamhetsområde. Man har också ansvar för att en kvalificerad kunskapsuppbyggnad sker inom de verksamhetsområden som man ansvarar för, med utgångspunkt i de mål och uppdrag som gäller för myndigheten.¹⁷

Delfrågorna kommer att besvaras utifrån olika kriterier för effektiv och ändamålsenlig verksamhet.

¹² Bet. 2012/13: SfU10, rskr. 2012/13:277.

¹³ Bet. 2011/12: SfU14, rskr. 2011/12:203.

¹⁴ Se lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.

¹⁵ Jfr 110 kap. 14 § SFB. Försäkringskassan kan även besöka den försäkrade.

¹⁶ Försäkringskassan, "Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning", Vägledning 2015:1, Version 15, beslutad 2022-01-28 är den senaste versionen av denna vägledning.

¹⁷ Förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

Huruvida Försäkringskassan säkerställt att sjukskrivningsprocessen fungerar likformigt granskas utifrån följande kriterier:

- Försäkringskassans kontrollfunktion är utformad på ett sätt som fångar upp eventuella brister i likformigheten i hälso- och sjukvårdens bedömning av arbetsförmågan, och bidrar därmed aktivt till att uppfylla målet om en långsiktigt stabil och låg nivå på sjukfrånvaro.
- Myndigheten uppmärksammar risker och analyserar huruvida förändringar inom hälso- och sjukvården påverkar likformighet och effektivitet i användningen av sjukförsäkringen.

Om analysen visar att kraven på underlagen som ligger till grund för rätten till ersättning, eller att sannolikheten för att motta ersättning, är olika beroende på om intyget är utfärdat på basis av ett digitalt läkarbesök eller via ett fysiskt läkarbesök hos en ordinarie läkare alternativt en hyrläkare, kan detta vara tecken på att Försäkringskassans kontrollverksamhet inte fungerar likformigt och effektivt.

Huruvida regeringen har säkerställt att sjukskrivningsprocessen fungerar effektivt och i enlighet med målen, givet framväxten av hyrläkare och digitala läkarbesök inom hälso- och sjukvården, bedöms utifrån följande kriterier:

- Nya förhållanden som riskerar att inverka negativt på ändamålsenlig tillämpning av sjukförsäkringen analyseras och nödvändiga regel Anpassningar initieras. Det kan handla om både egeninitierade analyser, uppdrag till myndigheter och utredningar.
- Regeringen ger Försäkringskassan resursmässiga förutsättningar för att förstärka kontrollfunktionen, om det finns fog för detta.

Huruvida Försäkringskassan och regeringen har tagit initiativ till att analysera konsekvenserna av förändringarna inom hälso- och sjukvården med utgångspunkt i framväxten av hyrläkare och digitala vårdgivare, granskas utifrån följande kriterium:

- Konsekvenserna av ovannämnda förändringar inom vården har utvärderats, antingen av Försäkringskassan på eget initiativ, eller av regeringen via regeringsuppdrag till exempelvis Försäkringskassan eller Inspektionen för socialförsäkringen.

Bedömningsgrunder för granskning av läkarintyg

Till grund för bedömningen av kvaliteten i läkarintygen ligger bestämmelser i SFB, den gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m (HSLF-FS), Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 14. Fokus ligger på bedömningen av om informationen i de granskade läkarintygen är tillräcklig för bedömning av arbetsförmåga och rätten till ersättning. En detaljerad beskrivning av kriterierna för bedömning av läkarintygen som används i granskningen finns i bilaga A.

1.4 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts av en projektgrupp bestående av Pathric Hägglund (projektledare) och Nina Granqvist. För granskning av innehållet i utfärdade läkarintyg har Malin Josephson, docent i arbets- och miljömedicin, anlitats. Per Johansson, professor i statistik vid Uppsala universitet, har agerat rådgivare i den kvantitativa delen av rapporten. Företrädare för Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Försäkringskassan har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på ett utkast till granskningsrapporten.

1.4.1 Analys av effekter på användningen av sjukförsäkringen

Huruvida förekomsten av hyrläkare påverkar den försäkrades möjligheter att beviljas ersättning från sjukförsäkringen besvaras genom kvantitativa registeranalyser med syftet att fastställa orsak- och verkansamband. Möjligheterna att mäta effekter av förekomsten av hyrläkare bedöms som goda på grund av att 1) förekomsten av hyrläkare på olika vårdenheter inte främst kan förväntas bero på patienternas hälsa och behov av vård och sjukskrivning, utan ha andra orsaker, och 2) tillgängliga registerdata är detaljrika, vilket innebär att de på ett relevant sätt kan förväntas fånga en patients hälsotillstånd.

En begränsning i analysen är att vi inte har information om huruvida en viss patient vid vårdtillfället träffar en hyrläkare eller en ordinarie läkare, utan bara om hur höga kostnaderna för inhyrda läkare är vid en viss vårdcentral en viss månad, som andel av de totala kostnaderna för läkare. Vi kan alltså på vårdcentralsnivå mäta effekterna av förekomsten av hyrläkare på patienternas sjukfrånvaro. Det innebär att en eventuell effekt sannolikt kan tillskrivas de läkare som hyrts in, även om det inte går att utesluta att effekten är resultatet av ett förändrat sjukskrivningsbeteende i gruppen av ordinarie läkarna på vårdcentralen. I analysen jämförs utvecklingen av sjukfrånvaron över tid bland patienter på en viss

vårdcentral som förändrar sin användning av hyrläkare, med patienter på vårdcentraler som inte förändrar sin användning. Ansatsen går under namnet *difference-in-difference analysis* i den internationella forskningslitteraturen.

Om analyserna visar statistiskt säkerställda effekter, som innebär att förekomsten av hyrläkare antingen ökar eller minskar sjukfrånvaron och användningen av sjukförsäkringen, är slutsatsen att hyrläkare har en negativ inverkan på likformigheten i bedömningen av arbetsförmåga. Är sambandet positivt dras därutöver slutsatsen att hyrläkare har en drivande inverkan på sjukfrånvaron, och är sambandet negativt dras den motsatta slutsatsen.

1.4.2 Granskning av läkarintygens kvalitet

Ett urval om drygt 600 läkarintyg utfärdade tidigt i sjukfallet och någon gång under 2019 har granskats i syfte att fastställa kvalitet definierat som i vilken utsträckning intyget innehåller tillräcklig information för bedömning av arbetsförmågan och rätten till ersättning. Vad som är att betrakta som tillräcklig information definieras i Försäkringskassans vägledningar för sjukpenningärenden. Granskningen genomförs av en konsult med goda kunskaper i försäkringsmedicin. En jämförelse ska göras mellan intyg som är utfärdade av läkare som träffat patienten fysiskt kontra digitalt. Huruvida intyget är baserat på ett fysiskt möte eller inte är blindat, det vill säga dolt, för den som granskar intygen.

Granskningen ska ligga till grund för slutsatser om huruvida Försäkringskassans förutsättningar för att bedöma de försäkrades arbetsförmåga har påverkats av framväxten av digitala läkarbesök. Om läkarintyg som är baserade på digitala läkarbesök i genomsnitt utgör sämre medicinska underlag än intyg som är utfärdade på basis av läkarbesök på en vårdcentral, är detta en indikation om att så är fallet. Granskningen omfattar inte överprövning av Försäkringskassans beslut om ersättning i enskilda ärenden.

1.4.3 Granskning av Försäkringskassans arbete med att säkerställa nödvändig information före beslut om ersättning

Frågor om hur Försäkringskassan kompletterar information från bristfälliga läkarintyg och säkerställer att nödvändig information finns för beslut om rätten till ersättning, besvaras genom kvantitativa analyser av hur Försäkringskassans handläggare genomför utredningar av den försäkrade och begär kompletteringar från läkaren, samt över lag tar kontakt med läkaren, den försäkrade och den försäkrades arbetsgivare. Analysen är baserad på dels registeruppgifter från Försäkringskassans databaser, dels en genomgång av akter i sjukpenningärenden.

Därutöver granskas huruvida myndighetens beslutsunderlag och interna processer samt deras tillämpning har anpassats till nya förutsättningar inom hälso- och sjukvården.

1.4.4 Granskning av analys- och beslutsunderlag

Granskningen av regeringens styrning baseras primärt på dokumentstudier. Såväl interna analysunderlag som uppdrag till exempelvis Socialstyrelsen granskas med utgångspunkt i (1) bedömningar av hur förändringar inom hälso- och sjukvården kommer att inverka på användningen av sjukförsäkringen, och (2) uppföljning av konsekvenser av dessa förändringar, exempelvis avseende kostnadsutvecklingen inom utgiftsområdet.

Dokumentstudier används även vid granskningen av Försäkringskassans och Inspektionen för socialförsäkringens insatser. Underlag kommer att granskas med utgångspunkt i vilken mån myndigheterna har beaktat riskerna med framväxten av hyrläkare och digitala läkarbesök för tillämpningen av sjukförsäkringen, samt i vad mån respektive myndighet har tagit initiativ till att utreda dess konsekvenser.

1.5 Definitioner och avgränsningar

I rapporten definieras en *hyrläkare* som en läkare som tillfälligt arbetar på en vårdcentral eller annan vårdenheter för att fylla en vakans som inte kunnat tillsättas med fast personal. Med läkarintyg som är utfärdade efter ett digitalt läkarbesök avses i det empiriska underlaget läkarbesök hos en digitalt profilerad vårdgivare, det vill säga en nätläkare. Läkarintygen från denna vårdgivare behöver inte vara representativa för intyg från alla digitalt profilerade vårdgivare, eller för intyg som är utfärdade inom den digifysiska vården som bedrivs där man erbjuder både digitala och fysiska vårdkontakter. Generella slutsatser om kvaliteten i läkarintyg som är utfärdade efter ett digitalt läkarbesök ska alltså dras med viss försiktighet.

I rapporten fokuseras på utfall inom ramen för sjukförsäkringen; vi analyserar alltså hur förekomsten av hyrläkare och digitala läkarbesök inverkar på framför allt sjukfrånvaron. En viktig orsak till denna avgränsning är att denna aspekt inte har belysts tidigare. Riksrevisionens granskning kan därmed ses som ett komplement till tidigare utredningar, där granskningen fokuserar på orsak- och verkansamband mellan förändringar i vården och användningen av sjukförsäkringen.

En annan viktig avgränsning är att den granskade perioden avser tiden före covid-19-pandemins utbrott i Sverige, det vill säga före 2020. Uppgifter avseende 2020 (se avsnitt 3.2.1) används enbart i beskrivande syfte. Analysen av läkarintyg avser 2019 medan analysen med fokus på hyrläkare avser perioden 2007–2018.

Givet att det saknas ett nationellt vårdregister avgränsas granskningen av hyrläkarnas inverkan på sjukförsäkringen till Region Skåne, där ett sådant register finns tillgängligt sedan 2007. Slutsatser på nationell nivå måste därför dras med viss försiktighet. Ytterligare en avgränsning är att analysen enbart avser hyrläkare som är kopplade till primärvård i offentlig regi.

Granskningen av Försäkringskassans arbete med att följa upp bristfälliga läkarintyg avgränsas till intyg som omfattar kortare sjukskrivningar, 4–29 dagar, som inkom tidigt i sjukfallet (inom två månader från sjukfallsärendets start). Anledningen är att nätläkare under 2019 i typfallet bara utfärdade intyg som omfattade kortare sjukskrivningar i början av sjukfallet. Därutöver är de granskade intygen avgränsade till försäkrade som har ett arbete och till dem där läkaren bedömer att arbetsförmågans nedsättning motsvarar 100 procent.

Ett förtydligande, avslutningsvis, är att granskningen inte omfattar absoluta utsagor om huruvida de bedömningar som gjorts av rätten till ersättning har varit rätt eller fel ur ett försäkringsperspektiv. Anledningen är att såväl läkare som handläggare på Försäkringskassan har ett betydande bedömningsutrymme. I analysen av hyrläkare kommer emellertid effekterna på sjukfrånvaron att sättas i relation till effekterna på andra hälsomått.¹⁸ På så vis ges möjlighet till att dra indirekta slutsatser om korrektheten i bedömningarna. Om exempelvis förekomsten av hyrläkare ökar sannolikheten för sjukskrivning, utan att andra hälsomått påverkas i en riktning mot bättre hälsa för patienterna, finns anledning att misstänka att den ökade sjukfrånvaron inte har sin grund i patienternas arbetsförmåga utan snarare i en mindre strikt bedömning av arbetsförmågan.

¹⁸ Hälsa kan mätas på flera sätt och måtten skiljer sig åt i graden av subjektivitet, det vill säga med avseende på i vilken utsträckning individens preferenser kan få genomslag i måttet (O'Donnell, 2009). Det mest subjektiva måttet på hälsa är självskattad hälsa. Därefter följer besök i primärvård eller hos en läkare i primärvården, något som till fullo sker på individens eget initiativ. Konsumtion av läkemedel och sjukskrivning är mindre subjektiva mått på hälsa, eftersom de kräver en bedömning av läkare. Besök hos en specialist och slutenvård är att betrakta som relativt objektiva mått på hälsa. Besök hos en specialist kräver i typfallet en remiss, det vill säga att en läkare gjort en bedömning av patienten. Det mest objektiva måttet på hälsa är mortalitet, det vill säga dödlighet.

2 Läkarens och Försäkringskassans roller i sjukskrivningsprocessen

I kapitlet redogörs för läkarnas och Försäkringskassans roller i sjukskrivningsprocessen, samt för utmaningar med arbetsförmågebedömning inom ramen för sjukförsäkringen. Hälso- och sjukvården (läkaren) och Försäkringskassan är två av sjukskrivningsprocessens huvudaktörer (individen och arbetsgivaren är de övriga). En viktig slutsats är att arbetsförmågan inte är fullt observerbar och mätbar. Av den anledningen är aktörernas drivkrafter för att agera i enlighet med sjukförsäkringens intentioner avgörande för nivån på, och utvecklingen av, sjukfrånvaron.

2.1 Risker och utmaningar i bedömningen av arbetsförmåga

Det grundläggande utmaningen i bedömningen av arbetsförmågan är att den inte är fullt observerbar och därför inte fullt mätbar. Begrepp såsom sjukdom och arbetsförmåga saknar absoluta definitioner, och därutöver försvåras diagnossättandet av att sjukdomar kan uppträda på olika sätt för olika personer.¹⁹ I många fall kan patientens egen beskrivning av symtom och besvär få avgörande betydelse för läkarens bedömning, i synnerhet vid psykisk ohälsa där objektiva undersökningsfynd ofta saknas.²⁰ I en granskning från Riksrevisionen beskriver läkare att patienter ofta kan påverka om läkaren utfärdar läkarintyg eller inte vid psykisk ohälsa.²¹ Om patienten vill bli sjukskriven, och läkaren inte bedömer det som helt orimligt och obefogat, kan läkaren gå med på att utfärda ett läkarintyg. Vidare framkommer att läkaren sällan eller aldrig har kontakt med patientens arbetsgivare och att den ende som kan beskriva vilka arbetsuppgifter som ska utföras och vilka villkor som omgärdar arbetet är patienten själv. Detta försämrar handläggarens möjligheter att bedöma individens möjligheter att arbeta.

Det faktum att de olika aktörerna i sjukskrivningsprocessen (i första hand individen, arbetsgivaren, Försäkringskassan, och hälso- och sjukvården) kan förväntas ha olika mycket information om individens arbetsförmåga ger upphov till så kallad *moralisk risk*, där aktörerna agerar för egen vinning i stället för försäkringens bästa. Omfattande forskning visar att användningen av sjukförsäkringen påverkas av bland annat ersättningsnivå, graden av kontroll i

¹⁹ ESO, *Sjukskrivningarnas anatomi – En ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*, 2016.

²⁰ Ibid.

²¹ Riksrevisionen, *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, 2018.

systemet och normer i samhället för sjukskrivning, utöver arbetsförmåga på grund av sjukdom.²²

Vårdvalssystemets införande i hälso- och sjukvården 2010 innebar att patientens position i förhållande till läkaren förstärktes. Syftet med vårdvalet var att förbättra vårdkvalitet och tillgänglighet genom att dels underlätta etablering av nya vårdgivare, dels ge patienten möjlighet att välja vårdgivare inom landstinget. Patientens ökade inflytande i kombination med nya etableringar förstärkte konkurrensen mellan vårdgivare. Detta är inte problemfritt mot bakgrund av att läkarens professionella bedömning av behovet av läkemedel och sjukskrivning kan hamna i konflikt med patientens efterfrågan på läkemedel och sjukskrivning. Forskning har också indikerat att läkare kan utfärda läkarintyg för att tillgodose patientens önskemål utan att anse det vara medicinskt motiverat, en mekanism som vårdvalet således riskerade att förstärka.²³ Inspektionen för socialförsäkringen konstaterar att vårdvalets införande i Stockholms län innebar en ökning av både antalet påbörjade sjukskrivningar och längden på de långa ersättningsperioderna.²⁴

En viktig slutsats är att utformningen av drivkrafterna för varje aktör i sjukskrivningsprocessen är avgörande för användningen av sjukförsäkringen. Ur detta perspektiv är det intressant att konstatera att inga systematiska uppföljningar genomförs av olika vårdgivares utfärdande av läkarintyg.²⁵ I regleringsbrevet avseende Försäkringskassan 2021, liksom 2022, ges Försäkringskassan emellertid i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen skapa förutsättningar för systematiska uppföljningar av läkarintyg på vårdenhetsnivå.²⁶ Genom återkommande sammanställningar skulle intressanta mönster i läkarintygsskrivandet kunna upptäckas vilka i förlängningen skulle kunna avslöja felaktigheter.²⁷

²² Riksrevisionen, *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*, 2018.

²³ Se Alexandersson m.fl., *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning – resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004*, 2013, och Englund, *Hur har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? Resultat av tre praxisundersökningar bland distriktsläkare i ett svenskt landsting åren 1996, 2001 och 2007*, 2008.

²⁴ Inspektionen för socialförsäkringen, *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna*, 2014.

²⁵ ESO, *Sjukskrivningarnas anatomi – En ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*, 2016.

²⁶ Uppdraget har givits mot bakgrund av riksdagens tillkännagivande att följa upp läkarintygsskrivande (Socialförsäkringsutskottets betänkande 2019/20: Sfu 13).

²⁷ Nämnas bör även att tjänsten ”Intygsstatistik” möjliggör för personal inom hälso- och sjukvården att ta del av detaljerad statistik för en viss hälso- och sjukvårdsverksamhet, eller för en hel region, och följa upp förändringar i sjukskrivningsmönster över tid på lokal, regional och nationell nivå.

Försäkringskassan bedriver i dag ett fördjupat kvalitetssäkringsarbete i fall där det finns skäl att misstänka att läkarintyget har utfärdats på överdrivna eller felaktiga grunder.²⁸ I dessa fall granskas läkarintyget igen av ett team av läkare med särskild kompetens inom just arbetsförmågebedömning. Man kan emellertid konstatera att Försäkringskassan idag saknar skarpa verktyg för att minska förekomsten av felaktiga intyg; exempelvis har man ingen möjlighet att sanktionera läkare som återkommande utfärdar bristfälliga eller rent av felaktiga läkarintyg. Detta har också uppmärksammats i en rapport från Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.²⁹

2.2 Läkarens roll

De flesta arbetstagare får sjuklön från arbetsgivaren i de första 14 dagarna av en sjukperiod, därefter betalar Försäkringskassan ut sjukpenning. Arbetsgivaren är skyldig att betala sjuklön från och med den 8:e dagen, men endast om arbetstagaren styrker nedsättningen av arbetsförmågan genom läkarintyg. En försäkrad som är anställd behöver därmed inte visa upp ett läkarintyg under de 7 första dagarna av en sjukskrivning. Från och med dag 8 behövs emellertid ett intyg som är utfärdat av en läkare inom hälso- och sjukvården.³⁰ Ett läkarintyg ska utfärdas om läkaren bedömer att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom.³¹

²⁸ Försäkringskassan, "Svar – ISF:s rapport (2016:5) Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda", 2016.

²⁹ ESO, *Sjukskrivningarnas anatomi – En ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*, 2016.

³⁰ När det gäller personer som inte är anställda finns inte något uttryckligt krav i socialförsäkringsbalken om läkarintyg. Emellertid kan det ligga i den försäkrades intresse att uppvisa läkarintyg före dag 8 eftersom det kan behövas för att Försäkringskassan ska kunna pröva rätten till sjukpenning. Se 27 kap. 25 § första stycket socialförsäkringsbalken.

³¹ 27 kap. 2 och 25 §§ socialförsäkringsbalken.

Läkarintyget

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården ska ett läkarintyg innehålla uppgifter om vad som ligger till grund för bedömningen vid utfärdandet av intyget. Huvudregeln är att en undersökning av patienten ska ligga till grund för intyget, men det är inget krav.³² I intyget ska kontaktsätt vid undersökningen framgå, så om ett videosamtal ligger till grund för bedömningen ska detta uppges. Av de aktuella föreskrifterna framgår vidare att intygsutfärdaren, vid den bedömning som görs i samband med utfärdandet av ett intyg, endast ska uttala sig om sådana förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om.³³ Enligt uppgift från Socialstyrelsen innebär detta att vissa diagnoser som kräver att läkaren till exempel palperar (känner) eller tar vissa prover som en del av utredningen rimligtvis inte kan ställas via digitala möten. Det bör dock understrykas, menar Socialstyrelsen vidare, att den digitala eran kan innebära snabba förändringar. Exempelvis kan patienten inför ett digitalt möte ta prover på ett labb. Det är även möjligt att teknikutvecklingen medför att diagnoser som traditionellt sett ställs via fysiska besök i stället ställs via digitala besök.

Arbetsförmågan ska bedömas utifrån patientens sysselsättning. Är patienten anställd ska arbetsförmågan sättas i relation till de aktuella arbetsuppgifterna. Är patienten i stället arbetslös eller föräldraledig ska bedömningen göras i förhållande till dessa sysselsättningar. I intyget ska det framgå vilken eller vilka sjukdomar som orsakar nedsättningen av arbetsförmågan samt vilka funktioner som påverkas av sjukdomen och på vilka sätt det visar sig. I intyget ska det framgå vilken som är läkarens bedömning och vad som ligger till grund för den. Viktigt för bedömningen av rätten till ersättning är också att intyget innehåller information om vilka aktiviteter som patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom, samt en motivering till detta.

³² I Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 14, s.235 står följande: "Det ska framgå vad intyget baseras på, exempelvis om läkaren har undersökt patienten eller om intyget grundas på journaluppgifter. Ett läkarintyg ska som regel utfärdas efter att läkaren undersökt patienten. Men läkaren behöver inte undersöka patienten för att utfärda ett läkarintyg. Om läkaren har undersökt patienten ska hen dock alltid ange vilket kontaktsätt som använts (Socialstyrelsens föreskrifter [HSLF-FS 2018:54] om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården). Oavsett vad uppgifterna i läkarintyget grundas på måste du som handläggare alltid värdera om uppgifterna är tillräckliga. Kontaktsättet vid en undersökning är i sig inte avgörande för om underlaget är tillräckligt för att bedöma arbetsförmågans nedsättning. Däremot kan det påverka hur du värderar informationen i läkarintyget, eftersom en del kontaktsätt innebär begränsade möjligheter för läkaren att undersöka och observera patienten. Det gäller till exempel videosamtal. Läkarintyg utfärdas ibland av läkare som inte har hand om själva vården av patienten. Det kan till exempel vara en psykiatriker som utfärdar läkarintyg utifrån bedömningar i det vårdteam som sköter behandlingen. Det kan även gälla vid missbruksvård. Sådana läkarintyg ska hanteras och värderas på samma sätt som alla andra läkarintyg."

³³ Se 6 kap. 2 § (HSLF-FS 2018:54).

Vidare ska det i intyget framgå om patienten har någon pågående eller planerad medicinsk behandling samt hur mycket av arbetsförmågan som är nedsatt och vilken tidsperiod som intyget avser. Om arbetsförmågan bedöms vara nedsatt i längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger ska detta motiveras, om inte orsaken framgår av övrig information i intyget. Avslutningsvis ska i det intyget också anges bland annat vilken bedömning läkaren gör av patientens möjligheter att återgå till sina nuvarande arbetsuppgifter och vilka åtgärder (om några) som läkaren bedömer skulle underlätta patientens återgång i arbete.

För att göra sjukskrivningarna mer enhetliga har läkaren hjälp av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.³⁴ Beslutsstödet består av dels en övergripande vägledning för sjukskrivning, dels en uppsättning rekommendationer för olika diagnoser. Ska läkaren göra ett avsteg från beslutsstödet i det enskilda ärendet krävs en särskild motivering i underlaget till Försäkringskassan. Över lag anser läkare att det försäkringsmedicinska beslutsstödet är ett viktigt stöd i arbetet med sjukskrivningar.³⁵

2.3 Försäkringskassans roll

I sin bedömning av rätten till ersättning gör Försäkringskassan en helhetsbedömning baserat på underlaget från den försäkrades ansökan och från läkarintyget. Exempelvis psykiska sjukdomar kan ibland vara svåra för läkaren att verifiera objektivt, dock är inte objektiva undersökningsfynd ett krav i bedömningen av rätten till ersättning. Av förarbetena framgår att man i vissa korta sjukfall kan sänka kraven på läkarintyget (prop. 2002/03:89 s. 22 f.). Emellertid låg själva uttalandet inte till grund för något lagförslag varför Försäkringskassan i sin vägledning anser att det bör tillämpas med försiktighet. Kraven på de medicinska underlagen är således inte generellt lägre vid korta sjukfall, utan underlagen och andra relevanta uppgifter ska alltid visa att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom (Domsnytt 2019:014).³⁶

Om underlaget från läkaren är bristfälligt ska Försäkringskassan begära att läkaren kompletterar det. Även med ett fullgott intyg tar emellertid Försäkringskassan ofta kontakt med den försäkrade via en så kallad *telefonutredning*. I en sådan kan handläggaren klargöra förutsättningarna för återgång i arbete eller sysselsättning

³⁴ Socialstyrelsen, "Försäkringsmedicinskt beslutsstöd", hämtad 2019-05-20.

³⁵ Svärd m.fl., Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg, 2018.

³⁶ Försäkringskassans vägledning 2015:1 version 14, s. 65 f.

samt informera om regelverket och skyldigheten att meddela ändrade förhållanden. Försäkringskassans uppdrag i sjukskrivningsprocessen är därutöver att samverka med hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, arbetsgivaren och andra aktörer och att samordna rehabiliteringsinsatser.³⁷

Om Försäkringskassan anser att mer fördjupad information än läkarintyget är nödvändig för att bedöma individens arbetsförmåga har regionerna en lagstadgad skyldighet att tillhandahålla en försäkringsmedicinsk utredning.³⁸ Den som för tillfällets erbjuds är en så kallad aktivitetsförmågeutredning (AFU), vars syfte är att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar och framhålla eventuellt kvarvarande aktivitetsförmåga. Den arbetsförmåga som bedöms i en AFU avser vad som krävs i ett normalt förekommande arbete, det vill säga den arbetsförmågebedömning som ska göras efter dag 180 i sjukfallet.

