

# Bedömning av arbets- förmåga vid psykisk ohälsa

– en process med stora utmaningar

RIR 2018:11



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

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

RIKSREVISIONEN

---

ISBN 978-91-7086-479-7

RIR 2018:11

OMSLAGETS ORIGINALFOTO: MASKOT BILDBYRÅ AB

TRYCK: RIKSDAGENS INTERNTYCKERI, STOCKHOLM 2018

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

## Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar

Riksrevisionen har granskat sjukskrivningsprocessen och det stöd som ansvariga myndigheter ger läkare i primärvården i deras försäkringsmedicinska uppdrag. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport. Den innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen och Försäkringskassan.

Riksrevisor Stefan Lundgren har beslutat i detta ärende. Revisionsledare Tina Malmberg har varit föredragande. Ämnessakkunnig Daniel Melén och enhetschef Anna Hessel har medverkat i den slutliga handläggningen.

Stefan Lundgren

Tina Malmberg

*För kännedom:*

Regeringskansliet; Socialdepartementet  
Försäkringskassan, Socialstyrelsen

BEDÖMNING AV ARBETSFÖRMÅGA VID PSYKISK OHÄLSA

RIKSREVISIONEN

# Innehåll

|   |    |
|---|----|
| Sammanfattning och rekommendationer   | 5  |
| 1 Inledning   | 8  |
| 1.1 Problembild   | 8  |
| 1.2 Sjukskrivningsmiljarden   | 14 |
| 1.3 Regeringens åtgärdsprogram  | 15 |
| 1.4 Motiv till granskning   | 17 |
| 1.5 Syfte och avgränsning   | 17 |
| 1.6 Bedömningsgrunder   | 18 |
| 1.7 Metod   | 20 |
| 2 Sjukskrivningsprocessen   | 22 |
| 2.1 Läkarintyget och DFA-kedjan   | 22 |
| 2.2 Läkare i hälso- och sjukvården  | 23 |
| 2.3 Socialstyrelsen   | 24 |
| 2.4 Försäkringskassan   | 26 |
| 3 Läkarbesöket i primärvården   | 29 |
| 3.1 Läkarbesöket vid psykisk ohälsa – så går det till                                 | 30 |
| 4 Läkarnas erfarenheter av arbete med bedömning av arbetsförmåga                      | 33 |
| 4.1 Läkarna upplever att det är svårt att förena rollerna i sjukskrivningsärenden     | 33 |
| 4.2 Tidsbrist i mötet mellan läkare och patient                                       | 34 |
| 4.3 Läkarna har svårt att bedöma funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning       | 36 |
| 4.4 Oklart för läkarna vad som menas med normalt förekommande arbete                  | 41 |
| 4.5 Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används av läkare i varierad utsträckning | 44 |
| 4.6 Läkarnas kontakter med Försäkringskassan sker främst via läkarintygen             | 46 |
| 5 Riksrevisionens sammanfattande iakttagelser och bedömningar                         | 48 |
| 5.1 Riksrevisionens samlade bedömning   | 51 |
| Referenslista   | 52 |
| Bilaga 1 Metod  | 55 |
| Bilaga 2 Intervjuguide med läkare   | 58 |
| Bilaga 3 Läkarintygsblanketten  | 60 |

BEDÖMNING AV ARBETSFÖRMÅGA VID PSYKISK OHÄLSA

RIKSREVISIONEN

## Sammanfattning och rekommendationer

Sedan 2014 är psykiatriska diagnoser vanligast vid sjukskrivning för både kvinnor och män i Sverige. I regel är det svårare att fastställa arbetsförmåga för personer med psykisk sjukdom än för personer med kroppsliga åkommor bland annat på grund av brist på kliniska undersökningsfynd i mötet med patienten. I stor utsträckning saknas kunskap om vad som är en optimal sjukskrivningstid för att främja en hållbar återgång i arbete för personer med psykiatriska diagnoser. Det har även lyfts fram att det saknas tydliga riktlinjer för bedömning av mentala och sociala aspekter av funktionsförmåga samt aktivitetsbegränsning.

I sjukskrivningsprocessen är läkarintyget centralt. Vid sjukskrivning har läkaren i relation till sin patient främst två roller, dels rollen som patientens behandlande läkare och dels rollen som medicinskt sakkunnig som inbegriper ett försäkringsmedicinskt uppdrag. Det innebär i korthet att ställa diagnos, dokumentera, ge behandling och medicinsk rehabilitering medan det försäkringsmedicinska uppdraget innebär att beskriva och bedöma arbetsförmåga i ett medicinskt underlag, bland annat ett läkarintyg. Det är dock väl känt sedan många år tillbaka att läkare upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt. Läkare har svårigheter med att fylla i läkarintyget, vilket återspeglas i att många läkarintyg har kvalitetsbrister. Tidigare studier har uppmärksammat att många läkare, särskilt inom primärvården, upplever att arbetet med sjukskrivningsärenden är svårt, ibland till och med ett arbetsmiljöproblem. Riksrevisionens granskning bekräftar denna problembild.

Riksrevisionen undersöker orsaker till kvalitetsbrister i läkarintygen och vilka hinder läkare upplever vid bedömning av arbetsförmåga i sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser. En avgränsning görs till läkare i primärvården då läkare vid vårdcentraler dels hanterar majoriteten av sjukskrivningsärenden inom psykisk ohälsa, dels är de som upplever det mest problematiskt att arbeta med sjukskrivningsärenden.

I läkarintyget ska läkaren ange vilken eller vilka diagnoser som orsakar nedsatt funktion och vilka observationer som läkaren har kunnat göra vid undersökningen. Läkaren ska göra en beskrivning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Med aktivitetsbegränsning avses diagnosens och funktionsnedsättningens konsekvenser. Läkaren ska värdera och beskriva hur sjukdomen begränsar patientens förmåga till aktivitet och hur omfattande dess konsekvenser är. Orsakssambanden i läkarintyget ska vara rimliga med en klar koppling mellan *diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning*. Dessa uppgifter ingår i den så kallade DFA-kedjan som Försäkringskassan utgår ifrån vid den försäkringsmedicinska analysen. Försäkringskassan ansvarar för att utreda sjukskrivningsärenden, pröva den försäkrades arbetsförmåga och fatta beslut om

rätt till sjukpenning. Vidare är uppgifter om observerade funktionsnedsättningar i form av grader, mått och värden något som sjukskrivande läkare ska lämna i läkarintyget.

Riksrevisionens granskning visar att primärvårdsläkarna har betydande svårigheter att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar i relation till sjukskrivningsdiagnos vid psykiatriska diagnoser. Läkarna har svårt att värdera och beskriva hur sjukdomen begränsar patientens förmåga till aktivitet och hur omfattande dess konsekvenser är vid bedömning av arbetsförmåga. Läkarna har svårt att lämna detaljerade beskrivningar av aktivitetsbegränsningar på individnivå för att bedöma arbetsförmåga. Svårigheter med att beskriva aktivitetsbegränsningar i läkarintyget beror på att läkarna har begränsad information om vad patientens arbetsuppgifter innebär och hur arbetsvillkoren ser ut. Riksrevisionens iakttagelser ligger i linje med Försäkringskassans kartläggning av kompletteringar av läkarintyg som visar att oklarheter kring aktivitetsbegränsningar är vanligast vid kompletteringar, följt av funktionsnedsättningar. Svårigheter med att beskriva patientens funktionsnedsättningar vid psykisk ohälsa uppges främst bero på brist på undersökningsfynd vid det ordinarie läkarbesöket. De undersökningsfynd som läkaren kan iaktta under läkarbesöket är få.

Riksrevisionens granskning visar också att det är oklart för läkarna vad som menas med begreppet normalt förekommande arbete. Oklarheter kring terminologin riskerar i sin tur att påverka likformigheten i bedömning av arbetsförmåga.

Vidare är otillräckliga kunskaper bland primärvårdsläkare inom psykiatri och försäkringsmedicin andra försvårande omständigheter som läkarna lyfter fram. Tidsbrist i mötet mellan läkare och patient försvårar också förutsättningarna för att kunna analysera och gradera kognitiva funktionsnedsättningar.

Granskningen bekräftar även den bild som har framkommit i tidigare studier, nämligen att läkarna upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som administrativt betungande. Läkarna menar att det är oklart när ett läkarintyg i sjukskrivningsärenden vid psykisk ohälsa anses vara tillräckligt underbyggt. Läkarna upplever att Försäkringskassan till exempel ofta begär kompletteringar av läkarintyg och att Försäkringskassan fäster stor vikt vid vissa ord eller formuleringar i läkarintygen, trots att det ur ett medicinskt perspektiv saknar betydelse. Riksrevisionen menar att det finns en risk att läkarens ambitioner att tillgodose Försäkringskassans krav på uppgifter i läkarintyget leder till att läkaren skriver av informationsmaterial från Försäkringskassan eller Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.

Sjukskrivande läkares svårigheter att bedöma arbetsförmåga vid psykiatriska diagnoser försvårar för läkare att förena rollen som patientens behandlande läkare



och den som medicinskt sakkunnig. De intervjuade läkarna framhåller att det är oförenligt med läkarrollen att misstro sin patient och att det är viktigt att patienten inte uppfattar det som att läkaren är en motpart. Om läkare och patient till exempel har olika uppfattningar om behovet av sjukskrivning är det väsentligt att läkaren på ett tydligt sätt kan förklara för patienten hur regelverket och villkoren för sjukskrivning är tänkt att fungera.

Riksrevisionen menar att det måste vara förutsägbart för samtliga parter hur regelverket i sjukskrivningsärenden tillämpas. En ändamålsenlig sjukskrivningsprocess bör ta sin utgångspunkt i tydliga krav och förväntningar på hur läkare i hälso- och sjukvården ska bistå Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden. Dessa krav och förväntningar behöver vara väl förankrade inom läkarkåren.

Riksrevisionens *samlade bedömning* är att processen för att bedöma arbetsförmåga i sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser har påtagliga brister gällande tydligheten i de krav och förväntningar som ställs på läkare. Givet de svårigheter vad gäller bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa som har framkommit i granskningen, bedömer Riksrevisionen att det finns risk för att regelverket för sjukförsäkringen inte tillämpas på ett likformigt och rättssäkert sätt. Därmed finns risk att sjukskrivningsprocessen inte säkerställer regeringens mål för sjukförsäkringen, nämligen att rätt ersättning ges till rätt person och att individen förstår Försäkringskassans beslut.

## Rekommendation till regeringen

Regeringen gav i januari 2018 Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. Riksrevisionen rekommenderar regeringen att inom ramen för detta arbete även ge myndigheterna i uppdrag att se över Försäkringskassans modell för försäkringsmedicinsk analys, med fokus på DFA-kedjan, när det gäller psykiatriska diagnoser.

# 1 Inledning

## 1.1 Problembild

Sjukpenning ska ge ekonomisk trygghet när arbetsförmågan bedöms vara nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom. Även den som är arbetslös kan ha rätt till sjukpenning. Totalt fick 605 587 personer sjukpenning någon gång under 2017, varav cirka två tredjedelar var kvinnor. Statens kostnader för sjukpenning uppgick samma år till cirka 36,2 miljarder kronor.<sup>1</sup>

Försäkringskassans prognos är att utgifterna för sjukpenning kommer att minska under de närmsta åren, vilket beror på att antalet startade sjukskrivningar beräknas bli färre samt att de generellt beräknas bli något kortare.<sup>2</sup> Historiskt har dock sjukpenningtalet<sup>3</sup> och statens kostnader för sjukpenning varierat kraftigt. Det övergripande målet för utgiftsområdet är att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.<sup>4</sup> I september 2015 kvantifierade regeringen ett mål om att sjukpenningtalet ska uppgå till högst 9,0 dagar vid utgången av 2020. Både regeringen<sup>5</sup> och Försäkringskassan<sup>6</sup> bedömer att detta mål har förutsättningar att infrias, men Försäkringskassan gör en reservation för att prognosen är mycket osäker. I december 2017 var sjukpenningtalet 10,1 dagar.<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> Försäkringskassan. *Försäkringskassans årsredovisning 2017*.

<sup>2</sup> Försäkringskassan. *Utgiftsprognos för budgetåren 2018–2021*. Rapport: 2018-02-16.

<sup>3</sup> Sjukpenningtalet anger antalet dagar per person om alla sjuk-och rehabiliteringspenningdagar under ett år slås ut på alla försäkrade individer. Sjukpenningtalets storlek beror både på hur många sjukfall som startas och hur långa dessa blir.

<sup>4</sup> Prop. 2008/09:1, utgiftsområde 10 avsnitt 2.3, bet. 2008/09: Sfu1, rskr. 2008/09:138. Målet innebär att sjukfrånvaron inte ska variera mer än inom ramen för normala säsongsvariationer, att osakliga regionala skillnader i sjukfrånvaron inte ska förekomma, samt att nivån på sjukfrånvaron ska vara i linje med motsvarande system och förmåner inom EU och OECD.

<sup>5</sup> Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, sid. 22.

<sup>6</sup> Försäkringskassan. Pressmeddelande med ny prognos, 2017-10-26.

<sup>7</sup> Försäkringskassan. *Försäkringskassans årsredovisning 2017*, sid. 106.

### 1.1.1 Den psykiska ohälsan

Sedan 2014 är psykiatriska diagnoser<sup>8</sup> vanligast vid sjukskrivning för både kvinnor och män i Sverige.<sup>9</sup> Av alla pågående sjukskrivningar i Sverige utgör psykiatriska diagnoser cirka 46 procent.<sup>10</sup> Inom de psykiatriska diagnoserna har den största ökningen skett för diagnosen *anpassningsstörningar och reaktion på svår stress*. Denna diagnos ligger bakom ungefär hälften av alla påbörjade sjukfall inom gruppen psykiatriska diagnoser, där exempel på underliggande diagnoser är akut stressreaktion, posttraumatiskt stressyndrom och utmattningssyndrom. Det tar idag längre tid att komma tillbaka i arbete vid en psykiatrisk diagnos, genomsnittstiden (median) för sjukskrivningar i psykiatriska diagnoser är 75 dagar, jämfört med 44 dagar för samtliga diagnoser.<sup>11</sup>

I regel är det svårare att fastställa arbetsförmåga för personer med psykisk sjukdom än för personer med somatiska (kroppsliga) åkommor, eftersom det i stor utsträckning saknas kunskap om vad som är en optimal sjukskrivningstid för att främja en hållbar återgång i arbete för personer med psykiatriska diagnoser.<sup>12</sup> Det har även lyfts fram att det saknas tydliga riktlinjer för bedömning av mentala och sociala aspekter av funktionsförmåga samt aktivitetsbegränsning. Det saknas också ofta vetenskaplig grund för att bedöma längd och grad på sjukskrivning, samt kunskap om konsekvenserna för individen att vara sjukskriven.<sup>13</sup> Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i en intervjustudie undersökt hur handläggare vid Försäkringskassan upplever att det är att handlägga ärenden där den sjukskrivna har en psykiatrisk diagnos. I rapporten framkommer bland annat att handläggningen av sjukskrivningsärenden som rör psykiatriska diagnoser ofta

<sup>8</sup> Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE och används inom primärvården. För klinisk diagnostik inom psykiatri används huvudsakligen DSM-IV-TR, som i många fall ger möjlighet till mer preciserade bedömningar av enskilda patienter. Socialstyrelsen har utvecklat ett system för länkning mellan DSM-IV-TR och dåvarande Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (KSH97), det vill säga svenska ICD-10-koder. Socialstyrelsen, hämtad 2018-04-24, <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskodericd-10>

<sup>9</sup> Försäkringskassan. Psykiatriska diagnoser, Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. Korta analyser: 2017:1.

<sup>10</sup> Försäkringskassan. Pressmeddelande 2017-10-17.

<sup>11</sup> Försäkringskassan. Psykiatriska diagnoser, Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. Korta analyser: 2017:1. För sjukskrivningar inom diagnosen *anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress* är genomsnittstiden 57 dagar, till exempel innebär underdiagnosen utmattningssyndrom ofta långa sjukskrivningar.

<sup>12</sup> Inspektionen för socialförsäkringen. Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser. Rapport: 2014:22, sid. 93.

<sup>13</sup> SOU 2010:107. *Läkares sjukskrivningspraxis, en systematisk litteraturoversikt*.

är komplexa att arbeta med. Det gäller både behovet av att utreda varje enskilt ärende och behovet av att samverka med andra aktörer i sjukförsäkringen.<sup>14</sup>

Regeringen har konstaterat att den psykiska ohälsan<sup>15</sup> är ett stort och växande samhällsproblem och att det därför är viktigt att metoderna för bedömningar av arbetsförmåga och stöd för återgång i arbete vid psykiatriska diagnoser utvecklas av hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och arbetsgivare.<sup>16</sup> Sjukfrånvaron har visserligen minskat sedan april 2017 men regeringen framhåller att det är problematiskt att sjukfrånvaron över tid i allt högre utsträckning beror på psykisk ohälsa då psykiatriska diagnoser leder till längre sjukskrivningar, och att gapet mellan kvinnor och män i sjukfrånvaro fortsätter att öka.<sup>17</sup>

### 1.1.2 Problemet med bedömningar av arbetsförmåga är väl känt

Läkarintyget är ett centralt underlag i sjukskrivningsärenden. Alla läkare inom hälso- och sjukvården har möjlighet att sjukskriva patienter.<sup>18</sup> Vid sjukskrivning har läkaren i relation till sin patient främst två roller, dels rollen som patientens behandlande läkare och dels rollen som medicinskt sakkunnig<sup>19</sup> som inbegriper ett försäkringsmedicinskt<sup>20</sup> uppdrag. Det innebär i korthet att ställa diagnos, dokumentera, ge behandling och medicinsk rehabilitering medan det försäkringsmedicinska uppdraget innebär att beskriva och bedöma arbetsförmåga i ett medicinskt underlag, bland annat ett läkarintyg. I enlighet med Socialstyrelsens övergripande principer för sjukskrivning ska läkarens möjlighet att sjukskriva ses som ett verktyg vid vård och behandling. Sjukskrivning ska

<sup>14</sup> Inspektionen för socialförsäkringen. Mötet mellan medborgaren och staten – En kommentar om handläggningen vid Försäkringskassan. Rapport: 2017:13.