Avslutningsvis kan noteras att läkarens och hälso- och sjukvårdens bedömningar och rekommendationer i de flesta fall är avgörande, även om det är Försäkringskassan som fattar det slutgiltiga beslutet om rätt till ersättning. Bara mellan 1,1 och 3,7 procent av alla nyansökningar om sjukpenning per år har sedan 2006 lett till ett beslut om avslag.³⁹

³⁷ Försäkringskassan "Vårt uppdrag inom sjukförsäkringen", hämtad 2019-05-20. Se 110 kap. 13–13 a §§ socialförsäkringsbalken om kompletteringar och samordningsuppdrag. Om rehabilitering, se 30 kap. 8–11 §§ socialförsäkringsbalken.

³⁸ 2 § lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.

³⁹ Uppgifter om avslag går att finna i Försäkringskassans årsredovisningar.

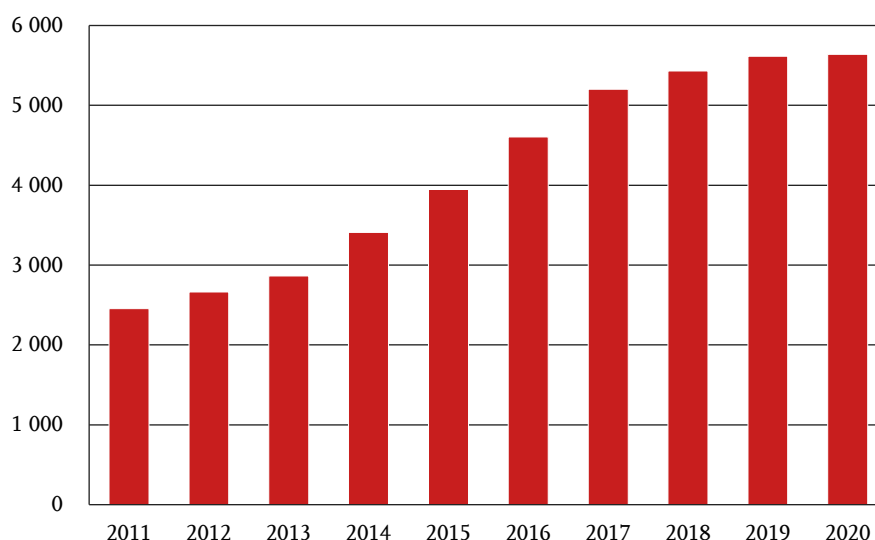
3 Hyrläkare och nätläkare inom hälso- och sjukvården

I kapitlet beskrivs utvecklingen inom hälso- och sjukvården med utgångspunkt i framväxten av hyrläkare och nätläkare.

3.1 Hyrläkare

Regionernas, tidigare landstingens, kostnader för hyrpersonal, där läkarna står för den största delen, har ökat tydligt sedan 2011 och uppgick 2020 till 5,6 miljarder kronor (se diagram 1). Utvecklingen i absoluta tal har avstannat något under senare år medan andelen i procent av de totala personalkostnaderna har sjunkit något sedan 2017, från 3,8 procent till 3,6 procent.⁴⁰ Förekomsten av hyrpersonal varierar stort mellan regionerna, från 2,0–2,5 procent i Uppsala, Västra Götaland, Örebro och Skåne, till över 11,5 procent i Västernorrland.

Diagram 1 Kostnader för inhyrd personal inom vården 2011–2020, miljoner kronor



Källa: SKR.

⁴⁰ SKR, "Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2020 I jämförelser med helår/2019 samt halvår 2/2019", 2021.

Det finns flera anledningar till framväxten av hyrpersonal inom hälso- och sjukvården. I utredningen *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42) lyfts särskilt demografiska faktorer fram såsom stora pensionsavgångar kombinerat med svårigheter att ersätta den personalen med motsvarande kompetens, ökat vårdbehov, ökad efterfrågan och dålig arbetsmiljö samt bemanningsföretag som erbjuder högre löner och större flexibilitet än vad vården annars gör.

Socialstyrelsen bedömer att personal- och kompetensbristen inom hälso- och sjukvården kommer vara en utmaning framöver.⁴¹ I en undersökning konstaterar myndigheten att samtliga regioner redovisar brist på sjuksköterskor och barnmorskor, men också allmänläkare. Redan 2013 konstaterade Läkarförbundet att det saknades 1 400, motsvarande 30 procent, specialistläkare inom primärvården.⁴² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att var femte läkare inom primärvården antingen är vikarie eller hyrläkare, och att ungefär hälften av vårdcentralerna skulle vilja anställa fler läkare, och skulle ha råd med det.⁴³

Användandet av hyrläkare medför inte bara en direkt kostnad för regionerna i förhållande till att ha ordinarie personal.⁴⁴ SKL konstaterar att den största utmaningen består i att skapa trygghet, kontinuitet och säkrare vård för patienterna.

Där det ständigt kommer in ny vårdpersonal ökar risken för fel. För många, inte minst äldre och kroniskt sjuka som ofta söker vård, är det en trygghet att möta samma vårdpersonal, personer som har god kunskap om patienterna och deras behov. Inhyrd personal bidrar inte till att utveckla och effektivisera vården. Med fler egna medarbetare och en mer sammanhållen arbetsgrupp förbättras också arbetsmiljön för personalen och möjligheterna att utveckla verksamheten.⁴⁵

⁴¹ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

⁴² Läkarförbundet, "Kartläggning visar akut läkarbrist i primärvården", 2013, hämtad 2022-02-28.

⁴³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018.

⁴⁴ Beräkningar som genomförts visar att merkostnaden för att ha inhyrd personal i Region Örebro län uppgår till cirka 40 procent av den faktiska kostnaden (se SOU 2019:42, s. 29).

⁴⁵ SKL, *Projekt – Oberoende av inhyrd personal – Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016–2018*, 2019.

IVO slår vidare fast att ”det råder inga tvivel om att landstingens beroende av bemanningsföretag och bristande läkarkontinuitet påverkar primärvårdens vårdkvalitet, patientsäkerhet, arbetsförhållanden och kostnader negativt”.⁴⁶

Regionerna har vid upprepade tillfällen enats om att minska inhyrningen av personal.⁴⁷ Senast 2016 kom samtliga landsting och regioner överens om ett mål om att bli oberoende av inhyrd personal i hälso- och sjukvården senast den 1 januari 2019.⁴⁸ Syftet med målet var att säkerställa en ”kontinuerlig, säker, trygg och kostnadseffektiv vård”. Trots målet har kostnaderna fortsatt öka, om än i lägre takt. Regeringen tillsatte utredningen ”Ordning och reda i vården” (dir. 2017:128), bland annat med uppdraget att ”kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att minska användandet av inhyrd vårdpersonal”.

Om hyrpersonal och hög personalomsättning via sämre kontinuitet och försämrad patientsäkerhet kan förväntas ha en negativ inverkan på den vård som erbjuds, är det mer osäkert hur patienterna påverkas när det gäller utfärdande av läkarintyg. En hypotes är att inhyrda läkare skulle vara mindre benägna att gå i konflikt med en patient som vill bli sjukskriven eftersom läkaren ändå bara är där en kortare tid. En studie har exempelvis konstaterat att hyrläkare tenderar att skriva ut antibiotika oftare än andra läkare.⁴⁹ En annan möjlig hypotes är att inhyrda läkare, utan tidigare relation till patienten, skulle ha lättare att gå emot patientens vilja i frågan om sjukskrivning. Detta skulle alltså ha en dämpande inverkan på sjukfrånvaron. Huruvida inhyrda läkare har en drivande eller dämpande inverkan på sjukfrånvaron är således en empirisk fråga som kommer att analyseras i kapitel 4.

3.2 Digitala läkarbesök

Digitala vårdbesök och digitalt profilerade vårdgivare är förhållandevis nya fenomen inom hälso- och sjukvården. Det är också ett föränderligt område där användningen, inte minst i och med covid-19-pandemin, vuxit kraftigt bara under 2020.⁵⁰ Därutöver erbjuder stora nätläkare numera fysisk vård på vårdcentraler, och inte bara digital vård. I SOU 2019:42 konstateras att det ur ett patientperspektiv

⁴⁶ IVO, Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen inom primärvården, 2016.

⁴⁷ SOU 2019:42, s. 398.

⁴⁸ SKL, *Projekt – Oberoende av inhyrd personal – Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016–2018*, 2019.

⁴⁹ Dagens Medicin, ”Hyrläkare ger mest antibiotika”, 2015.

⁵⁰ Sveriges Kommuner och Regioner, *Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020*, 2021.

finns mycket positivt i en digital utveckling, inte minst vad gäller effektivitet och tillgänglighet. För vårdpersonal finns också en möjlighet till ökad flexibilitet och bättre arbetsmiljö. I utredningen konstateras emellertid att ett stort problem med dagens digitala vård inom primärvården är bristen på integration mellan olika verksamheter. Det handlar delvis om möjligheten att dela information om patienten mellan olika vårdgivare inom ett och samma it-system. En ökande mängd patientdata fördelas mellan informationssystem som inte talar med varandra, som en konsekvens av att patienter kan röra sig fritt mellan regioner men inte deras dokumentation. Det handlar också om att utföraren erbjuder alla delar av vården, det vill säga såväl fysiska som digitala kontaktvägar, vilket brister i dag.

Regeringen och SKR har tagit fram en vision om att Sverige ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringen och e-hälsans möjligheter 2025.⁵¹ Digitala vårdbesök skulle kunna vara en given del i en sådan strategi givet att de kan avlasta den fysiska vården. En studie från Region Skåne antyder emellertid att användare av digitala vårdbesök kontaktar den fysiska primärvården oftare än andra.⁵² Studier har också pekat på risken för att digitala vårdbesök kan leda till att mer nödvändig vård trängs undan till förmån för vård av enklare besvär.⁵³ Olika patientgrupper kan också tänkas ha olika digitala vana, vilket kan leda till större olikheter i tillgången till vård.

Eftersom ett nationellt register över besök inom primärvården saknas går det inte att få en fullständig bild av omfattningen av digitala vårdbesök. Emellertid hade några av de största privata vårdgivarna som erbjöd offentligt finansierad digital vård för hela befolkningen, genom systemet för utomlänsvård, 2016–2017 ett avtal med Region Jönköping. Sedan 2018 har dessa vårdgivare valt att etablera sig i Region Sörmland. Genom att använda statistik från dessa regioner kan man få en god uppfattning om hur användningen av digitala vårdbesök har utvecklats under denna period. SKR (2021) konstaterar att det 2020 togs 2,3 miljoner digitala vårdkontakter varav majoriteten, 1,5 miljoner, var kontakter med läkare. Detta motsvarar cirka 11 procent av samtliga läkarkontakter inom primärvården. Jämfört med 2019 skedde en 100-procentig ökning av antalet digitala vårdkontakter 2020. Ett fåtal aktörer, Kry, Min Doktor, Doktor.se och Doktor24, dominerar och står för 84 procent av marknaden av digitala vårdtjänster. Som väntat finns en

⁵¹ Socialdepartementet, "Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård", 2016.

⁵² Ellegård och Kjellson, "Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral. Användare av digitala vårdtjänster kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra och gjorde inte färre akutbesök", *Läkartidningen*, 2019.

⁵³ Se ESO, *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården*, 2018, och Ashwood m.fl. "Direct-To-Consumer Telehealth May Increase Access To Care But Does Not Decrease Spending", 2017.

överrepresentation av yngre bland användarna av de digitala tjänsterna: ålderskategorin 19–29 år konsumerar 30 procent av all digital vård, att jämföra med 7 procent inom den fysiska primärvården. Inom den fysiska primärvården söker kvinnor vård 26 procent oftare än män, och inom den digitala vården är skillnaden hela 88 procent. Vidare utnyttjas de digitala vårdtjänsterna i högre grad av personer som är bosatta i storstadsregioner. Bland diagnoser är infektioner, hudproblem, urinvägsbesvär och besvär från muskler och skelett vanliga.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020) undersöker attityder till digital vård både i befolkningen och bland läkare. Resultaten visar att den kvalitetsaspekt av digitala vårdbesök som uppskattas mest i befolkningen är den kortare väntetiden till vårdbesöket. Emellertid konstateras också att de svarande, i en hypotetisk valsituation, hade föredragit att göra ett fysiskt besök inom primärvården. Enkäten till läkare inom primärvården visar att över hälften av läkarna svarar att de vill arbeta mer med digitala vårdbesök i någon utsträckning. Många ser också positivt på att digitala vårdbesök innebär att patienterna behöver resa mindre och kan få vård snabbare.

Regeringen gav 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga omfattningen av de digitala vårdtjänster som erbjuds och att lämna rekommendationer om vilken vård som är lämplig via digitala vårdtjänster. Därutöver skulle myndigheten ge förslag på hur kvaliteten ska kunna följas upp.⁵⁴ I svaret (Socialstyrelsen, 2018) sägs ingenting specifikt beträffande möjligheten att utfärda läkarintyg, emellertid formuleras fyra övergripande principer för vård och behandling som anses vara lämplig för digitala vårdtjänster: 1. Gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning förutsätter inte ett fysiskt möte. 2. Den digitala tjänsten är anpassad till den enskilde patientens behov och förutsättningar för att använda tjänsten. 3. Vårdgivaren har tillgång till tillräcklig information om patientens hälsotillstånd och sjukdomshistoria för att kunna ge en god och säker vård. 4. Nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer är möjlig.

I Socialstyrelsens rapport konstateras vidare att olika regioner tagit fram egna riktlinjer för utfärdande av läkarintyg och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel på basis av ett digitalt vårdbesök. I en internationell utblick konstaterar man också att man i Norge avråder från sjukskrivning och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel via deras digitala vårdtjänster.

⁵⁴ Regeringsbeslut S2018/01460/FS.

I Riksrevisionens kontakter med de största leverantörerna av nätläkartjänster, har framkommit att dessa vårdgivare tagit fram egna principer för utfärdande av läkarintyg för sjukskrivning. De är baserade på olika kunskapsstöd och nationella eller regionala riktlinjer, som är i sin tur är baserade på Socialstyrelsens ställningstaganden och de fyra principer om vård som är lämplig att ge digitalt som formuleras där.⁵⁵ Under 2019 tillämpade exempelvis nätläkarna en regel som innebar att man bara utfärdade läkarintyg i som mest 14 dagar och i början av sjukfallet. I och med covid-19-pandemin förändrades principerna för läkarintygsskrivande och i dag förekommer det att man utfärdar intyg som omfattar längre sjukskrivningar, ända upp till 90 dagar, även om man i typfallet bara utfärdar kortare intyg.

Riksrevisionen noterar att det i dag helt saknas kunskap om hur vanligt förekommande läkarintyg från nätläkare är, för vilka diagnoser dessa intyg utfärdas och hur långa dessa sjukfall blir.

I bilaga A redovisas information om läkarintyg som inkom till Försäkringskassan under 2019 och 2020 samt en beskrivning av dem som intyget avsåg. En slutsats är bland annat att antalet läkarintyg från nätläkare ökade kraftigt mellan åren, främst som en konsekvens av covid-19-pandemin, från drygt 3 000 intyg 2019 till omkring 13 000 stycken 2020. Det totala antalet inkomna intyg sjönk under samma period från 1,9 till 1,5 miljoner. I bilagan redovisas hur de som får läkarintyg som är utfärdade av nätläkare skiljer sig från andra försäkrade, och vilka nya patientgrupper som tillkom under pandemin.

⁵⁵ Socialstyrelsen, "Digitala vårdtjänster – Övergripande principer för vård och behandling", 2018.

4 Effekter av förekomsten av hyrläkare på användningen av sjukförsäkringen

Detta kapitel tillsammans med kapitel 5 syftar till att besvara granskningens första delfråga om huruvida Försäkringskassans kontrollverksamhet är ändamålsenligt utformad med utgångspunkt i hur framväxten av hyrläkare och digitala läkarbesök inom primärvården har inverkat på användningen av sjukförsäkringen och på de utfärdade läkarintygens kvalitet.

I detta kapitel analyseras vilka effekter förekomsten av hyrläkare på en vårdcentral har på patienternas efterföljande sjukfrånvaro. Resultaten visar att en hög jämfört med en låg andel hyrläkare på en vårdcentral har en dämpande inverkan på sjukfrånvaron för patienter som är sjukskrivna vid tidpunkten för läkarbesöket. Dessa patienter får således inte sjukskrivningen förlängd i samma utsträckning. Den beräknade effekten uppgår till cirka 20 färre sjukskrivningsdagar under det efterföljande året, motsvarande 10 procent, men ska tolkas försiktigt eftersom den är baserad på en extrapolering av resultaten. Analyser av andra hälsomått vet inget stöd för att de minskade sjukskrivningarna skulle vara resultatet av en alltför strikt bedömning av arbetsförmågan.

Förekomsten av hyrläkare förefaller inte ha någon effekt på sjukfrånvaron för patienter som *inte* är sjukskrivna vid läkarbesöket. Med andra ord finns inget som tyder på att förekomsten av hyrläkare skulle påverka i vad mån en sjukskrivning påbörjas eller inte.

4.1 Beskrivning av data och urval

I kapitlet analyseras om förekomsten av hyrläkare inverkar på patienternas sjukfrånvaro och användningen av sjukförsäkringen. Om så är fallet kan detta vara ett tecken på brister i Försäkringskassans kontrollfunktion, men det behöver inte vara så. Skillnaderna skulle också kunna bero på olika bedömningar av arbetsförmåga inom ramen för det bedömningsutrymme som läkarna har. Ett sätt att få en uppfattning om huruvida eventuella skillnader är motiverade eller inte är att studera effekterna av hyrläkare på andra hälsomått än sjukfrånvaro. Värt att notera är att Försäkringskassans handläggare inte har någon information om huruvida den läkarintygsskrivande läkaren är fast anställd eller inhyrd.

Eftersom ett nationellt register över besök inom primärvården saknas är analysen avgränsad till Skånes län, ett av få län som samlat in sådana data under en längre tid. Populationen består av individer med arbete i åldern 20–64 år som hade minst

ett läkarbesök inom den offentligt finansierade primärvården i Skånes län mellan tredje kvartalet 2007 och fjärde kvartalet 2017.⁵⁶ Uppföljningshorisonten sträcker sig till och med 2018. Totalt ingår drygt 4,5 miljoner läkarbesök och drygt 577 000 patienter i urvalet. För analysens syfte har detaljerade uppgifter om patienternas vårdbesök samkörts med kvartalsvisa uppgifter om kostnaderna för hyrläkare respektive för ordinarie läkare på de olika respektive vårdenheterna.

I bilaga B redovisas dels hur användningen av hyrläkare har utvecklats över tid, dels vilka patienter som har en relativt hög kontra låg sannolikhet för att träffa en hyrläkare. Till patienter med en relativt hög sannolikhet räknas de som besöker en vårdcentral vars kostnader för hyrläkare under det aktuella kvartalet uppgår till minst 40 procent av de totala kostnaderna för läkare. Till patienter med en relativt låg sannolikhet för att träffa en hyrläkare räknas i stället de som besöker en vårdcentral vars kostnader för hyrläkare under det aktuella kvartalet understiger 40 procent. För en utförligare beskrivning hänvisas till bilaga B. I korthet redovisas att användningen av hyrläkare i Skåne har följt utvecklingen i riket i stort, dock på en lägre nivå. År 2007 uppgick kostnaderna för inhyrda läkare till cirka 5 miljoner kronor per kvartal vilket motsvarar ungefär 2 procent av de totala utgifterna för läkare, och 2019 hade kostnaderna ökat till omkring 35 miljoner kronor per kvartal eller 10–12 procent av läkarkostnaderna. En intressant observation är att utvecklingen av andelen hyrläkare inte uppvisar något samband med varken antalet läkarbesök eller sjukpenningtalet. Detta antyder att det inte är befolkningens hälsa som driver användningen av hyrläkare, utan andra orsaker. Vidare konstateras relativt små skillnader mellan patienter med en relativt hög kontra låg sannolikhet för att träffa en hyrläkare, exempelvis med avseende på könsfördelning, ålder, inkomster och inte minst, olika mått på hälsa.

4.2 Ansats för att mäta effekter

Eftersom vi inte har information om vilken läkare som patienten träffat vid ett visst tillfälle utan bara den vårdcentral som patienten besökt, står jämförelsen i analysen i strikt mening mellan läkarbesök där sannolikheten att träffa en hyrläkare är relativt stor jämfört med relativt liten. För att kunna mäta effekter är det avgörande att förekomsten av hyrläkare inte har vuxit fram som en konsekvens av försämrad hälsa i befolkningen och ett ökat behov av vård (och sjukskrivning). Detta skulle

⁵⁶ Urvalet inkluderar varken arbetslösa eller individer som uppburit sjuk- och aktivitetsersättning under de senaste fem åren. Avgränsningarna bidrar till att göra populationen mer homogen, vilket ökar sannolikheten för att upptäcka effekter om sådana finns. Resultaten är emellertid inte känsliga för dessa avgränsningar: inkluderas dessa grupper nås kvalitativt samma resultat.

innebära problem med att särskilja effekten av hyrläkare från försämringen av hälsan och behovet av sjukskrivning.

Som konstaterades i avsnitt 3.1 förefaller den ökade förekomsten av inhyrda läkare bero på flera omständigheter, bland annat stora pensionsavgångar och bemanningsföretag som erbjuder både högre lön och större flexibilitet i arbetet. Diagram B3 (bilaga B) uppvisar därutöver inget mönster som antyder att det skulle finnas ett geografiskt samband mellan kommuners användning av hyrläkare och befolkningens hälsa mätt som sjukfrånvaro och vårdbesök.

I vad mån vårdbehovet har påverkat framväxten av hyrläkare går att pröva mer formellt i data. I tabell C1 i bilaga C presenteras resultaten från en analys av hur kvartalsvisa förändringar i hälsoindikatorer (antal sjukskrivningsdagar, vårdbesök, doser av läkemedel och dagar som inlagd) bland patienter på olika vårdcentraler samvarierar med förändringar i användningen av hyrläkare på vårdcentralerna under efterföljande kvartal. Ett positivt och statistiskt säkerställt samband skulle indikera att försämrad hälsa bland patienter som är listade på en viss vårdcentral ligger bakom en ökad användning av inhyrda läkare. Analyserna ger emellertid inget stöd för en sådan slutsats. Tvärtom återfinns inga statistiskt säkerställda samband vilket ska tolkas som att det inte går att förkasta hypotesen att förändringar i befolkningens vårdbehov *inte* har påverkat framväxten av hyrläkare. Analysen stärker uppfattningen att förutsättningarna för att kunna isolera betydelsen av hyrläkare på patienternas sjukfrånvaro torde vara goda.

I analysen jämförs utvecklingen av sjukfrånvaron över tid bland patienter på en viss vårdcentral som förändrar sin användning av hyrläkare (hög eller låg), med patienter på vårdcentraler som inte förändrar sin användning.

4.3 Förekomsten av hyrläkare dämpar sjukfrånvaron för redan sjukskrivna

I tabell 1 och 2 presenteras effekterna av en hög förekomst av hyrläkare på vårdcentralen jämfört med en låg förekomst, för sjukskrivna och för ej sjukskrivna patienter.⁵⁷ För att underlätta tolkningen motsvarar de presenterade resultaten effekten av 100 procents förekomst av hyrläkare på vårdcentralen, jämfört med

⁵⁷ Effekterna skattas med regressionsanalys (weighted least squares) där sjukskrivning är en funktion av en dummyvariabel som anger huruvida hyrläkarkostnaderna, under ett visst kvartal på en viss vårdcentral, som andel av de totala läkarkostnaderna, överstiger 0,4 samt av bakomliggande kontrollvariabler som fångar de listade patienternas karaktäristik. Resultaten har viktats med avseende på antalet läkarbesök på en vårdcentral under ett visst kvartal. Standardfelen är klustrade på vårdcentralnivå.

0 procent.⁵⁸ Eftersom detta är en extrapolering av resultaten bör storleksordningen på effekterna tolkas försiktigt.⁵⁹

Resultat från olika modeller presenteras: i den första och enklaste modellen (kolumn 2 i tabellerna) kontrolleras endast för vilken vårdcentral som patienten besökt och vilket kvartal som besöket ägde rum. I den andra modellen (kolumn 3) justeras även för eventuella skillnader i patienternas kön, ålder, utbildningsnivå, inkomster och familjesituation med mera. I den tredje och sista modellen (kolumn 3) kontrolleras därutöver också för skillnader i patienternas hälsa mätt som vårdkonsumtion (vårdbesök, läkarbesök, utskrivna läkemedel och slutenvårdsdagar) och sjukfrånvaro under de senaste åren.

I tabell 1 presenteras resultaten för sjukskrivna. De visar att effekterna av en hög, i jämförelse med en låg, förekomst av hyrläkare, minskar antalet efterföljande sjukskrivningsdagar bland patienterna. Effekten uppgår till cirka 20 dagar mindre som sjukskriven under det efterföljande året, vilket motsvarar en minskning med omkring 10 procent.⁶⁰ Noterbart är hur stabila resultaten är mellan de olika modellerna. Att kontrollera för en mängd bakomliggande faktorer med potentiell betydelse för risken för framtida sjukfrånvaro har mycket liten inverkan på resultaten. Detta stöder tesen om att förekomsten av hyrläkare på olika primärvårdsenheter främst har administrativa orsaker och inte systematiskt hänger samman med egenskaper och erfarenheter hos patienterna.

⁵⁸ I omvandlingen har det skattade effektestimatet dividerats med skillnaden i andelen hyrläkarkostnader i gruppen med hyrläkarkostnader över kontra under 0,4 av de totala hyrläkarkostnaderna. Standardfelen har beräknats med hjälp av Taylor-expansion.

⁵⁹ Omräkningen förutsätter att hela den konstaterade effekten kan härledas till hyrläkarna själva, vilket är ett antagande eftersom det inte går att utesluta att de helt eller delvis beror på förändringar i benägenheten att utfärda läkarintyg bland de ordinarie läkarna på vårdcentralen.

⁶⁰ Det genomsnittliga antalet dagar som sjukskriven under det efterföljande året för patienter som var sjukskrivna vid läkarbesöket var 195.

Tabell 1 Effekter av förekomsten av hyrläkare på antalet sjukskrivningsdagar, sjukskrivna

	Estimat (st.fel)	Estimat (st.fel)	Estimat (st.fel)
Effekt på sjukskrivning (antal dagar inom 1 år)	-19,7** (9,9)	-19,2** (8,0)	-19,1** (7,5)
Kontroll för vårdcentral och kvartal (löpande)	X	X	X
Kontroll för bakomliggande faktorer (kön, ålder, utbildning mm.)	-	X	X
Kontroll för hälsa – vårdkonsumtion och sjukskrivning inom ett år bakåt i tiden	-	-	X

Anm.: Resultat från skattningar med WLS (weighted least squares) av sjukskrivning som en funktion av en dummyvariabel som indikerar att hyrläkarkostnaderna, som andel av de totala läkarkostnaderna, överstiger 0,4 samt bakomliggande kontrollvariabler. De redovisade estimaten och standardfelen är approximationer baserade på dessa skattningar.

*Skattningarna avser perioden 2007–2017. Standardfel klustrade på vårdenhetsnivå. Antal observationer (vårdenheter • kvartal): 3 959, antal kluster (vårdenheter): 161. Resultaten har viktats avseende antalet läkarbesök på en vårdenhet under ett visst kvartal. ** indikerar statistisk signifikans på 5-procentsnivån.*

I tabell C2 (bilaga C) konstateras att minskningen av sjukfrånvaron återfinns bland både män och kvinnor och bland både individer med relativt god och individer med dålig hälsa mätt som antalet vårdbesök och sjukskrivningsdagar under det senaste året. Dock framgår att minskningen främst avser individer med låg utbildning och jämförelsevis låg inkomst samt individer med en psykiatrisk diagnos. En slutsats är därmed att framväxten av hyrläkare, i viss mån, förefaller ha minskat likformigheten i användningen av sjukförsäkringen. Dock bör det noteras att det utifrån resultaten inte går att avgöra huruvida minskningen av sjukfrånvaron för dessa grupper är motiverad med utgångspunkt i sjukförsäkringens regelverk.

Tabell 2 presenterar resultaten för gruppen patienter som inte var sjukskrivna vid tidpunkten för läkarbesöket. Denna grupp är betydligt större än gruppen sjukskrivna som bara stod för 11 procent av läkarbesöken och utgjorde 14 procent av patienterna. Det innebär att effekterna kan skattas med mindre osäkerhet. Trots detta återfinns inga statistiskt säkerställda effekter av att träffa en hyrläkare. Än en gång är resultaten mycket lika mellan de olika modellerna.

Tabell 2 Effekter av förekomsten av hyrläkare på antalet sjukskrivningsdagar, ej sjukskrivna

	Estimat (st.fel)	Estimat (st.fel)	Estimat (st.fel)
Effekt på sjukskrivning (antal dagar inom 1 år)	-0,8 (1,2)	-1,3 (1,1)	-1,2 (1,1)
Kontroll för vårdcentral och kvartal (löpande)	X	X	X
Kontroll för bakomliggande faktorer (kön, ålder, utbildning mm.)	-	X	X
Kontroll för hälsa – vårdkonsumtion och sjukskrivning inom ett år bakåt i tiden	-	-	X

Anm.: Resultat från skattningar med WLS (weighted least squares) av sjukskrivning som en funktion av en dummyvariabel som indikerar att hyrläkarkostnaderna, som andel av de totala läkarkostnaderna, överstiger 0,4 samt bakomliggande kontrollvariabler. De redovisade estimaten och standardfelen är approximationer baserade på dessa skattningar. Skattningarna avser perioden 2007–2017. Standardfel klustrade på vårdenhetsnivå. Antal observationer (vårdenheter • kvartal): 3 977, antal kluster (vårdenheter): 163. Resultaten har viktats avseende antalet läkarbesök på en vårdenhet under ett visst kvartal.

I tabell C3 (bilaga C) presenteras resultaten med avseende på andra hälsomått än sjukfrånvaro, närmare bestämt antalet vårdbesök, mängden förskrivna läkemedel, antalet slutenvårdsdagar och mortalitet, allt mätt inom ett år från läkarbesöket. För sjukskrivna återfinns inga statistiskt säkerställda effekter, vilket innebär att den lägre sjukfrånvaron inte åtföljs av vare sig bättre eller sämre hälsa mätt med dessa mått.⁶¹ Ingenting tyder således på att hyrläkarnas bedömningar skulle ha varit för strikta i förhållande till sjukförsäkringens regelverk. För försäkrade som inte var sjukskrivna vid läkarbesöket återfinns inget tydligt mönster. Visserligen syns en statistiskt säkerställd minskning av antalet vårdbesök som en konsekvens av att ha träffat en hyrläkare, men i övrigt återfinns inga tydliga resultat.

Eftersom resultaten inte är baserade på ett randomiserat experiment där slumpen fått avgöra om en patient träffat en hyrläkare eller inte, är det viktigt att pröva de antaganden som ligger till grund för den valda ansatsen. Resultatens tillförlitlighet har prövats på olika sätt och redovisas i bilaga C. En sammanfattande slutsats från dessa analyser är att de redovisade resultaten förefaller vara robusta och trovärdiga.

⁶¹ Ett tecken på att bedömningen är för strikt är att hälsan bland dem som nekas ersättning påverkas negativt i genomsnitt i jämförelse med om samma grupp i stället hade beviljats ersättning. I Riksrevisionen (2018) redovisas ett sådant exempel, *Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa*, RiR 2018:9, 2018.

5 Granskning av hur digitala läkarbesök inverkar på läkarintygens kvalitet

I detta kapitel analyseras om kvaliteten på läkarintyg utfärdade på basis av ett digitalt läkarbesök skiljer sig från kvaliteten på läkarintyg utfärdade av läkare på vårdcentral. Dessutom undersöks i vad mån Försäkringskassan förmår fånga upp eventuella skillnader i kvaliteten. Liksom föregående kapitel knyter analysen an till granskningens första delfråga om huruvida Försäkringskassan säkerställt en likformig sjukskrivningsprocess givet framväxten av hyrläkare och digitala läkarbesök inom primärvården. Av metodologiska skäl är det inte, som i föregående kapitel, möjligt att analysera effekter på användningen av sjukförsäkringen, åtminstone inte direkt. Genom att granska läkarintygens kvalitet samt hur Försäkringskassan agerar i händelse av skillnader mellan intyg utfärdade på basis av ett digitalt respektive fysiskt läkarbesök, ges emellertid en indirekt uppfattning om hur digitala läkarbesök inverkar på sjukfrånvaron. Om läkarintyg utfärdade på basis av digitala läkarbesök är av sämre kvalitet, och Försäkringskassan inte följer upp dessa intyg i högre utsträckning, finns det fog för bedömningen att framväxten av digitala läkarbesök haft en drivande inverkan på användningen av sjukförsäkringen.

I kapitlet konstateras att en betydande andel av de granskade läkarintygen inte på ett tydligt sätt innehåller den information som är nödvändig för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rätten till ersättning. Bristerna avser framför allt beskrivningen av aktivitetsbegränsningen, de fynd som gjorts under undersökningen och grunden för läkarens bedömning. I dessa avseenden återfinns också tydliga skillnader mellan intyg som är utfärdade på basis av digitala läkarbesök och de som bygger på fysiska läkarbesök, där de förstnämnda genomgående är sämre. De är också sämre när det gäller uppgifter om vilken eller vilka funktioner som är nedsatta.

Vidare visar granskningen att Försäkringskassans handläggare tar kontakt med intygsutfärdande läkare, den försäkrade eller arbetsgivaren i ungefär hälften av ärendena som leder till en utbetalning av ersättning. Ingen skillnad återfinns med utgångspunkt i om läkarintyget har utfärdats på basis av ett fysiskt eller ett digitalt läkarbesök. När det gäller kontakter för att reda ut frågor om den försäkrades arbetsförmåga och arbetssituation är de vanligare i ärenden där läkarintyget har utfärdats på basis av ett fysiskt läkarbesök. Frågetecken finns således om i vad mån Försäkringskassan följer upp läkarintyg som är utfärdade på basis av ett digitalt läkarbesök i tillräcklig utsträckning. Avslutningsvis kan konstateras att en hög

andel (40 procent i urvalet) av ärendena som skapas på Försäkringskassan på grund av ett läkarintyg som är utfärdat på basis av ett digitalt läkarbesök, skapas i onödan i så måtto att ansökan om sjukpenning i själva verket avser perioden då den försäkrades arbetsgivare står för ersättningen. Detta är en konsekvens av att intyg som är utfärdade av digitalt profilerade vårdgivare oftare avser kortare sjukskrivningsperioder i början av ett sjukfall. Felaktigt initierade ärenden innebär ett merarbete för Försäkringskassan.

5.1 Beskrivning av läkarintygen

Syftet med granskningen av läkarintyg är att besvara frågan om huruvida intygen ger tillräcklig information för bedömning av rätten till ersättning. För att kunna bedöma om en person har rätt till sjukpenning behöver Försäkringskassan ett läkarintyg som ger en medicinsk förklaring till varför personen inte kan arbeta. I läkarintyget ska det framgå vad som framkommit vid undersökning och utredning av patienten, vilka funktioner som påverkas av sjukdomen och på vilka sätt det visar sig. Det ska även framgå från vem en uppgift kommer, om det är intygsutfärdarens egen uppgift eller om den härrör från någon annan. Vidare ska det framgå vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som är uppgifter som ligger till grund för den.

Viktigt att komma ihåg är att kvaliteten i ett läkarintyg inte säger allt om bedömningsläget i ett enskilt ärende, och därmed inte allt om rätten till ersättning. Värdefull information i ett ärende kan, förutom via läkarintyget, också inkomma i ansökan om ersättning, i samtal med den försäkrade eller via andra underlag. Det är alltså inte självklart att en skriftlig komplettering av ett läkarintyg borde begäras bara för att intyget är ofullständigt.

I granskningen ingår ett urval om 606 läkarintyg som inkom till Försäkringskassan under 2019.⁶² Avgränsningar har gjorts till intyg som, 1) inkom inom två månader från sjukfallsärendets start, 2) anger att den försäkrade har arbete, 3) anger att läkaren bedömer nedsättningen av arbetsförmåga till 100 procent och, 4) gäller 4–29 dagar. Inom ramen för dessa avgränsningar har slumpmässiga urval om drygt 300 läkarintyg gjorts baserat på besök hos fysiska respektive digitala vårdgivare.⁶³

⁶² Samtliga intyg avser digitala läkarintyg av version 7804.

⁶³ Sammanlagt har vi identifierat 3 143 intyg från digitalt profilerade vårdgivare 2019, varav 1 571 inkom på den aktuella läkarintygsblanketten (7804). Efter avgränsningar med avseende på att den försäkrade måste vara i arbete och ha en nedsättning av arbetsförmågan som bedömts vara 100 procent, samt diagnos och intygets längd, är antalet nere i 366 intyg. Bland intyg utfärdade hos fysiska vårdgivare förekommer några intyg som baserats på telefonkontakt med den försäkrade eller på journalanteckningar.

Noterbart är att avgränsningen till intyg tidigt i sjukfallet innebär att en relativt stor andel av intygen, åtminstone delvis, avser sjuklöneperioden, det vill säga den del av sjukskrivningen då arbetsgivaren och inte Försäkringskassan står för ersättningen.⁶⁴ I vissa fall händer det att hälso- och sjukvården skickar läkarintyget även till Försäkringskassan trots att intyget bara avser sjuklöneperioden. Formellt är det inte lägre krav på läkarintyg som bara avser sjuklöneperioden. Om intyget inte avser sjukpenning blir de emellertid inte granskade av Försäkringskassan. Analysen i avsnitt 5.3, där Försäkringskassans arbete med att följa upp läkarintygen och kontrollera rätten till ersättning redovisas, har avgränsats till ärenden där anspråk på sjukpenning finns och där sjukpenning betalats ut.

Därutöver ingår i granskningen endast ett fåtal diagnoser, främst akut stressreaktion (F430), reaktion på svår stress (F439) och övre luftvägsinfektion (J069). Dessa tre diagnoser utgör ungefär 85 procent av alla intyg i urvalet. Avgränsningarna gör intygen mer likvärdiga och jämförbara med avseende på vilken information som intygen borde innehålla. Avgränsningen till intyg tidigt i sjukfallet minskar också sannolikheten för att andra uppgifter, inkomna exempelvis via genomförda utredningar eller avstämningsmöten, ska ha någon betydelse.

Av de 606 intygen har 301 utfärdats på basis av ett digitalt läkarbesök, resterande 305 har utfärdats av en vårdgivare som träffar patienter fysiskt. Information om vilken typ av läkare som utfärdat intyget har blindats, det vill säga dolts, för granskaren så att denne ska vara så objektiv i sin bedömning som möjligt.

I den elektroniska bilagan som är kopplad till denna rapport redovisas enkätens frågemall och de bakomliggande definitionerna till svarsalternativen ”Ja”, ”Nej” och ”Nja” i respektive fråga. I korthet innebär svaret ”Ja” att intyget innehåller den aktuella informationen, ”Nej” att det inte gör det och ”Nja” innebär att intyget är otydligt. I tabell D1 (bilaga D) redovisas bakgrundsinformation från läkarintygen, det vill säga information som inte har använts i granskningen av kvalitet men som eventuellt ändå kan bidra till tolkningen av resultaten. Först kan konstateras att läkarintygen som är baserade på ett digitalt läkarbesök i genomsnitt omfattar kortare sjukskrivningar än intyg från läkare på vårdcentraler. Skillnaden finns oavsett diagnos men är tydligast för de psykiatriska diagnoserna (se tabell 5). Längdskillnaden ska ses i ljuset av att nätläkare 2019 endast i undantagsfall utfärdade intyg för mer än 14 dagar. Skillnaden skulle emellertid också kunna bero

⁶⁴ En indikation på att ett läkarintyg innebär ett anspråk på sjukpenning är att ett ärende initieras i Försäkringskassans interna administrativa system. Detta förekommer i 50 procent av läkarintygen som är utfärdade av nätläkare, jämfört med 70 procent blandintygen från läkare på vårdcentral.

på att arbetsförmågenedsättningen bland patienter som träffade läkaren digitalt i genomsnitt var lägre än bland övriga patienter. En jämförelse av tidigare sjukfrånvaro mellan patienterna ger emellertid inget stöd för en sådan hypotes, utan skillnaderna mellan grupperna är tvärtom små och inte statistiskt säkerställda.⁶⁵ Avslutningsvis kan noteras att en högre andel av intygen som är baserade på ett läkarbesök på vårdcentral, 13 procent jämfört med 1 procent av intygen som är baserade på ett digitalt läkarbesök, har en längd som överstiger de försäkringsmedicinska riktlinjerna.

5.2 Läkarityg baserade på ett digitalt läkarbesök är mer bristfälliga

I tabell 3 och 4 presenteras resultaten från granskningen av intygen. Av ett läkarityg ska det tydligt framgå på vilket sätt sjukdomen sätter ner funktionsförmågan och arbetsförmågan. Granskningen visar att det i de allra flesta intyg (9 av 10) framgår att det är en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan. Likaså innehåller nästan samtliga intyg uppgifter om vilken eller vilka funktioner som är nedsatta. Här finns emellertid en liten men statistiskt säkerställd skillnad i så måtto att intygen som utfärdats efter ett digitalt läkarbesök i mindre utsträckning innehåller denna information.

Betydligt större brister i intygen kan konstateras när det gäller i vad mån aktivitetsbegränsningen finns beskriven. I detta avseende finns också tydliga skillnader mellan intyg utfärdade som är efter ett fysiskt respektive ett digitalt besök hos läkaren, såtillvida att de sistnämnda bara ger en tillfredsställande beskrivning i knappt 40 procent av ärendena medan motsvarande andel bland läkarna på vårdcentraler är drygt 50 procent. Skillnaden är statistiskt säkerställd (kolumn 6) och kan härledas till diagnosen akut stressreaktion, men för övriga diagnoser återfinns ingen statistiskt säkerställd skillnad (tabell 4). På motsvarande sätt är en hög andel läkarityg bristfälliga när det gäller uppgifter om vilka arbetsuppgifter patienten har och vilka krav som ställs. Endast drygt 20 och 30 procent av intygen som är utfärdade efter ett digitalt respektive fysiskt läkarbesök innehåller tydlig information om detta. Även denna skillnad är statistiskt säkerställd.

⁶⁵ Noterbart är att de som träffat läkare på vårdcentral i högre utsträckning redan hade en pågående behandling eller en annan vårdkontakt vid läkarbesöket, alternativt fick det som en konsekvens av läkarbesöket. Skillnaden kan bero på att läkare vid vårdcentraler i regel hade lättare att boka in ett återbesök eller remittera till fysioterapeut, kurator eller psykolog på vårdcentralen eller till vård och undersökning hos andra vårdgivare, än vad en nätläkare hade vid denna tidpunkt.

Vidare ska det av intygen tydligt framgå vad som ligger till grund för läkarens bedömning och vilka fynd som gjorts under undersökningen. Även i dessa avseenden kan konstateras tydliga brister i intygen och skillnader beroende på om intyget utfärdats efter ett digitalt eller ett fysiskt läkarbesök. I 68 respektive 77 procent av intygen som är utfärdade efter ett digitalt eller ett fysiskt läkarbesök framgår det tydligt vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som är uppgifter som ligger till grund för den, och i bara drygt 30 respektive 50 procent av intygen framgår det om läkaren gjort några egna observationer. Skillnaderna är statistiskt säkerställda och kan härledas till diagnosen akut stressreaktion. Bristerna för med sig att det blir svårt för Försäkringskassan att se vad läkarbesöket tillfört, förutom patientens egen bedömning av sitt sjukdomstillstånd och sin förmåga att arbeta.

I granskningen av intygen konstateras att 86 procent av läkarintygen som är baserade på ett digitalt läkarbesök, jämfört med 63 procent av övriga intyg, baseras på uppgifter där en kontakt via webben hade varit tillräcklig. Det betyder att det i 14 procent av intygen som är baserade på ett digitalt läkarbesök finns uppgifter som bara kan fås fram i ett möte ansikte mot ansikte. Mer värt att notera är emellertid att det i 6 av 10 intyg från läkare på vårdcentral inte framkommer mer uppgifter än vad som skulle kunna framkomma i ett digitalt möte.

En närmare analys ger att intygens kvalitet generellt sett förbättras med den rekommenderade sjukskrivningens längd. Ökar gör emellertid också sannolikheten att handläggaren begär komplettering av intygen från intygsutfärdande läkare. Försäkringskassan förefaller alltså kontrollera de längre intygen i högre utsträckning. Det kan verka vara en rimlig prioritering, men formellt gäller samma krav på kvalitet oavsett intygets längd.⁶⁶

Sammantaget förefaller läkarintyg som är utfärdade efter fysiska läkarbesök i högre grad innehålla den information som är nödvändig för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rätten till ersättning, jämfört med intyg som är utfärdade efter digitalt läkarbesök. Detta gäller i 5 av 6 studerade dimensioner. En annan slutsats är att bristerna i läkarintygen som är utfärdade efter ett digitalt läkarbesök, i jämförelse med övriga intyg, framför allt kan härledas till de psykiatriska

⁶⁶ Se s. 65 i vägledningen där man hänvisar till följande: "I förarbetena står att man i vissa korta sjukfall ibland kan sänka kraven på läkarintyget (prop. 2002/03:89 s. 22 f.). Detta uttalande låg dock inte till grund för något lagförslag, och Försäkringskassan anser därför att det bör tillämpas med försiktighet i sjukpenningärenden. Kraven på de medicinska underlagen är alltså inte generellt lägre vid korta sjukfall, utan det avgörande är att underlagen och övriga relevanta uppgifter i utredningen visar att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. (Domsnytt 2019:014)"

diagnoserna som är representerade i urvalet, det vill säga akut stressreaktion och reaktion på svår stress. Intyg från den tredje stora diagnosgruppen i urvalet, övre luftvägsinfektion, uppvisar inga statistiskt säkerställda skillnader mellan fysiska och digitala läkarbesök.

Tabell 3 Resultat från läkarintygsgranskning, granskarens bedömning, andel (procent)

		Ja	Nja	Nej	Skillnad i Ja (procent- enheter)
Framgår det att sjukdom sätter ner arbetsförmågan?	Digitalt läkarbesök	89,0	9,6	1,3	-2,1 (2,4)
	Fysiskt läkarbesök	91,2	7,5	1,3	
Finns beskrivet vilka funktioner som är nedsatta?	Digitalt läkarbesök	93,0	5,0	2,0	-3,7** (1,8)
	Fysiskt läkarbesök	96,7	2,3	1,0	
Finns aktivitetsbegränsningen beskriven?	Digitalt läkarbesök	38,9	53,8	7,3	-12,3*** (4,0)
	Fysiskt läkarbesök	51,2	43,6	5,3	
Framgår arbetsuppgifter/krav i arbete?	Digitalt läkarbesök	21,9	0,3	77,7	-10,9*** (3,6)
	Fysiskt läkarbesök	32,8	3,0	64,3	
Framgår det vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som är uppgifter som ligger till grund för den?	Digitalt läkarbesök	67,8	24,9	7,3	-9,3** (3,6)
	Fysiskt läkarbesök	77,1	13,8	9,2	
Framgår det om läkaren har gjort några observationer?	Digitalt läkarbesök	31,9	21,6	46,5	-18,9*** (3,9)
	Fysiskt läkarbesök	50,8	15,4	33,8	
Är det tillräckligt med en WEB-kontakt för det som framkommer i intyget?	Digitalt läkarbesök	86,1	6,3	7,6	23,1*** (3,4)
	Fysiskt läkarbesök	63,0	6,6	30,5	

Anm.: Antal granskade intyg: 606. */**/** indikerar statistisk signifikans på 10-/5-/1-procentnivån.

Tabell 4 Resultat från läkarintygsgranskning (granskarens bedömning), fördelat på diagnosgrupp, skillnad andel digitala läkarbesök – fysiska läkarbesök

		Skillnad i Ja (procentenheter)
Läkarintygets längd	Akut stressreaktion (F430)	-7,1*** (0,8)
	Reaktion på svår stress (F439)	-9,5*** (1,1)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	-2,8*** (0,4)
Framgår det att sjukdom sätter ner arbetsförmågan? (ja)	Akut stressreaktion (F430)	-0,5 (3,7)
	Reaktion på svår stress (F439)	-0,0 (0,4)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	-3,8 (2,6)
Finns beskrivet vilka funktioner som är nedsatta? (ja)	Akut stressreaktion (F430)	-5,3 (3,7)
	Reaktion på svår stress (F439)	-0,3 (4,1)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	-3,8 (2,6)
Finns aktivitetsbegränsningen beskriven? (ja)	Akut stressreaktion (F430)	-30,9*** (6,5)
	Reaktion på svår stress (F439)	-7,1 (10,2)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	0,6 (6,5)
Framgår arbetsuppgifter/krav i arbete? (ja)	Akut stressreaktion (F430)	-10,8* (5,8)
	Reaktion på svår stress (F439)	-24,9*** (9,2)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	-1,4 (5,9)
Framgår det vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som är uppgifter som ligger till grund för den? (ja)	Akut stressreaktion (F430)	-12,9** (6,0)
	Reaktion på svår stress (F439)	-13,9 (8,7)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	-1,5 (6,4)
Framgår det om läkaren har gjort några observationer? (ja)	Akut stressreaktion (F430)	-21,6*** (6,7)
	Reaktion på svår stress (F439)	-14,1 (9,9)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	-11,5* (6,6)
Är det tillräckligt med en WEB-kontakt för det som framkommer i intyget? (ja)	Akut stressreaktion (F430)	13,8** (5,9)
	Reaktion på svår stress (F439)	17,2** (8,3)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	29,4*** (5,6)
Har komplettering begärts? (ja)	Akut stressreaktion (F430)	-2,2 (3,0)
	Reaktion på svår stress (F439)	-7,9 (4,9)
	Övre luftvägsinfektion (J069)	-

Anm.: *: Antal intyg med F430: 210, med F439: 97, med J069: 214. **/**/*** indikerar statistisk signifikans på 10-/5-/1-procentsnivån.

5.3 Trots sämre intyg – Försäkringskassan följer inte upp läkarintyg baserade på digitala läkarbesök i större utsträckning

Bristfälliga läkarintyg behöver inte leda till felaktiga beslut om rätten till ersättning om Försäkringskassan utreder ärendena i den omfattning som krävs. När ett intyg och annat till Försäkringskassan inskickat underlag inte innehåller den information som krävs för att fatta beslut om rätten till ersättning, ska Försäkringskassans handläggare ta initiativ till att samla in de uppgifter som saknas. Det kan ske genom att begära en skriftlig komplettering av läkarintyget från den läkare som utfärdade intyget eller genom att låta den försäkrade genomgå en undersökning, men det kan också ske genom muntlig kontakt med den försäkrade, arbetsgivaren eller läkaren.⁶⁷

I detta avsnitt undersöks i vad mån Försäkringskassan vidtar åtgärder och utreder för att få ett tillräckligt underlag för ett beslut. En kontakt med den försäkrade, den försäkrades arbetsgivare eller den intygsutfärdande läkaren, kan avse formalia i ansökan, exempelvis gällande under vilken period som sjuklön från arbetsgivaren har utgått. Den kan också gälla frågor som har med den försäkrades arbetsförmåga och arbetssituation att göra. Uppgifterna har inhämtats från de ärendejournaler som skapats på Försäkringskassan. Noterbart är att ett ärende endast initieras om det finns ett anspråk om sjukpenning, det vill säga om den försäkrade har inkommit med en ansökan om ersättning. En första avgränsning i urvalet är således till de 369 (av 606) läkarintyg där det också finns ett anspråk om sjukpenning inblandat, och där ett ärende har initierats på Försäkringskassan. Noterbart är att ett ärende kan innehålla flera läkarintyg om sjukskrivningen pågår under en längre tid. En begränsning i analysen är att det inte alltid är möjligt att hänföra en kontakt som tagits i ett ärende till ett specifikt läkarintyg.

Ytterligare en avgränsning är att analysen endast omfattar ärenden där sjukpenning beviljats den försäkrade under en eller flera av de dagar som det aktuella läkarintyget avser. Med andra ord avgränsas den till ärenden där det aktuella läkarintyget legat till grund för beslutet om ersättning. I det slutgiltiga urvalet ingår 284 ärenden och läkarintyg, varav 91 utgått från ett digitalt läkarbesök och 193 från ett fysiskt besök på vårdcentral. Noterbart är att drygt 40 procent (61 av 152) av ärendena som skapats på grundval av ett digitalt läkarbesök, där det med

⁶⁷ Se lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar. Vidare har Försäkringskassan med utgångspunkt i socialförsäkringsbalken utarbetat en vägledning med metodstöd som uppdateras fortlöpande avseende bedömning av sjukpenningärenden. Den senaste versionen är Vägledning 2015:1, Version 15, beslutad 2022-01-28.

andra ord finns ett anspråk om sjukpenning, inte leder till en utbetalning av ersättning. Motsvarande andel bland ärendena som baserats på ett fysiskt läkarbesök är 11 procent (24 av 217 ärenden). Den huvudsakliga orsaken till bortfallet är att anspråken bedömts gälla sjuklöneperioden, det vill säga den period i sjukfallet då arbetsgivaren står för ersättningen.⁶⁸ Anspråket om sjukpenning var således felaktigt och ett ärende vid Försäkringskassan skapades i onödan.

I föregående avsnitt visades att läkarintyg som är utfärdade efter ett digitalt läkarbesök i flera avseende var av lägre kvalitet än intyg som är utfärdade efter ett fysiskt läkarbesök. Även i detta reducerade urval är skillnaderna tydliga mellan grupperna med avseende på i vad mån uppgifter som i typfallet ska framgå av läkarintyget också framgår. Resultaten, motsvarande dem i tabell 3, redovisas i tabell D2 i bilaga D. Även om någon skarp gräns för när kompletterande information av ärendet är nödvändigt inte finns, skulle vi förvänta oss att den lägre kvaliteten i intygen efter ett digitalt läkarbesök i genomsnitt föranledde en större aktivitet från Försäkringskassans sida. Detta skulle då vara för att reda ut eventuella oklarheter i den försäkrades arbetsförmåga och arbetssituation.