<sup>15</sup> En kunskapsöversikt visar att det inte finns någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa. Gränsdragningar mellan vardagens påfrestningar och ett psykiskt sjukdomstillstånd är ofta flytande. I benämningen psykisk ohälsa inkluderas allt från nedsatt psykiskt välbefinnande, till exempel i form av oro eller nedstämdhet, till allvarliga psykiska sjukdomar som schizofreni eller förstämningssyndrom. Ett begrepp som används i internationell vetenskaplig litteratur är Common Mental Disorders, förkortat CMD. Begreppet CMD inkluderar diagnoserna depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). *En kunskapsöversikt, Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*, 2015, sid. 7–8.

<sup>16</sup> Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10, sid. 35.

<sup>17</sup> Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, sid. 36.

<sup>18</sup> Vårdgivarens skyldigheter regleras bland annat i hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30.

<sup>19</sup> För en närmare redogörelse, se Inspektionen för socialförsäkringen. Läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron. Rapport: 2014:5, sid. 24.

<sup>20</sup> Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF) antog 2017 följande definition av försäkringsmedicin: Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplat till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen. Utgångspunkten är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem. SKL, hämtad 2018-03-26, <https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/forsakringsmedicin.1031.html>.

enligt samma principer vara en aktiv åtgärd. Därefter gör Försäkringskassan sin bedömning och fattar beslut i ärendet om den försäkrade har rätt till sjukpenning.

Det är väl känt sedan många år tillbaka att läkare upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som problematiskt. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har gjort en översikt av flera studier som visar att många läkare, särskilt inom primärvården, upplever att arbetet med sjukskrivningsärenden är svårt, ibland till och med ett arbetsmiljöproblem.<sup>21</sup> En rapport från Brottsförebyggande rådet (Brå) visar att läkare ibland känner sig pressade av patienter och därför försöker signalera till handläggaren på Försäkringskassan att något är fel via läkarintyget.<sup>22</sup> Det är väl känt att kvaliteten i många läkarintyg brister. Återkommande uppföljningar har visat på detta (se avsnitt 1.1.3).

Forskare vid Karolinska Institutet har genomfört fyra omfattande enkätstudier åren 2004, 2008, 2012 och 2017 om läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivningar. Enkätstudierna visar att många läkare, särskilt vid vårdcentraler, upplever arbetet med sjukskrivningar som svårt. I den senaste enkätstudien som publicerades i december 2017 framkommer att hälften (42 procent) av läkarna upplevde minst en gång per vecka att sjukskrivningsärenden är problematiska. Denna andel var högst bland läkare på vårdcentraler (70 procent). Läkarna anser att det är särskilt problematiskt att bedöma arbetsförmåga, att hantera rollerna som både behandlande läkare och medicinskt sakkunnig, att göra en prognos för varaktigheten av arbetsförmågan samt att ta ställning till eventuell förlängning av sjukskrivning när en annan läkare skrivit tidigare läkarintyg. Samma enkätstudie visar också att läkarnas kunskaper om försäkringsmedicin och erfarenheter av sjukskrivningsärenden varierar, men majoriteten av sjukskrivande läkare anser sig behöva utveckla sina kunskaper inom det försäkringsmedicinska området.<sup>23</sup> Den huvudsakliga träningen i försäkringsmedicinska kunskaper sker fortfarande genom så kallad rollinlärning, eller genom att observera hur erfarna kollegor gör. Vidare anger tio procent av läkarna i enkätstudien att de minst en gång i veckan säger nej till en patient som önskar sjukskrivning, samtidigt som sex procent av läkarna anger att deras patienter minst en gång i veckan säger nej till den sjukskrivning som läkaren föreslår.<sup>24</sup>

<sup>21</sup> Inspektionen för socialförsäkringen. Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. Rapport: 2014:5, sid. 26.

<sup>22</sup> Brå. Intyget som dörröppnare till välfärdssystemet - En rapport om välfärdsbrott med felaktiga intyg. Rapport: 2015:8.

<sup>23</sup> Denna bild bekräftas även i SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*. Slutbetänkande; Försäkringskassan. *Mellan arbete och sjukdom, Rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011*. Socialförsäkringsrapport 2011:3; samt i SOU 2010:107. *Läkares sjukskrivningspraxis – En systematisk litteraturoversikt*.

<sup>24</sup> Alexanderson K, m.fl. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Karolinska Institutet, 2018. Enkäten skickades till cirka 34 000 yrkesverksamma läkare i Sverige år

### 1.1.3 Kvalitetsbrister i läkarintygen

Riksrevisionen konstaterade i en granskning 2009 att alltför många läkarintyg saknar obligatoriska uppgifter, samtidigt som de uppgifter som finns inte håller tillräcklig kvalitet. I 73 procent av de granskade ärendena är en eller flera av de sju obligatoriska uppgifterna i de medicinska underlagen otillräckliga. Arbetsuppgifternas innehåll är den uppgift i det medicinska underlaget som oftast saknas eller är bristfällig, 68 procent.<sup>25</sup> Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) genomförde även en granskning av Försäkringskassans underlag för beslut om sjukpenning 2011.<sup>26</sup> För att kunna få sjukpenning krävs att personen i fråga är försäkrad för förmånen enligt svensk lagstiftning samt har en sjukpenninggrundande inkomst (SGI). Förutom ett läkarintyg ska den försäkrade lämna en skriftlig ansökan om sjukpenning. Utöver dessa två underlag använder Försäkringskassan även andra former av utredningar, kartläggningar och fördjupade underlag från läkare i ärendehandläggningen.<sup>27</sup> ISF:s granskning visar att drygt 13 procent av de medicinska underlagen uppfyller de krav på tillräcklig kvalitet som Försäkringskassan ställer i vägledningen Sjukpenning och samordnad rehabilitering. Sett till alla underlag som handläggaren har tillgång till vid beslut om sjukpenning visar granskningen att den efterfrågade informationen återfinns i cirka 70 procent av ärendena, men ISF menar att kvaliteten i underlagen är oacceptabelt låg även sett till det totala beslutsunderlaget för sjukpenning.

Den senaste granskningen som Försäkringskassan, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), genomförde av läkarintygens kvalitet, som en del av den så kallade sjukskrivningsmiljarden<sup>28</sup>, visar att andelen godkända läkarintyg var cirka 58 procent 2014. Resultatet kan jämföras med tidigare granskningar som visar att andelen läkarintyg med tillräcklig kvalitet var ungefär 55 procent 2012 och 45 procent 2010.<sup>29</sup>

---

2017, och cirka 18 700 (54 procent) svarade. Majoriteten av de svarande hanterade sjukskrivningsärenden i sitt arbete.

<sup>25</sup> Bristerna är större i bifallsärenden än i avslagsärenden. I 75 procent av bifallsärendena är de medicinska underlagen otillräckliga, vilket kan jämföras med 50 procent i avslagsärenden.

Riksrevisionen har funnit att bristfälliga medicinska underlag ytterst sällan kompletteras. Konsekvensen om underlagen inte kompletteras är att risken för felaktiga beslut ökar. Riksrevisionen. *Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?* Rapport 2009:07.

<sup>26</sup> Inspektionen för socialförsäkringen. Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning. Rapport: 2011:8.

<sup>27</sup> De underlag som åsyftas är till exempel avstämningsmöte, plan för återgång i arbete, utlåtande från arbetsgivaren, läkarutlåtande om hälsotillstånd (LUH), svar på förfrågan hos läkare eller eventuella övriga handlingar i akten så som brev från den försäkrade eller dennes arbetsgivare.

<sup>28</sup> Se avsnitt 1.2.

<sup>29</sup> Försäkringskassan. *Kvalitet på läkarintyg – En del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat.* Rapport: 2014-04-15. Granskningen avsåg hela riket och inkluderade både förstagångsintyg och intyg i pågående ärenden. Däremot granskades inte läkarintyg utfärdade av företagshälsovård och inte heller

Försäkringskassan menar att exempel på brister i läkarintygen är att det inte finns ett logiskt orsakssamband mellan sjukdomens konsekvenser och den nedsatta arbetsförmågan. Det saknas information om vad läkaren grundar sin bedömning på, och det framgår inte vad som är läkarens bedömning utifrån observationer eller objektiva fynd och vad som är patientens egen beskrivning. Beskrivningar av hur arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till den försäkrades arbetsuppgifter saknas, liksom information om på vilket sätt läkaren bedömer att sjukskrivning är en del av vård och behandling. Bristfälliga medicinska bedömningar av arbetsförmågas nedsättning görs också. Konsekvenserna av sjukdomen måste enligt lag skiljas åt från andra besvär som i grunden inte är av medicinsk karaktär när rätten till ersättning provas.<sup>30</sup>

Utgångspunkten är att läkarintyget ska vara fullständigt ifyllt, men Försäkringskassan framhåller att ett ofullständigt ifyllt läkarintyg inte behöver kompletteras om det tillsammans med övriga utredningar och handlingar i ärendet innehåller tillräcklig information för att bedöma rätt till sjukpenning.<sup>31</sup> En konsekvens av brister i läkarintygen är dock att Försäkringskassan begär att få läkarintygen kompletterade av sjukskrivande läkare.<sup>32</sup>

Med anledning av Försäkringskassans begärda kompletteringar av läkarintyg under senare tid har regeringen konstaterat att samverkan mellan sjukskrivande läkare och Försäkringskassan inte fungerar tillräckligt bra och att det pågår en diskussion mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården om kvaliteten i läkarintygen som präglas av ett misstroende dem emellan. I juni 2017 gav regeringen därför Försäkringskassan i uppdrag att kartlägga omfattningen av begärda kompletteringar av inlämnade läkarintyg.<sup>33</sup> Kartläggningen visar att Försäkringskassan begär in kompletteringar för 9,7 procent av de läkarintyg som kommit in till Försäkringskassan vid sjukskrivning. Motsvarande andel 2011 var 9,3 procent och 2012 var den 7,2 procent. Försäkringskassan konstaterar därmed att det har skett en liten och statistiskt säkerställd ökning sedan den senaste

---

intyg utfärdade av privata läkare med ersättning enligt den nationella taxan på grund av att det är Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som representant för landstingen som ingått överenskommelsen om sjukskrivningsmiljarden med staten.

<sup>30</sup> Försäkringskassans webbplats med nyhetsarkiv: *Försäkringskassans arbete med läkarintyg*, 2016-12-19, hämtad 2018-01-25, <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/nyhetsarkiv/>. Kvalitetsbristerna bekräftas i intervju med verksamhetsutvecklare vid Försäkringskassans huvudkontor, 2017-05-31.

<sup>31</sup> Försäkringskassan. Rapport – Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. Rapport: Version 1.0, 041508–2017, 2017-12-12.

<sup>32</sup> Ett läkarintyg kan kompletteras antingen skriftligt eller muntligt. Vid skriftliga kompletteringar skickar Försäkringskassans handläggare dels ett brev till sjukskrivande läkare med frågor om det som behöver förtydligas eller kompletteras, dels information till den försäkrade om att läkarintyget behöver kompletteras innan beslut om ersättning fattas. Vid muntliga kompletteringar dokumenterar Försäkringskassans handläggare sjukskrivande läkares uppgifter i handläggningsjournalen och läser upp dem för att säkerställa att man uppfattat dem rätt.

<sup>33</sup> Regeringsbeslut 2017-06-22, dnr: S2017/03739/SF (delvis).

granskningen 2012 men att andelen kompletteringar är tillbaka på samma nivå som 2011. I jämförelse med samma period åren 2010/2011 (1 juni till 31 maj) har antalet utfärdade läkarintyg ökat med cirka 57 procent. Med hänsyn tagen till andelen kompletteringar 2010/2011 och 2016/2017 innebär detta att antalet kompletteringar dock har ökat med drygt 60 procent.<sup>34</sup> För psykiatriska diagnoser ligger andelen begärda kompletteringar på mellan 9 och 11 procent.<sup>35</sup> Frågor om aktivitetsbegränsningar var vanligast (55 procent av kompletteringarna), följt av funktionsnedsättningar (39 procent), och dessa frågor var vanligare för läkarintyg utfärdade tidigare i sjukfallet. Efter dag 90 i sjukfallet var det betydligt vanligare med frågor om prognos för att återfå arbetsförmågan (28 procent), frågor om behandling och medicinering (22 procent) samt frågor med fokus på att kunna bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete (25 procent).<sup>36</sup>

## 1.2 Sjukskrivningsmiljarden

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen, den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Syftet har varit att ge landstingen ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.<sup>37</sup> Fram till 2015 omfattade överenskommelsen cirka 1 miljard kronor årligen. Därefter träffades en ettårig överenskommelse för 2016 som omfattade 1,5 miljarder kronor.<sup>38</sup> Den senaste överenskommelsen avser åren

<sup>34</sup> Uppdraget innebär att förekomsten av begärda kompletteringar samt vad kompletteringen avsåg för uppgifter ska studeras. Försäkringskassan har därmed inte undersökt i vilken mån kompletteringen beror på exempelvis ett bristfälligt läkarintyg, i vilken mån fler kompletteringar borde ha begärts in eller om kompletteringar begärs in i onödan. Försäkringskassan avser att efter avslutat uppdrag arbeta vidare med frågan om hur komplettering av läkarintyg hanteras inom handläggningen av sjukpenning.

<sup>35</sup> För diagnosgrupperna rörelseorganen samt skador och förgiftningar ligger andelen begärda kompletteringar också på mellan 9 och 11 procent. För gruppen tumörer ligger andelen något lägre på cirka 5 procent. För gruppen övriga diagnoser ligger andelen kompletteringar på cirka 9 procent.

<sup>36</sup> Försäkringskassan, *Rapport – Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning*, Version 1.0, 041508–2017, 2017-12-12.

<sup>37</sup> Staten styr primärvården genom lagstiftning, vägledning, tillsyn och uppföljning samt genom överenskommelser mellan stat och landsting. Överenskommelserna mellan stat och landsting tecknas mellan Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

<sup>38</sup> Regeringskansliet (Socialdepartementet). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016*. Medel från den tidigare rehabiliteringsgarantin ingår i denna överenskommelse. Se även avsnitt 1.1. SKL, hämtad 2017-11-12, <https://skl.se/download/18.37b886bd15180686650567d7/1450361550304/Overenskommelse-kvalitetssaker-och-effektiv-sjukskrivnings-och-rehabiliteringsprocess-2016.pdf>.



2017–2018 och omfattar totalt närmare 3 miljarder kronor.<sup>39</sup> Målet är att slutföra flera av de insatser som utvecklats genom tidigare överenskommelser, till exempel kompetenssatsning i försäkringsmedicin, funktion för koordinering och utvecklingsarbetet inom utökat elektroniskt informationsutbyte.<sup>40</sup> Det är oklart om ytterligare överenskommelser kommer att ingås efter 2018. Denna fråga bereds inom Regeringskansliet.<sup>41</sup>

En uppföljande studie av forskare vid Karolinska institutet 2013 pekade på att överenskommelser om den så kallade sjukskrivningsmiljarden tycks ha haft en stor betydelse för att sätta sjukskrivningsfrågan på agendan på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården, men att mycket återstår att göra för ett optimalt arbete med hantering av patienters sjukskrivning.<sup>42</sup> Socialstyrelsen och Försäkringskassan kartlade och analyserade även landstingens arbete med sjukskrivningsmiljarden på regeringens uppdrag 2015. Myndigheternas övergripande slutsats var att arbetet med den nuvarande incitamentsmodellen endast lett till en begränsad integration av sjukskrivningsfrågan på olika nivåer i hälso- och sjukvården.<sup>43</sup>

### 1.3 Regeringens åtgärdsprogram

För att bryta den negativa utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron tog regeringen i september 2015 initiativ till ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Programmet innehåller åtgärder inom sju prioriterade områden som regeringen bedömer behöver utvecklas för att öka hälsan i samhället, bryta den negativa utvecklingen och stabilisera sjukfrånvaron.<sup>44</sup>

<sup>39</sup> Regeringskansliet (Socialdepartementet). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*. Medel från den tidigare rehabiliteringsgarantin ingår i denna överenskommelse. Följande insatsområden omfattas av överenskommelsen; 1) kompetenssatsning inom försäkringsmedicin, 2) funktion för koordinering, 3) insatser för lindring och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta, 4) utökat elektroniskt informationsutbyte, 5) stöd för rätt sjukskrivning. Utöver detta omfattas även forskning, uppföljning och utvärdering. SKL, hämtad 2017-11-12, <https://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/overenskommelse20172018.5228.html>.

<sup>40</sup> Över tid har satsningar gjorts inom olika områden inom ramen för sjukskrivningsmiljarden, till exempel kompetenssatsningar inom försäkringsmedicin, funktion för koordinering, förbättrad kvalitet i läkarintygen, implementering av försäkringsmedicinskt beslutsstöd, försäkringsmedicinska utredningar och stöd för rätt sjukskrivning.

<sup>41</sup> Intervju vid Socialdepartementet, 2017-06-27.

<sup>42</sup> Alexanderson K, m.fl. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning. Resultat från 2013 och en jämförelse med 2007. Karolinska. Rapport: 2013, sid. 7.

<sup>43</sup> Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan - Kartläggning och analys. Rapport: 2015.