I tabell 5 redovisas i vad mån Försäkringskassans handläggare tagit kontakt med antingen den intygsutfärdande läkaren, den försäkrade eller den försäkrades arbetsgivare. Handläggaren kan i ett och samma ärende ha kontakt med flera av dessa aktörer, och för att reda ut olika typer av frågor. Bland kontakterna med läkaren ingår begärda kompletteringar av det utfärdade läkarintyget likväl som kontakter i form av telefonsamtal. I kontakterna med läkaren har av naturliga skäl frågor om den försäkrades arbetsförmåga diskuterats, och i något enstaka fall har administrativa spørsmål dryftats, exempelvis intygsperiodens längd. En jämförelse visar att initiativ till kontakt med läkaren tagits i cirka 1,5 fall av 10, och att ingen större skillnad finns med avseende på om läkarintyget utfärdats på basis av ett digitalt eller fysiskt läkarbesök (14,3 respektive 13,5 procent).⁶⁹

Kompletterande uppgifter med betydelse för beslutet om rätt till ersättning kan ibland också inhämtas från den försäkrade. Många kontakter med den försäkrade är emellertid ofta av administrativ karaktär. Det kan handla om att reda ut oklarheter i ansökan om sjukpenning, ge information om sjukförsäkringens regelverk eller att bara höra sig för om när återgång i arbete kan bli aktuellt. I tabell 5 har en uppdelning gjorts mellan kontakter med den försäkrade som haft

⁶⁸ I ett fåtal fall har ansökan om sjukpenning lett till ett avslag.

⁶⁹ I 3,3 (digitalt läkarbesök) och 5,7 (fysiskt läkarbesök) procent av ärendena begärdes formella kompletteringar av läkarintygen från intygsutfärdande läkare. Denna uppgift har inhämtats via Försäkringskassans ärendehanteringssystem.

fokus på administrativa frågor kontra frågor med koppling till den försäkrades arbetsförmåga och arbetssituation, exempelvis en *telefonutredning*. Kontakt med den försäkrade är den relativt sett mest vanliga typen av kontakt och har sammanlagt tagits i 45 procent (digitalt) och i 41 procent (fysiskt) av ärendena. Stora skillnader finns emellertid när det gäller typen av kontakt som tagits. Medan kontakter avseende den försäkrades arbetsförmåga är betydligt vanligare i ärenden där läkarintyget är utfärdat efter ett fysiskt läkarbesök (22 jämfört med 12 procent), gäller det omvända för kontakter av administrativ natur, som tvärtom är vanligare om intyget är utfärdat efter ett digitalt läkarbesök (36 jämfört med 25 procent). Båda dessa skillnader är statistiskt säkerställda även om skillnaden med avseende på administrativa kontakter bara är svagt statistiskt säkerställd.

Avslutningsvis redovisas andelen ärenden där handläggaren tagit kontakt med den försäkrades arbetsgivare. Dessa kontakter har i typfallet varit av administrativ karaktär, exempelvis gällande frågor om sjuklön och den försäkrades närvaro på arbetet. Denna typ av kontakt är vanligare i ärenden där läkarintyget utfärdats på basis av ett fysiskt läkarbesök, 12 jämfört med 4 procent. Skillnaden är statistiskt säkerställd.

Tabell 5 Andel (procent) ärenden där handläggaren tagit kontakt med läkare, försäkrad eller arbetsgivare

	Digitalt läkarbesök (st.avvikelse)	Fysiskt läkarbesök (st.avvikelse)	Skillnad (st.fel)
Kontakt med läkare	14,3 (35,2)	13,5 (34,2)	0,8 (4,4)
Kontakt med försäkrad	45,1 (50,0)	40,9 (49,3)	4,1 (6,3)
Arbetsförmåga	12,1 (32,8)	21,8 (41,4)	-9,7** (4,6)
Administrativ	36,3 (48,3)	25,4 (43,6)	10,9* (6,0)
Kontakt med arbetsgivare	4,4 (20,6)	12,4 (33,1)	-8,0** (3,2)
Kontakt (totalt)	51,6 (50,2)	47,2 (50,0)	4,5 (6,4)

Anm.: Antal observationer, digitala läkarbesök: 91, fysiska läkarbesök: 193. */**/** indikerar statistisk signifikans på 10-/5-/1-procentsnivån.

Sammanfattningsvis har handläggaren tagit kontakt med antingen läkaren, den försäkrade eller arbetsgivaren, eller flera av dessa, i ungefär hälften av ärendena, och skillnaden med avseende på om läkarintyget i urvalet är baserat på ett digitalt eller ett fysiskt läkarbesök är liten. När det gäller kontakter av typen som har med den försäkrades arbetsförmåga och arbetssituation att göra, det vill säga information som eventuellt kan komplettera uppgifter från ett läkarintyg, förefaller dessa vara något vanligare i ärenden som är baserade på ett fysiskt läkarbesök. Det finns således ingenting som tyder på att Försäkringskassans handläggare i högre utsträckning utreder de i genomsnitt sämre läkarintygen som kommer in från läkarbesök som är baserade på ett videomöte.

Resultaten måste tolkas försiktigt i så måtto att de försäkrades ärendejournaler kanske inte innehåller all information som handläggaren har i ärendet, och all information i ett ärende inte alltid kan kopplas till ett specifikt läkarintyg. Om ett ärende pågår länge, och flera läkarintyg och ansökningar om sjukpenning inkommer, ökar också sannolikheten för kontakt med någon eller flera av de inblandade.⁷⁰ Ett sätt att testa hur tillförlitliga resultaten är, är att avgränsa analysen till ärenden där endast det aktuella läkarintyget ingår. I en sådan analys försvinner emellertid ytterligare omkring 30 procent av urvalet, vilket genererar resultat med större osäkerhet. Dock kvarstår mönstret med, 1) i genomsnitt sämre läkarintyg som är utfärdade på basis av ett digitalt läkarbesök, och 2) olikheter i karaktären på de kontakter som Försäkringskassan tar, med relativt fler kontakter som har med den försäkrades arbetsförmåga och arbetssituation att göra i ärenden där läkarintyget utfärdats på basis av ett fysiskt läkarbesök.

En avslutande iakttagelse är att förekomsten av läkarintyg som är baserade på digitala läkarbesök under den studerade perioden (2019) förefaller ha skapat merarbete för Försäkringskassan, på grund av att intygen dels inkommer tidigt i sjukfallet, dels omfattar en kortare periods sjukskrivning. Detta leder till att ärenden i Försäkringskassans interna ärendehanteringssystem ofta skapas helt i onödan, då det visar sig att ersättningsanspråket i själva verket avser den period under vilken arbetsgivaren är ansvarig för att den försäkrade kompenseras (sjuklöneperioden). Bland de ärenden som ingår i underlaget för denna granskning skapades omkring 40 procent på felaktiga grunder, och i majoriteten av dessa krävdes en kontakt med läkaren, den försäkrade eller arbetsgivaren för att reda ut att anspråk på sjukpenning inte fanns.

⁷⁰ Skillnaden är emellertid mycket liten. Om en avgränsning görs till ärenden där endast ett läkarintyg ingår (det som ingår i vår granskning), har kontakt med läkaren, den försäkrade och arbetsgivaren tagits i 50,8 (digitalt läkarbesök) och 45,7 (fysiskt läkarbesök) procent av ärendena.

6 Försäkringskassans och regeringens insatser med anledning av förekomsten av hyrläkare och digitala läkarbesök inom hälso- och sjukvården

I detta kapitel granskar vi om regeringen och Försäkringskassan har lyft frågan om hyrläkare och digitala läkarbesök som en risk i förhållande till hur sjukförsäkringen används. Vi studerar om riktlinjer för sjukskrivning och pågående utvecklingsarbete inom området försäkringsmedicin tar höjd för risker som kan finnas i och med att läkarintyg utfärdas av hyrläkare och genom digitala läkarbesök. Vi granskar i vilken utsträckning regeringen, genom uppdrag till olika myndigheter, och Försäkringskassan själv har tagit initiativ till att analysera konsekvenser av att läkarintyg utfärdas av hyrläkare och genom digitala läkarbesök. Granskningen avser också Försäkringskassans förutsättningar för att säkerställa att bedömningarna av läkarintygen håller god kvalitet och för att följa konsekvenserna för användningen av sjukförsäkringen. Analysen bygger på vad regeringen, Försäkringskassan och andra myndigheter formulerar i dokument som har relevans för att läkarintyg utfärdas av hyrläkare och genom digitala läkarbesök.

I kapitlet konstateras att regeringen i sitt utredningsarbete, i regeringsuppdrag till myndigheter och i överenskommelser med SKR – i den mån dessa behandlar hyrläkare och läkarbesök i digital form – enbart har ett perspektiv på hälso- och sjukvården. Frågan om sjukskrivningar och utfärdande av läkarintyg berörs alltså inte. Det pågår också ett försäkringsmedicinskt utvecklingsarbete som involverar Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Detta arbete kan få betydelse för Försäkringskassans möjligheter att både följa och påverka utfärdandet av läkarintyg som görs av hyrläkare och genom digitala läkarbesök. Försäkringskassan har i detta utvecklingsarbete ett utrymme att beakta de förändringar i vården som behandlas i denna rapport.

Det finns inga nationella riktlinjer för sjukskrivning vid digitala läkarbesök, men Försäkringskassan har genomfört vissa anpassningar av läkarintygets utformning så att det framgår om sjukskrivning skett digitalt. Samtidigt kan förutsättningarna att på ett effektivt sätt identifiera och utvärdera intyg utfärdade via digital vård förbättras. Försäkringskassan har också i sina rapporter uppmärksammat risker med att hyrläkare utfärdar läkarintyg, men har inte gjort uppföljningar eller särskilda kontrollinsatser av läkarintyg som utfärdats av hyrläkare eller genom digitala läkarbesök.

6.1 Regeringens styrning av systemet med hyrläkare

6.1.1 Regeringen har låtit utreda frågan om hyrläkare men har inte lyft frågan om risker i samband med sjukskrivning

Regeringen har låtit utreda systemet med hyrläkarna och digitala läkarkontakter men har inte haft ett särskilt fokus på konsekvenserna för sjukförsäkringen.⁷¹

Uppdraget presenterades i slutbetänkandet för utredningen Styrning för en mer jämlik vård: *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.⁷² Utredningens analys då det gäller användningen av hyrläkare visade på brister i kompetensförsörjningen, arbetsmiljön, patientsäkerheten och samordningen av upphandlingar.⁷³

Betänkandet lyfte också de oklara ansvarsförhållanden som kan uppstå i och med att personal hyrs in. I samband med inhyrning av personal kan det vara så många som fyra parter inblandade, nämligen vårdgivaren, arbetstagaren, bemanningsbolaget och även arbetstagarens egna bolag.⁷⁴ Utredningen betonade också att inhyrda läkare i stor utsträckning arbetar som egenföretagare medan exempel sjuksköterskor är anställda av bemanningsföretagen.⁷⁵

För arbetsgivaren eller vårdutföraren innebär ett kontrakt med egenföretagare att de bland annat saknar ansvaret för kompetensutveckling av den inhyrda personalen.⁷⁶ Detta kan innebära att ansvaret för kompetensutveckling inom försäkringsmedicin ligger på hyrläkarna själva. Riksrevisionen noterar att frågan om anställningsform kan få betydelse för i vilken grad hyrläkarna kan förväntas utgöra en del av regionernas strategiska utvecklingsarbete med sjukskrivningar. Att 90 procent av hyrläkarna anger att de har arbetet som hyrläkare som sin huvudsyssla⁷⁷ betyder med andra ord att de inte nödvändigtvis blir föremål för den kompetensutveckling som följer av att man är anställd av en region eller en vårdgivare med avtal med en region.

⁷¹ Dir. 2017:08.

⁷² SOU 2019:42.

⁷³ Ibid. s. 30.

⁷⁴ Ibid. s. 30.

⁷⁵ Se Kommunal, "Ordning och reda i bemanningsbranschen – en rapport om hyrpersonal i vård och omsorg", 2018, s.13. Uppgifterna är från år 2016 och är baserade på arbetskraftsundersökningen (AKU) vid Statistiska centralbyrån (SCB).

⁷⁶ Se angående inhyrning av sjuksköterskor Enfeldt 2019, s. 23 och SOU 2019:42, s. 380.

⁷⁷ SOU 2019:42, s. 381 och Kommunal 2018, s. 13.

Betänkandet *Digifysiskt vårdval* fann också att det finns behov av att tydliggöra ansvarsförhållanden vid hög personalomsättning och skapa bättre förutsättningar för patientsäkerhet. Utredningen föreslog därför att Upphandlingsmyndigheten skulle få i uppdrag att göra en kartläggning som tydliggör ansvarsförhållandena för personal vid olika anställningsförhållanden och ta fram en särskild vägledning för samordnade upphandlingar på området. Utredningen föreslog vidare att Socialstyrelsen ska ta fram en checklista och riktlinjer för användande av inhyrd eller annan temporär personal inom vården och omsorgen.⁷⁸

Riksrevisionen noterar dock att det pågår ett arbete under ledning av SKR med att ta fram ett ramavtal för upphandling av inhyrd vårdpersonal för regionernas egna verksamheter och deras egna bolag, dock inte för den privata vården. Regionerna planerar därmed att genomföra en gemensam upphandling. I utkastet till detta avtalsarbete formuleras och specificeras krav på introduktion av riktlinjer och rutiner, och även ansvaret för att en sådan introduktion görs.⁷⁹ I regionerna har det sedan 2016 också pågått olika projekt med syftet att minska beroendet av inhyrd personal.⁸⁰

6.1.2 Risker i patientsäkerheten har identifierats

Regeringens utredare betonade att patientsäkerheten i samband med otydliga ansvarsförhållanden kan bli lidande:

Staten har genom sitt övergripande ansvar och inte minst sitt tillsynsansvar ett starkt intresse av att upprätthålla en god patientsäkerhet. Detta tar sig bl.a. uttryck i lagstiftning genom patientsäkerhetslagen. De oklarheter kring ansvarsfrågor som uppstår genom olika typer av anställningsförhållanden med flera parter inblandade borde finnas ett intresse från statens sida att klargöra.⁸¹

Socialstyrelsen har behandlat frågan om hyrläkare ur ett patientsäkerhetsperspektiv i ett regeringsuppdrag.⁸² Socialstyrelsen bygger sitt resonemang om

⁷⁸ SOU 2019:42, s. 30.

⁷⁹ SKR, "Gemensam upphandling för hyrpersonal. Utkast till ramavtal", Powerpointpresentation för dialogmöten med bemanningsleverantörer i september 2021. Nedladdad från SKR:s hemsida 2021-11-25.

⁸⁰ SKL (SKR), *Projekt – oberoende av inhyrd personal. Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016–2018*, 2019.

⁸¹ SOU 2019:42, s. 425.

⁸² Socialstyrelsen har haft ett regeringsuppdrag att beskriva den somatiska vården, primärvården m.m. Se Socialstyrelsen, *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet*, 2017, s. 8.

patientsäkerheten på IVO:s tillsyn 2015 och 2016 av användningen av hyrläkare.⁸³ Socialstyrelsen belyser genom IVO:s iakttagelser fyra områden som kan utgöra risk för bristande patientsäkerhet:⁸⁴

- Hög personalomsättning leder till högre risk för felbehandling, bristande informationsöverföring, fördröjda diagnoser och brister i uppföljningen av provsvar och remisser.
- Det saknas en systematisk egenkontroll av hyrläkarnas arbete, till exempel kollegial journalgranskning.
- Bristen på fasta läkare gör att övrig personal får ta mer ansvar och får en stressigare arbetsmiljö, vilket kan leda till att hyrläkarna inte får tillräckligt med stöd eller den introduktion som krävs.
- IVO får inte i tillräcklig utsträckning kännedom via anmälningar om legitimerad personal som kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

Riksrevisionen noterar att de risker som identifierats ovan angående patientsäkerhet kan få implikationer för hur sjukförsäkringen används. Det kan handla om avsaknad av systematisk uppföljning av hyrläkarnas utfärdande av läkarintyg och om brister i rutiner för hyrläkarnas introduktion i rutiner och riktlinjer för sjukskrivningar. Ordinarie läkare får eventuellt också ta mer ansvar även då det gäller patienternas sjukskrivningar. En annan risk som berör tillämpningen av sjukförsäkringen kan vara att sjukvårdens kontakter med Försäkringskassan och arbetsgivarna om individernas rehabilitering blir fördröjda vid användning av inhyrd personal.

6.1.3 Det har tagits fram riktlinjer och system för kompetensutveckling i försäkringsmedicin som också gäller hyrläkarna

I Socialstyrelsens föreskrift⁸⁵ tydliggörs att vårdgivaren ansvarar för att berörd personal har kompetens att utfärda intyg. Utfärdande av intyg utgör som vi beskrev i kapitel 2 en central del i läkares arbete med sjukskrivningar.

⁸³ IVO, *Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården*, 2016.

⁸⁴ Socialstyrelsen, *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet*, 2017, s. 26.

⁸⁵ För detta resonemang om föreskriften (HSLF-FS 2018:54), se Socialstyrelsen, "Nya föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården, Meddelandeblad 2/2019, s. 24.

Då det gäller kompetensutveckling i försäkringsmedicin över lag noterar vi att SKL (nuvarande SKR) under 2017 och 2018 tog fram vägledningar för kompetensutvecklingen inom området försäkringsmedicin.⁸⁶ Arbetet skedde inom ramen för SKR:s och regeringens överenskommelse om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess.⁸⁷ Vägledningarna är inriktade på de olika stegen i läkarnas utbildning, såsom grundutbildning och allmän- och specialisttjänstgöring. Vi konstaterar här att det inte kan förväntas råda några skillnader mellan hur och var läkare arbetar, förutsatt att de genomgått utbildningar som innehåller de beskrivna försäkringsmedicinska momenten. Vi noterar dock att det kan finnas en risk för att hyrläkare nås av försäkringsmedicinsk kompetensutveckling i mindre grad än ordinarie anställda, på grund av den relativt stora förekomsten av egenföretagare bland hyrläkare, som diskuterades tidigare.

6.1.4 Risk för ineffektivitet i det försäkringsmedicinska utvecklingsarbetet

Riksrevisionen bedömer att det pågående utvecklingsarbete som syftar till att stärka försäkringsmedicinsk kompetens hos sjukskrivande läkare kan försvåras vid en allt större användning av inhyrda läkare.

Regeringen gav i januari 2018 ett gemensamt regeringsuppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen, det så kallade dialoguppdraget. Syftet med uppdraget var att myndigheterna skulle verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården skulle förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen.⁸⁸ Uppdraget slutredovisades i oktober 2021.⁸⁹ Försäkringskassans insatser berörs i avsnittet om Försäkringskassan.

Socialstyrelsen har utarbetat en utvecklingsplan för det försäkringsmedicinska arbetet inom ramen för detta uppdrag.⁹⁰ Ett av områdena i planen är utvecklingsarbetet med ett digitalt medicinskt kunskapsstöd.⁹¹ I det utvecklade kunskapsstödet finns en generell del som är tänkt att skapa ett gemensamt försäkringsmedicinskt arbetssätt och även bidra till goda förutsättningar för en

⁸⁶ Sveriges Kommuner Regioner, "Kompetensutveckling i försäkringsmedicin, Vägledningar för planering, ledning och styrning", 2020, hämtad 2022-02-28.

⁸⁷ Ibid, s. 2.

⁸⁸ Regeringens beslut, S2018/S2018/00530/SF.

⁸⁹ Försäkringskassan och Socialstyrelsen, *Utvecklingsinsatser för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Slutredovisning av Försäkringskassans och Socialstyrelsens åtgärder för en ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, 2021.

⁹⁰ Socialstyrelsen, "Utvecklingsplan för det försäkringsmedicinska arbetet", 2020.

⁹¹ Det nuvarande stödet är Försäkringsmedicinskt beslutsstöd.

effektiv styrning av hälso- och sjukvårdens arbete. Arbetet med att utarbeta en tidplan för lansering av en första version av kunskapsstödet pågår.⁹² Socialstyrelsen konstaterar i planen att digitalt tillgängliggörande är viktigt och avser verka för ytterligare integrering, exempelvis i hälso- och sjukvårdens journalsystem och Försäkringskassans systemstöd.⁹³

Socialstyrelsen utvecklar, med stöd av ett regeringsuppdrag, ett kunskapsstöd för arbetet med sjukskrivning och gör det mer lättillgängligt. Riksrevisionen konstaterar att tillgång till ett ändamålsenligt beslutsstöd (kunskapsstöd) är särskilt viktigt vid bristande kontinuitet i vårdkontakter, vilket är vanligt vid användningen av hyrläkare. Detta förutsätter dock att hyrläkarna har samma incitament och förutsättningar för att använda stödet som ordinarie läkare. I annat fall kan skillnader i tillämpningen av beslutsstödet skapa motsvarande skillnader i tillämpningen av sjukförsäkringen.

Riksrevisionen konstaterar vidare att det kan finnas en risk för att en ”formaliserad modell för sjukskrivning” eller ”konceptsjukskrivning” används i större omfattning vid bristande kontinuitet i läkarkontakter. Det försäkringsmedicinska kunskapsstödet (nu-beslutsstödet) är avsett att fungera enbart som riktlinjer och stöd i sjukskrivningsprocessen. Socialstyrelsen lyfter i sitt svar på regeringsuppdraget fram att varje sjukskrivning innebär (bygger på) en individuell bedömning och att det behöver synliggöras att kunskapsstödet enbart är en rekommendation.⁹⁴ Det finns också annat pågående utvecklingsarbete som å ena sidan kan vara svårt att genomföra i miljöer med många hyrläkare, men som å andra sidan, i och med standardisering, eventuellt kan underlätta hyrläkares arbete med sjukskrivningar. Ett sådant exempel är arbetet med standardiserade vårdförlopp och utvecklandet av en ”generisk modell för rehabilitering”.⁹⁵

Riksrevisionen konstaterar att utvecklingsarbete som kan vara av betydelse för hyrläkarnas arbete med sjukskrivningar framför allt behöver ses mot bakgrund av den pågående omställningen av primärvården till en nära vård. Denna inbegriper att fler ska kunna välja en fast läkarkontakt och att det därmed ska finnas en ökad kontinuitet i patienters kontakter med läkare. Socialstyrelsen och Myndigheten för

⁹² Socialstyrelsen, ”Utvecklingsplan för det försäkringsmedicinska arbetet”, 2020, s. 28 och e-post från Socialstyrelsen den 4 februari 2022.

⁹³ Ibid. s. 28.

⁹⁴ Försäkringskassan och Socialstyrelsen, Utvecklingsinsatser för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Slutredovisning av Försäkringskassans och Socialstyrelsens åtgärder för en ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, 2021, s. 27.

⁹⁵ Nationellt system för kunskapsstyrning (SKS), ”Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete”. Version godkänd av styrgruppen för SKS 2021-03-19.

vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att följa detta område och har delrapporterat inom ramen för sina regeringsuppdrag.⁹⁶

6.2 Försäkringskassans arbete med frågor om hyrläkarna

6.2.1 Försäkringskassan har i rapporter uppmärksammat risker med hyrläkare som sjukskriver

Försäkringskassan har i några rapporter lyft risker och problem som kan uppstå i och med att det är hyrläkare som sjukskriver.

Försäkringskassan (och Socialstyrelsen) lyfter risken med bristande kontinuitet som kan uppstå då hyrläkare anlitas. Försäkringskassan kommenterar detta i en rapport med anledning av ett regeringsuppdrag om sjukskrivningspraxis.⁹⁷ De konstaterar att det kan finnas en risk för att sjukskrivningarna blir mer långvariga med hyrläkare. Det påpekas i rapporten att läkare med tillfällig placering eller anställning inte alltid kan följa patientens hela rehabilitering och ofta har sämre kunskap om lokala resurser och förutsättningar än ordinarie personal.

I en annan rapport lyfter Försäkringskassan fram exempel på att läkare uttalar att hyrläkare slipper ta tag i de krångliga ärendena. Försäkringskassan exemplifierar detta förhållande, nämligen att vara hyrläkare och arbeta med sjukskrivning, i ett kunskapsunderlag till det tidigare nämnda regeringsuppdraget, dialoguppdraget:

Läkaren beskriver att hen själv aldrig arbetat som hyrläkare, men att de kollegor som har den erfarenheten beskriver att det är ”mycket lindrigare” att göra korta inhop där man inte behöver ”bekymra sig över krångliga ärenden.”⁹⁸

Försäkringskassan berör frågan om hyrläkarnas⁹⁹ möjligheter till kompetensutveckling inom försäkringsmedicin i en rapport som jämför Försäkringskassans arbete med sjukskrivningar i Region Jämtland Härjedalen och Region Västernorrland. Försäkringskassan noterar skillnader i den försäkringsmedicinska utbildningen: i den ena regionen omfattas läkarna av

⁹⁶ Socialstyrelsen, *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt*. Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställning till en mer nära vård, 2020.

⁹⁷ Socialstyrelsen och Försäkringskassan, *Sjukskrivningsmönster och praxis. Skillnader i vårdens arbete*. Rapport om sjukskrivningspraxis, 2017, s. 25. Avser rapportering av uppdrag, del 1 och 2. Socialstyrelsen och Försäkringskassan fick uppdrag av regeringen (S2016/04582/SF) att gemensamt analysera och utreda sjukskrivningsmönster.

⁹⁸ Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport 2019:3*, s. 30–31.

⁹⁹ Rapporten använder begreppet stafettläkare.

utbildningar, medan så inte är fallet i den andra regionen. Särskilda webbutbildningar anordnas för hyrläkare i den ena regionen. Likaså framkommer i en intervju att det är svårt att arbeta metodiskt med kompletteringsärenden i syfte att lära upp läkarna på vårdcentraler där hyrläkarna är många.¹⁰⁰

Försäkringskassan konstaterar också att de saknar kunskap om huruvida användningen av hyrläkare bidrar till en ökning eller en minskning av sjukpenningtalet. Däremot konstaterar Försäkringskassan (på basen av rapportens intervjuer) att den höga andelen hyrläkare påverkar landstingens arbete med sjukskrivningsprocessen. Sjukpenninghandläggare i delar av den ena regionen upplever förbättringar i läkarintygen. Detta gäller ordinarie läkare men inte hyrläkarna.¹⁰¹

Försäkringskassan konstaterar också att det kan uppstå svårigheter i samband med kompletteringar av läkarintyg. En svårighet uppstår när ett intyg behöver kompletteras och den intygsskrivande läkaren inte finns kvar på vårdcentralen. Om inte uppgifterna i journalen kan användas för komplettering, behöver utredningen göras om och ett nytt besök hos läkare behöver bokas. Ytterligare en risk med hyrläkare som lyfts i rapporten är att patienten sjukskrivs men att uppföljningen efter en sjukskrivning blir fördröjd. I rapporten framkommer även att det är skillnader mellan läkare som hyrs in regelbundet och läkare som hyrs in tillfälligt. Möjligheterna att boka in patienter för uppföljning ökar vid större regelbundenhet.¹⁰²

6.2.2 Försäkringskassan fortsätter arbetet med att utveckla läkarintygen

Riksrevisionen noterar att Försäkringskassan i anslutning till det ovan beskrivna dialoguppdraget planerar en revidering av läkarintygen. En sådan revidering planeras till våren 2022.¹⁰³ Försäkringskassan avvaktar med detta arbete tills andra utvecklingsinsatser om vilken information läkarintygen ska innehålla är genomförda. Riksrevisionen bedömer att Försäkringskassan i samband med detta arbete därför har möjlighet att ta hänsyn till att läkarintyg utfärdas av tillfälliga hyrläkare.

¹⁰⁰ Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport 2017:11*, s. 43 och 48–52.

¹⁰¹ Ibid. s. 48 och 50–51.

¹⁰² Ibid. s. 51.

¹⁰³ Försäkringskassan och Socialstyrelsen, *Utvecklingsinsatser för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Slutredovisning av Försäkringskassans och Socialstyrelsens insatser för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, 2021.

6.3 Regeringens styrning av systemet med digitala läkarbesök

6.3.1 Regeringens utredningar av digitala läkarbesök saknar fokus på sjukförsäkringen

Utredningen Styrning för en jämlik vård¹⁰⁴ fick den 1 mars 2018 i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.¹⁰⁵

Riksrevisionen konstaterar att utredningens betänkande inte berör konsekvenserna för sjukförsäkringen då det gäller de digitala läkarbesöken. Inte heller överenskommelsen mellan regeringen och SKR för en god och nära vård kommenterar den digitala läkarbesökens följder för sjukskrivningar.¹⁰⁶

Utredningens förslag då det gäller nätläkarna bygger på ett integrerat digifysiskt vårdval i primärvården så att patienten förväntas vända sig till samma aktör oavsett om kontakten är digital eller om den sker via ett fysiskt besök. Detta innebär begränsningar, konstaterade utredningen, för aktörer som verkar inom utomlänsvården och erbjuder vård främst i digital form.¹⁰⁷ Utredningen föreslog att digitala vårdgivare behöver etablera sig via avtal med regioner i olika delar av landet för att kunna erbjuda digital vård. Den digitala vården skulle alltså bli en del av regionernas vårdutbud så att den digitala vården kan erbjudas i anslutning till fysisk vård. Utredningen föreslog vidare att vårdvalet för individer bygger på att de listar sig hos en vårdgivare och att listningen formaliseras genom att den skrivs in i lag. Individer kan enligt utredningens förslag lista sig hos en vårdgivare även i de fall de önskar välja en vårdgivare i ett annat län än det egna.¹⁰⁸

Många remissinstanser var positiva till ett system med en integrerad fysisk och digital vård, men de stora digitala aktörerna såg svårigheter med att behöva utveckla verksamhet och vara närvarande i olika delar av landet. SKR ansåg dock att det även

¹⁰⁴ Dir. 2017:08.

¹⁰⁵ Dir. 2018:14.

¹⁰⁶ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialdepartementet, "God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2021", 2021.

¹⁰⁷ SOU 2019:42, s. 28.

¹⁰⁸ Ibid. s. 23.

i fortsättningen skulle behövas ett nationellt system för vissa former av nationell utomlänsvård.¹⁰⁹

Regeringen presenterade i början av november 2021 en lagrådsremiss där förslagen i betänkandet om ett digifysiskt vårdval behandlas. Regeringens proposition lämnades till riksdagen i december 2021.¹¹⁰ Regeringen föreslår där, i enlighet med utredningens förslag att individer bara kan välja sådana vårdgivare som har ett eget kontrakt med en region för att vårdgivaren ska kunna få ersättning från regionen för besöket.¹¹¹

Det nu aktuella lagförslaget om att listning enbart får göras hos utförare i regionens egen regi eller hos utförare som har ett kontrakt med regionen enligt LOV eller LOU innebär att exempelvis en digital vårdgivare som saknar eget kontrakt med en region inte kan väljas genom listning och alltså inte heller få offentlig ersättning direkt från regionen. Förslaget hindrar emellertid inte att en utförare som har kontrakt med en region i sin tur ersätter en underleverantör för exempelvis digital vård som har utförts för utförarens räkning.¹¹²

Regeringen bedömer vidare att regionerna bör ställa höga krav på både fysisk och digital tillgänglighet hos utförare genom att ange tydliga krav på detta i förfrågningsunderlagen.¹¹³

Inget förslag om lagändring för utomlänsvården presenteras i propositionen.¹¹⁴ De digitala läkarbesöken har, som vi konstaterat i ett tidigare kapitel, ersatts inom ramen för systemet med utomlänsvård. Riksrevisionen noterar dock att regeringen bedömer att regionerna behöver ta initiativ till att se över riksavtalet för utomlänsvården för att skapa långsiktiga planeringsförutsättningar och hållbara ersättningsmodeller.^{115 116}

¹⁰⁹ Se Regeringen, "Remisslista SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval", Diarienummer: S2019/04058/FS på Regeringen.se.

¹¹⁰ Regeringens lagrådsremiss, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform, 2021* och prop. 2021/22:72.

¹¹¹ Prop. 2021/22:72, s. 58.

¹¹² Prop. 2021/22:72, s. 57–58.

¹¹³ Ibid. s. 59.

¹¹⁴ Ibid. s. 58.

¹¹⁵ Ibid. s. 71–73.

¹¹⁶ I SOU 2019:42, s. 24, bedömer dock utredaren att den nuvarande möjligheten till utomlänsvård inom primärvården i form av tillfälliga besök hos annan utförare begränsas i och med förslaget om listning.

Regeringen och SKR har, som tidigare konstaterats, en överenskommelse för att stimulera regionernas omställning till en nära vård.^{117 118} Socialstyrelsen har i en uppföljningsrapport med anledning av denna överenskommelse kartlagt den digitala vården som regionerna själva utvecklar. Denna kartläggning gjordes i januari–mars 2021.¹¹⁹ I rapporten framgår att regionerna har utvecklat den digitala vården, framför allt under 2020. Några regioner var tidigare ute. I rapporten framgår att någon region tydligt nämner att intyg för kortare sjukskrivning kan ges. I andra presenteras listor över vilka tillstånd som patienten kan söka vård för.¹²⁰ Det konstateras också i rapporten att regionernas egna digitala vårdtjänster har skiljt sig från de hos kommersiella privata vårdgivare genom att en tid först bokas hos vårdgivaren utifrån sökorsak. Digitalt möte erbjuds för sökorsaker och symtom som bedöms vara lämpliga.¹²¹ Regionerna upphandlar nu moderna system (baserade på artificiell intelligens) för att lotsa patienter rätt.¹²²

Riksrevisionen noterar att Socialstyrelsens kartläggning visar att de digitala läkarbesöken numera inte bara är koncentrerade till utomlänbesök, så som var fallet när systemet med digital vård först introducerades. SKR:s statistik fångar emellertid bara utomlänbesöken. Digital vård erbjuds alltså numera även i anslutning till den fysiska vården – som ett led i primärvårdens arbete med ökad tillgänglighet och i enlighet med vad regeringen pekar ut.¹²³

6.3.2 Det saknas nationella riktlinjer för sjukskrivning via digitala läkarbesök

Riksrevisionen noterar att det saknas nationella riktlinjer eller ett nationellt styrdokument som uttryckligen formulerar vad som ska gälla för sjukskrivning vid digitala läkarbesök. Regeringen gav i mars 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla principer för vilken typ av vårdtjänster är lämpliga att hantera i formen av

¹¹⁷ Se Sveriges Kommuner och Regioner och Socialdepartementet, "God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2021", 2021.

¹¹⁸ Socialstyrelsen har fått i uppdrag att följa upp insatserna inom ramen för överenskommelsen. Se Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020*. Utvecklingen i kommuner och regioner samt förslag på indikatorer, 2021.

¹¹⁹ Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en god och nära vård 2020*. Utvecklingen i kommuner och regioner samt förslag på indikatorer, 2021, s. 84.

¹²⁰ Ibid. s. 90.

¹²¹ Ibid. 86–87.

¹²² Ibid. s. 88.

¹²³ Se Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport 2021*, och prop. 2021/22:72.

digital vård.¹²⁴ Principerna är formulerade för ”vård av patienten” men har ett innehåll som är relevant vid bedömningen av funktionsnedsättning och arbetsoförmåga vid sjukskrivning, såsom att det ska finnas tillräcklig information om patientens tillstånd och möjlighet att följa upp patienten. Samtidigt formuleras som en första princip att ”aktuella författningar och kunskapsstyrning inte förutsätter ett fysiskt möte”.¹²⁵

Riksrevisionen konstaterar att det i nuläget inte finns något styrdokument för sjukskrivning vid digitala läkarbesök. Vid antibiotikaföreskrivning vid digitala läkarbesök hänvisas till ett särskilt nationellt Stramadokument.¹²⁶ Inget motsvarande dokument finns alltså för sjukskrivning. Det finns exempel på nationella riktlinjer där man helt avråder från sjukskrivning via digital vårdkontakt. Ett sådant exempel kan hämtas från Norge.¹²⁷ ¹²⁸ Där gäller den digitala vården dessutom redan kända sjukdomstillstånd och därmed inte nybesök.

Riksrevisionen noterar vidare att det försäkringsmedicinska beslutsstödet är detaljerat då det gäller rekommenderade sjukskrivningslängder vid olika diagnoser och tillstånd, men att det i dagsläget saknas rekommendationer och riktlinjer för när sjukskrivning på digital väg kan ske vid olika diagnoser och tillstånd. Riksrevisionen noterar också, som nämnts ovan, att det pågår ett utvecklingsarbete med att utveckla beslutsstödet till ett kunskapsstöd.

E-hälsomyndigheten har fått regeringens uppdrag att komma med förslag på hur en sammanhållen journalföring kan användas i så stor utsträckning som möjligt av vård och omsorg och av vårdgivare i hela landet. Sammanhållen journalföring består i dag av att vårdgivare använder samma vårdinformationssystem inom en region, och av att informationsmängder görs tillgängliga via Nationell patientöversikt (NPÖ). E-hälsomyndigheten har presenterat en delrapport med behovsanalys och preliminära förslag inom detta uppdrag.¹²⁹ Riksrevisionen konstaterar här att sjukskrivningar som genomförs genom digitala läkarbesök är särskilt beroende av att sjukskrivande läkare har tillgång till tillräckliga uppgifter i journalsystemen.

¹²⁴ Socialstyrelsen, ”Digitala vårdtjänster. Övergripande principer för vård och behandling”, 2018.

¹²⁵ Ibid. s. 31–34.

¹²⁶ Strama, ”Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten”. Rekommendation framtagen av Programråd Strama. Fastställd 2017-10-30.

¹²⁷ Socialstyrelsen, ”Digitala vårdtjänster. Övergripande principer för vård och behandling”, 2018, s. 7.

¹²⁸ För Norge, se Direktoratet for e- helse, ”Veiledning i god praksis for bruk av Dialog Fastlege. Råd till helsepersonell som ska tjensterna i bruk for sine pasienter”, 2019.

¹²⁹ E-hälsomyndigheten, *Ökat nyttjande av sammanhållen journalföring. Möjligheter, utmaningar och behovet av digital informationsförsörjning i dag och i framtiden*. Delrapportering av uppdrag från regeringen S2021/03119 (delvis), 2021.

Den digitala vården nås också i olika grad av regionala riktlinjer. De digitala läkarbesöken har hittills främst ersatts inom ramen för systemet med utomlänsvård. Regionerna ersätter varandra när deras invånare söker vård hos en vårdgivare i en annan region. De digitala vårdgivarna etablerade sig till en början i några landsting och kunde erbjuda digital vård till invånare i andra landsting inom ramen för detta system. Utomlänsvården regleras allmänt i riksavtalet för utomlänsvård¹³⁰ men styrelsen för SKL fattade 2017 beslut om rekommendationer specifikt för de digitala vårdbesöken.¹³¹ I juni 2019 uppdaterades dessa rekommendationer.¹³² För att vara ersättningsberättigad ska kontakten utgöra kvalificerad sjukvård och uppfylla regionens krav på journalföring och inrapportering samt föregås av en sortering och id-kontroll med stark autentisering. I rekommendationerna ingår också skrivningar om att provtagning och medicinsk service som är grundad på remiss ska garanteras och att provtagning ska ingå i samma läkarkontakt.

Socialstyrelsen konstaterar i en genomgång av några regioners (dåvarande landstings) styrdokument om digital vård att styrdokumenterna är olika omfattande och detaljerade. Styrdokumenterna rör bitvis sjukskrivningar. I de styrdokument som Socialstyrelsen granskat, utgör 14 dagars sjukskrivning en tydlig gräns: sjukskrivning i upp till 14 dagar kan ges vid digitala vårdbesök. Men det finns ändå skillnader mellan landstingen och olika riktlinjer kan också gälla för olika grupper av vårdgivare inom ett och samma landsting. Det finns exempel på regioner som har riktlinjer som avråder från sjukskrivning på digital väg. Likaså finns det regioner där inget nämns om sjukskrivning över huvud taget i riktlinjerna för digitala läkarbesök.¹³³

6.3.3 Socialstyrelsen har utfärdat en ny föreskrift om intyg

Socialstyrelsen har gjort en översyn av sin föreskrift om att utfärda intyg inom hälso- och sjukvården. Detta gjorde de i syfte att modernisera författningen för att stödja digital intygshantering. Den nya föreskriften trädde i kraft den 1 mars

¹³⁰ Sveriges Kommuner och Landsting (SKR), "Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer", 2014. Som vi tidigare konstaterade bedömer regeringen i lagrådsremissen att regionerna behöver initiera en översyn av riksavtalet för utomlänsvård.

¹³¹ I maj 2017 beslutade SKL:s styrelse om en rekommendation om gemensamma utomlänssättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.

¹³² Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), "Utvecklingen av digitala tjänster". Meddelande från styrelsen 8/2019.

¹³³ Socialstyrelsen, "Digitala vårdtjänster. Övergripande principer för vård och behandling", 2018, s. 58.

2019.¹³⁴ Vårdgivarnas ansvar för att styra och leda sin verksamhet då det gäller utfärdande av intyg har förtydligats. En förändring är att det numera inte står ”personlig undersökning av intygspersonen” utan bara ”undersökning av intygspersonen”. I intyget ska det också nu anges kontaktsätt vid undersökning av intygspersonen. Detta anges vara viktigt för att säkerställa intygets kvalitet.¹³⁵

Skälet till att en personlig undersökning inte genomförts behöver inte längre framgå, så som tidigare föreskrevs i den äldre föreskriften. I intyget ska det numera finnas uppgifter om hur intygspersonens identitet styrkts och även adressuppgifter till personer, men endast om det för intyget i fråga är nödvändigt med sådana uppgifter.

Sammanfattningsvis är Socialstyrelsens föreskrift nu utformad utifrån intygssituationer som också kan uppstå genom digitala vårdkontakter. Den tydligaste ändringen i denna riktning är alltså att ”personlig” stryks i föreskriften. Det regleras alltså inte på vilket sätt en undersökning ska ske för att läkaren ska kunna utfärda ett intyg. Det sägs med andra ord heller inte om utfärdande av intyg för sjukpenning är mer eller mindre lämpligt vid digitala kontakter. Riksrevisionen bedömer att den nya föreskriften skapar möjligheter för Försäkringskassan att utforma intygen för uppföljning och kontroll eftersom Socialstyrelsens föreskrift anger att det ska finnas uppgifter om kontaktsätt i intygen.¹³⁶

6.3.4 Socialstyrelsens utvecklingsplan saknar ett tydligt fokus på den digitala vårdens inverkan på sjukförsäkringen

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har, som redan konstaterats ovan, haft ett regeringsuppdrag om dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. I anslutning till detta uppdrag har Socialstyrelsen tagit fram en utvecklingsplan för det försäkringsmedicinska arbetet.

¹³⁴ Socialstyrelsens föreskrift, (HSLF-FS 2018:54).

¹³⁵ Socialstyrelsen, ”Nya föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården”. Meddelandeblad 2/2019.

¹³⁶ Riksrevisionen har ställt frågor via e-post till Socialstyrelsen med anledning av den nya föreskriften, e-post från Socialstyrelsen den 27 april 2021.

I utvecklingsplanen konstateras att omställningen till nära vård också inbegriper den digitala vården. I den formuleras också en övergripande princip för sjukskrivning – att sjukskrivning är ett verktyg i vård och behandling:

Sjukskrivning är en vanlig försäkringsmedicinsk insats. Den ska bygga på en medicinsk utredning och bedömning av hälsotillstånd och funktionstillstånd. Sjukskrivningen är i sig en ordination, en uppmaning från en läkare om att i viss utsträckning och för en viss tid avstå från arbete eller annan sysselsättning, och som har sin utgångspunkt i individens hälsotillstånd, ofta i syfte att påverka hälsotillståndet. En sjukskrivning är, ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, ett verktyg i vård och behandling.¹³⁷

Riksrevisionen noterar att utvecklingsplanen saknar förslag med tydligt fokus på den digitala vårdens effekter på sjukförsäkringen. Det finns emellertid ambitioner om att underlätta kommunikationen mellan patienten och vårdgivare som också kan underlätta vid digitala vårdkontakter. Inför ett vårdbesök förtydligar patienten sin symtombild och sina besvär genom att fylla i uppgifter som efterfrågas. Dessa uppgifter bedöms sedan av exempelvis en läkare innan de förmedlas vidare.¹³⁸ Riksrevisionen bedömer att det är ett steg i rätt riktning men att det främst handlar om en administrativ förenkling snarare än om en åtgärd som syftar till att skapa bättre förutsättningar för en objektiv bedömning av arbetsförmågenedsättning vid digitala vårdkontakter.

6.4 Försäkringskassans arbete avseende digitala läkarbesök

6.4.1 Försäkringskassan har gjort vissa anpassningar av läkarintyget

Försäkringskassan beskriver i ett informationsmeddelande vad Socialstyrelsens ändrade föreskrift om att utfärda intyg innebär för Försäkringskassan.¹³⁹ Försäkringskassan sammanfattar att den nya föreskriften inte längre reglerar hur undersökningen ska göras, utan det överlämnas till läkaren att bedöma vad som är lämpligt. Försäkringskassan meddelar att de nya föreskrifterna vänder sig till hälso- och sjukvården och ska tillämpas av dem. Det är inte Försäkringskassans roll att kontrollera att föreskrifterna följs. Däremot, konstaterar Försäkringskassan,

¹³⁷ Socialstyrelsen, "Utvecklingsplan för det försäkringsmedicinska arbetet", 2020, s. 13. Baseras på Socialstyrelsen, "Övergripande principer för sjukskrivning", 2012.

¹³⁸ Socialstyrelsen, "Utvecklingsplan för det försäkringsmedicinska arbetet", 2020, s. 18.

¹³⁹ Försäkringskassan, *Informationsmeddelande* 2019:025.

behöver myndigheten ta hänsyn till föreskrifterna då det gäller hur läkarintyget utvecklas och förvaltas. Försäkringskassan kan inte ställa högre krav på utfärdande av läkarintyg än vad Socialstyrelsen gör.

Försäkringskassan tog i november 2017 fram en ny fastställd blankett för läkarintyg (7804). Ambitionen var att hälso- och sjukvården successivt skulle övergå till att använda det nya läkarintyget. Den gamla blanketten (7263) har under en övergångsperiod använts parallellt. Det nya läkarintyget förväntas ge ett bättre stöd för läkarna, exempelvis har nya hjälptexter lagts till. Men förändringen i de nya intygen har ingen betydelse för den värdering och utredning som handläggaren behöver göra när ett läkarintyg kommer in. Blanketten för det gamla läkarintyget uppdateras inte under övergångsperioden.¹⁴⁰

Försäkringskassan har anpassat läkarintyget (7804) som en följd av Socialstyrelsens förändrade föreskrift. Intyget för sjukpenning har ett särskilt fält som ska beskriva vad läkarintyget är baserat på. Alternativen är (1) undersökning av patienten, (2) telefonuppgifter, (3) journaluppgifter och (4) annat, med möjlighet att ange vad "annat" är.¹⁴¹

Det finns alltså inget förhandsifyllt fält av vilket det framgår att det är fråga om exempelvis ett digitalt läkarbesök. Riksrevisionen bedömer att detta minskar myndighetens förutsättningar för att på ett effektivt sätt genomföra uppföljningar och riktade kontrollinsatser av läkarintyg som är utfärdade vid digital vårdkontakt. Det försvårar även utvärderingar av hur digital vård inverkar på tillämpningen av sjukförsäkringen.

6.4.2 Ett visst internt stöd för handläggningen vid digitala vårdkontakter finns i myndighetens interna vägledning

I sin vägledning¹⁴² skriver Försäkringskassan att kontaktsättet i sig inte är avgörande för om underlaget är tillräckligt för att bedöma arbetsförmågans nedsättning, men Försäkringskassan specificerar ändå en situation som kan aktualiseras vid videosamtal:

Däremot kan det påverka hur du värderar informationen i läkarintyget, eftersom en del kontaktsätt innebär begränsade möjligheter för läkaren att undersöka och observera patienten. Det gäller till exempel videosamtal.

¹⁴⁰ Försäkringskassan, *Informationsmeddelande* 2019:025.

¹⁴¹ *Ibid.*

¹⁴² Försäkringskassan, "Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning". Vägledning 2015:1, version 15, s. 254.

Denna formulering lades till i vägledningen efter Socialstyrelsens nya föreskrift, men även till en följd av några rättsfall.¹⁴³

Formuleringen i vägledningen ger oss underlag för att konstatera att Försäkringskassan har bedömt att det finns behov av särskild uppmärksamhet och noggrannhet vad gäller handläggningen av dessa intyg. Försäkringskassan anger dock att diskussioner förts i olika forum men att det inte funnits skäl att ”höja varningsflagg”.¹⁴⁴ Försäkringskassan anger också att de varit i kontakt med digitala vårdgivare. I och med att dessa vårdgivare arbetar med kompetensfrågor och riskmedvetenhet med mera, i kombination med det begränsade antalet sjukskrivningar, bedömer Försäkringskassan att de inte behövt agera i någon större omfattning.¹⁴⁵

Försäkringskassan har sedan 2019 också arbetat med att klargöra hur Försäkringskassan ser på utredningsskyldigheten. Försäkringskassan har förtydligat myndighetens utredningsskyldighet i ärendehandläggningen genom ändringar i vägledningar och ett rättsligt ställningstagande.¹⁴⁶

6.5 Uppföljning och kontroll

6.5.1 Inga uppföljningar och särskilda kontrollinsatser har genomförts

Riksrevisionen konstaterar att Försäkringskassan inte gjort några uppföljningar av de digitala läkarbesökens inverkan på sjukförsäkringen. Vad gäller hyrläkarnas utfärdande av läkarintyg har frågan berörts i några rapporter, som vi tidigare konstaterat.

Genom inrättandet av Inspektionen för socialförsäkringen skapades en myndighet med ett fortlöpande uppdrag att genom systemtillsyn och effektivitetsgranskning

¹⁴³ Enligt uppgift från Försäkringskassan i e-post 19 februari 2020.

¹⁴⁴ Försäkringskassan framför detta i samband med faktagranskningen av rapportutkastet: *FK har lyft frågan med samverkanspartner nationellt (SKR, SoS) för diskussion som en potentiell framtida utmaning utifrån frågeställningen hur digitala bedömningar påverkar den försäkringsmedicinska kvaliteten och haft dialog med KRY och andra nätläkarföretag. Inget i dessa samtal har indikerat att FK kan och bör resa varningens flagg här och nu. NFF som nätverk bestående av FK, SKR, SoS, Läkarförbundet, KI har sett det som en viktig och intressant fråga att bevaka men tillräckliga underlag för att bedöma konsekvenser har saknats. Det kanske säger sig själv om endast 2 promille av intygen kom från "nätläkare" före pandemin.*

¹⁴⁵ Uppgift som framkom i anslutning till faktagranskningen av rapportutkastet.

¹⁴⁶ Försäkringskassan, *Rapport: Uppdrag om förbättrad kvalitet i ärenden om rätt till sjukpenning*, Svar på regeringsuppdrag, dnr 2020/001876. 2021.

värna rättssäkerheten och effektiviteten på rättsäkerhetsområdet.¹⁴⁷ Granskningen visar att inte heller Inspektionen för socialförsäkringen har gjort några uppföljningar eller analyser av sjukskrivningar genom hyrläkare och digitala läkarbesök.

Riksrevisionen noterar också att Försäkringskassan inte har genomfört några riktade insatser inom ramen för sin kontrollverksamhet, enligt vad som framgår av Försäkringskassans årsredovisningar för de senaste åren.¹⁴⁸

6.5.2 Bristande förutsättningar för att följa utvecklingen inom området

Riksrevisionen konstaterar med utgångspunkt i datainsamlingen som gjorts för denna granskning att förutsättningarna för att analysera utvecklingen har tydliga brister.

Försäkringskassan undersöker förutsättningarna för att genomföra systematiska uppföljningar av läkarintyg på vårdenhetsnivå. Försäkringskassan fick detta uppdrag i regleringsbrev för 2021 och 2022 mot bakgrund av riksdagens tillkännagivande att följa upp läkarintyg på vårdenhetsnivå.¹⁴⁹ Riksrevisionen lämnade i samband med en granskning 2019 en rekommendation om detta.¹⁵⁰ Försäkringskassan nämner några områden där möjligheterna att följa läkarintygen på vårdenhetsnivå kan bidra med en bättre dialog med hälso- och sjukvården: Sådana områden är bland annat kompletteringspraxis men även möjligheten att följa läkarintyg från enheter inom öppenvård kontra slutenvård.¹⁵¹

Som vi nämnde i tidigare avsnitt bedriver Försäkringskassan ett arbete med att utveckla läkarintygen. Riksrevisionen bedömer att läkarintyget i sin nuvarande form inte ger tillräckligt goda förutsättningar för att följa läkarintyg som är utfärdade via digitala läkarbesök, men att Försäkringskassan inom ramen för sitt pågående utvecklingsarbete kan förbättra förutsättningarna för att följa läkarintyg som utfärdas både av hyrläkare och av läkare som sjukskriver på digital väg.

¹⁴⁷ Förordningen (2009:602) med instruktion för Inspektion för socialförsäkringen.

¹⁴⁸ Försäkringskassan, *Årsredovisningar* för 2018, 2019, 2020.

¹⁴⁹ Försäkringskassan, *Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Försäkringskassan*. Detta uppdrag fick Försäkringskassan mot bakgrund av riksdagens tillkännagivande att följa upp läkarintygsskrivande (bet. 2019/20: SfU13), med anledning av Riksrevisionens rapport 2019:19.

¹⁵⁰ Riksrevisionen, *Jämställd sjukfrånvaro. Bedöms kvinnor och män likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* Rapport 2019:19.

¹⁵¹ Försäkringskassan, *Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg*, 2021.

Riksrevisionen noterar också att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys påpekar att möjligheterna att genom statistik följa den totala utvecklingen av de digitala vårdbesöken är begränsade. Trots att den digitala vården har ökat stort finns det svårigheter med att genom statistik följa den totala utvecklingen av utomlänsvård och de digitala besöken som genomförs inom ramen för regionernas egen verksamhet.¹⁵² Riksrevisionen bedömer att konsekvenserna av digitala vårdkontakter över tid blir allt svårare att analysera, givet den pågående utvecklingen inom ramen för omställningen till en nära vård.