<sup>44</sup> Regeringskansliet (Socialdepartementet). Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde, 2015-09-24, nr I:1. De sju prioriterade områdena är: 1) jämställdhet, 2) bättre arbetsmiljö, 3) bättre möjligheter att ta tillvara människors arbetsförmåga, 4) åtgärder för rehabilitering, anpassning och omställning, 5) anpassning av primärvårdens verksamhet för personer med psykisk ohälsa och långvarig smärta, 6) ökade kunskaper om

Åtgärdsprogrammet bygger på att regeringen, berörda myndigheter, arbetsmarknadens parter och hälso- och sjukvården tillsammans tar ansvar. Det handlar om förebyggande åtgärder, insatser under sjukfallet och stöd tillbaka till arbete. Inom ramen för detta åtgärdsprogram har regeringen bland annat framhållit att det är viktigt att Försäkringskassan använder de möjligheter som finns att vid behov komplettera befintliga medicinska utlåtanden med så kallade försäkringsmedicinska utredningar för att bedöma arbetsförmåga, samt att regeringen kommer att verka för en ökad och mer enhetlig användning av försäkringsmedicinska utredningar.

I januari 2018 tog regeringen initiativ till ytterligare ett åtgärdsprogram för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.<sup>45</sup> I budgetpropositionen för 2018 framhåller regeringen att stödet till individen behöver öka, att hälso- och sjukvårdens roll i sjukskrivningsprocessen behöver utvecklas och att administrationen av sjukförsäkringen behöver vara rättssäker och effektiv. I det fortsatta arbetet har regeringen identifierat två utvecklingsområden där det behövs ytterligare insatser som handlar om att stödet till individen behöver öka och att samverkan mellan myndigheter behöver stärkas. Inom ramen för detta åtgärdsprogram har regeringen bland annat gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. Uppdraget ska delredovisas i juni 2018 och slutredovisas i juni 2019.<sup>46</sup> I april 2018 beslutade regeringen även om att

---

sjukskrivningspraxis och sjukskrivningsprocessen, 7) bättre förutsättningar för unga med funktionsnedsättning eller sjukdom att komma i arbete.

<sup>45</sup> Regeringskansliet (Socialdepartementet). Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. Promemoria, 2018-01-23. De elva åtgärderna som omfattas är: 1) en utredning om "normalt förekommande arbete" och "särskilda skäl", 2) förstärkt arbete inom Försäkringskassan med att stödja individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, 3) permanent koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvården, 4) se över möjligheten till skäligt rådrum i SGI-skyddet, 5) långa sjukfall och sjukersättning, 6) stöd till arbete eller studier för personer med aktivitetsersättning, 7) sjukförsäkringen i en föränderlig arbetsmarknad, 8) ökade möjligheter till arbete inom sjukförsäkringen, 9) en nationell samordnare för en väl fungerande sjukförsäkring, 10) ett nolltoleransuppdrag: Ge stöd till individer som går från sjukförsäkringen till Arbetsförmedlingen, 11) förbättrad samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

<sup>46</sup> I uppdraget ingår att skapa samsyn om parternas förutsättningar vad gäller kompetens, möjligheter inom gällande lagstiftning och mål inklusive Försäkringskassans behov av underlag respektive landstingens faktiska förutsättningar att leverera sådana underlag och att bistå i sjukskrivningsprocessen. Myndigheterna ska inom ramen för uppdraget; 1) Fördjupa analysen av det faktiska behovet av kompletteringar av inlämnade läkarintyg, inklusive eventuell förekomst av omotiverade kompletteringar. 2) Fördjupa analysen av förekommande skillnader mellan de faktiska sjukskrivningstiderna och rekommendationerna i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Förekomsten av samsjuklighet bör särskilt uppmärksammas. 3) Analysera hur Försäkringsmedicinskt beslutsstöd kan bidra till en bättre kommunikation mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt lämna förslag till hur beslutsstödet kan utvecklas. Uppdraget ska bidra till en konstruktiv dialog mellan representanter för hälso- och sjukvården, inklusive läkarkåren,

tillsätta en utredning där tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete ska analyseras närmare, och att tillsätta en nationell samordnare som ska främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Utredningen över sjukförsäkringen ska lämna sitt första delbetänkande 30 januari 2019 och slutredovisas senast 30 oktober 2019. Regeringen beslutade även om att tillsätta en nationell samordnare som ska främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Den nationella samordnaren ska delredovisa sitt uppdrag 30 april 2019 och slutredovisa senast 30 april 2020.<sup>47</sup>

## 1.4 Motiv till granskning

Mot bakgrund av konstaterade brister i läkarintygens kvalitet, läkares svårigheter att bedöma arbetsförmåga vid psykisk ohälsa samt omfattningen av den psykiska ohälsan menar Riksrevisionen att problemen i arbetet med sjukskrivningsärenden är högst aktuella, trots de insatser som har gjorts under de senaste åren. Det finns därför anledning att granska processen för arbetsförmågebedömningar. Riksrevisionens granskning bidrar till ökad kunskap om primärvårdsläkares förutsättningar att fullgöra sitt försäkringsmedicinska uppdrag vad gäller arbetsförmågebedömningar vid psykisk ohälsa.

## 1.5 Syfte och avgränsning

Syftet är att granska processen för bedömning av arbetsförmåga med fokus på läkares försäkringsmedicinska uppdrag. Riksrevisionen undersöker orsaker till kvalitetsbrister i läkarintygen och vilka hinder läkare upplever vid bedömning av arbetsförmåga i sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser. Syftet är också att granska om Försäkringskassan, utifrån de krav som ställs på läkare i den nuvarande sjukskrivningsprocessen, ger tillräckligt stöd till läkare i deras försäkringsmedicinska uppdrag.

En avgränsning görs till läkare i primärvården då läkare vid vårdcentraler dels hanterar majoriteten av sjukskrivningsärenden inom psykisk ohälsa, dels är de som upplever det mest problematiskt att arbeta med sjukskrivningsärenden. Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd granskas närmare i en annan, pågående granskning av Riksrevisionen.

Utifrån iakttagelserna bedöms om processen för att bedöma arbetsförmåga är ändamålsenligt utformad och bidrar till att nå regeringens mål för sjukförsäkringen. Riksrevisionen granskar huvudsakligen Försäkringskassan.

---

och Försäkringskassan och en samsyn om hur en effektiv sjukskrivningsprocess säkerställs. Uppdraget ska genomföras i samråd med Läkarförbundet, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och landstingen.

<sup>47</sup> Regeringens webbplats, hämtad 2018-04-12, <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/04/regeringen-ser-over-sjukforsakringen/>.

Socialstyrelsen och regeringen (Socialdepartementet) omfattas också av granskningen.

## 1.6 Bedömningsgrunder

De huvudsakliga målen för sjukförsäkringen är att Försäkringskassan ska verka för att rätt ersättning ges till rätt person, och för att individen förstår myndighetens beslut. Försäkringskassan ska verka för att berörda aktörer vidtar åtgärder så att kvinnor och män ges stöd och förutsättningar att försörja sig genom förvärsarbete. Därigenom ska Försäkringskassan, i samverkan med berörda aktörer, bidra till att uppfylla det övergripande målet om att frånvaron från arbete på grund av sjukdom ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå.<sup>48</sup>

Socialförsäkringsutskottet har framhållit att bedömningen av arbetsförmåga är central i sjukförsäkringen.<sup>49</sup> 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. Utskottet har även lyft fram att det är viktigt att det arbetsmarknadsbegrepp som används på ett så tydligt sätt som möjligt speglar vilka arbeten den försäkrade provas emot.<sup>50</sup>

I socialförsäkringsbalken (2010:110), SFB, regleras att den försäkrade ska styrka nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom senast från och med den sjuende dagen efter sjukperiodens första dag genom att lämna in ett läkarintyg till Försäkringskassan.<sup>51</sup> Om den försäkrade är sjukskriven mer än sju dagar behöver hen visa ett läkarintyg för sin arbetsgivare. Från dag 15 kan den försäkrade ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan.<sup>52</sup> Försäkringskassans handläggning av sjukskrivningsärenden regleras i 110 kap.<sup>53</sup> I 13 § anges att 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

<sup>48</sup> Regeringen (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.

<sup>49</sup> Bet. 2012/13: Sfu10.

<sup>50</sup> Bet. 2011/12: Sfu14.

<sup>51</sup> 27 kap. 25 § SFB. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter dels om undantag från skyldigheten att lämna läkarintyg enligt första stycket när ett sådant intyg inte behövs, dels om att skyldigheten enligt första stycket ska gälla från och med en annan dag.

<sup>52</sup> Försäkringskassans webbplats, hämtad 2018-05-04, <https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukdom/intyg-for-sjukpenning>.

<sup>53</sup> 110 kap. 13 och 14 §§ SFB.

kräver. Försäkringskassan har utredningsbefogenheter, när det behövs för bedömning av frågan om ersättning, som bland annat innebär att 1) myndigheten kan göra en förfrågan hos den försäkrades läkare eller arbetsgivare, 2) begära fördjupade försäkringsmedicinska utredningar såsom ett särskilt läkarutlåtande eller ett utlåtande av viss läkare eller någon annan sakkunnig, samt 3) begära att den försäkrade genomgår undersökning av viss läkare eller någon annan utredning, eller deltar i ett avstämningsmöte för bedömning av den försäkrades medicinska tillstånd och arbetsförmåga.<sup>54</sup> Utifrån socialförsäkringsbalken har Försäkringskassan utarbetat en vägledning med metodstöd som uppdateras fortlöpande avseende bedömning av sjukpenningärenden.<sup>55</sup>

Försäkringskassan använder den så kallade DFA-kedjan<sup>56</sup> som en modell för försäkringsmedicinsk analys när den försäkrades arbetsförmåga ska prövas (se även avsnitt 2.1). I enlighet med läkarintygsblankettens utformning och de krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter ska den sjukskrivande läkaren i läkarintyget<sup>57</sup> beskriva *diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning*. Detta innebär att läkaren ska ange en diagnos eller flera diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga. Funktionsnedsättning ska anges genom att läkaren beskriver undersökningsfynd, testresultat och observationer. Under aktivitetsbegränsning, det vill säga funktionsnedsättningens koppling till sysselsättning, ska läkaren beskriva vad den försäkrade inte kan göra på grund av sjukdom och ange vad uppgiften grundas på. Vidare ska läkaren ange i relation till vilken sysselsättning arbetsförmågan bedöms, där alternativen i läkarintyget är; 1) nuvarande arbete med en beskrivning av yrke och arbetsuppgifter, 2) arbetssökande som innebär att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, 3) föräldraledighet för vård av barn, eller 4) studier. Läkaren ska bedöma i vilken grad arbetsförmågan är nedsatt

<sup>54</sup> 110 kap. 14 § SFB. Försäkringskassan kan även besöka den försäkrade.

<sup>55</sup> Försäkringskassan, *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*, Vägledning 2015:1, Version 7, beslutad 2017-12-14; *Sjukpenning och rehabilitering*, Process 2009:07, Version 10.0, beslutad 2017-10-20. En vägledning är i första hand ett stöd för Försäkringskassans medarbetare vid ärendehandläggning och utbildning. En vägledning kan innehålla beskrivningar av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis och JO:s beslut. En vägledning kan även innehålla beskrivningar av hur man ska handlägga ärenden på det aktuella området och vilka metoder som då ska användas. Vidare använder Försäkringskassan processer för att beskriva verksamheten på ett strukturerat sätt och för att se helheten i det utförda arbetet. Processerna är ett överenskommet arbetssätt som ska skapa förutsättningar för rättssäkerhet och god kvalitet, och möjliggöra arbete med ständiga förbättringar.

<sup>56</sup> DFA-kedjan omfattas av diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

<sup>57</sup> Försäkringskassan, *Läkarintyg för sjukpenning*, FK 7804 (001 F 001). Läkarintygsblanketten är fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen. Läkarintygsblanketten finns i bilaga 3.

(25/50/75/100 procent) och under vilken tidsperiod sjukskrivningen gäller. En prognos för arbetsförmåga ska även göras utifrån aktuellt undersökningstillfälle.<sup>58</sup>

Socialstyrelsen har tagit fram föreskrifter som berör utformningen av läkarintyg. Socialstyrelsens föreskrifter reglerar att läkarintyg ska utformas på ett sådant sätt att intygspersonen och mottagaren av intyget kan förstå förhållandena och värdera innebörden av uttalandena, samt att intyget ska vara fullständigt och entydigt.<sup>59</sup> Därutöver saknas mer ingående bestämmelser om läkarintyg i sjukförsäkringen. I förarbetena framhålls dock att sjukskrivande läkare också bör ange den försäkrades arbetsuppgifter och arbetsförmågans nedsättning i förhållande till dessa.<sup>60</sup> Vidare finns Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) som omfattar dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga och sjukskrivningstider för olika diagnoser. FMB är dock inga regler utan en vägledning.<sup>61</sup>

## 1.7 Metod

Granskningen har ett kvalitativt angreppssätt och bygger främst på intervjuer med sjukskrivande läkare i primärvården. Granskningen inleddes med dokumentstudier och inledande intervjuer med sjukskrivande läkare i primärvården och i företagshälsovården. Syftet med dessa intervjuer var främst att få mer kunskap om hur läkare ser på sin roll som sjukskrivande läkare och sitt försäkringsmedicinska uppdrag, hur de arbetar med sjukskrivningsärenden och vilka svårigheter som de upplever i samband med detta. Intervjuer genomfördes även med tjänstemän på olika nivåer vid Försäkringskassan för att få mer kunskap om processen för handläggningen av sjukskrivningsärenden och kontakterna med sjukskrivande läkare. Riksrevisionen tog även del av pågående sjukskrivningsärenden genom akter för psykiatriska diagnoser med tillhörande dokumentation samt genomförde medlyssning av inkommande telefonsamtal till Försäkringskassans kundcenter. Med utgångspunkt i Riksrevisionens preliminära iakttagelser togs en intervjuguide fram och stämde av med granskningens två externa referenspersoner.

Individuella semistrukturerade intervjuer genomfördes med totalt 42 läkare i primärvården bestående av specialister i allmänmedicin (33 stycken), ST-läkare (6 stycken), AT-läkare (1 styck) och legitimerade läkare (2 stycken). Intervjuerna följde en och samma intervjuguide och inleddes med öppna frågor som successivt

<sup>58</sup> Läkare ska lämna ytterligare uppgifter i läkarintyget, till exempel om vad intyget är baserat på. Totalt omfattar läkarintyget 13 fält. Läkares underskrift omfattar samtliga uppgifter i läkarintyget.

<sup>59</sup> SOSFS 2005:29. *Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.* Se även förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

<sup>60</sup> Prop. 1994/95:147, sid. 27 f.

<sup>61</sup> Socialstyrelsens webbplats, hämtad 2018-04-10, <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>.

blev mer detaljerade utifrån olika frågeområden. Intervjuerna varade i cirka en timme, och leddes av granskningens projektledare med stöd av en projektmedarbetare. Vi gav samtliga läkare möjlighet att läsa igenom och kommentera minnesanteckningarna, för att säkerställa att vi uppfattat deras svar rätt. Intervjuade läkare var verksamma vid totalt 19 vårdenheter i Stockholms län, region Skåne och region Västmanland, varav 74 procent var i landstingets regi och 26 procent i privat regi. Medverkan i intervjuer var frivillig. Närmare uppgifter om namn på läkare, vårdenheter och kommuner som Riksrevisionen varit i kontakt med är avidentifierade. Som urvalsmetod använde Riksrevisionen ett strategiskt urval. Resultatet är dock inte generaliserbart för alla Sveriges sjukskrivande läkare i primärvården. Hur många läkare i primärvården som skulle intervjuas var inte avgjort på förhand. Riksrevisionen genomförde intervjuer tills det att mättnad upplevdes i det empiriska materialet, då intervjuerna inte längre ledde till någon ny information i nämnbar utsträckning. Riksrevisionens intervjuer med läkare i primärvården genomfördes under perioden september 2016 till och med maj 2017.

Riksrevisionen intervjuade företrädare för Försäkringskassan, såsom personliga handläggare, specialister, försäkringssamordnare och enhetschefer vid två lokalkontor i Stockholms län, samt verksamhetsutvecklare och försäkringsmedicinska rådgivare vid Försäkringskassans huvudkontor. Sammantaget intervjuade Riksrevisionen 18 medarbetare på Försäkringskassan, varav en telefonintervju gjordes med en försäkringssamordnare. Utöver detta hade Riksrevisionen ett möte med två medarbetare vid Avdelningen för analys och prognos, och ett samtal hölls via länk på Försäkringskassan med tre medarbetare från Rättsavdelningen. Intervjuer med företrädare för Försäkringskassan genomfördes under perioden mars 2016 till och med juni 2017.

Riksrevisionen intervjuade även företrädare för Socialstyrelsen och träffade företrädare för Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Riksrevisionen tog del av officiell statistik över sjukfrånvaron, samt olika styrdokument och vägledningar vid Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Se bilaga 1 för mer utförlig beskrivning av metoden. Riksrevisionens frågeguide vid intervjuer med läkare finns i bilaga 2.

## 2 Sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivningsprocessen omfattar flera aktörer, med sinsemellan olika uppdrag, roller och ansvar, såsom den försäkrade, arbetsgivare, socialtjänsten och hälso- och sjukvården och centrala myndigheter. I detta avsnitt redogörs för ansvar och roller inom hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen och Försäkringskassan i enlighet med granskningens inriktning.