Riksrevisionen konstaterar vidare att förutsättningarna för utvärdering och uppföljning också kan förbättras i och med ett nationellt primärvårdsregister. Socialstyrelsen har beskrivit förutsättningarna för och innehållet i ett sådant register inom ramen för ett regeringsuppdrag.¹⁵³

I och med det utvecklingsarbete som skett inom ramen för överenskommelserna mellan regeringen och SKR har elektronisk överföring av intyg mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan blivit möjlig. Genom funktionen Intygsstatistik kan hälso- och sjukvården numera följa sjukskrivningsmönster över tid på lokal, regional och nationell nivå.^{154 155}

6.5.3 Tillsyn av vården och Försäkringskassans insatser inom ramen för samverkansuppdraget

IVO har inom ramen för sitt uppdrag genomfört tillsyn av både systemet med hyrläkare och digitala läkarkontakter. Inriktningen i dessa tillsynsinsatser har gällt bland annat patientsäkerhet och rutiner för journalföring. Dessa insatser gäller inte läkarnas arbete med sjukskrivning, annat än indirekt med utgångspunkt i de allmänna krav som lagstiftningen ställer på läkares verksamhet. IVO har inte i uppdrag att följa och bedriva tillsyn vad gäller tillämpningen av sjukförsäkringen.¹⁵⁶

¹⁵² Myndigheten för vård och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte. Utvärdering av omställning till en god och nära vård*. Rapport 2021:8., s. 96–98.

¹⁵³ Socialstyrelsen, *Uppföljningen av primärvård och omställningen till en nära vård*. Deluppdrag – Nationell insamling av registeruppgifter för primärvården, 2021.

¹⁵⁴ Regeringen och SKR, "En kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020", 2020.

¹⁵⁵ Överenskommelserna för sjukskrivningar och rehabilitering har nu upphört.

¹⁵⁶ Försäkringskassan ska enligt sin instruktion följa och analysera socialförsäkringssystemets effekter för enskilda och samhället inom sitt verksamhetsområde. Försäkringskassan har också fattat beslut om att inrätta en myndighetsintern tillsyn. Inspektionen för socialförsäkringen bedriver systemtillsyn och effektivitetsgranskning på socialförsäkringsområdet. IVO ansvarar för att bedriva tillsyn på hälso- och sjukvårdens område, se Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

IVO genomförde tillsyn av hyrläkarna 2015 och 2016.¹⁵⁷ IVO har också genomfört tillsyn av offentliga och privata vårdgivare som utför digital vård (som primärvård). Ett prioriterat tillsynsområde för IVO 2018–2020 var nätbaserade vårdtjänster.¹⁵⁸ De stora nätläkaraktörerna ingick, men även de dåvarande landstingens egna digitala vårdtjänster. Riksrevisionen noterar att IVO:s tillsyn genomfördes innan Socialstyrelsen hunnit genomföra sitt regeringsuppdrag med att formulera principerna för digital vård.

Riksrevisionen noterar också att Försäkringskassan och IVO slöt en överenskommelse 2019.¹⁵⁹ Försäkringskassan beskriver redan tidigare i en viljeinriktning för samarbete med IVO¹⁶⁰ att målsättningen för samverkan med IVO är att ”säkerställa att impulser tillvaratas och att gemensamt öka möjlighet och träffsäkerhet i utredningar som rör vårdkvalitet och patientsäkerhet i relation till sjukförsäkringen”. Försäkringskassan och IVO har också rutiner för hur impulser konkret tas till vara, även rutiner som är formulerade av Försäkringskassan på den regionala nivån. Försäkringskassans samverkansansvariga är då nyckelpersonerna.¹⁶¹

Riksrevisionen noterar vidare att Försäkringskassan inom ramen för sin strukturella samverkan kan skaffa sig kännedom om vårdenheter och deras arbete med sjukskrivningar.¹⁶² Försäkringskassan har med andra ord möjlighet att också inom ramen för sin strukturella samverkan ta reda på i vilken utsträckning vårdenheterna anlitar hyrläkare.

Sammanfattningsvis bedömer Riksrevisionen att Försäkringskassan via IVO:s tillsyn, samverkan med IVO och genom den strukturella samverkan har verktyg att fånga upp signaler om att det kan finnas behov att följa upp användningen av

¹⁵⁷ Se här Socialstyrelsens tidigare beskrivna resonemang om brister i patientsäkerhetsarbetet då det gäller hyrläkare.

¹⁵⁸ IVO, *Digitala vårdtjänster. Förstudie inför nationell tillsyn, avdelning Öst* (inför nationell tillsyn 2019–2020). Se också IVO, *Iakttagelser i korthet* Nr 3/2019. I sin tillsyn fann IVO vissa brister i den interna utbildningen och IVO konstaterade bland annat att vårdgivarnas egen uppföljning av förskrivningar kan förbättras.

¹⁵⁹ IVO och Försäkringskassan, *Viljeinriktning för samverkan mellan IVO och Försäkringskassan*, 2019-01-15. Dnr FK 019929-2018.

¹⁶⁰ Försäkringskassan, *Beslut om viljeinriktning för samarbete mellan IVO och Försäkringskassan*. Protokoll med beslut den 2018-03-19, Dnr 004008-2018.

¹⁶¹ IVO, *Informationsutbyte med Försäkringskassan i tillsynen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal*. Rutinbeskrivning 2014-10-08. Dnr 1.3-27760/2014. Försäkringskassan har också regionala rutiner såsom Rutin i Väst beträffande anmälningar till IVO och polisen, internt PM 2019-04-24.

¹⁶² Försäkringskassan får en sådan kännedom genom att de nås av impulser av olika slag och att de skaffar sig överblick genom så kallade initial kartläggning. Se Försäkringskassan, *Stöd för strukturell samverkan*. Dokument i version från april 2020.

sjukförsäkringen då det gäller läkarintyg som är utfärdade av hyrläkare och genom digitala läkarkontakter. IVO:s tillsynsinsatser, men även andra myndigheters utredningar utgör viktiga indikationer på att utfärdandet av läkarintyg genom hyrläkare och digitala läkarkontakter är ett område som kan behöva en närmare uppföljning.

7 Slutsatser och rekommendationer

Hyrläkare och digitala läkarbesök har blivit allt vanligare inslag inom primärvården i Sverige, som en konsekvens av svårigheter med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården och en ambition om att utnyttja digitaliseringens möjligheter bättre. Både hyrläkare och digitala läkarbesök kan öka tillgängligheten inom vården men har också det gemensamt att de oftare utgör en ny och temporär kontakt med vården. Ett digitalt läkarbesök innebär därutöver att läkaren inte träffar patienten fysiskt. Fler digitala läkarbesök och en sämre kontinuitet inom hälso- och sjukvården utgör potentiella risker för patientsäkerheten och kvaliteten i den vård som ges. Utvecklingen kan också få konsekvenser för användningen av sjukförsäkringen i så måtto att möjligheterna att bedöma patientens arbetsförmåga kan påverkas negativt.

I granskningen har undersökts om förekomsten av inhyrda läkare och digitala läkarbesök inom primärvården har påverkat användningen av sjukförsäkringen och kvaliteten på läkarintygen, samt om den kontrollfunktion i sjukskrivningsprocessen som ska säkerställa att rätt ersättning ges till rätt person fungerar effektivt.

7.1 Läkarintyg baserade på digitala läkarbesök oftare bristfälliga

Granskningen visar att läkarintyg som är utfärdade på basis av digitala läkarbesök oftare var bristfälliga än intyg som är utfärdade efter fysiska läkarbesök på vårdcentral. Intygen som är utfärdade på basis av digitala läkarbesök saknade oftare beskrivningar av aktivitetsbegränsningar och patientens arbetsuppgifter samt vilka krav som ställdes i arbetet. Därutöver saknade intygen oftare uppgifter om vad som var intygsutfärdarens egen bedömning och vilka uppgifter som låg till grund för den, samt i vad mån egna observationer gjorts. Eftersom ett digitalt läkarbesök innebär att läkaren inte träffar patienten fysiskt kan bedömningen av arbetsförmågan i vissa fall förväntas vara svårare.

7.2 Trots sämre intyg följer Försäkringskassan inte oftare upp läkarintyg från digitala läkarbesök

I granskningen konstateras också att Försäkringskassan, trots bristerna i läkarintygen som är baserade på digitala läkarbesök, inte förefaller följa upp dessa intyg oftare än dem som är baserade på fysiska läkarbesök. Granskningen visar att handläggaren kontakter den intygsutfärdande läkaren, den försäkrade eller den

försäkrades arbetsgivare i ungefär hälften av ärendena. Emellertid tas inte fler initiativ i form av exempelvis begärda kompletteringar av läkarintyget eller av telefonutredningar när det gäller läkarintyg som är utfärdade på basis av ett digitalt läkarbesök. Därmed ökar risken för felaktiga utbetalningar. En möjlig förklaring till att Försäkringskassan inte är mer aktiva i ärenden där läkarintyget utfärdats efter ett digitalt läkarbesök, är att dessa intyg ofta avser kortare sjukskrivningar i början av sjukfallet. Emellertid är kraven på intygets kvalitet generellt sett desamma i intyg som avser korta som i de som rör långa sjukskrivningar. Resultaten i denna del av granskningen bör tolkas försiktigt mot bakgrund av att den endast omfattar cirka 300 ärenden.

En iakttagelse är att en hög andel (40 procent) av de granskade ärendena i urvalet som baserats på ett digitalt läkarbesök, skapats i onödan i så måtto att ansökan om sjukpenning i själva verket avsåg perioden då den försäkrades arbetsgivare står för ersättningen. Felaktigt initierade ärenden innebär ett merarbete för Försäkringskassan eftersom handläggaren i de flesta fall tvingas kontakta den försäkrade eller arbetsgivaren för att reda ut detta.

7.3 Förekomsten av hyrläkare har en dämpande inverkan på sjukfrånvaron bland redan sjukskrivna

Förekomsten av hyrläkare inom primärvården minskar den framtida sjukfrånvaron för patienter som redan har en pågående sjukskrivning. Analysen är baserad på vårddata och administrativa uppgifter över användande av hyrläkare från Region Skåne 2007–2018. Storleken på den uppmätta effekten, omkring 19 färre dagar som sjukskriven under det efterföljande året (motsvarande 10 %), ska tolkas försiktigt och som en approximation. Resultaten skulle kunna bero på att hyrläkare jämfört med andra läkare är mindre benägna att förlänga en redan pågående sjukskrivning. En möjlig förklaring kan vara att ett vårdbesök hos en hyrläkare oftare innebär en ny och temporär läkarkontakt, vilket kan bidra till en mer fristående bedömning av arbetsförmågan. Granskningen ger inget stöd för att de kortare sjukskrivningarna är resultatet av en alltför strikt bedömning av arbetsförmågan.

För den stora gruppen av patienter som inte redan är sjukskrivna vid läkarbesöket återfinns inga effekter som en konsekvens av förekomsten av hyrläkare. Sammantaget förefaller således framväxten av hyrläkare ha haft en begränsad effekt på användningen av sjukförsäkringen.

7.4 Regeringen har inte i tillräcklig utsträckning beaktat riskerna med hyrläkare och digitala läkarbesök

Regeringen har inte i tillräcklig utsträckning uppmärksammat riskerna som är förknippade med framväxten av hyrläkare och digitala läkarbesök för användningen av sjukförsäkringen. Man har därmed inte till fullo säkerställt att sjukskrivningsprocessen fungerar effektivt, likformigt och i enlighet med målen.

Riksrevisionen konstaterar att det saknas nationella riktlinjer som formulerar vad som gäller för sjukskrivning vid digitala läkarbesök. I stället har regionerna utvecklat egna riktlinjer med konsekvensen att det saknas samstämmighet i tillämpningen både mellan regioner och mellan olika grupper av vårdgivare i en och samma region. Detta riskerar i sin tur att försämra likformigheten i användningen av sjukförsäkringen, inte minst givet regeringens och SKR:s uttalade ambition om en mer tillgänglig och flexibel primärvård där digitala vårdbesök blir allt vanligare.

Regeringen har låtit utreda ett hållbart system för så kallade nätdoktorer och den digitala vårdens roll (SOU, 2019:42) samt gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla principer för vilken typ av vårdtjänster som är lämpliga att hantera i formen av digital vård. Emellertid uppmärksammas inte särskilt de potentiella riskerna för användningen av sjukförsäkringen i något av dessa sammanhang.

Vad gäller hyrläkare har regeringen låtit utreda och kartlägga omfattningen av hyrläkare inom ramen för ett uppdrag som presenteras i betänkandet SOU 2019:42. Inget särskilt fokus har dock lagts på sjukförsäkringen. Riksrevisionen konstaterar att inhyrd vårdpersonal, där läkarna i stor utsträckning arbetar som egenföretagare medan exempelvis sjuksköterskor är anställda av bemanningsföretagen, kan innebära att kompetensutveckling inom bland annat försäkringsmedicin läggs på arbetstagaren själv. Riksrevisionen bedömer att det pågående utvecklingsarbete som syftar till att stärka försäkringsmedicinsk kompetens hos sjukskrivande läkare, kan försvåras vid en allt större användning av inhyrda läkare. Därutöver finns en risk för att vårdcentralerna inte systematiskt följer hur hyrläkarna sjukskriver och att hyrläkarna inte i tillräcklig grad ges introduktion i rutiner och riktlinjer för sjukskrivning.

Riksrevisionen konstaterar att inga initiativ, vare sig från regeringen eller från Inspektionen för socialförsäkringen, har tagits för att följa upp konsekvenserna av ett växande antal läkarintyg som är utfärdade av hyrläkare eller på basis av ett digitalt läkarbesök för användningen av sjukförsäkringen.

Försäkringskassan har i viss mån beaktat riskerna med arbetsförmågebedömningar som är baserade på digitala läkarbesök. En ny blankett har tagits fram för läkarintyg där information om ifall vårdbesöket skett digitalt ska framgå. Man har också uppmärksammat handläggarna på att olika kontaktsätt inom vården medför olika möjligheter att undersöka och observera patienten. Några initiativ har dock inte tagits till att särskilt följa upp kvaliteten hos intyg som är baserade på digitala läkarbesök. Givet de resultat som presenteras i granskningen finns det fog för att kontinuerligt följa upp hur nya vårdformer inverkar på intygens kvalitet och därmed på tillämpningen av sjukförsäkringen. Detta skulle rymmas inom myndighetens allmänna uppdrag att följa upp och analysera utvecklingen inom socialförsäkringssystemet. Försäkringskassan har dock inte något tillsynsansvar över hälso- och sjukvården, varför det huvudsakliga ansvaret för läkarintygens kvalitet faller på hälso- och sjukvården och dess aktörer.

Riksrevisionen bedömer, med utgångspunkt i det som framkommer i granskningen, att flera omständigheter talar för ett införande av nationella riktlinjer för utfärdande av läkarintyg på basis av ett digitalt läkarbesök. Frånvaron av riktlinjer riskerar med ett växande antal digitala läkarbesök att leda till bristande likformighet i användningen av sjukförsäkringen, eftersom regioner kan tillämpa olika principer för utfärdande av läkarintyg. Därutöver finns argument för att möjligheten att utfärda läkarintyg på digital väg borde begränsas, i likhet med situationen i Norge. Redan i dag tillämpar digitalt profilerade vårdgivare en restriktiv hållning i utfärdande av läkarintyg, eftersom man i typfallet endast utfärdar kortare läkarintyg, upp till 14 dagar, i början av ett sjukfall. Detta kan tolkas som att det finns begränsningar i att via ett videomöte ställa diagnos och bedöma en individs arbetsförmåga. Bilden bekräftas i denna granskning som visar att läkarintyg som är utfärdade på basis av ett digitalt jämfört med ett fysiskt läkarbesök, oftare saknar uppgifter som i normalfallet ska ingå i intyget. Bristerna innebär dels ett merarbete för Försäkringskassan som behöver komplettera uppgifterna från intygen, dels en ökad risk för att sjukskrivningar påbörjas och ersättning betalas ut i fall där så inte borde. I framtagandet av nationella riktlinjer bör därför övervägas en rekommendation om att ett första läkarintyg i en sjukskrivning alltid ska utfärdas på basis av ett fysiskt läkarbesök. En sådan rekommendation vore också i linje med den omfattande och empiriska forskningslitteratur som påvisar betydelsen av korrekt utformade incitament för en ändamålsenlig användning av sjukförsäkringen.

7.5 Rekommendationer

Mot bakgrund av en utveckling med allt fler digitala vårdbesök och en alltmer integrerad primärvård som erbjuder både fysisk och digital vård, samt med anledning av de iakttagelser som gjorts inom ramen för denna granskning, ger Riksrevisionen följande rekommendationer:

Till regeringen:

- Ta initiativ till framtagande av tydliga nationella riktlinjer för utfärdande av läkarintyg som är baserade på digitala vårdbesök.

Till Försäkringskassan:

- Förstärk kontrollen av läkarintygets kvalitet i allmänhet och av intyg som är baserade på digitala vårdbesök i synnerhet.
- Säkerställ att utformningen av läkarintygsblanketten möjliggör en effektiv utvärdering och kvalitetskontroll med fokus på vårdformen.
- Följ upp och utvärdera kvaliteten på läkarintygen återkommande med utgångspunkt i den vårdform som läkarintyget är baserat på.

Referenslista

Författningar med mera

Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

Förordning (2009:602) med instruktion för Inspektionen för socialförsäkringen.

Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Förvaltningslag (2017:900).

Lag (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.

Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:13).

Socialförsäkringsbalk (2010:110).

Socialstyrelsens föreskrift om att utfärda intyg i hälso-och sjukvården (HSLF-FS 2018:54).

Artiklar

Ashwood, J. S., A. Mehrotra, D. Cowling, och L. Uscher-Pines, "Direct-To-Consumer Telehealth May Increase Access To Care But Does Not Decrease Spending", *Health Affairs*, vol. 36, nr 3, 2017.

O'Donell, O., "Measuring health inequalities in Europe. Methodological issues in the analysis of survey data", *Eurohealth*, vol. 15, nr 3, s. 10–14, 2009.

Ellegård L.M. och G. Kjellson, "Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral. Användare av digitala vårdtjänster kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra och gjorde inte färre akutbesök". *Läkartidningen*, 2019-10-18, 2019.

Rapporter och utredningar

Alexandersson K., Arrelöv B., Bränström R., Gustavsson C., Hinas E., Kjeldgård L., Ljungquist T. och G. Nilsson, *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning – resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004*, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet, 2013.

E-hälsomyndigheten, *Ökat nyttjande av sammanhållen journalföring. Möjligheter, utmaningar och behovet av digital informationsförsörjning i dag och i framtiden*, Delrapportering av uppdrag från regeringen S2021/03119 (delvis), 2021.

Enfeldt, J., "Hyrskuksköterskor i vården. Hur det gick till när politikerna tappade kontrollen och hur beroendet av hyrskuksköterskor kan brytas", 2019.

<https://arenaide.se/wp-content/uploads/sites/2/2019/04/rap-hyrskoterskor-ver2-compressed-1.pdf>, hämtad 2022-02-28.

Englund L., *Hur har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? Resultat av tre praxisundersökningar bland distriktsläkare i ett svenskt landsting åren 1996, 2001 och 2007*, CFK – Centrum för klinisk forskning Dalarna, 2008.

ESO, *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, ESO 2016:2, 2016.

ESO, *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården*. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, ESO 2018:6, 2018.

Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport*, 2017:11, 2017.

Försäkringskassan, *Socialförsäkringsrapport*, 2019:3, 2019.

Försäkringskassan, *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen*, Delrapport 2, 2020.

Försäkringskassan, *Rapport: Uppdrag om förbättrad kvalitet i ärenden om rätt till sjukpenning*, Svar på regeringsuppdrag, dnr 2020/001876, 2021.

Försäkringskassan, *Rapport: Uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg*, Svar på regeringsuppdrag, dnr FK 2021/006212, 2021.

Försäkringskassan, *Årsredovisning för 2010*, 2011.

Försäkringskassan, *Årsredovisning för 2015*, 2016.

Försäkringskassan, *Årsredovisning för 2018*, 2019.

Försäkringskassan, *Årsredovisning för 2019*, 2020.

Försäkringskassan, *Årsredovisning för 2020*, 2021.

Försäkringskassan, *Årsredovisning för 2021*, 2022.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen, *Utvecklingsinsatser för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Slutredovisning av Försäkringskassans och Socialstyrelsens åtgärder för en ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, 2021.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*, ISF 2014:22, 2014.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), *Vårdvalets effekter på sjukskrivningarna*, ISF 2014:17, 2014.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), *Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen inom primärvården*, 2016.

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO), *Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*, 2020.

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO), *Digitala vårdtjänster. Förstudie inför nationell tillsyn, avdelning Öst (inför nationell tillsyn 2019–2020)*, 2019.

Inspektionen för vård- och omsorg (IVO), *Iakttagelser i korthet*, Nr 3/2019, 2019.

Johansson, P. och M. Nilsson, *Finns det något samband mellan sjukintygets kvalitet och sjukfrånvaro?*, IFAU 2008:27, 2008.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018:5, 2018.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Primärt i vården – En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*, 2020:9, 2020.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Nära vård i sikte. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, 2021:8, 2021.

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

Riksrevisionen, *Nekad sjuk- och aktivitetsersättning – effekter på inkomst och hälsa*, RiR 2018:9, 2018.

Riksrevisionen, *Jämställd sjukfrånvaro. Bedöms kvinnor och män likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* RiR 2019:19, 2019.

Socialstyrelsen, *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet*, 2017.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2019*, Socialstyrelsen, 2019.

Socialstyrelsen, *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt, Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställning till en mer nära vård*, 2020.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en god och nära vård 2020. Utvecklingen i kommuner och regioner samt förslag på indikatorer*, 2021.

Socialstyrelsen, *Uppföljningen av primärvård och omställningen till en nära vård. Deluppdrag 1 – Nationell insamling av registeruppgifter för primärvården*, 2021.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan, *Sjukskrivningsmönster och praxis. Skillnader i vårdens arbete. Rapport om sjukskrivningspraxis*, 2017.

SOU 2010:107, *Läkares sjukskrivningspraxis – En systematisk litteraturöversikt*, En rapport från Sociala rådet.

SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Projekt – Oberoende av inhyrd personal*, 2016.

Sveriges Kommuner och Landsting, *Projekt – Oberoende av inhyrd personal – Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016–2018*, 2019.

Svärd, V., Haque, M., Friberg, E., och Alexanderson, K., *Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg*, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, 2018.

Regeringsbeslut

Dir. 2017:08, *Styrning för en mer jämlik vård*.

Dir. 2018:14, *Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården*.

Regeringens lagrådsremiss, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform, 2021*.

Regeringsbeslut S2017/07220/RS (delvis) S2017/07302/RS (delvis) S2017/07303/RS (delvis), *Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan*.

Regeringsbeslut S2018/S2018/00530/SF, *Uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården*.

Regeringsbeslut S2018/01460/FS. *Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende anslag 1:6*.

Regeringsbeslut S2020/09448 S2020/09516 S2020/09593 (delvis), *Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Försäkringskassan*.

Regeringsbeslut S2021/08064, S2021/08094, S2021/08111 (delvis), *Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Försäkringskassan*.

Riksdagstryck

Bet. 2008/09: SfU 1, *Utgiftsområdena 10, 11 och 12 inom socialförsäkringsområdet*, rskr. 2008/09:138.

Bet. 2011/12: SfU14, *Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete*, rskr. 2011/12:203.

Bet. 2012/13: SfU10, *Metoder för bedömning av arbetsförmåga*, rskr. 2012/13:277.

Prop. 1994/95:147, *Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.*

Prop. 2002/03:89, *Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.*

Prop. 2017/18:1, *Utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.*

Prop. 2021/22:1, *Utgiftsområde 10: Ekonomisk trygghet vid sjukdom och funktionsnedsättning.*

Prop. 2021/22:72, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.*

Övriga dokument

Försäkringskassan, *Beslut om viljeinriktning för samarbete mellan IVO och Försäkringskassan*, Protokoll med beslut den 2018-03-19, Dnr 004008-2018, 2018.

Försäkringskassan, *Informationsmeddelande*, 2019:025, 2019.

Försäkringskassan, *Domsnytt* 2019:014.

Försäkringskassan, *Rutin i Väst beträffande anmälningar till IVO och polisen*, internt PM 2019-04-24, 2019.

Försäkringskassan, *Stöd för strukturell samverkan*, Dokument i version från april 2020, 2020.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), *Informationsutbyte med Försäkringskassan i tillsynen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal*, Rutinbeskrivning 2014-10-08, Dnr 1.3-27760/2014, 2014.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Försäkringskassan, *Viljeinriktning för samverkan mellan IVO och Försäkringskassan*, 2019- 01-15, Dnr FK 019929-2018, 2019.

Webbsidor, riktlinjer, vägledningar etc. på webben

Dagens Medicin, "Hyrläkare ger mest antibiotika", publicerad 22 juli 2015, 2015. <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/infektion/hyrlakare-ger-mest-antibiotika/>, hämtad 2022-02-28.

Direktoratet for e- helse, "Veiledning i god praksis for bruk av Dialog Fastlege. Råd till helsepersonell som ska tjensterna i bruk for sina pasienter", 2019. <https://www.ehelse.no/>, hämtad 2022-02-28.

Försäkringskassan, "Svar – ISF:s rapport (2016:5) Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda", dnr 21300–2016, 2016. <https://www.forsakringskassan.se/>, hämtad 2022-02-28.

Försäkringskassan, "Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning", Vägledning 2015:1, version 14, 2021. <https://www.forsakringskassan.se/>, hämtad 2022-02-28.

Försäkringskassan, "Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning", Vägledning 2015:1, version 15, 2022. <https://www.forsakringskassan.se/>, hämtad 2022-02-28.

Kommunal, "Ordning och reda i bemanningsbranschen – en rapport om hyrpersonal i vård och omsorg", 2018. <https://www.kommunal.se/>, hämtad 2022-02-28.

Läkarförbundet, "Kartläggning visar akut läkarbrist i primärvården", 2013. <https://news.cision.com/se/sveriges-lakarforbund/r/kartlaggning-visar-akut-lakarbrist-i-primarvarden.c9383798>, hämtad 2022-02-28.

Nationellt system för kunskapsstyrning (SKS), "Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete", Version godkänd av styrgruppen för SKS Hälso- och sjukvård, Sveriges regioner i samverkan, version beslutad 2021-03-19. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod>, hämtad 2022-02-28.

Regeringen, "Remisslista SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval", dnr. S2019/04058/FS. <https://regeringen.se/>, hämtad 2022-02-28.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner, "En kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020". <https://skr.se/>, hämtad 2022-02-28.

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner, "Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård", 2016. <https://regeringen.se/>, hämtad 2022-02-28.

Socialstyrelsen, "Övergripande principer för sjukskrivning", senast reviderade 2012. <https://www.socialstyrelsen.se/>, hämtade 2022-02-28.