### 2.1 Läkarintyget och DFA-kedjan

När ett sjukfall, där en person har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, pågått längre än sju dagar krävs i normalfallet ett läkarintyg för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rätt till sjukpenning. Bedömning av arbetsförmåga sker i enlighet med den så kallade DFA-kedjan. Det innebär att läkare ska ställa *diagnos*, beskriva *funktionsnedsättning* (observationer, undersökningsfynd eller utredningsresultat som hindrar ordinarie funktion på grund av sjukdom) och beskriva *aktivitetsbegränsningar* som följer av funktionsnedsättningarna (funktionsnedsättningens koppling till sysselsättning). Syftet med DFA-kedjan är att skapa en tydligare förankring mellan sjukdom och arbetsförmåga i bedömning av rätten till ersättning. DFA-kedjan lyftes för första gången fram som grund för sjukförsäkringens medicinska förankring i SOU 2009:89. Där påpekas att ”Det är en professionell bedömning av DFA-kedjans tre led och en rimlig koppling dem emellan som krävs av hälso- och sjukvården för rätt till ersättning från sjukförsäkringen.”<sup>62</sup> Därefter började Försäkringskassan successivt att använda begreppet DFA-kedjan som en modell för försäkringsmedicinsk analys. Lagen kräver att den försäkrade ska ha en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel – det behövs alltså en diagnos. Försäkringskassan behöver också veta på vilket sätt funktionen är nedsatt på grund av sjukdom. För att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning måste Försäkringskassan veta på vilket sätt funktionsnedsättningen gör att den försäkrade inte kan arbeta.<sup>63</sup>

I läkarintyget ska läkaren ange vilken eller vilka diagnoser som orsakar nedsatt funktion och vilka observationer som läkaren har kunnat göra vid undersökningen. Läkaren ska göra en beskrivning av funktionsnedsättning, exempelvis om den har kunnat observeras genom iakttagelser, undersökningsfynd eller utredningsresultat. Läkaren ska även beskriva patientens så kallade aktivitetsbegränsning. Med aktivitetsbegränsning avses diagnosens och

<sup>62</sup> SOU 2009:89, *Gränslandet mellan sjukdom och arbete - Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*. Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen, sid. 12.

<sup>63</sup> E-post från Försäkringskassan, 2018-03-21.



funktionsnedsättningens konsekvenser. Läkaren ska värdera och beskriva hur sjukdomen begränsar patientens förmåga till aktivitet och hur omfattande dess konsekvenser är. Orsakssambanden i läkarintyget ska vara rimliga med en klar koppling mellan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Uppgifter om observerade funktionsnedsättningar i form av grader, mått och värden ska också lämnas.<sup>64</sup>

Försäkringskassan ansvarar för förvaltning av läkarintygsblanketten som är framtagen av myndigheten i samråd med Socialstyrelsen. Det är Socialstyrelsen som ansvarar för den medicinska delen i samband med hälso- och sjukvårdens utfärdande av intyg.<sup>65</sup> Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska läkarintyget utformas på ett sådant sätt att intygspersonen och mottagaren av intyget kan förstå förhållandena och värdera innebörden av uttalandena, samt att intyget ska vara fullständigt och entydigt.<sup>66</sup> En reviderad läkarintygsblankett, som även finns elektroniskt, lanserades i december 2017 och kommer att implementeras i landstingen under 2018.<sup>67</sup> Revideringen innebär bland annat att hjälptexter har tagits fram i den nya läkarintygsblanketten kopplat till vissa av frågorna som ett stöd till läkarna.<sup>68</sup>

## 2.2 Läkare i hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården har alla läkare möjlighet att sjukskriva patienter. Sjukskrivning och utfärdande av medicinska underlag, till exempel läkarintyg, är en del av vård och behandling och är jämförbart med annan medicinsk åtgärd och ska därför övervägas på liknande sätt som exempelvis ordination av läkemedel. Det innebär att arbetet med sjukskrivning ska bygga på vetenskaplig grund och kvalitetssäkras utifrån samma kriterier som andra vård- och behandlingsåtgärder.<sup>69</sup> Därmed har läkare dubbla uppdrag och roller i sitt arbete med sjukskrivning: dels rollen som behandlande läkare med ett medicinskt uppdrag att ställa diagnos och ge behandling, dels rollen som medicinskt

<sup>64</sup> Försäkringskassan, *Vad ska ett läkarintyg innehålla?* FK40349, 2012-08-21.

<sup>65</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-12-06.

<sup>66</sup> SOSFS 2005:29. *Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.* Se även förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

<sup>67</sup> Försäkringskassan. *Läkarintyg för sjukpenning*. FK 7804 (001 F 001). Läkarintygsblanketten finns i bilaga 3.

<sup>68</sup> E-post från Försäkringskassan, 2016-11-18.

<sup>69</sup> Alexandersson K, m.fl. *Läkares erfarenheter av arbete och sjukskrivning – resultat från en enkätstudie år 2017*. Rapport 1, 2017; Försäkringskassan. *Mellan arbete och sjukdom, rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011*. Socialförsäkringsrapport 2011:3.

sakkunnig med ett försäkringsmedicinskt uppdrag att beskriva arbetsförmåga och utfärda medicinska underlag, till exempel läkarintyg.<sup>70</sup>

Bland läkarens uppgifter ingår däremot inte att kontrollera om villkoren för rätt till sjukpenning är uppfyllda. Denna roll har Försäkringskassan i sjukfall längre än fjorton dagar.<sup>71</sup> För de som saknar anställning görs bedömningen omgående i samband med ansökan. Läkaren har dock som uppgift att bedöma om det är aktuellt att utfärda ett läkarintyg, vilket innebär att läkaren har en ”grindvaktsfunktion”.<sup>72</sup> Läkaren ska värdera och beskriva hur sjukdomen begränsar patientens förmåga till aktivitet och hur omfattande dess konsekvenser är. Även om det formella försäkringsbeslutet fattas av Försäkringskassan, så är det i praktiken läkarens bedömning som i de flesta fall leder till sjukskrivning eller inte. Under 2017 avslag Försäkringskassan totalt 2,6 procent av *nyansökningarna* om sjukpenning och totalt 5,8 procent av *pågående* sjukfall. Det motsvarar en ökning från 1,1 till 2,6 procent respektive från 1,9 till 5,8 procent under åren 2015–2017.<sup>73</sup> Avslagen av sjukpenning har mer än fördubblats under åren 2015–2017. Försäkringskassan saknar uppföljning över avslagsfrekvensen endast för psykiatriska diagnoser.<sup>74</sup> Läkaren ska vidare bedöma om en sjukskrivning bör förlängas eller avslutas.<sup>75</sup>

## 2.3 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen förvaltar det så kallade försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) som inte är att betrakta som styrande regler utan rekommendationer för sjukskrivning. Beslutsstödet består av två delar, dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. De övergripande principerna ska användas som vägledning för de frågor som läkare, Försäkringskassan och andra aktörer har i samband med

<sup>70</sup> Inspektionen för socialförsäkringen. Läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron – En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg. Rapport: 2014:5.

<sup>71</sup> Försäkringskassan. Mellan arbete och sjukdom, rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011. Socialförsäkringsrapport 2011:3.

<sup>72</sup> Inspektionen för socialförsäkringen. Läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron – En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg. Rapport: 2014:5; SOU 2009:89, *Gränslandet mellan sjukdom och arbete*.

<sup>73</sup> Försäkringskassan. *Försäkringskassans årsredovisning 2017*, sid. 105–106. Försäkringskassan har två typer av avslag om sjukpenning: de som fattas vid en initial ansökan och de som görs under ett pågående sjukfall. I oktober 2016 ändrades definitionen av avslag, vilket gör att antalen före och efter inte är helt jämförbara. I statistiken för avslag ingår numera både det som tidigare kallades för indrag i pågående ärenden och avslag i nya ärenden.

<sup>74</sup> E-post från Försäkringskassan, 2017-10-20.

<sup>75</sup> SOU 2009:89. *Gränslandet mellan sjukdom och arbete – Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*. Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen, sid. 246.

sjukskrivningar.<sup>76</sup> Den del av beslutsstödet som består av specifika rekommendationer för olika diagnoser ska vara en vägledning för läkare och för Försäkringskassans tjänstemän i arbetet med sjukskrivning. Att de är vägledande betyder att de ska tolkas och användas utifrån de unika förutsättningar som råder i varje situation där sjukskrivning är aktuell. En ambition med beslutsstödet är också att det ska ge bättre förutsägbarhet för patienten. Rekommendationerna ska användas så att patienten blir delaktig i processen. En väl avvägd bedömning förutsätter en bra dialog mellan patient och läkare. Patientens uppfattning om sina besvär och vad de har för konsekvenser för hans eller hennes förmåga till aktivitet och arbete är centrala. Beslutsstödet ska också fungera som riktlinjer för hur länge olika symtom och diagnoser bör ge sjukskrivning. Avsteg från rekommenderad sjukskrivningslängd bör motiveras i läkarintyget.<sup>77</sup>

Socialstyrelsen ska kontinuerligt följa upp, uppdatera och utvärdera det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Socialstyrelsen såg över de rekommenderade sjukskrivningstiderna på uppdrag av regeringen 2016, i syfte att anpassa rekommendationerna till aktuell kunskapsläge. I det reviderade beslutsstödet, som gäller från och med 30 januari 2017, finns en ökad differentiering av den rekommenderade längden på sjukskrivningen. Även möjligheten att sjukskriva partiellt, det vill säga på deltid, framhålls i de nya rekommendationerna.<sup>78</sup>

Socialstyrelsen ska även samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten.<sup>79</sup> Myndighetens samverkan inom ramen för sjukskrivningsprocessen sker på flera sätt, såväl formellt (systematiskt) som mindre formellt (systematiskt) med andra aktörer. Exempelvis deltar Socialstyrelsen i Strategiska samverkansgruppen för sjukskrivning och rehabilitering<sup>80</sup> samt i Operativa samverkansgruppen. Socialstyrelsen är även representant i Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF). Vidare samråder Försäkringskassan med Socialstyrelsen vid framtagande

<sup>76</sup> Socialstyrelsen reviderar för närvarande Övergripande principer för sjukskrivning (del av FMB). Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingår i denna arbetsgrupp. E-post från Socialstyrelsen, 2018-03-20.

<sup>77</sup> Socialstyrelsen. *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd*, hämtad 2017-12-14, <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>.

<sup>78</sup> Intervju vid Socialstyrelsen, 2016-12-05.

<sup>79</sup> 11 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>80</sup> Sedan 2007 har det funnits en strategisk styrgrupp där Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Försäkringskassan i första hand har diskuterat frågor som har varit kopplade till överenskommelserna i den så kallade sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin. Socialstyrelsen har ingått i gruppen sedan 2014. I första hand är gruppens uppgift att bidra till att samverkan mellan organisationerna fungerar bra när det gäller sjukskrivning och rehabiliteringsfrågor. Gruppen ska verka för att finna samsyn och inriktning i frågor som berör organisationerna. På mötena görs statusrapportering av frågor som respektive organisation bedömer är viktiga frågor att informera övriga parter om, och det ges en möjlighet att inhämta synpunkter. Gruppen kan även användas för att bereda frågor som berör parterna.

av läkarintyg för ansökan om sjukpenning. Socialstyrelsen har även gemensamma regeringsuppdrag inom sjukskrivningsprocessen med Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). En dialog förs också med Försäkringskassan om tillämpningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB). När Socialstyrelsen reviderar beslutsstödet diagnosspecifikt ges Försäkringskassan även möjlighet att ha synpunkter.<sup>81</sup>

## 2.4 Försäkringskassan

Försäkringskassan ansvarar för att utreda sjukskrivningsärenden, pröva den försäkrades arbetsförmåga och fatta beslut om rätt till sjukpenning. 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. Vid bedömningen av om den försäkrade är sjuk ska det enligt lag bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.<sup>82</sup> När Försäkringskassans handläggare gör den så kallade *försäkringsmedicinska analysen*, inom ramen för den försäkringsjuridiska utredningen, skiljer man på patientens egen berättelse och rapporterade besvär från läkarens kliniska bedömning och vad som observerats i samband med den medicinska undersökningen eller utredningen.<sup>83</sup>

Försäkringskassan kan vid behov begära in fördjupade medicinska underlag från hälso- och sjukvården, så kallade försäkringsmedicinska utredningar, för att bedöma om den försäkrade har rätt till sjukpenning. Den försäkringsmedicinska utredningen ska ge en fördjupad beskrivning av sjukdomens konsekvenser för patientens funktionstillstånd och förmåga till aktivitet. Det är Försäkringskassans handläggare som avgör om det finns behov av en sådan utredning medan hälso- och sjukvården ansvarar för genomförande.<sup>84</sup> Villkoren för detta arbete samt hur utredningarna ersätts regleras genom överenskommelser mellan staten och

<sup>81</sup> E-post från Socialstyrelsen, 2018-03-20.

<sup>82</sup> Se 27 kap. 3 § SFB.

<sup>83</sup> Försäkringskassan. *Vad ska ett läkarintyg innehålla?* FK40349, 2012-08-21.

<sup>84</sup> Det finns olika typer av försäkringsmedicinska utredningar. En aktivitetsförmågeutredning (AFU) är en standardiserad utredningsform som ser likadan ut för alla försäkrade. AFU ska ge en helhetsbild som inte bara beskriver funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar, utan även belyser den försäkrades kvarvarande förmåga till aktivitet. Syftet med en AFU är att få ett underlag som tydligt beskriver den försäkrades aktivitetsförmåga i förhållande till vad ett normalt förekommande arbete kräver. I vissa ärenden behövs utredningar som baseras på enbart en läkares utredning, ett särskilt läkarutlåtande (SLU). Utredningen är inte standardiserad och används ofta i längre sjukdomsfall. SLU kommer successivt att fasas ut och helt ersättas av AFU under 2018. I andra ärenden behövs en teambaserad medicinsk utredning (TMU). I teamet ingår arbetsterapeut, sjukgymnast och psykolog. Utredningen är inte standardiserad och används ofta i längre sjukdomsfall. TMU kommer successivt att fasas ut och helt ersättas av AFU under 2018. Se Försäkringskassans webbplats, hämtad 2018-03-01. <https://www.forsakringskassan.se/sjukvard/forsakringsmedicin/forsakringsmedicinska-utredningar>.

Sverige Kommuner och Landsting (SKL).<sup>85</sup> Regeringen har dock i april 2018 lämnat förslag som syftar till att skapa en sammanhållen lagstiftning om försäkringsmedicinska utredningar. Förslagen syftar också till att stärka de försäkrades integritet och säkerhet då försäkringsmedicinska utredningar utförs. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.<sup>86</sup>

Rätten till sjukpenning utreds av Försäkringskassan i enlighet med sjukförsäkringens så kallade rehabiliteringskedja, som omfattar lagstadgade fasta tidsgränser (dag 90, 180 och 365) för när arbetsförmågan ska prövas mot ordinarie arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den försäkrade. Rehabiliteringskedjan infördes 2008 i syfte att råda bot på den passivitet som enligt regeringen kännetecknade sjukskrivningsprocessen. Reglerna innebär att bedömningsgrunden för rätten till ersättning ändras efter 90 respektive 180 dagar.<sup>87</sup> Under de första 90 dagarna som sjukskriven föreligger rätt till sjukpenning om den försäkrade inte kan utföra sitt ordinarie arbete. Efter 90 dagar föreligger endast rätt till sjukpenning om den försäkrade inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare. Efter 180 dagar föreligger rätt till sjukpenning om den försäkrade inte kan utföra något arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.<sup>88</sup> Detta gäller dock inte om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366. Då bedöms arbetsförmågan i förhållande till ett arbete hos arbetsgivaren till och med dag 365. 180-dagarsregeln gäller inte heller om det anses oskäligt att pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. För egenföretagare bedöms arbetsförmågan i förhållande till ordinarie arbete fram till och med dag 180. Efter det bedöms arbetsförmågan i förhållande till arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. För den som är arbetslös bedöms

---

<sup>85</sup> Regeringskansliet (Socialdepartementet). *Försäkringsmedicinska utredningar, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018*, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2017-12-13. Sedan år 2010 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått årliga överenskommelser om att ge ersättning till landsting som inom föreskriven tid, fastställd av Försäkringskassan, levererar fördjupade medicinska utredningar, så kallade försäkringsmedicinska utredningar, efter begäran från Försäkringskassan. Överenskommelserna är tidsbegränsade och inte juridiskt bindande.

<sup>86</sup> Prop. 2017/18:224, Lag om försäkringsmedicinska utredningar.

<sup>87</sup> Prop. 2007/08:136, sid. 58.

<sup>88</sup> Den utvidgning av arbetsförmågebedömningen som sker efter 180 dagars sjukfrånvaro har varit omdiskuterad och har förändrats vid flera tillfällen de senaste åren. År 2008–2012 gjordes arbetsförmågeprövning efter dag 180 mot arbete på den reguljära arbetsmarknaden. År 2012 återgick man till det begrepp som tidigare användes, arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. I proposition 2011/12:113 menade regeringen att båda begreppen lider av att vara svåra att tillämpa och att gränser för rätten till ersättning kan vara svåra att förstå. Enligt regeringens bedömning borde återgången till en prövning mot arbetsmarknaden, "normalt förekommande" arbete, inte ses som en långsiktig lösning av frågan. SOU (2015:21). *Överväganden om en långsiktigt hållbar sjukförsäkring*, sid. 478.

arbetsförmågan i förhållande till arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden redan från den första dagen i sjukperioden.<sup>89</sup>

Vidare ska Försäkringskassan samverka med myndigheter, kommuner och landsting samt andra berörda parter för att bedriva en effektiv och rättssäker verksamhet och därvid särskilt verka för att felaktiga utbetalningar inte görs. Försäkringskassan ska ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för, samt se till att myndighetens föreskrifter och andra styrande dokument och rutiner är kostnadseffektiva och enkla att följa och förstå för enskilda och företag.<sup>90</sup> Företrädare för Försäkringskassan beskriver att myndigheten har ett samarbete med varje landsting där Försäkringskassan regionalt och lokalt regelbundet träffar landstingens personal för att föra dialog och informera om sjukskrivningsprocessen och sjukförsäkringen. Försäkringskassan har särskilda yrkesroller för detta, regionalt och lokalt samverkansansvariga, som planerar och organiserar dialogmöten, ofta tillsammans med personal från landstingen. Specialister och försäkringsmedicinska rådgivare från Försäkringskassan medverkar ibland på dessa möten. För närvarande gör Försäkringskassan en översyn av hur myndighetens dialog med hälso- och sjukvården ska ske genom ökad behovsanpassning av dialogerna baserat på analys av sjukskrivningsmönster, samt andra former av avvikelser som motiverar dialog och åtgärder.<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> Försäkringskassan. *Sjukpenning*. Faktablad: uppdaterad 2016-01-18, sid. 3–4.

<sup>90</sup> 2 och 5 §§ förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

<sup>91</sup> E-post från Försäkringskassan, 2018-01-09.

### 3 Läkarbesöket i primärvården

Primärvården ska som en del av den öppna vården, utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.<sup>92</sup> Den som drabbas av psykisk ohälsa ska alltså i första hand vända sig till primärvården. Patienten bedöms först av en allmänläkare som sedan antingen själv behandlar eller remitterar vidare till psykolog, psykoterapeut, kurator eller annan person med basutbildning i psykoterapi. Vid mer allvarliga och komplicerade tillstånd, där primärvården inte räcker till, ansvarar psykiatri för en mer kvalificerad utredning och behandling. Inom respektive landsting finns samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri för att klargöra var patienter ska tas omhand.<sup>93</sup>

De intervjuade läkarna beskriver att de flera gånger i veckan tar emot patienter som söker vård på grund av psykisk ohälsa. Många av dessa patienter har mått dåligt under en längre tid utan att söka hjälp och sjukskrivning är därför ofta aktuellt vid förstagsbesöken. Vid psykisk ohälsa handlar det ofta om samma typer av symtom och besvär, till exempel sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter och ångest. Det förekommer ofta att patienter har en kombination av diagnoser där symtom och besvär överlappar varandra, till exempel vid depression, ångest och smärta, så kallad samsjuklighet. Psykisk ohälsa kan enligt intervjuerna bero på många olika saker, till exempel arbetsplatsrelaterade problem på grund av konflikter, underbemanning, egna höga prestationskrav och svårigheter att prioritera, ekonomiska bekymmer, missbruk, obehandlade sjukdomar, obearbetade händelser bakåt i tiden, våld i nära relationer och påfrestningar inom familjen, till exempel barn med särskilda behov eller nära anhöriga som drabbas av svåra sjukdomar. Skälen till att patienter uppsöker läkare brukar framgå av en anteckning i samband med tidsbokningen, men läkarna beskriver att det är vanligt att patienter söker vård för exempelvis en förkylning och sedan kommer det fram under besöket att det egentligen handlar om psykiska besvär. I mån av tid kan läkaren ta del av patientens journal före besöket, om inte patientens samtycke krävs först. Samtycke krävs till exempel om uppgifter finns hos annan vårdgivare som inte delar journalsystem med sjukskrivande läkare. Läkaren kan i dessa fall även be om att få läsa patientens journal i efterhand.

<sup>92</sup> 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL; Socialstyrelsen. Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Rapport: 2016, sid. 10.

<sup>93</sup> Riksrevisionen. *Rehabiliteringskedjan fungerar inte – tänk om eller lägg ner*. Rapport: 2015:19.

### 3.1 Läkarbesöket vid psykisk ohälsa – så går det till

#### 3.1.1 Det första läkarbesöket

De intervjuade läkarna beskriver på ett samstämmigt sätt hur ett inplanerat läkarbesök vanligtvis går till när det är fråga om psykisk ohälsa. Det är vanligt att man har avsatt totalt 30 minuter, inklusive tid för att dokumentera i patientens journal och för att skriva eventuella remisser och medicinska underlag (läkarintyg). Den faktiska besökstiden är därför cirka 15–20 minuter. Vid vissa vårdenheter förekommer också att 45 minuter sätts av vid psykisk ohälsa, vilket i praktiken innebär 30 minuter med patienten. Det förekommer även vid vissa vårdenheter att upp till 45 minuter sätts av när medverkan av tolk krävs. Patienter med psykisk ohälsa kommer även på akuttider,<sup>94</sup> vilket innebär att totalt 15 minuter satts av till besöket, inklusive tid för dokumentation av besöket.

Läkaren inleder med att ställa öppna frågor till patienten. Läkarens bemötande har stor betydelse för att skapa förtroende, lugn och tillförsikt i mötet med patienten. Det är enligt läkarna viktigt att patienten får komma till tals, känner sig lyssnad till och blir tagen på allvar. Läkarna beskriver att de medvetet undviker att ställa många frågor inledningsvis som patienten skulle kunna uppfatta som ett ifrågasättande. Läkaren observerar patienten under samtalet. När patienten har fått komma till tals ställer läkaren kompletterande frågor vid behov, till exempel om sjukdomshistorik, hur vardagen fungerar och om patienten har suicidala tankar.<sup>95</sup> Det är en balansgång med frågor, men det är viktigt att läkaren får klart för sig hur det ligger till.

Det förekommer att de intervjuade läkarna utgår från så kallade självskattningstest när de ställer frågor under samtalet. Det förekommer också att patienten får besvara de skriftliga frågorna på egen hand och skatta sin hälsa.

Självskattningstest ger läkaren en ögonblicksbild av patientens sinnestillstånd och kan senare följas upp under sjukdomsförloppet.<sup>96</sup> Vidare tas prover för att utesluta

<sup>94</sup> Det kallas även för till exempel lättakuttider eller drop-in-tider inom primärvården.

<sup>95</sup> Läkarens tillvägagångssätt skiljer sig delvis åt. En del läkare beskriver att de brukar använda ett verktyg som förkortas M.I.N.I. (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju). Verktöget består av frågeområden med underfrågor som läkaren kan utgå från. Intervjuade läkare beskriver dock att de måste göra ett urval av frågor för att hinna med, då verktöget är relativt omfattande. "Ändamålet med M.I.N.I. är att underlätta bedömningen och uppföljningen av patienter med större noggrannhet och effektivitet. En läkare ska tolka och gå igenom data innan de används som beslutsunderlag. Detta instrument är inte utformat eller avsett att ersätta en fullständig medicinsk och psykiatrisk undersökning av en legitimerad läkare eller psykiater. Det är enbart avsett som ett verktyg för att underlätta tillförlitlig datainsamling och symtomvärdering av utbildad personal." M.I.N.I. 6.0.0, 2009-02-20. Swedish version. [http://www.viss.nu/Global/Blanketter/MINI\\_6.0.pdf](http://www.viss.nu/Global/Blanketter/MINI_6.0.pdf), hämtad 2017-11-14.

<sup>96</sup> Självskattningstest som används är till exempel MADRS-S, HAD eller KEDS. 1) MADRS betyder Montgomery Åsberg Depression Rating Scale och används vid misstanke om depression. Skalan är utvecklad ur ett annat större batteri av frågor kallat CPRS (comprehensive psychopathological rating



somatiska (kroppsliga) sjukdomar som skulle kunna orsaka patientens besvär, till exempel rubbningar i sköldkörteln som orsakar problem med ämnesomsättningen. Alkoholvanor kan även analyseras med ett blodprov. Eventuell information i patientjournalen sedan tidigare kan även vara underlag för bedömning. För att ställa en primär diagnos gör läkaren en helhetsbedömning av vad som framkommit under besöket.

I samråd med patienten överväger läkaren vilken behandling patienten är i behov av och om sjukskrivning är aktuellt. Vid bedömning av patientens arbetsförmåga utgår läkaren från diagnos, observationer i mötet med patienten, patientens beskrivningar av arbetsuppgifter och arbetsvillkor samt patientens uppfattning om hur det fungerar att arbeta. Läkarna tar till exempel fasta på om patientens arbete är fysiskt krävande eller om det förutsätter kognitiva förmågor, till exempel arbete med siffror och problemlösningsförmåga under hög koncentration. Om patientens utförande av arbetsuppgifterna skulle kunna utgöra en säkerhetsrisk för andra människor är också något som läkarna tar hänsyn till. Läkaren diskuterar situationen med patienten och gör sammanfattningsvis en rimlighetsbedömning vid bedömning av arbetsförmåga.

Återbesök bokas in vid behov och i överenskommelse med patienten. I mån av tid informerar de intervjuade läkarna patienterna om hur villkoren för sjukförsäkringen ser ut, för att skapa rimliga förväntningar vid sjukskrivning, och om att det är Försäkringskassan som beslutar om sjukpenning. Avslutningsvis återstår för läkaren att slutföra de administrativa uppgifterna i samband med läkarbesöket, såsom att dokumentera i patientens journal och skriva eventuella remisser och läkarintyg som inkluderar bedömning av arbetsförmåga.

### 3.1.2 Återbesök

Tiden fram till ett första återbesök varierar enligt de intervjuade läkarna från några dagar upp till cirka en månad beroende på diagnos och omständigheterna i det enskilda fallet.<sup>97</sup> Hur snabbt patienten kan få en tid till en professionell samtalskontakt vid psykisk ohälsa och tillgången till ordinarie besökstider har också betydelse för när återbesök bokas in. De intervjuade läkarna beskriver att de i vissa fall även kan följa upp patienter via telefon mellan läkarbesöken för att höra

---

scale). Instrumentet består av nio frågor. Ju högre poäng, desto högre grad av depression. 2) HAD betyder Hospital Anxiety and Depression Scale och är ett självskattningsformulär som ger ett mått på patientens sinnesstämning. Instrumentet värderar ångest och depression samtidigt och ger separata poäng för vardera området. 3) KEDS betyder Karolinska Exhaustion Disorder Scale, och har tagits fram i en forskargrupp på Karolinska institutet. Det är ett självskattningsstest som visar hur nära man är att drabbas av utmattningsyndrom.

<sup>97</sup> Inspektionen för socialförsäkringen. Läkares sjukskrivning av kvinnor och män. Rapport: 2016:13, se tabell 3.1, sid. 33. Genomsnittlig sjukskrivningstid (antal dagar) i det första läkarintyget för män och kvinnor uppdelat på diagnoskapitel är cirka 30 dagar för psykiska sjukdomar (30,6 dagar för män och 30,1 dagar för kvinnor).

hur det går och hur patienten mår. Normalt har man avsatt 15–20 minuter ihop med patienten vid återbesök. Varje återbesök innebär att läkaren följer upp sjukdomsförloppet med fokus på vad som hänt sedan sist, samt utvärderar hur patienten mår och hur patienten upplever att behandlingen fungerar. Ofta går det fortare att genomföra återbesök då läkaren har tagit del av patientens berättelse vid tidigare besök med anteckningar i patientens journal. Ibland har dock besvären förvärrats vid återbesök, varför läkaren behöver avsätta tid för att diskutera den aktuella situationen med patienten. Därefter görs en ny bedömning av diagnos och behov av fortsatt behandling, inklusive bedömning av arbetsförmågans nedsättning och om pågående sjukskrivning eventuellt bör förlängas, trappas ned eller avslutas.

## 4 Läkarnas erfarenheter av arbete med bedömning av arbetsförmåga

I detta kapitel redovisas iakttagelser om läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivningsärenden inom primärvården och vilka försvårande omständigheter som de upplever med arbetsförmågebedömningar vid psykisk ohälsa. Iakttagelserna bygger på Riksrevisionens intervjuer med läkare i primärvården och med företrädare för Försäkringskassan.

### 4.1 Läkarna upplever att det är svårt att förena rollerna i sjukskrivningsärenden

I sjukskrivningsärenden har läkaren dels rollen som patientens behandlande läkare med uppgift att utreda, diagnostisera, samt föreslå och genomföra behandling och rehabilitering, dels rollen som medicinskt sakkunnig som omfattar att bedöma arbetsförmåga och utfärda medicinska underlag, såsom läkarintyg i sjukskrivningsärenden. De intervjuade läkarna beskriver att det är svårt att förena dessa två roller. Det finns också intervjupersoner som beskriver att administrationen i sjukskrivningsärenden är så betungande att det är ett arbetsmiljöproblem inom primärvården:

*Som det är nu känns det splittrat, läkaren ska vara både i allians med patienten och riskera att hamna i konflikt med patienten om man har olika syn på sjukskrivning. Oftast fungerar det bra, men det vore skönt att kunna fokusera enbart på det medicinska. Arbetet med sjukskrivningar i primärvården och administrationen kring läkarintygen är det största arbetsmiljöproblemet. Det är framförallt sjukskrivningar vid psykisk ohälsa som är det svåraste.<sup>98</sup>*

Betydelsen av att skapa förtroende i mötet mellan läkare och patient lyfts fram av de intervjuade läkarna. Läkarna framhåller att de försöker upprätta en allians med patienten så att patienten inte ska uppfatta det som att läkaren är en motpart. Patientens berättelse om sin situation och sina besvär är viktig vid psykisk ohälsa. Det är oförenligt med läkarrollen att misstro sin patient. Läkarna beskriver att de strävar efter att patienten ska känna sig delaktig i diskussionen och i föreslagen behandling. Den speciella relationen och mötet mellan läkare och patient beskrivs av en läkare:

*Relationen läkare och patient är unik. Det är inte många andra tillfällen när man är så utlämnad som vid ett läkarbesök. Patienten klär av sig och blir undersökt av*

<sup>98</sup> Intervju med läkare nr 17, specialist i allmänmedicin.

*läkaren, berättar om sig själv, lämnar ut sig själv. Det är en speciell situation och ett förtroende läkaren har som det gäller att förvalta.<sup>99</sup>*

När läkare och patient har olika uppfattningar om behovet av sjukskrivning, eller i vilken utsträckning patienten bör vara sjukskriven, är kompromisser vanliga. Läkarna beskriver att patienter ofta kan påverka om läkaren sjukskriver eller inte vid psykisk ohälsa. Om en patient står på sig är det till exempel vanligt att läkarna går med på att sjukskriva på hel- eller deltid fram till nästa läkarbesök, förutsatt att läkaren inte bedömer det som helt orimligt eller obefogat. Det finns läkare som beskriver att det kan vara svårare att helt neka sjukskrivning om läkare och patient har byggt upp en förtroendefull relation under en längre tid, kanske under många år, och patienten har tydliga önskemål om sjukskrivning. Omvänt kan det vara lättare att vara tydlig med att sjukskrivning inte är en lösning eller ett alternativ för en patient som läkaren aldrig tidigare har träffat, men som en läkare uttrycker det: "... man riskerar att patienten slänger igen dörren och söker upp en annan läkare". Det finns situationer där läkare uppger att de aldrig sjukskriver patienter, till exempel om patienten inte samtycker till att läkaren tar del av journalen eller om patienten inte följer läkarens ordinationer eller uteblir från läkarbesök.

Vidare beskriver läkare att de inte alltid "orkar ta konflikten" med besvärliga och aggressiva patienter, och därför ibland medvetet skriver bristfälliga intyg, till exempel "patienten uppger att han har ont och mår dåligt, inget avvikande i status, rör sig obehindrat i rummet". Andra läkare kan till exempel skriva en notering i läkarintyget om att läkaren och patienten har olika syn och att patienten upplever att sjukskrivning är befogat. Det finns enligt intervjupersonerna patienter som är manipulativa eller av olika skäl har tvivelaktiga intentioner och förväntningar på sjukskrivningar, men läkarna upplever att det är mycket sällsynt att patienter försöker vilseleda läkare i samband med läkarbesök och sjukskrivningsärenden.

## 4.2 Tidsbrist i mötet mellan läkare och patient

Patienter kommer ofta på akuta besökstider samma dag vid psykisk ohälsa, varav många har mått dåligt under en längre tid. Vid akuta läkarbesök har man avsatt cirka 10–15 minuter, inklusive tid för dokumentation. Den faktiska besökstiden ihop med patienten är därför cirka 5–10 minuter, vilket läkarna menar är för kort tid. Det gör att läkaren antingen måste strukturera om tidsschemat och förlänga besöket, ibland på bekostnad av lunch eller andra pauser, eller boka in en ny besökstid i närtid. Läkare beskriver att det är vanligt att de inte hinner färdigställa dokumentationen kring läkarintygen i samband med läkarbesöken på grund av att

---

<sup>99</sup> Intervju med läkare nr 7, specialist i allmänmedicin.

det är tidspressat. En läkare beskriver hur hon försöker göra det bästa av situationen:

*Jag gör så gott jag kan på den tid jag har. Det är orimligt att hinna med allt på 15 minuter. Men det är bättre att de träffar mig än ingen alls.<sup>100</sup>*

En annan läkare beskriver hur han ofta upplever att det fungerar att bedöma arbetsförmåga:

*Många gånger känner jag mig frustrerad för att tiden är så knapp och jag samtidigt vet att patienter sitter och väntar i väntrummet. Ibland känner jag faktiskt att det inte blir bra för att jag måste hasta igenom frågorna och göra en bedömning... Att bedöma arbetsförmåga är jättesvårt vid psykisk ohälsa.<sup>101</sup>*

Läkare avbryter inte gärna en patient som berättar om en ny problematik. Symtom kan vara diffusa vid psykisk ohälsa och diagnosen kan därför vara svår att ställa. Läkarna beskriver att det vanligtvis krävs flera läkarbesök, åtminstone två till tre stycken möten med patienten, där läkaren följer upp hur patienten mår och utvärderar hur till exempel medicineringen fungerar för att kunna ställa en mer tillförlitlig diagnos. Det är begränsat med tid för att ställa frågor om vad patientens arbete innebär och hur arbetsvillkoren ser ut, och hur patienten upplever att det fungerar att arbeta. När läkare bedömer arbetsförmåga gör de en rimlighetsbedömning utifrån den information som patienten lämnat och läkarens egna erfarenheter från liknande fall. Läkarna beskriver att de måste förutsätta att patienterna talar sanning. På grund av tidsbrist och andra prioriteringar beskriver läkarna att de normalt inte har möjlighet att kontakta patientens arbetsgivare, även om det händer att en del läkare tar en sådan kontakt om patienten till exempel uttryckligen har en önskan om det. Läkarna framhåller att arbetsförmågebedömningar därför är svåra att göra. Tidsbristen och svårigheterna med att bedöma arbetsförmåga beskrivs:

*Jag ska vara helt ärlig. Jag tycker det är jättesvårt att veta hur förhållandena ser ut på patientens arbetsplats och vad arbetet kräver. Jag får patientens bild men jag är aldrig ute på arbetsplatsen, jag pratar inte med kollegorna eller med chefen. Jag sitter själv med patienten och har väldigt kort om tid för att göra den här typen av bedömningar.<sup>102</sup>*

Läkarna kan i viss mån prioritera sin tid mellan olika patienter under en arbetsdag, men de beskriver att tidsaspekten är problematisk när det sitter många patienter i väntrummet. Vid några vårdenheter beskriver läkare att bristen på ordinarie besökstider inom primärvården har lett till att patienter med psykisk ohälsa medvetet bokas in på akuta besökstider, trots att läkarna av erfarenhet vet

<sup>100</sup> Intervju med läkare nr 27, specialist i allmänmedicin.