Socialstyrelsen, "Digitala vårdtjänster – Övergripande principer för vård och behandling", 2018. <https://www.socialstyrelsen.se/>, hämtad 2022-02-28.

Socialstyrelsen, "Försäkringsmedicinskt beslutsstöd". <https://www.socialstyrelsen.se/>, hämtad 2019-05-20.

Socialstyrelsen, "Nya föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården, Meddelandeblad 2/2019". <https://www.socialstyrelsen.se/>, hämtad 2022-02-28.

Socialstyrelsen, "Utvecklingsplan för försäkringsmedicin. Socialstyrelsens strategiska utvecklingsplan för att stödja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete", 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/>, hämtad 2022-02-28.

Strama, "Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten". Rekommendation framtagen av Programråd Strama. Fastställd 2017-10-30. <https://strama.se/>, hämtad 2022-02-28.

Sveriges Kommuner och Landsting, "Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer", 2014. <https://skr.se/>, hämtad 2022-02-28.

Sveriges Kommuner och Landsting, "Utvecklingen av digitala tjänster", Meddelande från styrelsen 8/2019. <https://skr.se/>, hämtad 2022-02-28.

Sveriges Kommuner och Regioner, "Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020", publicerad 2021-03-26. <https://skr.se/>, hämtad 2022-02-28.

Sveriges Kommuner Regioner (SKR), "Kompetensutveckling i försäkringsmedicin. Vägledning för planering, ledning och styrning", 2020. <https://skr.se/>, hämtad 2022-02-28.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), "Gemensam upphandling för hyrpersonal. Utkast till ramavtal ", Powerpointpresentation för dialogmöten med bemanningsleverantörer i september 2021. <https://skr.se/>, hämtad 2021-11-25.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), "Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården 2020 I jämförelser med helår/2019 samt halvår 2/2019", 2021. <https://skr.se/>, hämtad 2022-02-28.

Sveriges Kommuner och Regioner och Socialdepartementet, "God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. En överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2021". <https://skr.se/>, hämtad 2022-02-28.

Bilaga A

Bedömningsgrunder för granskning av läkarintyg

Läkaren ska, enligt förarbetena (prop. 1994/95:147 s. 27 f.), utöver att bedöma den försäkrades medicinska status och på vilket sätt den påverkar funktionsförmågan, också ange den försäkrades arbetsuppgifter och arbetsförmågans nedsättning i förhållande till dessa. Läkaren ska tydligt ange det medicinska syftet med sjukskrivningen och motivera dels varför den försäkrade inte bör arbeta, dels på vilket sätt det främjar personens tillfrisknande att avstå från arbete.

Enligt huvudregeln ska den försäkrade styrka nedsättningen av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med åttonde dagen i sjukperioden (27 kap. 25 § SFB), genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan. Undantag från huvudregeln kan göras, exempelvis kan Försäkringskassan ålägga en studerande att i kontroll- eller rehabiliteringssyfte visa upp ett läkarintyg från och med den första dagen i sjukperioden (18 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13). Undantag kan också göras såtillvida att den försäkrade kan undantas från skyldigheten att lämna sjukintyg om det är uppenbart obehövt att intyget lämnas (7 och 8 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13 7 §).

Läkarintyget är framtaget av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen (9 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13). Utgångspunkten är att intyget ska vara fullständigt ifyllt, men om intyget tillsammans med övriga underlag utgör tillräcklig information för att man ska kunna bedöma rätten till sjukpenning, behöver någon komplettering av intyget inte begäras även om det är ofullständigt.

I Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården står följande i 6 kap. 3 §: ”Av ett intyg ska det framgå från vem en uppgift kommer, om det är intygsutfärdarens egen uppgift eller om den härrör från någon annan. Vidare ska det framgå vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som är uppgifter som ligger till grund för den.”

För att Försäkringskassan ska kunna värdera informationen i intyget behöver det vidare tydligt framgå vilka uppgifter som lämnats av den försäkrade och vilka uppgifter som kan intygas av läkaren. I Socialstyrelsens föreskrifter betonas vikten av att undersökningsfynd och liknande tydligt redovisas i intyget och att det framgår hur dessa ligger till grund för bedömningen: ”Ett intyg ska vidare innehålla uppgifter om de undersökningar, journalhandlingar och andra handlingar samt upplysningar som ligger till grund för den bedömning som intygsutfärdaren gör vid utfärdandet av intyget. Det ska även framgå i vilka

avseenden de olika uppgifterna ligger till grund för bedömningen” (6 kap. 8 § Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2018:54).

I rättspraxis betonas vikten av att det i läkarintyget och i de andra medicinska underlagen tydligt framgår på vilket sätt sjukdomen sätter ner arbetsförmågan och hur läkaren kommit fram till sin bedömning (Domsnytt 2019:014). Huvudregeln säger att läkaren ska undersöka sin patient innan ett läkarintyg utfärdas; emellertid specificerar inte föreskrifterna vilka kontaktsätt som kan vara lämpliga vid undersökningen (5 kap. 2 § HSLF-FS 2018:54).

Av Domsnytt 2019:014 framgår att Försäkringskassan inte har möjlighet att göra en generell arbetsförmågebedömning enbart utifrån diagnos, eftersom det är konsekvenserna av sjukdomen och inte sjukdomen i sig som kan sätta ned arbetsförmågan. Därför är det viktigt att det av intyget och det övriga underlaget tydligt framgår hur sjukdomen sätter ner arbetsförmågan och vilka observationer och undersökningsfynd som framkommit.

I sin bedömning av rätten till ersättning gör Försäkringskassan en helhetsbedömning på basis av det samlade underlaget. Vissa sjukdomstillstånd och besvär kan vara svåra för läkaren att verifiera objektivt; emellertid är inte objektiva undersökningsfynd avgörande i bedömningen av rätten till ersättning. I förarbetena står att man i vissa korta sjukfall ibland kan sänka kraven på läkarintyget (prop. 2002/03:89 s. 22 f.). Detta genererade emellertid inte något lagförslag varför Försäkringskassan anser att det bör tillämpas med försiktighet i sjukpenningärenden. Kraven på de medicinska underlagen är således inte lägre vid korta sjukfall. Det avgörande är i stället att underlagen och övriga relevanta uppgifter i utredningen visar att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom (Domsnytt 2019:014).

Deskriptiv statistik om utfärdande av läkarintyg 2019–2020

I det här avsnittet beskrivs läkarintyg som inkom till Försäkringskassan 2019–2020. En uppdelning har gjorts mellan intyg som är utfärdade av nätläkare på basis av ett digitalt läkarbesök och intyg som är utfärdade av andra läkare. Intyg som utfärdades 2019 och 2020 redovisas separat, och på så vis får vi en uppfattning om hur mycket intyg från nätläkare ökade under 2020 som en konsekvens av pandemin, och också om i vilka grupper användningen av nätläkare ökade. Noterbart är att inte alla läkarintyg innebär anspråk på sjukpenning. I stället kan intygspanneraden avse sjuklöneperioden, det vill säga den del i början av en sjukskrivning (upp till 14 dagar) då arbetsgivaren står för ersättningen. Dessa intyg

behöver egentligen inte inkomma till Försäkringskassan men en viss andel, okänt hur stor, gör det i alla fall.

Intyg från nätläkare är avgränsade till de fyra största digitalt profilerade vårdgivarna (KRY, Min Doktor, Doktor.se och Doktor24) som står för en mycket stor del av vårdbesöken (84 procent enligt SKR 2020) bland nätläkare, dock inte samtliga. En viss underskattning av antalet intyg från nätläkare råder alltså.¹⁶³

I tabell A1 (bilaga A) presenteras basinformation om de inkomna läkarintygen och den aktuella populationen. Noterbart är att det totala antalet inkomna läkarintyg sjönk mellan 2019 och 2020, från 1,9 miljoner till omkring 1,5 miljoner, vilket sannolikt hänger samman med att kraven på läkarintyg togs bort under stora delar av 2020 till följd av pandemin. Noterbart är också att läkarintyg som är utfärdade av nätläkare utgör en mycket liten andel av alla intyg. År 2019 inkom drygt 3 000 intyg från nätläkare, vilket motsvarar cirka 0,2 procent av samtliga intyg. År 2020 skedde en tydlig ökning av nätläkarintygen, till cirka 13 000, en ökning med 300 procent. Som andel av samtliga intyg ökade nätläkarintygen 2020 till 0,9 procent.

I tabell A1 framträder tydliga skillnader mellan patienter som fått ett läkarintyg av nätläkare och de som fått ett intyg från läkare på vårdcentral. Dessa skillnader kan i hög utsträckning förväntas motsvara dem som finns mellan patienter som söker vård hos olika typer av läkare. Gruppen som vänder sig till en nätläkare är i genomsnitt yngre än den som vänder sig till läkare på vårdcentral. Sett till 2019 var cirka 6 av 10 med ett nätläkarintyg under 35 år, och motsvarande andel bland övriga var drygt 1 av 4. Bland patienter med nätläkarintyg är också andelen utrikes födda lägre, liksom andelen med barn under 18 år. Vidare är inkomsterna lägre och, inte minst, erfarenheterna av sjukskrivning och arbetslöshet sedan 2010, väsentligt lägre i gruppen som vänt sig till en nätläkare. Längst ner i tabellen redovisas uppgifter från det utfärdade läkarintyget. Där framgår att patienter som sökt vård hos en nätläkare i nästan samtliga fall, 95 fall av 100, är i arbete, att jämföra med 78 fall av 100 av dem som vänt sig till andra läkare. Resultatet ger en indikation om att tillgängligheten kan ha betydelse i sammanhanget: En person som arbetar har ofta sämre möjligheter att uppsöka en läkare på vårdcentral jämfört med en person som inte arbetar, och då kan ett digitalt möte med läkare

¹⁶³ Det finns ytterligare felkällor i identifierandet av nätläkare som kan medföra en underskattning av antalet intyg. I granskningen har nätläkare identifierats via den arbetsplatskod som anges i läkarintyget. Genom att därutöver söka på "Enhetsnamn" hittar Försäkringskassan i en egen sökning ytterligare i storleksordningen 5 000 intyg som möjligen kan tillföras kategorin läkarintyg från nätläkare. Ytterligare en källa till underskattning är därutöver att vi i framställningen tagit bort 1 200 intyg som rör patienter som saknar uppgifter i Försäkringskassans personregister.

framstå som ett attraktivt alternativ. Vidare framgår att nätläkare oftare än andra läkare bedömer att patientens arbetsförmåga är nedsatt 100 procent, samt att intyg från läkare på vårdcentral oftare (3,6 procent jämfört med 2,1 procent) föranleder en begärd komplettering av intyget. Det sistnämnda kan ha olika förklaringar. Det skulle kunna bero på att patienter som vänder sig till nätläkare i genomsnitt är mer lättbedömda och att intygen därför blir av högre kvalitet, men det skulle också kunna bero på att Försäkringskassan gör bedömningen att nätläkare, eftersom de inte träffar patienten fysiskt, har svårare att inkomma med kompletterande uppgifter.

Pandemin innebar en kraftig ökning av antalet läkarintyg som är utfärdade av nätläkare. Bland dem som fick ett intyg av en nätläkare skedde en tydlig ökning av patienter 45 år eller äldre. Denna andel var endast 20 procent 2019, men ökade till 35 procent under 2020. En kraftig ökning skedde också bland utrikes födda, som ökade sin andel av utfärdade nätläkarintyg från 18 till 28 procent. En ökning skedde också bland män (från 34 till 39 procent). Noterbart är avslutningsvis att andelen läkarintyg där Försäkringskassan krävde en komplettering av underlaget sjönk tydligt mellan 2019 och 2020, både bland intyg som är utfärdade av läkare på vårdcentral (3,6 till 2,5 procent) och bland intygen från nätläkare (2,1 till 0,6 procent). Försäkringskassan tolkar nedgången som en direkt konsekvens av ett förändrat arbetssätt på Försäkringskassan 1 april–31 oktober 2020, då försäkringsutredare avvaktade med att begära kompletteringar från vården i sjukpenningärenden.¹⁶⁴ I stället hade de fått instruktioner om att inhämta kompletterande information från den försäkrade och vid behov även arbetsgivaren eller annan aktör. Syftet med förändringen av arbetssättet var att avlasta vården.

¹⁶⁴ Försäkringskassan, 2020.

Tabell A1 Beskrivning av patienter som fick läkarintyg utfärdat 2019–2020, bakgrundsinformation. Andelar, standardavvikelse inom parentes

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Man	0,34	0,36	0,39	0,36
Civilstånd (gift)	0,24	0,38	0,32	0,39
Ålder				
–24 år	0,17	0,05	0,09	0,04
25–34 år	0,40	0,21	0,32	0,20
35–44 år	0,23	0,22	0,24	0,21
45–54 år	0,12	0,26	0,21	0,26
55– år	0,08	0,25	0,14	0,27
Genomsnitt	35,0 (11,2)	44,8 (12,3)	39,7 (12,0)	45,6 (12,2)
Antal barn under 18 år	0,37	0,40	0,40	0,39
Utrikes född	0,18	0,22	0,28	0,23
Pensionsgrundande inkomst (1 000 kr)	286,2 (161,3)	305,9 (191,1)	291,5 (162,8)	303,6 (172,3)
Utbildningsnivå				
Ingen uppgift	0,01	0,01	0,02	0,01
Grundskola	0,13	0,14	0,13	0,14
Gymnasial	0,51	0,51	0,48	0,50
Eftergymnasial	0,36	0,35	0,38	0,36
Historik (sedan 2010)				
Sjukskrivning	181 (343)	459 (607)	202 (359)	498 (657)
Sjuk- och aktivitetsersättning	19 (174)	41 (279)	18 (179)	47 (315)
Arbetslöshet	181 (343)	459 (607)	202 (359)	498 (657)
Från läkarintyget				
Arbetsförmågan nedsatt 100 %	95,6	77,3	96,6	78,8
I arbete	94,5	78,2	95,2	81,7
I arbetslöshet	2,1	8,5	1,7	9,3
Komplettering begärd	2,1	3,6	0,6	2,5
Antal läkarintyg	3 143	1 917 719	12 870	1 479 249

Anm.: VC = Vårdcentral.

Diagnos

Bland läkarintyg som är utfärdade av läkare på vårdcentral är de dominerande diagnoserna dels de psykiatriska diagnoserna, dels diagnoserna som är kopplade till sjukdomar i det muskuloskeletala systemet, exempelvis smärtor i rygg, nacke och axlar (tabell A2). Dessa diagnoser utgör i storleksordningen 6 av 10 utfärdade intyg. Av övriga diagnoser är skador och förgiftningar den största med omkring 8–9 procent, åtminstone i vanliga fall. Under 2020 blev emellertid sjukdomar i andningsorganen en ännu vanligare diagnos. Före pandemin var psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till ett utfärdat nätläkarintyg; drygt 4 av 10 intyg utfärdade av en nätläkare gällde en patient med en psykiatrisk diagnos. Den näst största diagnosen, cirka 3 av 10 intyg, var sjukdomar i andningsorganen. År 2020 gällde 6 läkarintyg av 10 sjukdomar i andningsorganen, vilka därmed var den klart vanligaste diagnosen bland intyg som utfärdades av nätläkare. Därefter var psykiatriska diagnoser de vanligaste (13,5 procent) följt av vissa infektions- och parasitsjukdomar (9,6 procent).

Tabell A2 Beskrivning av patienter som fick läkarintyg utfärdat 2019–2020, diagnos, andelar (procent)

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar	7,2	1,2	9,6	2,3
Tumörer, sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	0,2	4,1	0,0	4,2
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar	0,1	1,0	0,1	1,0
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	42,2	38,6	13,5	36,0
Sjukdomar i nervsystemet	2,8	3,3	1,1	3,4
Sjukdomar i ögat och närliggande organ, sjukdomar i örat och mastoidutskottet	0,6	1,1	0,2	1,0
Cirkulationsorganens sjukdomar	0,3	2,8	0,1	2,8
Andningsorganens sjukdomar	27,9	3,8	60,4	8,1
Matsmältningsorganens sjukdomar	1,3	2,6	0,3	2,2

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Hudens och underhudens sjukdomar	0,4	0,7	0,2	0,6
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	6,1	19,1	2,5	17,1
Sjukdomar i urin- och könsorganen	0,3	1,3	0,1	1,1
Graviditet, förlossning och barnsängstid	1,2	3,2	0,5	2,9
Vissa perinatale tillstånd	0,0	0,0	0,0	0,0
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	0,0	0,3	0,0	0,3
Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats	5,8	3,4	3,8	3,9
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	2,3	8,6	0,9	7,7
Koder för särskilda ändamål	0,0	0,0	4,7	2,3
Yttre orsaker till sjukdom och död	0,0	0,0	0,0	0,0
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	0,5	1,0	1,0	1,0
Uppgift saknas	0,9	4,1	0,9	2,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal läkarintyg	3 143	1 917 719	12 870	1 479 249

Anm.: VC = Vårdcentral.

Region

En analys av fördelning av läkarintygen mellan olika regioner visar att Stockholm, Skåne och Västra Götaland står för drygt hälften av alla läkarintyg som är utfärdade på vårdcentraler i landet, och nästan var fjärde intyg är utfärdat i Region Stockholm (tabell A3). Bland intygen som är utfärdade av nätläkare är storstadsregionernas dominans ännu tydligare, cirka 7 av 10 nätläkarintyg 2019 avsåg en patient som är bosatt i någon av dessa regioner. Pandemiåret 2020 hade andelen vuxit till cirka 8 av 10 intyg. Ökningen av antalet intyg från nätläkare mellan 2019 och 2020 drivs således av en tydlig ökning av intyg som är utfärdade för patienter i Region Stockholm, som ensamt står för över hälften av alla intyg.

Tabell A3 Beskrivning av patienter som fick läkarintyg utfärdat 2019–2020, region, andelar (procent)

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Stockholm	37,4	24,5	54,0	25,8
Uppsala	3,3	3,8	3,7	3,8
Södermanland	4,8	3,0	2,7	2,9
Östergötland	3,3	3,8	2,9	3,9
Jönköping	1,3	3,6	1,1	3,5
Kronoberg	0,6	1,8	0,4	1,7
Kalmar	1,2	2,2	0,5	2,2
Gotland	0,8	0,7	0,2	0,6
Blekinge	0,8	1,5	0,5	1,3
Skåne	15,6	11,1	11,4	11,0
Halland	1,9	3,0	1,4	3,0
Västra Götaland	15,5	18,1	13,1	18,2
Värmland	1,8	2,5	0,9	2,4
Örebro	1,6	2,7	1,6	2,6
Västmanland	1,3	2,6	1,1	2,5
Dalarna	1,9	2,9	0,9	2,8
Gävleborg	1,5	3,0	0,9	2,9
Västernorrland	1,2	2,3	0,6	2,2

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Jämtland	0,6	1,1	0,3	1,1
Västerbotten	1,1	2,7	0,4	2,5
Norrbotten	1,2	2,1	0,5	2,2
Uppgift saknas	1,5	0,8	1,1	0,8
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal läkarintyg	3 143	1 917 719	12 870	1 479 249

Anm.: VC = Vårdcentral.

Bransch, sektor och utbildningsinriktning

I tabell 4,5 och 6 redovisas grupperna med avseende på faktorer som är kopplade till patienternas yrke och bransch. I tabell A4 redovisas hur läkarintyg från nätläkare och andra läkare inom hälso- och sjukvården fördelas mellan olika branscher. Överlag gäller att flest intyg inkommer från anställda inom vård och omsorg (drygt 20 procent), följt av utbildning och handel (båda omkring 12 procent).

Fördelningen av läkarintyg från olika branscher är förhållandevis lika om man jämför intyg som är utfärdade av nätläkare och andra läkare. Med andra ord är branscherna inom vilka flest läkarintyg utfärdas av den stora majoriteten av läkare, också de branscher inom vilka nätläkare oftast utfärdar intyg. Den stora ökningen av nätläkarintyg 2020 förefaller dessutom vara proportionell ur ett branschperspektiv, så att olika branschers andel av samtliga nätläkarintyg är förhållandevis stabil.

En fördelning av läkarintyg mellan olika sektorer på arbetsmarknaden (tabell A5) ger en liknande bild. Klart flest intyg avser anställda i privat sektor (aktiebolag och övriga, ej offentliga, företag), följt av intyg som avser anställda i primärkommunal sektor. Det gäller både nätläkare och andra läkare. Medan andelen intyg från privat sektor är något större bland nätläkare jämfört med andelen från övriga läkare, gäller det omvända för intyg från kommunal sektor.

Avslutningsvis går mönstret med små skillnader mellan nätläkare och andra läkare igen även när det gäller hur patienter med olika utbildning fördelar sig (tabell A6). Flest läkarintyg återfinns bland utbildade inom kategorin "bred, generell utbildning" (drygt 1 av 5 intyg), följt av "hälso- och sjukvård" (ungefär 1 av 7 intyg) och "företagsekonomi, handel och administration" och "teknik och teknisk industri", båda med omkring 1 intyg av 10. Inga påtagliga förändringar av den utbildningsmässiga sammansättningen återfinns för nätläkarintygen mellan 2019 och 2020.

Tabell A4 Beskrivning av patienter som fick läkarintyg utfärdat 2019–2020, bransch (SNI07), andelar (procent)

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Annan serviceverksamhet	1,7	2,3	2,4	2,3
Byggverksamhet	4,0	5,4	5,1	5,3
Fastighetsverksamhet	1,0	1,3	0,9	1,2
Finans- och försäkringsverksamhet	2,2	1,2	1,3	1,1
Försörjning av el, gas, värme och kyla	0,2	0,3	0,1	0,3
Förvärvsarbete i hushåll; hushållens produktion av diverse varor och tjänster för eget bruk		0,0		0,0
Handel; reparation av motorfordon och motorcyklar	12,0	9,0	11,3	8,9
Hotell- och restaurangverksamhet	4,2	2,7	3,9	2,7
Informations- och kommunikationsverksamhet	3,8	2,0	2,0	1,8
Kultur, nöje och fritid	1,9	1,5	1,7	1,5
Offentlig förvaltning och försvar; obligatorisk socialförsäkring	5,3	5,4	4,6	5,1
Tillverkning	5,9	8,8	4,6	8,1
Transport och magasinering	4,8	4,3	6,7	4,5
Utbildning	12,1	12,1	15,1	12,3
Uthyrning, fastighetsservice, resetjänster och andra stödtjänster	10,4	6,5	7,7	6,3
Vattenförsörjning; avloppsrening, avfallshantering och sanering	0,3	0,4	0,3	0,4
Verksamhet inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik	5,2	3,7	3,9	3,6
Verksamhet vid internationella organisationer, utländska ambassader o.d.		0,0	0,0	0,0
Vård och omsorg; sociala tjänster	20,9	21,5	22,7	23,3
Uppgift saknas	4,4	11,9	5,7	11,3
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal läkarintyg	3 143	1 917 719	12 870	1 479 249

Anm.: VC = Vårdcentral.

Tabell A5 Beskrivning av patienter som fick läkarintyg utfärdat 2019–2020, sektor, andelar (procent)

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Statlig förvaltning/affärsverk	5,1	4,2	4,0	3,9
Primärkommunal förvaltning	19,6	23,3	21,7	24,3
Landsting	5,1	6,0	4,2	6,4
Aktiebolag och övriga företag (ej offentligt)	59,3	47,2	57,6	46,8
Övrigt, inkl. saknad	10,9	19,4	12,6	18,6
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal läkarintyg	3 143	1 917 719	12 870	1 479 249

Anm.: VC = Vårdcentral.

Tabell A6 Beskrivning av patienter som fick läkarintyg utfärdat 2019–2020, utbildningsinriktning, andelar (procent)

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Biologi och miljövetenskap	0,5	0,4	0,4	0,4
Bred, generell utbildning	22,4	21,3	22,6	21,1
Data	1,4	1,4	1,5	1,3
Djursjukvård	0,3	0,1	0,2	0,1
Fysik, kemi och geovetenskap	0,6	0,3	0,3	0,3
Företagsekonomi, handel och administration	10,9	10,8	9,5	10,3
Humaniora	1,6	1,6	1,8	1,7
Hälso- och sjukvård	13,0	14,1	12,4	15,0
Journalistik och information	1,2	0,7	0,9	0,7
Juridik och rättsvetenskap	0,9	0,8	0,8	0,8
Konst och media	6,1	3,8	5,5	3,8
Lantbruk, trädgård, skog och fiske	1,7	1,8	1,3	1,7
Matematik och övrig naturvetenskap	0,2	0,4	0,6	0,4

	Nätläkare 2019	Läkare VC 2019	Nätläkare 2020	Läkare VC 2020
Material och tillverkning	1,2	1,4	0,8	1,3
Miljövård och miljöskydd		0,1	0,1	0,1
Okänd	2,3	2,9	3,6	3,0
Pedagogik och lärarutbildning	6,5	7,4	8,1	7,5
Personliga tjänster	7,0	5,2	5,5	5,1
Samhälls- och beteendevetenskap	3,3	2,5	3,1	2,5
Samhällsbyggnad och byggnadsteknik	2,3	3,8	3,5	3,7
Socialt arbete, omsorg och vägledning	5,7	6,0	5,6	6,1
Säkerhetstjänster	0,6	0,6	0,9	0,6
Teknik och teknisk industri	9,1	11,2	9,4	10,9
Transporttjänster	1,0	1,4	1,0	1,4
Uppgift saknas	0,3	0,2	0,6	0,4
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal läkarintyg	3 143	1 917 719	12 870	1 479 249

Anm.: VC = Vårdcentral.

Bilaga B

Användningen av hyrläkare i Skåne

I diagram B1–B3 beskrivs användningen av hyrläkare inom den i offentlig regi drivna primärvården i Skånes län över tid. I diagram B1 framgår att kostnaderna för inhyrda läkare ökat successivt sedan 2007, då utgifterna uppgick till cirka 5 miljoner per kvartal eller ungefär 2 procent av de totala utgifterna för läkare, till omkring 35 miljoner per kvartal eller 10–12 procent av läkarkostnaderna 2019. En svag nedgång i användningen av inhyrda läkare kan emellertid konstateras sedan 2015–2016.