<sup>101</sup> Intervju med läkare nr 44, leg. läkare.

<sup>102</sup> Intervju med läkare nr 13, specialist i allmänmedicin.

om att det är för kort om tid. Bristen på ordinarie besökstider gör även att det till exempel är möjligt att långtidssjukskrivna patienter kan bokas in på akuta läkarbesök för att få förnyade läkarintyg. Det innebär att de kan hamna hos en läkare som de aldrig tidigare har träffat. En läkare beskriver hur detta skapar problem för henne:

*Det är väldigt svårt, för att inte säga omöjligt, att ta över långa sjukskrivningar från andra läkare och göra korrekta bedömningar på endast 5 minuter. Det blir mest att fylla i ord och göra så gott man kan, men det blir hafsiga besök. Egentligen är det inte tänkt att besök vid psykisk ohälsa och långa sjukskrivningar ska gå att boka in på akuttider, men det blir så ändå.<sup>103</sup>*

Vidare förekommer det att återbesök inte bokas in under besöket på grund av att det är fullbokat. Därför är det ibland upp till patienten att söka en ny läkarkontakt. Till exempel beskriver en läkare att "... det ofta är svårt att få en läkartid innan sjukskrivningen löper ut, men att det går att sjukskriva retroaktivt för en viss tidsperiod." Det förekommer även att läkare förlänger pågående sjukskrivningar per telefon, utan att träffa patienten, med en notering i intyget till Försäkringskassan om att så har skett.<sup>104</sup> Läkare beskriver att bristande kontinuitet i primärvården är ett bekymmer. Till exempel uttrycker en läkare att "kontinuiteten inom primärvården lämnar en hel del att önska". En konsekvens av detta är att läkare ibland får ta över pågående sjukskrivningar som har initierats av annan läkare, till exempel hyrläkare. Sjukskrivande läkare måste sätta sig in i ärendet för att bilda sig en egen uppfattning, något som läkarna beskriver kan vara både svårt och tidskrävande. En läkare beskriver det som att "man får börja om lite från början".

### 4.3 Läkarna har svårt att bedöma funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning

Läkarna beskriver sammantaget att det mest kritiska i sjukskrivningsärenden vid psykisk ohälsa är att i läkarintyget klagöra patientens funktionsnedsättningar (avser vilken funktion som är nedsatt på grund av sjukdom) och aktivitetsbegränsningar (avser diagnosens och funktionsnedsättningens konsekvenser) i enlighet med den så kallade DFA-kedjan<sup>105</sup> i läkarintyget. Som tidigare nämnts har Försäkringskassan genom läkarintyget förväntningar på att sjukskrivande läkare ska beskriva patientens funktionsnedsättning i form av undersökningsfynd. Försäkringskassan efterfrågar även uppgifter om observerade

<sup>103</sup> Intervju med läkare nr 9, ST-läkare.

<sup>104</sup> Se även Inspektionen för socialförsäkringen. Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda. Rapport: 2016:5, tabell 17, sid. 49.

<sup>105</sup> DFA är en förkortning av diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning.

funktionsnedsättningar i former av grader, mått och värden.<sup>106</sup> Uppgifter om grader, mått och värden är ett försök till konkretisering, men är inget krav och finns inte uttryckligen reglerat i lag. Försäkringskassan menar dock att denna terminologi är framtagen tillsammans med övriga berörda aktörer.<sup>107</sup>

En svårighet som läkarna samstämmtigt beskriver är brist på undersökningsfynd vid psykisk ohälsa. De menar att de observationer som läkaren kan iakttä under läkarbesöket ofta är få. Läkarna framhåller att erfarenheten visar att det sällan är möjligt att observera eller gradera funktionsnedsättningar, till exempel koncentrationssvårigheter, under ett kortare möte med patienter med psykiska besvär. Exempelvis är det vanligt att patienter med utmattningssyndrom klarar av att genomföra ett läkarbesök utan att det märks eller syns på dem vilka besvär de har. Det gör att patientens utförliga beskrivningar av besvären och hur livet ter sig, så kallad anamnes, väger tungt för läkarens bedömningar. En läkare utvecklar detta med orden:

*Patienter kan berätta om återkommande ångestattacker, svettningar, hjärtklappning och att de får blackout på jobbet, men det är inget som jag kan observera under besöket eller har möjlighet att kontrollera.*<sup>108</sup>

Det finns en frustration bland läkarna över att vissa handläggare på Försäkringskassan ifrågasätter hur de har kunnat ställa diagnos med utgångspunkt i patientens beskrivningar vid psykisk ohälsa, till exempel menar en läkare att det visar på en "nonchalans och bristande medicinska kunskaper om hur psykiska sjukdomar yttrar sig". På Försäkringskassan finns dock en annan syn, till exempel menar en handläggare att; "Många läkare hävdar att det inte går att objektivt observera psykisk ohälsa. Det är jättekonstigt [...] Graderingar är viktigt." I intervjuer med två verksamhetsutvecklare på Försäkringskassan framkommer att handläggarnas uppdrag mer specifikt och vad de ska fokusera på inte är helt tydligt för alla inom myndigheten. Till exempel menar man att det finns olika uppfattning om huruvida handläggarna ska kontrollera *hur* läkaren har ställt diagnos.<sup>109</sup>

Vidare beskriver läkare att det är problematiskt att Försäkringskassan förekommer hälso- och sjukvårdens arbetssätt, vårdinsatser och sjukskrivningars normala förlopp genom att handläggarna tidigt i vårdförloppet frågar efter graderingar av funktionsnedsättningar och har stort fokus på hur prognosen för återgång i arbete ser ut. Enligt läkarna har de varken tid eller tillräcklig kompetens inom till

<sup>106</sup> Försäkringskassa. *Vad ska ett läkarintyg innehålla?* FK40349, 2012-08-21, sid. 6. Informationen har tagits fram av Försäkringskassan i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen, Sveriges Läkarförbund, Distriktsläkarföreningen, Stockholms läns landsting samt Västra Götalandsregionen.

<sup>107</sup> E-post från Försäkringskassan 2018-02-27 och 2018-03-21.

<sup>108</sup> Intervju med läkare nr 3, specialist i allmänmedicin.

<sup>109</sup> Intervju med verksamhetsutvecklare på Försäkringskassan, 2017-05-31.

exempel psykiatri för att mer noggrant utreda, analysera och gradera kognitiva och fysiska förmågor och funktionsnedsättningar vid psykisk ohälsa, och tidiga prognoser är mycket osäkra och därför inte särskilt meningsfulla att ställa. Läkarna beskriver att det finns en övertro på att det går att mäta och gradera patienter för att bedöma arbetsförmåga vid psykisk ohälsa. En läkare menar att sjukskrivningsprocessen bygger på orealistiska förväntningar:

*Sjukskrivningsprocessen är ett system där vi skapat illusionen om att det går att bedöma och mäta arbetsförmåga vid psykisk ohälsa... Sjukskrivningar är nyckfulla vid psykisk ohälsa och tar mycket tid och tankekraft...Det är viktigt att alla patienter får en likvärdig och rättvis bedömning. Det ska inte vara godtyckligt beroende på vilken läkare man träffar hur utgången blir, men så är det idag i för hög grad.<sup>110</sup>*

Även om läkarna inte kan observera funktionsnedsättningar under mötet med patienten menar kan de känna igen patientens beskrivningar av typiska symtom och besvär. Utifrån dessa beskrivningar kan de göra en medicinsk bedömning med kunskap om hur olika sjukdomsförlopp ser ut. Läkarens fokus är att ta reda på så mycket som möjligt om patientens situation för att få grepp om orsaker och kunna ge rätt behandling. Ett viktigt stöd för att läkaren ska kunna förstå mekanismen bakom patientens besvär är de professionella bedömningar som till exempel kurator eller psykolog kan bidra med. En läkare beskriver att bristande resurser dock är ett problem när det gäller psykisk ohälsa:

*Många patienter som lider av psykisk ohälsa borde träffa psykolog i större utsträckning, men resurserna räcker inte till...Det vore bra om fler hade möjlighet att gå till psykolog innan kontakt med vårdcentralen, på så sätt borde sjukskrivningar kunna undvikas i fler fall. Många har obehandlade psykiska problem som de inte har kommit tillrätta med, bland annat för att de inte har råd att bekosta besök hos psykolog själva.<sup>111</sup>*

Det händer att sjukskrivningar behöver förlängas på grund av väntan på samtal med psykolog eller andra åtgärder. Efter hand som sjukskrivande läkare får en mer nyanserad bild av patienten görs nya bedömningar, och diagnosen kan komma att ändras, något som läkarna beskriver är en helt naturlig process inom hälso- och sjukvården. De intervjuade läkarna menar att DFA-kedjan är logisk i grunden men att den får stora problem när det kommer till psykisk ohälsa. Dels på grund av bristen på objektiva fynd, dels på grund av att läkarna har svårigheter med att redogöra för aktivitetsbegränsningar, vilket kommer sig av att läkaren normalt har begränsad information om vad patientens arbete faktiskt innebär och hur arbetsvillkoren ser ut. Sjukskrivande läkare ser aldrig patienten i arbete och har mycket sällan eller aldrig kontakt med arbetsgivare initialt i ett sjukfall. En

<sup>110</sup> Intervju med läkare nr 10, specialist i allmänmedicin.

<sup>111</sup> Intervju med läkare nr 22, ST-läkare.



läkare menar till exempel att det inte är möjligt att tolka läkarintygen på det sätt som Försäkringskassan försöker göra gällande:

*Svårigheten vid psykisk ohälsa är att det i stort sett bara är patientens berättelse som läkaren har att förhålla sig till. De objektiva fynden är väldigt lite. Även aktivitetsbegränsning i läkarintyget blir i hög grad vad patienten upplever och tänker. Det verkar Försäkringskassan bli frustrerade av. Problemet är att Försäkringskassan försöker göra precisionstolkningar och tolka information i läkarintyget i detalj, information som inte har den precisionen och som i huvudsak grundar sig på hörsägen. Grundproblemet är att Försäkringskassan inte vill tro att läkarintygen kommer till på det sättet som de gör. Beskrivningar av problembilden är inte medicinska fynd i DFA-kedjan. En konsekvens är att läkarintygen blir ganska torftiga.<sup>112</sup>*

Det förekommer att läkare har svårt att hålla isär begreppen funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning vid psykisk ohälsa, vilket till exempel kan leda till att läkaren beskriver ungefär samma saker två gånger i läkarintyget. Läkarna beskriver att det kräver eftertanke och tar tid att skriva läkarintyg. Läkares medicinska journalspråk ska undvikas, som de annars är vana vid att använda, samtidigt som det krävs att läkarna uttrycker sig kort och koncist då det är ett begränsat antal tecken i läkarintyget. Läkarna upplever dock att handläggarna ofta efterfrågar mer detaljerade uppgifter, till exempel uttrycker en läkare att "Försäkringskassans handläggare vill ha så mycket detaljer att antalet tecken i läkarintyget inte räcker till." Dessutom upplever läkarna att handläggarna ofta lägger orimligt stor vikt vid något ord eller någon formulering i läkarintyget, trots att det ur ett medicinskt perspektiv är irrelevant och inte ändrar något i sak. Det finns en frustration bland läkarna över att Försäkringskassan begär att få läkarintyg kompletterade i den utsträckning som de upplever sker idag. Flera intervjuade läkare lyfter fram att DFA-kedjan inte är optimal vid psykiatriska diagnoser, främst på grund av bristen på objektiva fynd, förväntningar på läkare att de ska kunna gradera olika funktionsnedsättningar och kraven på detaljerade beskrivningar av aktivitetsbegränsningar på individnivå. En läkare exemplifierar:

*Psykiatriska diagnoser har ställt läkarintyget och DFA-kedjans funktionsduglighet på sin spets. Många gånger är man osäker på vad handläggaren vill ha förtydligat. Det är mycket "ordbajseri" som egentligen inte gör någon skillnad medicinskt. Försäkringskassans handläggare har för stort fokus på vissa ord i läkarintygen... Det verkar saknas riktlinjer för när ett läkarintyg är godkänt.<sup>113</sup>*

En del läkare beskriver att de med tiden har utvecklat en praxis för att hantera arbetet med att skriva läkarintyg vid sjukskrivningar samt besvara frågor vid krav

<sup>112</sup> Intervju med läkare nr 20, specialist i allmänmedicin.

<sup>113</sup> Intervju med läkare nr 34, specialist i allmänmedicin.

på kompletteringar av uppgifter. En läkare exemplifierar med att utgångspunkten för läkarna är patientens berättelse, sedan kan läkaren själv tänka ut sannolika exempel på aktivitetsbegränsningar, och beskriver följande:

*Det som är svårt med att bedöma arbetsförmåga är att avgöra vilka begränsningar patienten har i sitt arbete. Försäkringskassan kan ibland ställa frågor som jag har svårt att svara på som handlar om konsekvenser. Säg en patient som jobbar som undersköterska och har utmattningssyndrom. Det räcker inte med att skriva koncentrationssvårigheter, jag måste skriva något mer. Jag är en äldre doktor och man lär sig av erfarenhet, till exempel kan jag skriva att "det finns risk för att patienten blandar ihop mediciner i sitt arbete" eller liknande, för att visa på något konkret ... Försäkringskassan gillar när man skriver mycket i läkarintyget, man måste skriva vad sjukdomen kan leda till ... Man får nästan hitta på någonting för att förtydliga. Det är inget bra.<sup>114</sup>*

För att hinna med administrationen kring läkarintygen kan läkarna titta på beskrivningar av funktionsnedsättningar och olika klassifikationer för att få idéer om hur man kan skriva. Detta för att tillmötesgå Försäkringskassans krav och försöka undvika kompletteringar av läkarintyg. En läkare berättar att han tar hjälp av en folder i sin kommunikation med Försäkringskassan genom läkarintyget:

*För att fylla i läkarintyget använder jag en folder från Försäkringskassan om psykisk ohälsa. Ärligt talat så skriver jag av den foldern. Jag fick den på en kurs och har den på mitt rum. Exempelvis, "patienten har svårt att ta till sig nya arbetsuppgifter och att strukturera upp sin vardag". Det finns inga blodprover eller annat som kan bekräfta det patienten säger. Jag går därför till 95 procent på vad patienten berättar och använder exemplen i den foldern. Det är ett problem att det vid psykiatriska diagnoser inte går att uppfylla alla Försäkringskassans krav på objektiva undersökningsfynd i läkarintyget.<sup>115</sup>*

En annan läkare berättar att formuleringar som har fungerat i tidigare läkarintyg kan återanvändas när det är fråga om en liknande problematik:

*Med tiden lär man sig vissa formuleringar, exempelvis vid depression och ångest; "Sömnsvårigheter som gör patienten trött med koncentrationssvårigheter till följd. Patienten har därför svårt att planera och genomföra sina arbetsuppgifter"... Vid kompletteringar är det vanligen aktivitetsbegränsningar som ska förtydligas. Vid till exempel utmattningssyndrom är det inte så mycket som syns i rummet under läkarbesöket. Som läkare måste jag utgå från att det som patienten beskriver stämmer. Jag förstår inte riktigt vad Försäkringskassans handläggare vill ha. Jag försöker formulera om i läkarintygen så gott det går när det blir krav på*

<sup>114</sup> Intervju med läkare nr 32, specialist i allmänmedicin.

<sup>115</sup> Intervju med läkare nr 25, specialist i allmänmedicin.

*kompletteringar, med lite andra ord men med samma innebörd. Jag orkar inte hålla på och stängas med Försäkringskassan.<sup>116</sup>*

En ytterligare svårighet är att det är vanligt att patienter har en kombination av flera diagnoser som sammantaget påverkar arbetsförmågan, så kallad samsjuklighet. Vilken av diagnoserna som bedöms sätta ned arbetsförmågan mest kan skifta över tid, varför huvuddiagnosen kan bli en annan vid förnyad sjukskrivning. Läkare uppger att det är svårt och tidskrävande att få ihop en tydlig DFA-kedja i läkarintyget vid samsjuklighet och mer komplicerade ärenden. En läkare beskriver sin roll som mer holistisk än vad DFA-kedjan tillåter:

*Det är jättesvårt att fylla i läkarintyget enligt DFA-kedjan. Det är ofta som det är komplext med flera diagnoser och det är svårt att spalta upp exakt vilken diagnos som hänger ihop med vilken funktionsnedsättning och vilken aktivitetsbegränsning, som de frågar efter på Försäkringskassan. Jag känner mig mer som en humanist som ser till hela människan, att olika delar hänger ihop, medan Försäkringskassan vill ha en tydlig kedja som egentligen inte finns, men som jag får försöka konstruera ...<sup>117</sup>*

#### 4.4 Oklart för läkarna vad som menas med normalt förekommande arbete

Arbetslösa och personer som har varit sjukskrivna i mer än 180 dagar ska bedömas mot bedömningsgrunden normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.<sup>118</sup> Likaså ska personer som är behovsanställda med visstidsanställningar och som saknar uppdrag bedömas mot denna bedömningsgrund. Det finns en stor osäkerhet bland de intervjuade läkarna vad som menas med detta begrepp och hur de ska bedöma. En läkare menar till exempel att det är fråga om någon form av lättare arbete som patienten kan tänkas klara av trots kognitiva svårigheter, men har ingen närmare uppfattning om vad som menas. En annan beskriver att hon försöker använda sin fantasi, till exempel ”någon form av kontorsjobb framför en dator åtta timmar per dag” medan en tredje beskriver att han har fått exempel såsom uthyrare av DVD-filmer och spärrvakt i tunnelbanan i kontakter med Försäkringskassan. En läkare ger sin syn på denna bedömningsgrund:

<sup>116</sup> Intervju med läkare nr 19, specialist i allmänmedicin.

<sup>117</sup> Intervju med läkare nr 27, specialist i allmänmedicin.

<sup>118</sup> Efter 180 dagar föreligger rätt till sjukpenning om den försäkrade inte kan utföra något arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Detta gäller dock inte om Försäkringskassan bedömer att den försäkrade med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366. Då bedöms arbetsförmågan i förhållande till ett arbete hos arbetsgivaren till och med dag 365. 180-dagarsregeln gäller inte heller om det anses oskäligt att pröva arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Se även avsnitt 2.4.

*Det är betydligt svårare att bedöma arbetsförmåga mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Det kräver lite fantasi. Vad som räknas som ett normalt förekommande arbete har jag ingen direkt uppfattning om. Som läkare med utbildning inom medicin är jag inte bättre lämpad att avgöra det än någon annan.<sup>119</sup>*

En annan läkare anger att läkare inte har bättre uppfattning om arbetsmarknaden än någon annan, och ifrågasätter uppgiften som sådan:

*Jag ställer mig mycket frågande till vad som menas och vad Försäkringskassan är ute efter? Det finns miljoner saker man kan jobba med, men vad menas? Läkare har utbildning i medicin, men att bedöma arbetsförmåga är något annat... Kraven är orimliga som Försäkringskassan ställer på sjukskrivande läkare och hur de ska bedöma patienters arbetsförmåga.<sup>120</sup>*

En del läkare beskriver att det ställs på sin spets hur Försäkringskassan resonerar när bedömningsgrunden är normalt förekommande arbete, till exempel upplever läkarna att vissa handläggare i större utsträckning bedömer att patienten behöver se sig om efter ett nytt arbete. I intervjuer beskriver handläggare och specialister på Försäkringskassan att det är svårt att bedöma arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete, bland annat för att det är svårt att veta i vilken omfattning det är rimligt att förvänta sig att någon ska kunna koncentrera sig utan att det blir fråga om anpassade arbeten på arbetsmarknaden.<sup>121</sup> I intervju beskriver två specialister på Försäkringskassan att handläggarna ofta har behov av att diskutera hur de ska se på bedömningsgrunden normalt förekommande arbete:

*Den svåraste frågan från handläggarna handlar just om vad normalt förekommande arbete är och hur man ska bedöma. Det är en bra fråga. Det är jättesvårt. Enskilda bedömningar kan vara svåra att göra och det kan vara svårt att avgöra hur mycket stöd enskilda handläggare bör få. Handläggarna kan diskutera olika frågor inom teamen, men svaret för bedömning och beslut är alltid den enskilda handläggarens.<sup>122</sup>*

Vidare framkommer i intervjuer med handläggare på Försäkringskassan att det är vanligt att läkare "fryser fast" i att bedöma mot nuvarande arbete när de ska bedöma arbetsförmågan. I de fall läkarna inte känner till rehabiliteringskedjan kan det leda till fler kompletteringar av läkarintygen för att handläggaren ska få tillräckliga underlag. En del handläggare menar att det därför vore önskvärt om läkarna hade bättre kunskaper om rehabiliteringskedjans tidsgränser, vilket de

<sup>119</sup> Intervju med läkare nr 11, ST-läkare.

<sup>120</sup> Intervju med läkare nr 3, specialist i allmänmedicin.

<sup>121</sup> Intervjuer med handläggare och specialister, Försäkringskassan, 2016-06-27 och 2017-06-09.

<sup>122</sup> Intervjuer med specialister vid Försäkringskassan, 2017-06-09.

menar skulle underlätta Försäkringskassans planering och handläggning av ärenden.<sup>123</sup> Andra vid Försäkringskassan hävdar dock att läkarna inte ska bry sig om olika bedömningsgrunder i rehabiliteringskedjan när de bedömer arbetsförmågans nedsättning.

*Läkarna ska inte bry sig om olika bedömningsgrunder, det är vårt jobb. De ska fokusera på att dokumentera enligt DFA-kedjan med fokus på aktivitetsbegränsning, sedan är det upp till oss att bedöma arbetsförmåga utifrån olika bedömningsgrunder.*<sup>124</sup>

Det finns läkare med god kunskap om hur regelverket i sjukförsäkringen ser ut med olika bedömningsgrunder, men som har svårt att ta till sig hur det är tänkt att tillämpas i praktiken. En läkare beskriver hur han tänker om detta:

*Jag tycker det blir väldigt konstigt att bedöma mot hela arbetsmarknaden när en patient är långtidssjukskriven men har en fast anställning. Ett exempel är en lärare som varit sjukskriven i två år. Det innebär, om man hårdrar det, att han skulle säga upp sig för att ta ett annat arbete och det förekommer inte särskilt ofta tror jag. Antingen bedömer man att patienten kan komma tillbaka till sin anställning, eller så är patienten så pass sjuk att han eller hon inte kan ta något jobb alls. Att prova mot andra arbeten i det läget är konstigt tycker jag. Jag kan inte påminna mig om att jag varit med om att en patient har sagt upp sig för att prova något annat.*<sup>125</sup>

#### 4.4.1 Arbetslösa

När det gäller arbetslösa personer beskriver läkarna att det är betydligt svårare att motivera sjukskrivningar, något de menar är helt rimligt. Arbetslösa personer kan vara ett konfliktämne, både mellan läkare och patient och mellan läkare och Försäkringskassan, och det framkommer av intervjuerna med läkarna att det finns olika synsätt och praxis för sjukskrivningar för gruppen arbetslösa. En del läkare framhåller att alla patienter, oavsett om de har ett arbete eller är arbetslösa, har rätt till en bedömning och att det är möjligt att sjukskriva arbetslösa patienter även om det kräver särskilt noggranna beskrivningar i läkarintyget vad det är som nedsätter arbetsförmågan. Detta synsätt exemplifieras av en läkare:

*Arbetslösa har rätt till samma bedömning och rätt till sjukskrivning som andra patienter. Det är hälsotillståndet som ska bedömas. Bedömning av arbetsförmåga görs utifrån om till exempel stress påverkar deras hälsa och om de kan gå till Arbetsförmedlingen.*<sup>126</sup>

<sup>123</sup> Intervjuer med handläggare vid Försäkringskassan, 2017-06-09.

<sup>124</sup> Intervju verksamhetsutvecklare vid Försäkringskassan, 2017-06-08.

<sup>125</sup> Intervju med läkare nr 28, specialist i allmänmedicin.

<sup>126</sup> Intervju med läkare nr 35, specialist i allmänmedicin.

Andra läkare beskriver att de aldrig eller mycket sällan överväger att sjukskriva arbetslösa patienter på grund av att de bedöms mot normalt förekommande arbeten, undantaget de patienter som mår absolut sämst och som kan hanteras genom att läkaren intygar att arbetsförmågan är helt nedsatt utifrån hela arbetsmarknaden, inklusive skyddad sektor. En läkare förklarar att han aldrig sjukskriver arbetslösa:

*Jag sjukskriver aldrig arbetslösa på grund av bedömningsgrunden. Jag förklarar för patienten hur regelverket ser ut. Men egentligen borde det gå, om patienten inte klarar av att söka jobb, gå på möten och så vidare.<sup>127</sup>*

När läkare trots allt skriver läkarintyg när bedömningsgrunden är normalt förekommande arbete beskriver en del läkare att de brukar informera patienten om hur villkoren ser ut och förklara att det finns risk för att Försäkringskassan avslår deras ansökan om sjukpenning.

#### 4.5 Det försäkringsmedicinska beslutsstödet används av läkare i varierad utsträckning

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd omfattar dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga och sjukskrivningstider för olika diagnoser. I beslutsstödet skriver Socialstyrelsen bland annat att: "Det finns en spännvidd för hur en given sjukdom påverkar olika individers arbetsförmåga och förmåga att utföra olika aktiviteter. Därför måste bedömningen av arbetsförmåga ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och sysselsättning. En ny bedömning ska ske innan sjukskrivningen förlängs."<sup>128</sup> Rekommendationerna i beslutsstödet är endast en vägledning och inga regler, men när läkaren gör avsteg från vad som är rekommenderat ska det motiveras i läkarintyget (det finns ett särskilt fält för detta i läkarintyget). I handläggningen av sjukskrivningsärenden kontrollerar Försäkringskassan om den försäkrades sjukskrivningstid är i enlighet med beslutsstödet rekommendationer. Men två verksamhetsutvecklare på Försäkringskassan beskriver i intervju att myndighetens Rättsavdelning dock har påtalat att denna rutin kan ifrågasättas, då det inte finns någon garanti för att ett ärende är korrekt hanterat bara för att läkaren har följt rekommendationen i beslutsstödet. En verksamhetsutvecklare på Försäkringskassan menar därför till exempel att: "... det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan vara något som handläggarna lägger stor vikt vid som ett stöd, men i praktiken har det ingen betydelse." Dessutom beskriver verksamhetsutvecklare att det finns en farhåga vid

<sup>127</sup> Intervju med läkare nr 16, specialist i allmänmedicin.

<sup>128</sup> Denna information återfinns under rubriken "Försäkringsmedicinsk information" under respektive diagnos. Se Socialstyrelsens webbplats, hämtad 2018-04-24, <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb>.

Försäkringskassan att läkare utifrån det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska tolka många fall som att det är frågan om den svåraste graden av en diagnos vid gradering för att få ett handlingsutrymme vid sjukskrivning.<sup>129</sup>

En del läkare beskriver i Riksrevisionens intervjuer att rekommenderade sjukskrivningstider i det försäkringsmedicinska beslutsstödet kan fungera som ett stöd för läkaren i dialogen med patienten av vad som är en rimligt att förvänta sig. Läkare kan hänvisa till givna ramar för sjukskrivning i beslutsstödet som ett sätt att motivera patienten att komma igång med rehabilitering snarast möjligt, till exempel beskriver en läkare att ” [...] beslutsstödet är ett utmärkt påtryckningsmedel för att få patienter att medverka i sin egen rehabilitering.” Andra beskriver att de sällan eller aldrig bryr sig om att läsa vad som står i det försäkringsmedicinska beslutsstödet då en individuell bedömning behöver göras i varje enskild situation, samt för att de menar att de har kunskap och erfarenhet av vad som är rimligt. Det finns även läkare som upplever att beslutsstödet är ”fyrkantigt”, det vill säga givet en specifik diagnos upplevs det ibland vara svårt att få en förlängd sjukskrivning beviljad av Försäkringskassan vid avsteg från det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommendationer. En läkare beskriver hur han ser på Socialstyrelsens beslutsstöd:

*Beslutsstödet är en hjälp för Försäkringskassan och en tankeställare för läkaren. Det är som kartan och verkligheten, där verkligheten är mer komplex än kartan. Därför är avsteg från beslutsstödet vanligt när det är fråga om en kombination av flera diagnoser som patienter har, till exempel utmattning, fibromyalgi och ångest. Likaså går ofta depression, ångest och smärta hand i hand.<sup>130</sup>*

Det händer att läkare anpassar den psykiatriska diagnosen utifrån det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommendationer, till exempel för att skapa ett handlingsutrymme och för att undvika ytterligare administration kring nya läkarintyg, något som beskrivs av en läkare:

*Beslutsstödet fungerar väl okej, men om jag är osäker och det framkommer att patienten har mått dåligt under en längre tid, ungefär sex månader, kan jag sätta diagnosen utmattningssyndrom, så finns mer tid för behandling...Som läkare står man på sin patients sida.<sup>131</sup>*

Sammantaget använder läkarna det försäkringsmedicinska beslutsstödet i varierad utsträckning, och det förekommer att läkarna anpassar val av diagnos utifrån de rekommenderade sjukskrivningstiderna i beslutsstödet.

<sup>129</sup> Intervju med två verksamhetsutvecklare, 2017-05-31.

<sup>130</sup> Intervju med läkare nr 42, specialist i allmänmedicin.

<sup>131</sup> Intervju med läkare nr 36, specialist i allmänmedicin.

## 4.6 Läkarnas kontakter med Försäkringskassan sker främst via läkarintygen

Läkarna beskriver att kontakten med Försäkringskassan främst sker via läkarintygen, till exempel upplever man att avstämningsmöten vanligtvis inte sker förrän sjukskrivningen närmar sig dag 180. En del läkare beskriver att de i läkarintyget kan uppmärksamma Försäkringskassan på att de önskar få till ett avstämningsmöte tidigt i ett sjukfall i mer svårbedömda fall när de bedömer att det finns risk för en längre sjukskrivning, men upplever att de sällan får någon återkoppling. Likaså beskriver en del läkare att vårdenheten tidigare hade en kontaktperson från Försäkringskassan som besökte dem regelbundet, ungefär en gång i veckan, och som läkarna kunde diskutera svårare fall med, men att det samarbetet i stort sett har upphört. Vissa läkare beskriver dock att de fortfarande har denna möjlighet, något de upplever fungerar bra. Vidare beskriver läkarna samstämmigt att det är svårt att nå Försäkringskassans handläggare per telefon för att reda ut någon fråga. Samtidigt som de menar att problemet är ömsesidigt då läkarna själva ofta är upptagna med patienter dagtid. Läkarna upplever dock att kontakten med Försäkringskassans handläggare, när de väl får tag i varandra, mestadels fungerar bra, en läkare beskriver till exempel att han upplever att Försäkringskassans handläggare överlag har blivit mer professionella under de senaste åren, ”de är mer välutbildade och förstående”. Flera intervjuade läkare menar dock att det är stor skillnad i bemötande beroende på vilken handläggare man har att göra med, till exempel så avspeglas det i vilka förkunskaper handläggaren har om diagnoser och försäkringsmedicin som underlättar samverkan. Detta upplever läkare även avspeglar sig i vilken typ av frågor som handläggarna ställer vid kompletteringar av läkarintyg. En läkare beskriver till exempel att det finns skillnader i bemötande och vilket stöd i arbetet man kan få beroende på vem man talar med:

*Det brukar oftast lösa sig om man får tag i rätt handläggare, men det är väldigt personbundet vem man har att göra med på Försäkringskassan. Vissa handläggare ifrågasätter mycket, andra inte alls. En del kommer med förslag på vad man kan göra och talar om vilka möjligheter som finns, medan andra är mer passiva.<sup>132</sup>*

En annan läkare upplever att det även skiljer sig åt mellan handläggarna vilken typ av åtgärder de vidtar i liknande fall:

*Försäkringskassans handläggare bedömer på olika sätt. Vissa godkänner direkt när patienten till exempel har en stressreaktion och depression och därför inte kan hantera arbetet, medan andra kräver kompletteringar på liknande uppgifter.*

<sup>132</sup> Intervju med läkare nr 31, specialist i allmänmedicin.



*Skillnaden mellan olika handläggares bedömningar i liknande fall är orimligt stor. Det är tyvärr patienten som hamnar i kläm.<sup>133</sup>*

I intervju med försäkringsmedicinska rådgivare på Försäkringskassan beskriver de att det finns skillnader bland handläggare i fråga om till exempel vilka kompletterande frågor man ställer till läkare, de menar att ”handläggare ibland av okunskap och bristande erfarenhet ställer fel kompletterande frågor, och ibland i fel ärenden.”<sup>134</sup>

Vidare menar en del läkare att Försäkringskassan behöver bli bättre på att kommunicera sina beslut. Vid besked om avslag på ansökan om sjukpenning skickar till exempel Försäkringskassans handläggare ett brev hem till den försäkrade med information om Försäkringskassans beslut i ärendet. Läkarna beskriver att det är problematiskt att Försäkringskassan hänvisar till att informationen i läkarintyget till exempel är ”otillräcklig” med en hänvisning tillbaka till sjukskrivande läkare. På det sättet upplever läkarna att de hamnar i försvarsställning på ett olyckligt sätt. En läkare beskriver till exempel att han ofta inte har fler uppgifter att lämna:

*Det som står på det första läkarintyget är oftast allt som finns att säga. För Försäkringskassan är det bara ett sätt att få de här människorna att lägga på luren och be dem inkomma med ett nytt läkarintyg. Räcker inte läkarintyget för att få sjukpenning så är det Försäkringskassans ansvar att tala om det och hänvisa till hur försäkringen fungerar och vilka villkoren är. Jag står för vad som står i mitt intyg. Försäkringskassan får acceptera de läkarintyg man får och dra slutsatser utifrån det. Den här administrationen belastar oss väldigt mycket tidsmässigt.<sup>135</sup>*

Kommunikationen mellan läkaren och Försäkringskassan sker främst via läkarintyget. Bristande samsyn mellan läkare och Försäkringskassan om vilka uppgifter som är tillräckliga för bedömning av arbetsförmåga gör att det finns risk för att administrationen kring sjukskrivningsärenden blir onödigt tidskrävande. Läkarna framhåller att Försäkringskassan behöver bli tydligare och bättre på att informera om hur de tänker kring läkarintygen och vad de efterfrågar, samt bli tydliga med när regler ändras.

<sup>133</sup> Intervju med läkare nr 35, specialist i allmänmedicin.

<sup>134</sup> Intervju med två försäkringsmedicinska rådgivare vid Försäkringskassan, 2017-06-08.

<sup>135</sup> Intervju med läkare nr 25, specialist i allmänmedicin.

## 5 Riksrevisionens sammanfattande iakttagelser och bedömningar

Riksrevisionens granskning syftar till att främja en effektiv sjukskrivningsprocess, med fokus på bedömning av arbetsförmåga i sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser. Inledningsvis vill Riksrevisionen framhålla att sjukskrivningsprocessen omfattar flera aktörer, med sinsemellan olika roller och uppdrag, och att en effektiv och rättssäker sjukskrivningsprocess är beroende av dessa aktörers insatser, måluppfyllelse och inbördes samverkan. Under åren har åtgärder vidtagits för att utveckla sjukskrivningsprocessen, inte minst genom de återkommande överenskommelser som ingåtts mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Riksrevisionen noterar även att åtgärder har vidtagits under senare tid i syfte att utveckla sjukskrivningsprocessen, exempelvis har läkarintygsblanketten och det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommendationer för psykiska sjukdomar reviderats. Regeringen har även gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras, samt beslutat om att tillsätta en utredning där tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete ska analyseras.