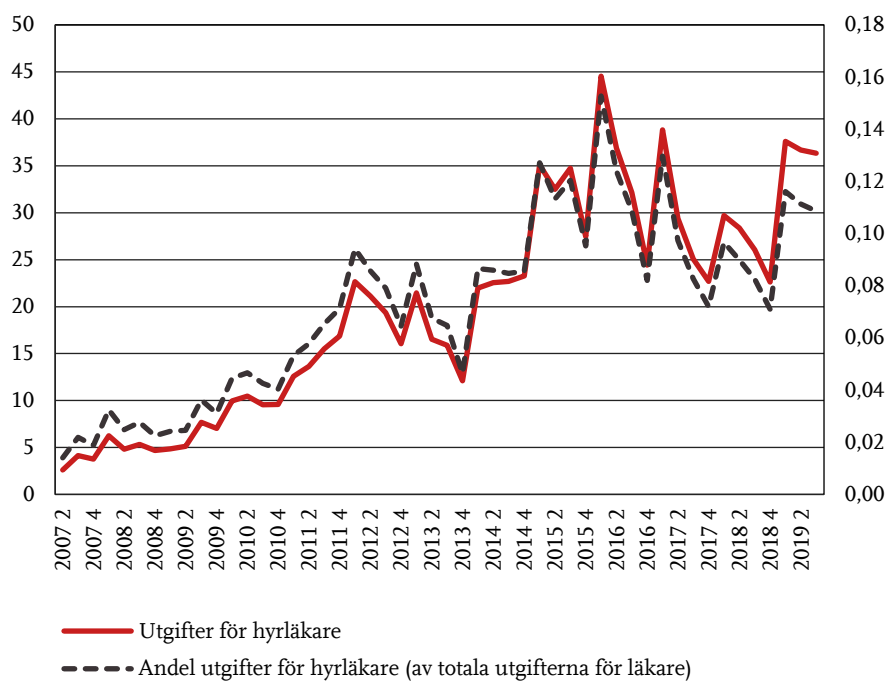
I diagram B2 framgår att ökningen i användningen av hyrläkare går hand i hand med en ökning av sjukpenningtalet i Skåne, liksom i antalet registrerade vårdbesök. Visserligen krävs ett besök hos läkaren för att bli sjukskriven längre än i sju dagar, men ökningen av sjukfrånvaron har sannolikt andra orsaker.¹⁶⁵ Noterbart är den kraftiga ökningen av antalet vårdbesök mellan 2015 och 2016. Den kan nästan uteslutande förklaras av en ökning av antalet vårdbesök via brev, men i viss mån även telefon.¹⁶⁶

I diagram B3, avslutningsvis, redovisas sjukpenningtal, antal läkarbesök och andel hyrläkarkostnader som ett genomsnitt för 2007–2019 i de olika skånska kommunerna. Intressant att notera är att andelen hyrläkare inte uppvisar något samband med varken antalet läkarbesök eller sjukpenningtalet. Detta antyder att det inte är befolkningens hälsa som driver användningen av hyrläkare, utan andra saker.

¹⁶⁵ Som redovisades i kapitel 1 kan en stor del av ökningen sannolikt härledas till förändringar i regler och tillämpning i sjukförsäkringen.

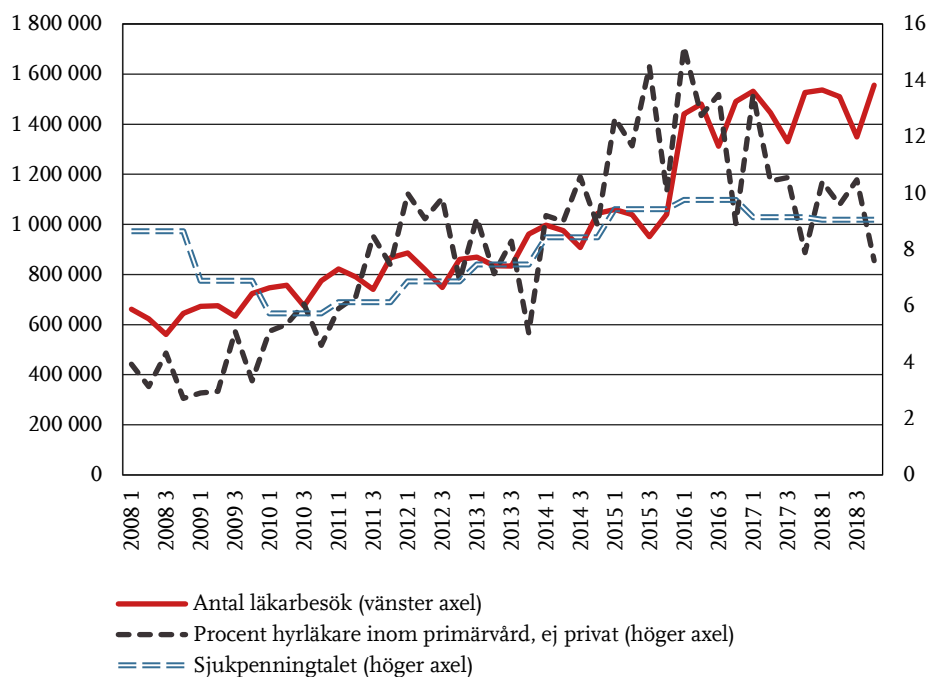
¹⁶⁶ Om endast fysiska vårdbesök i form av nya besök och återbesök räknas in är utvecklingen av antalet vårdbesök relativt stabil över tiden.

Diagram B1 Utveckling av hyrläkarkostnader i Skånes län per kvartal 2007—2019, samt som andel av de totala utgifterna för läkare



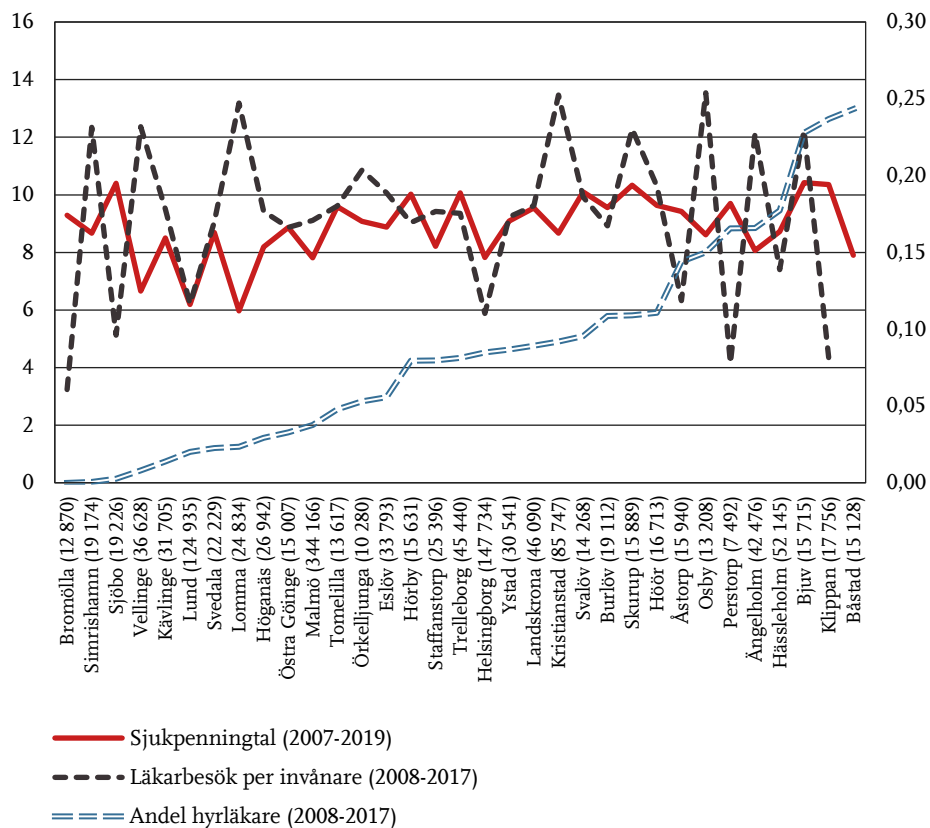
Källa: Administrativa uppgifter hämtade från Region Skåne.

Diagram B2 Utveckling av antalet läkarbesök, sjukpenningtal och andelen hyrläkarkostnader i Skånes län per kvartal 2008—2018



Källa: Administrativa uppgifter hämtade från Region Skåne (hyrläkarkostnader) samt uppgifter från Försäkringskassans hemsida (sjukpenningtal) och Region Skånes vårdregister (läkarbesök).

Diagram B3 Sjukpenningtal (genomsnitt 2007–2019), läkarbesök per invånare (genomsnitt 2008–2017), och andel hyrläkarkostnader (genomsnitt av totala personalkostnader, 2008–2017) per kommun i Skåne



Källa: Administrativa uppgifter hämtade från Region Skåne (hyrläkarkostnader) samt uppgifter från Försäkringskassans hemsida (sjukpenningtal) och Region Skånes vårdregister (läkarbesök).

Vilka patienter löper en förhöjd risk att träffa en hyrläkare?

I tabell B1 (i bilaga B) beskrivs patienterna bakom de genomförda läkarbesöken i Skåne under den aktuella perioden i mer detalj. Noterbart är att framställningen är baserad på läkarbesök som minsta enhet varför patienter som gjort flera läkarbesök, och som kan förväntas ha sämre hälsa, ges en större tyngd. En jämförelse görs mellan patienter som besökt en läkare där sannolikheten att träffa en hyrläkare varit hög respektive låg. Indelningen baseras på hur stor andel av läkarkostnaderna för en vårdcentral under en viss månad som kan härledas till hyrläkare, och om andelen är högre än 40 procent definieras det här som att sannolikheten är hög medan låg sannolikhet definieras som 40 procent eller lägre.¹⁶⁷ Uppgifterna har samlats in från Region Skånes administrativa system. Jämförelsen visar framför allt på stora likheter, men också vissa olikheter. Skillnader återfinns såtillvida att gruppen med hög sannolikhet för att träffa en hyrläkare i genomsnitt har lägre utbildning, exempelvis har en tydligt lägre andel eftergymnasial utbildning, och de patienterna är i högre utsträckning bosatta i en mindre kommun. I övrigt kan endast mindre skillnader konstateras när det gäller exempelvis könsfördelning, ålder, inkomster och inte minst, olika mått på hälsa.

¹⁶⁷ Tröskelvärde har valts för att skapa en så tydlig skillnad i "behandling", det vill säga i sannolikhet för att träffa en hyrläkare, som möjligt. Att mer än 40 procent av en vårdenhets personalkostnader för läkare under ett visst kvartal går till hyrläkare är relativt ovanligt. I början på mätperioden (2007–2008) var det bara 1–2 vårdenheter som uppfyllde det villkoret av totalt omkring 90 vårdenheter. I takt med att användningen av hyrläkare ökar, ökar också antalet som når över 40 procent. I slutet på mätperioden (2015–2017) uppgick antalet till drygt 10 vissa kvartal. Resultaten är inte känsliga för val av tröskelvärde; om gränsen i stället gått vid 20 procent hade resultaten blivit kvalitativt desamma.

Tabell B1 Beskrivning av patienter som besökt läkare där sannolikheten var hög (> 40 procent, beräknat som totala kostnader för hyrläkare / totala läkarkostnader) respektive låg (≤ 40 procent) för att träffa en hyrläkare, 2007–2017. Andel, standardavvikelse inom parentes

	Hög sannolikhet (> 40 procent)	Låg sannolikhet (≤ 40 procent)
Hyrläkarkvot (totala kostnader för hyrläkare/totala läkarkostnader)	0,49 (0,06)	0,04 (0,09)
Sjukskriven	0,12	0,11
Man	0,41	0,40
Ålder	43,5 (12,7)	42,8 (12,7)
Utrikes född	0,25	0,22
Pensionsgrundande inkomst (1 000 kr)	271,5 (166,7)	273,3 (187,1)
Utbildningsnivå		
Grundskola	0,16	0,13
Gymnasieutbildning	0,52	0,46
Eftergymnasial utbildning	0,31	0,40
Diagnos		
Psykiska sjukdomar m.m. (F)	0,08	0,08
Sjukdomar i muskuloskeletal systemet m.m. (M)	0,11	0,10
Andningsorganens sjukdomar (J)	0,10	0,12
Hälsa senaste året		
Sjukskrivningsdagar	27,1 (73,9)	25,3 (72,1)
Vårdbesök	12,9 (15,0)	11,5 (14,5)
Läkemedel (dygnsdoser)	627,2 (1 131,5)	559,5 (1 029,0)
Slutenvårdagar	0,7 (6,6)	0,6 (6,8)
Kommunal befolkningsstorlek	97 518 (110 338)	136 505 (128 427)
Antal läkarbesök	247 607	4 300 367
Antal individer	76 256	568 458

Bilaga C

För att testa i vad mån framväxten av hyrläkare inom primärvården varit en konsekvens av en ökad efterfrågan på vård i befolkningen, skattas denna ekvation:

$$\text{hyrläkarkvot}_{it-(it-1)} = \Delta \text{hälsomått}_{(it-1)-(it-2)} + \text{kvartal}_t + \text{vårdcentral}_i,$$

där förändringar i användningen av hyrläkare på vårdcentral i mellan kvartal t och kvartal $t-1$ är en funktion av förändringar i ett hälsomått mellan kvartal $t-1$ och $t-2$. Under förutsättning att framväxten av hyrläkare är resultatet av en ökad efterfrågan på vård skulle vi förvänta oss ett statistiskt säkerställt positivt samband mellan det använda hälsomåttet och hyrläkarkvoten.

I tabell C1 redovisas resultaten i form av p-värden från skattningar där olika mått på hälsa använts. P-värdet fångar styrkan i sambandet mellan förändringar i hälsomåttet och förekomsten av hyrläkare, och ett värde under 0,05 säger att sambandet är statistiskt säkerställt. Resultaten visar att inget hälsomått har ett statistiskt säkerställt samband med användningen av hyrläkare.

Tabell C1 Resultat av analyser av sambandet mellan förändringar av förekomsten hyrläkare och förändringar i olika hälsomått, 2007–2018, p-värden

Sjukskrivningsdagar	Vårdbesök	Läkemedel (dygnsdoser)	Dagar i slutenvård
0,516	0,407	0,883	0,822

Anm.: Resultat från skattningar med WLS (weighted least squares) av sjukskrivning som en funktion av en dummyvariabel som indikerar att hyrläkarkostnaderna, som andel av de totala läkarkostnaderna, överstiger 0,4 samt bakomliggande kontrollvariabler. Antal observationer (vårdenheter • kvartal): 4 016. Standardfel klustrade på vårdenhetsnivå. Resultaten har viktats för antalet läkarbesök på vårdcentraler och för kvartal.

Tabell C2 Effekter av förekomsten av hyrläkare på antalet sjukskrivningsdagar för olika delpopulationer, sjukskrivna

Man	-26,5** (12,1)
Kvinna	-15,4** (7,3)
Ålder, < 46 år	-9,8 (8,2)

Ålder, ≥ 46 år	-26,8*** (8,5)
Inrikes född	-14,5** (7,0)
Utrikes född	-27,1* (14,2)
Pensionsgrundande inkomst, < 263 190 kr.	-25,9*** (9,7)
Pensionsgrundande inkomst, ≥ 263 190 kr.	-11,2 (9,4)
Utbildningsnivå	
Grundskola	-32,2*** (10,7)
Gymnasieutbildning	-20,6* (11,3)
Eftergymnasial utbildning	-6,0 (10,5)
Diagnos	
Psyksiska sjukdomar m.m. (F)	-26,4*** (9,7)
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet m.m. (M)	-10,5 (14,2)
Andningsorganens sjukdomar (J)	-12,3 (12,9)
Hälsa senaste året	
Sjukskrivningsdagar under det senaste året, < 134	-15,4** (7,9)
Sjukskrivningsdagar under det senaste året, ≥ 134	-23,6** (10,3)
Antal vårdbesök under det senaste året, < 21	-18,5** (8,2)
Antal vårdbesök under det senaste året, ≥ 21	-19,1** (9,4)

Anm.: Resultat från skattningar med WLS (weighted least squares) av sjukskrivning som en funktion av en dummyvariabel som indikerar att hyrläkarkostnaderna, som andel av de totala läkarkostnaderna, överstiger 0,4 samt bakomliggande kontrollvariabler. Antal observationer (vårdcentral och kvartal): 4 016. Skattningarna avser perioden 2007–2017. Standardfel klustrade på vårdcentralnivå. Resultaten har viktats för antalet läkarbesök på vårdcentraler och för kvartal. */**/*** indikerar statistisk signifikans på 10-/5-/1-procentsnivån.

Tabell C3 Effekter av hyrläkare på olika hälsomått 2007—2017, 1 års uppföljningsperiod

	Vårdbesök	Läkemedel (dygnsdoser)	Dagar inom slutenvård	Död
Sjukskrivna	-1,1 (1,1)	-82,9 (70,7)	0,6 (1,0)	0,0 (0,0)
Ej sjukskrivna	-0,6*** (0,2)	-36,1* (19,2)	0,2 (0,1)	0,0 (0,0)

Anm.: Resultat från skattningar med WLS (weighted least squares) av olika hälsomått som en funktion av en dummyvariabel som indikerar att hyrläkarkostnaderna, som andel av de totala läkarkostnaderna, överstiger 0,4 samt bakomliggande kontrollvariabler. De redovisade estimaten och standardfelen är approximationer baserade på dessa skattningar. Standardfel klustrade på vårdenhetsnivå. Antal observationer (vårdenheter • kvartal): 3 959, antal kluster (vårdenheter): 161. Resultaten har viktats avseende antalet läkarbesök på en vårdenhet under ett visst kvartal. */**/** indikerar statistisk signifikans på 10-/5-/1-procentsnivån.

Test av resultatens validitet

Resultatens tillförlitlighet har prövats på olika sätt. För det första har det konstaterats att ingenting tyder på att framväxten av hyrläkare inom primärvården skulle hänga samman med förändringar i hälsa eller behov av vård och sjukskrivning. Detta talar för att patienter som träffade en hyrläkare kontra en fast anställd läkare vid olika tidpunkter eller vid olika vårdcentraler har jämförbar hälsa i genomsnitt. Därutöver har det konstaterats att resultaten inte påverkas i nämnvärd utsträckning av justering för en mängd bakomliggande information om patienternas livs- och arbetssituation. Detta talar ytterligare för att sannolikheten för att träffa en hyrläkare inte är systematiskt förknippad med sämre eller bättre livs- eller arbetssituation.

Resultaten från huvudanalysen bygger på regressionsmodeller. Dessa modeller kan vara känsliga för att fördelningen av de bakomliggande faktorerna skiljer sig åt mellan de två grupperna. För att undersöka om resultaten är känsliga för modellanataganden används en alternativ ansats till den ovan valda, en så kallad *matchningsansats*. I denna ansats identifieras för varje patient med en relativt hög sannolikhet för att träffa en hyrläkare (> 0,4, se ovan) en patient med relativt låg sannolikhet för att träffa en hyrläkare. Patienterna i dessa grupper (hög respektive låg) är efter matchning att betrakta som tvillingar i så måtto att de i princip är identiska med avseende på egenskaper och förutsättningar med betydelse för risken för framtida sjukfrånvaro. Noterbart är att vi i matchningsansatsen utnyttjar den skillnad som finns mellan patienter på olika vårdcentraler i sannolikheten för

att vid en viss tidpunkt träffa en hyrläkare, snarare än den variation som finns mellan patienter på olika vårdcentraler över tid.

I tabell C4 (bilaga C) redovisas effekterna av hyrläkare på ett flertal hälsoutfall med utgångspunkt i matchningsansatsen. Resultaten med avseende på vårt huvudsakliga utfall, sjukfrånvaro, går i samma riktning som i huvudanalysen: Hyrläkare förefaller ha en dämpande inverkan på sjukfrånvaron för patienter som redan är sjukskrivna, och ingen effekt alls för dem som inte är sjukskrivna. Noterbart är att den statistiskt säkerställda negativa effekten för sjukskrivna är i samma storleksordning som i huvudanalysen, drygt 12 dagars mindre sjukfrånvaro under det följande året. Vårt att notera är också att vi i matchningen för sjukskrivna *inte* behöver inkludera uppgifter om tidigare sjukfrånvaro, som kan förväntas vara en stark prediktor för framtida sjukfrånvaro. När matchning skett på bland annat ålder, utbildningsnivå och tidigare inkomster samt mått som fångar individens hälsa, uppnås balans mellan grupperna även när det gäller tidigare sjukfrånvaro. Att inte explicit behöva matcha på den centrala utfallsvariabeln stärker resultatens trovärdighet.

Avslutningsvis har även en tredje analysansats prövats för att mäta effekterna av hyrläkare. Om patienter med en relativt hög sannolikhet för att träffa en hyrläkare på ett systematiskt sätt skiljer sig från dem med en relativt låg sannolikhet för att träffa en hyrläkare, med avseende på faktorer som inte fångas upp i tillgängliga data, så som matchningsansatsen och regressionsansatsen förutsätter, riskerar resultaten att snedvridas. Genom att utnyttja den variation som uppstår då patienter med upprepade läkarbesök möter olika sannolikhet för att träffa en hyrläkare vid olika vårdtillfällen, kan dessa icke-observerade skillnader beaktas i analysen.¹⁶⁸ Resultaten från denna analys är helt i linje med både huvudresultaten och matchningsresultaten. För dem som inte var sjukskrivna återfinns ingen effekt på efterföljande sjukfrånvaro, och för dem som var sjukskrivna vid läkarbesöket ses en statistiskt säkerställd minskning med 16,4 (st.fel = 3,9) dagar.¹⁶⁹

¹⁶⁸ Notera att denna analys därmed avgränsas till patienter med fler än ett läkarbesök under den studerade perioden.

¹⁶⁹ Estimatet vid skattning av fullt specificerad modell för ej sjukskrivna är -0,10 (0,18). Detaljer om denna analys kan fås på begäran från projektledaren.

Tabell C4 Effekter av hyrläkare, 1–1-matchning, 1 års uppföljningsperiod

	Sjukskrivnings- dagar	Vårdbesök	DDD (läkemedel)	Dagar i slutenvård	Död – 1 år
Sjukskrivna	-12,2** (5,1)	-0,5 (1,1)	-8,4 (73,2)	-0,2 (0,5)	0,0 (0,0)
Ej sjukskrivna	0,9 (0,5)	-0,5** (0,2)	16,6 (18,4)	0,1* (0,1)	0,0 (0,0)

Anm.: Resultat från 1-1 propensity score-skattningar där en dummyvariabel som indikerar att hyrläkarkostnaderna, som andel av de totala läkarkostnaderna, överstiger 0,4 samt bakomliggande kontrollvariabler. De redovisade estimaten och standardfelen är approximationer baserade på dessa skattningar. Sjukskrivna, antal läkarbesök: 58 444, antal individer: 25 650, $p > \chi^2$ (test av balans på alla variabler): 0,812, första steget: 0,43 (0,00). Ej sjukskrivna, antal läkarbesök: 436 766, antal individer: 199 606, $p > \chi^2$ (test av balans på alla variabler): 0,49, första steget: 0,44 (0,00). Standardfel klustrade på individnivå.
*/**/** indikerar statistisk signifikans på 10-/5-/1-procentsnivån.

Bilaga D

Tabell D1 Sammanställning av svar från läkarintygsgranskning, angivna uppgifter i intyget

		Ja	Nja	Nej	Skillnad i Ja (procent- enheter)
Intygets längd	Nätläkare	8,0 (4,1)			
	Läkare VC	14,0 (7,2)			
Finns uppgifter om pågående/planerad behandling?	Nätläkare	68,4	0,7	30,9	-16,5*** (3,4)
	Läkare VC	84,9	0,3	14,8	
Finns annan vårdkontakt/återbesök planerad/pågående?	Nätläkare	37,2	1,3	61,5	-17,9*** (4,0)
	Läkare VC	55,1	0,3		
Har läkaren angett någon åtgärd som skulle kunna underlätta arbetsåtergång?	Nätläkare	11,3		88,7	-5,8** (2,8)
	Läkare VC	17,1		82,9	
Bedöms arbetsförmågan vara nedsatt under längre tid än det som de medicinska riktlinjerna anger?	Nätläkare	1,3	0	98,7	-11,8*** (2,1)
	Läkare VC	13,1	0,3	86,6	
Har komplettering begärts?	Nätläkare	1,7		98,3	-2,9** (1,4)
	Läkare VC	4,6		95,4	
		Sannolikt		Annat	
Prognos för återgång i arbete?	Nätläkare	78,1		21,9	4,3 (3,5)
	Läkare VC	73,8		26,2	

Anm.: Antal granskade intyg: 606. */**/** indikerar statistisk signifikans på 10-/5-/1-procentsnivån.

Tabell D2 Resultat från läkarintygsgranskning, granskarens bedömning, urval avgränsat till dem som fått utbetalning av sjukpenning

		Ja	Nja	Nej	Skillnad i Ja (procent- enheter)
Framgår det att sjukdom sätter ner arbetsförmågan?	Digitalt läkarbesök	91,2	8,8	0	2,6 (3,9)
	Fysiskt läkarbesök	88,6	9,8	1,6	
Finns beskrivet vilka funktioner som är nedsatta?	Digitalt läkarbesök	97,8	2,2	0	1,4 (2,2)
	Fysiskt läkarbesök	96,4	3,1	0,5	
Finns aktivitetsbegränsningen beskriven?	Digitalt läkarbesök	33,0	67,0	0	-22,5*** (6,2)
	Fysiskt läkarbesök	55,4	38,9	5,7	
Framgår arbetsuppgifter/krav i arbete?	Digitalt läkarbesök	16,5	0	83,5	-19,3*** (5,7)
	Fysiskt läkarbesök	35,8	2,6	61,7	
Framgår det vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som är uppgifter som ligger till grund för den?	Digitalt läkarbesök	67,0	27,5	5,5	-11,7** (5,5)
	Fysiskt läkarbesök	77,7	12,4	8,8	
Framgår det om läkaren har gjort några observationer?	Digitalt läkarbesök	30,8	17,6	51,7	-22,6*** (6,2)
	Fysiskt läkarbesök	53,4	13,5	33,2	
Är det tillräckligt med en WEB-kontakt för det som framkommer i intyget?	Digitalt läkarbesök	84,6	6,6	8,8	21,4*** (5,7)
	Fysiskt läkarbesök	63,2	8,8	28,0	

Anm.: Antal granskade intyg: 284. */**/** indikerar statistisk signifikans på 10-/5-/1-procentnivån.

Den kraftigt ökande förekomsten av digitala läkarbesök och så kallade hyrläkare inom primärvården kan försämra möjligheterna att bedöma patientens arbetsförmåga vilket i sin tur riskerar att leda till ökade kostnader för sjukförsäkringssystemet. Riksrevisionen har därför granskat om kontrollfunktionen i sjukskrivningsprocessen fungerar effektivt, och om Försäkringskassan och regeringen har hanterat riskerna för försämrade möjligheter att bedöma arbetsförmåga och därav ökade kostnader.

Riksrevisionens övergripande slutsats är att det finns tecken på brister i sjukskrivningsprocessens kontrollfunktion. Denna slutsats bygger dels på att det finns frågetecken kring i vad mån Försäkringskassan följer upp bristfälliga läkarintyg, i synnerhet om de är baserade på ett digitalt läkarbesök, dels på att regeringen och berörda myndigheter inte i tillräcklig utsträckning beaktat riskerna och heller inte tagit initiativ till att utvärdera konsekvenserna av förändringarna inom primärvården på sjukfrånvaron.

Riksrevisionen bedömer att de totala utgifterna för sjukförsäkringen hittills har påverkats i förhållandevis liten utsträckning. Emellertid riskerar bristerna få negativa konsekvenser för effektivitet och likformighet på sikt eftersom antalet läkarintyg som är baserade på digitala läkarbesök förväntas öka. Riksrevisionen rekommenderar därför regeringen att ta initiativ till framtagande av nationella riktlinjer kring utfärdande av läkarintyg baserade på digitala läkarbesök.

Riksrevisionen

S:t Eriksgatan 117
Box 6181, 102 33 Stockholm
08-5171 4000
www.riksrevisionen.se