Riksrevisionen menar att det måste vara förutsägbart för samtliga parter hur regelverket i sjukskrivningsärenden tillämpas. En ändamålsenlig sjukskrivningsprocess bör, i enlighet med granskningens inriktning, ta sin utgångspunkt i tydliga krav och förväntningar på hur läkare i hälso- och sjukvården ska bistå Försäkringskassan i sjukskrivningsärenden. Dessa krav och förväntningar behöver vara väl förankrade inom hälso- och sjukvården och läkarkåren. Om hälso- och sjukvården och Försäkringskassan inte kan komma överens om ett gemensamt förhållnings- och arbetssätt i sjukskrivningsprocessen kan det bland annat innebära att många sjukskrivningsärenden belastas med en tidskrävande administration med risk för onödiga kostnader i sjukskrivningsprocessen. Enskilda personer riskerar även att komma i kläm och utsättas för onödig oro i väntan på Försäkringskassans beslut om sjukpenning. Om processen för arbetsförmågebedömningar inte genomförs och tillämpas på ett likformigt och rättssäkert sätt finns risk att personer som har rätt till sjukpenning får avslag på sin ansökan, och omvänt finns risk att personer som inte uppfyller villkoren ändå får ersättning. I förlängningen kan det leda till att allmänheten får ett minskat förtroende för aktörerna i sjukskrivningsprocessen och en lägre tilltro till systemet för sjukförsäkringen.

Läkarintyget är ett centralt underlag i sjukskrivningsprocessen. Tidigare studier har uppmärksammat problematiken med att läkare har svårt att fylla i läkarintyget enligt de krav som Försäkringskassan ställer, vilket återspeglas i att många läkarintyg har kvalitetsbrister. Riksrevisionens granskning bekräftar denna problembild. Granskningen visar att läkare inom primvården har betydande svårigheter att uppfylla de krav som Försäkringskassan ställer på beskrivningar funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i relation till sjukskrivningsdiagnos. Den så kallade DFA-kedjan utgår från diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Primärvårdsläkarna har svårt att beskriva patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning när det handlar om psykiatriska diagnoser. Riksrevisionens iakttagelser ligger i linje med Försäkringskassans kartläggning av kompletteringar av läkarintyg som visar att oklarheter kring aktivitetsbegränsningar är vanligast vid kompletteringar, följt av funktionsnedsättningar.

I Riksrevisionens granskning framkommer även att det inte är tillräckligt tydligt vad som skiljer funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning när det handlar om psykiatriska diagnoser. Svårigheter med att beskriva patientens *funktionsnedsättning* vid psykisk ohälsa uppges främst bero på brist på undersökningsfynd vid det ordinarie läkarbesöket. Undersökningsfynd som läkaren kan observera under läkarbesöket är ofta få. Otillräckliga kunskaper bland primärvårdsläkare inom psykiatri och försäkringsmedicin är andra försvårande omständigheter som läkarna lyfter fram. Tidsbrist i läkarens möte med patienten är ytterligare något som försvårar förutsättningarna för primärvårdsläkarna att kunna analysera och gradera kognitiva funktionsnedsättningar.

Riksrevisionen kan konstatera att det finns flera tecken på att det saknas samsyn mellan primärvårdsläkare och Försäkringskassan huruvida det går att *mäta* och *gradera* funktionsnedsättning vid psykisk ohälsa på det sätt som efterfrågas inom ramen för sjukskrivningsprocessen. Granskningen visar att patientens beskrivningar av symtom och besvär, så kallad anamnes, väger tungt för läkarens bedömningar vid psykisk ohälsa. Läkarens fokus är att få information om patientens situation för att kunna analysera och få grepp om orsaker till patientens besvär, och därmed kunna ge rätt behandling. Primärvårdsläkarna beskriver att ett viktigt stöd i det arbetet är de professionella bedömningar som till exempel psykolog eller kurator kan bidra med.

Vidare har läkarna svårt att lämna detaljerade beskrivningar av *aktivitetsbegränsningar* på individnivå för att bedöma arbetsförmåga. Svårigheter med att beskriva aktivitetsbegränsningar i läkarintyget beror på att läkarna har begränsad information om vad patientens arbetsuppgifter innebär och hur arbetsvillkoren ser ut. Riksrevisionen vill även lyfta fram det faktum att de tillfrågade läkarna mycket sällan eller aldrig har kontakt med patientens arbetsgivare. Det finns idag inga uttalade krav på att läkare ska kontakta

arbetsgivare i samband med arbetsförmågebedömning, det är patienten som ansvarar för att lämna sådan information. Riksrevisionen kan konstatera att ingen aktör i sjukskrivningsprocessen, förutom den försäkrade, har kännedom om arbetets krav och arbetsvillkor.

Riksrevisionens granskning bekräftar även den bild som har framkommit i tidigare studier, nämligen att läkarna upplever arbetet med sjukskrivningsärenden som administrativt betungande. Det finns en osäkerhet bland läkarna när ett läkarintyg i sjukskrivningsärenden i psykiatriska diagnoser anses tillräckligt underbyggt på grund av Försäkringskassans begäran av kompletteringar i den utsträckning som läkarna upplever sker idag. Läkarna menar till exempel att Försäkringskassan tenderar att fästa stor vikt vid vissa ord eller formuleringar i läkarintyget, trots att det ur ett medicinskt perspektiv saknar betydelse. Riksrevisionen menar att det finns en risk att läkarnas ambitioner att tillgodose Försäkringskassans krav på uppgifter i läkarintyget kan leda till suboptimala lösningar där läkaren till exempel skriver av informationsmaterial från Försäkringskassan. En annan administrativ svårighet som läkarna upplever är att beskriva funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i enlighet med läkarintygsblanketten vid så kallad samsjuklighet, det vill säga när patienten har flera diagnoser som sammantaget nedsätter den försäkrades arbetsförmåga.

Vidare visar Riksrevisionens granskning att det är oklart för läkarna vad som menas med begreppet *normalt förekommande arbete*. Riksrevisionen menar att det finns risk för att oklarheter kring terminologin i sjukskrivningsprocessen påverkar likformigheten vid bedömning av arbetsförmåga, till exempel visar granskningen att de intervjuade läkarna har olika praxis för patienter som saknar arbete då denna grupp ska bedömas mot normalt förekommande arbete. Riksrevisionen kan konstatera att det saknas en närmare definition av denna bedömningsgrund. I intervjuer med företrädare för Försäkringskassan framkommer även att handläggarna ofta har behov av att diskutera hur de ska se på bedömningsgrunden normalt förekommande arbete, till exempel för att det är svårt att veta vad som ska krävas utan att det blir fråga om anpassade arbeten på arbetsmarknaden. Försäkringskassans kartläggning av myndighetens begärda kompletteringar av läkarintyg visar att frågor med fokus på normalt förekommande arbete är en vanlig orsak till kompletteringar i längre sjukfall.

Sjukskrivande läkares svårigheter att bedöma arbetsförmåga vid psykiatriska diagnoser försvårar för läkare att förena rollen som patientens behandlande läkare och den som medicinskt sakkunnig. De intervjuade läkarna framhåller att det är oförenligt med läkarrollen att misstro sin patient och att det är viktigt att patienten inte uppfattar det som att läkaren är en motpart. Om läkare och patient till exempel har olika uppfattningar om behovet av sjukskrivning är det väsentligt att läkaren på ett tydligt sätt kan förklara för patienten hur regelverket och villkoren för sjukskrivning är tänkt att fungera. Riksrevisionen menar att en grundläggande

förutsättning för detta är att det finns en samsyn mellan läkare i hälso- och sjukvården och Försäkringskassan om hur begrepp, villkor och regelverk i sjukskrivningsprocessen är tänkt att tillämpas. Bristande samsyn mellan Försäkringskassan och läkare avseende processen för arbetsförmågebedömning riskerar att inverka negativt på ett av de huvudsakliga målen för sjukförsäkringen, nämligen att rätt ersättning ges till rätt person och för att individen förstår myndighetens beslut.

## 5.1 Riksrevisionens samlade bedömning

Riksrevisionens *samlade bedömning* är att processen för att bedöma arbetsförmåga i sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser har påtagliga brister gällande tydligheten i de krav och förväntningar som ställs på läkare. Givet de svårigheter vad gäller bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa som har framkommit i granskningen, bedömer Riksrevisionen att det finns risk för att regelverket för sjukförsäkringen inte tillämpas på ett likformigt och rättssäkert sätt. Därmed finns risk att sjukskrivningsprocessen inte säkerställer regeringens mål för sjukförsäkringen, nämligen att rätt ersättning ges till rätt person och att individen förstår Försäkringskassans beslut.

Riksrevisionen bedömer därför att det är motiverat att göra en översyn av Försäkringskassans modell för försäkringsmedicinsk analys, med fokus på DFA-kedjan, när det gäller psykiatriska diagnoser. Enligt Riksrevisionen bör denna översyn göras inom ramen för det pågående uppdrag som regeringen har gett Socialstyrelsen och Försäkringskassan, och som handlar om att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården behöver förbättras.

## Referenslista

Alexandersson K, m.fl. Läkares erfarenheter av arbete och sjukskrivning – resultat från en enkätstudie år 2017. Rapport 1, 2017.

Alexanderson K, m.fl. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Karolinska Institutet, 2018.

Alexanderson K, m.fl. Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning, Resultat från 2013 och en jämförelse med 2007. Karolinska. Rapport: 2013, sid. 7.

Brå. Intyget som dörröppnare till välfärdssystemet - En rapport om välfärdsbrott med felaktiga intyg. Rapport: 2015:8.

Bet. 2012/13: Sfu10.

Bet. 2011/12: Sfu14.

Forte. *En kunskapsöversikt, Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro*, 2015.

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

Försäkringskassan. *Utgiftsprognos för budgetåren 2018–2021*. Rapport: 2018-02-16.

Försäkringskassan. Rapport – Uppdrag att kartlägga Försäkringskassans kompletteringar av läkarintyg vid sjukskrivning. Rapport: Version 1.0, 041508–2017, 2017-12-12

Försäkringskassan. Kvalitet på läkarintyg – En del av sjukskrivningsmiljarden. Övergripande resultat. Rapport: 2014-04-15.

Försäkringskassan. *Försäkringskassans årsredovisning 2017*.

Försäkringskassan. Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011. Socialförsäkringsrapport 2011:3.

Försäkringskassan. *Vad ska ett läkarintyg innehålla?* FK40349, 2012-08-21.

Försäkringskassan. Pressmeddelande 2017-10-17.

Försäkringskassan. Pressmeddelande med ny prognos 2017-10-26.

Försäkringskassan. *Sjukpenning*. Faktablad: uppdaterad 2016-01-18.

Försäkringskassan. *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*, Vägledning 2015:1, Version 7, beslutad 2017-12-14;

Försäkringskassan. *Sjukpenning och rehabilitering*, Process 2009:07, Version 10.0, beslutad 2017-10-20.

Försäkringskassan, *Läkarintyg för sjukpenning*, FK 7804 (001 F 001).

Inspektionen för socialförsäkringen. *Mötet mellan medborgaren och staten – En kommentar om handläggningen vid*

*Försäkringskassan*: Rapport 2017:13.

Inspektionen för socialförsäkringen. *Nekad sjukpenning för inrikes och utrikes födda*. Rapport: 2016:5

Inspektionen för socialförsäkringen. *Läkares sjukskrivning av kvinnor och män*. Rapport: 2016:13.

Inspektionen för socialförsäkringen. *Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser*. Rapport: 2014:22.

Inspektionen för socialförsäkringen. *Läkarintygets betydelse för sjukfrånvaron – En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg*. Rapport: 2014:5.

Inspektionen för socialförsäkringen. *Försäkringskassans hantering av underlag för beslut om sjukpenning*. Rapport: 2011:8.

Socialstyrelsen. *Primärvårdens uppdrag*. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.

Socialstyrelsen och Försäkringskassan. *Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan - Kartläggning och analys*. Rapport: 2015.

Regeringskansliet (Socialdepartementet). *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde, 2015-09-24, nr I:1.

Regeringskansliet (Socialdepartementet). *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Promemoria, 2018-01-23.

Regeringskansliet (Socialdepartementet). *Försäkringsmedicinska utredningar, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018*, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2017-12-13.

Regeringskansliet (Socialdepartementet). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*.

Regeringskansliet (Socialdepartementet). *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016*.

Regeringskansliet (Socialdepartementet). Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde, 2015-09-24, nr I:1.

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

Regeringsbeslut 2017-06-22, dnr: S2017/03739/SF (delvis).

Riksrevisionen. Rehabiliteringskedjan fungerar inte – tänk om eller lägg ner. Rapport: 2015:19.

Riksrevisionen. Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag? Rapport: 2009:07.

SOU 2009:89, *Gränslandet mellan sjukdom och arbete - Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*. Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen.

SOU 2010:107. *Läkares sjukskrivningspraxis, en systematisk litteraturöversikt*.

SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*. Slutbetänkande.

## Riksdagstryck

Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10.

Prop. 2017/18:224, Lag om försäkringsmedicinska utredningar.

Prop. 2016/17:1, utgiftsområde 10.

Prop. 2008/09:1, utgiftsområde 10 avsnitt 2.3, bet. 2008/09: SfU1, rskr. 2008/09:138.

Prop. 2007/08:136.

Prop. 1994/95:147, sid. 27 f.



## Bilaga 1 Metod

Granskningen har ett kvalitativt angreppssätt och bygger främst på intervjuer med sjukskrivande läkare i primärvården. Granskningen inleddes med *dokumentstudier* och *inledande intervjuer* med sjukskrivande läkare i primärvården och i företagshälsovården. Syftet med dessa intervjuer var främst att få mer kunskap om hur läkare ser på sin roll som sjukskrivande läkare och sitt försäkringsmedicinska uppdrag, hur de arbetar med sjukskrivningsärenden och vilka svårigheter som de upplever i samband med detta. Intervjuer genomfördes även med tjänstemän på olika nivåer vid Försäkringskassan för att få mer kunskap om processen för handläggningen av sjukskrivningsärenden och kontakterna med sjukskrivande läkare. Riksrevisionen tog även del av pågående sjukskrivningsärenden genom akter för psykiatriska diagnoser med tillhörande dokumentation samt genomförde medlyssning av inkommande telefonsamtal till Försäkringskassans kundcenter. Med utgångspunkt i Riksrevisionens preliminära iakttagelser togs en intervjuguide fram och stämades av med granskningens två externa referenspersoner.

*Individuella semistrukturerade intervjuer* genomfördes med totalt 42 läkare i primärvården bestående av specialister i allmänmedicin (33 stycken), ST-läkare (6 stycken), AT-läkare (1 styck) och legitimerade läkare (2 stycken). Intervjuerna följde en och samma intervjuguide och inleddes med öppna frågor som successivt blev mer detaljerade utifrån olika frågeområden. Intervjuerna (37 stycken) med läkare genomfördes på plats under dagtid mellan ordinarie läkarbesök, antingen ostört i läkarens mottagningsrum eller i ett närliggande mötesrum. Observationer i läkarens arbetsmiljö kunde därför göras. Resterande intervjuer (5 stycken) genomfördes per telefon. Intervjuerna varade i cirka en timme, och leddes av granskningens projektledare med stöd av en projektmedarbetare. Båda tog minnesanteckningar under intervjuerna som skrevs rent och sammanställdes i ett gemensamt dokument direkt efteråt. Vi gav samtliga läkare möjlighet att läsa igenom och kommentera minnesanteckningarna, för att säkerställa att vi uppfattat deras svar rätt. Intervjuade läkare var verksamma vid totalt 19 vårdenheter i Stockholms län, region Skåne och region Västmanland, varav 74 procent var i landstingets regi och 26 procent i privat regi. Utgångspunkter för val av platser att besöka var att få en spridning geografiskt och demografiskt. Hänsyn togs även till resultatet från Försäkringskassans senaste granskning av läkarintygens kvalitet, som visade andel godkända läkarintyg per landsting och för hela riket. Skåne hade högst andel godkända läkarintyg (cirka 64 procent) i landet, medan Västmanland hade lägst andel (cirka 48 procent). Stockholm hade cirka 57 procent godkända läkarintyg. Siffrorna kan jämföras med andel godkända läkarintyg för hela riket

som var cirka 58 procent.<sup>136</sup> Vid val av kommuner (15 stycken) var Försäkringskassans rapport om psykisk ohälsa från 2016 vägledande. Denna rapport bygger på statistik över startade sjukfall under 2015 per 1 000 individer per kommun i åldrarna 16–64 år.<sup>137</sup>

Riksrevisionen kontaktade verksamhetschefer vid totalt 33 vårdenheter (varav 19 vårdenheter medverkade) per e-post med en öppen förfrågan om genomförande av djupintervjuer med sjukskrivande läkare vid vårdenheten. På Riksrevisionens begäran ställde verksamhetscheferna en förfrågan till läkare vid vårdenheterna, med kortare eller längre tid i läkaryrket, om intresse för att medverka i Riksrevisionens djupintervjuer. Medverkan i intervjuer var frivillig. Fyra vårdenheter tackade nej på grund av hög arbetsbelastning, och en vårdenhet tackade nej på grund av att man inte hade någon fast anställd läkare för tillfället. Ytterligare en vårdenhet visade intresse, men vid den tidpunkten var vi tyvärr fullbokade. Totalt åtta vårdenheter uteblev med ett svar. Riksrevisionens bedömning är sammantaget att det fanns ett stort intresse av att medverka och bidra med erfarenheter. Närmare uppgifter om namn på läkare, vårdenheter och kommuner som Riksrevisionen var i kontakt med är avidentifierade. Som urvalsmetod använde Riksrevisionen ett strategiskt urval. Resultatet är dock inte är generaliserbart för alla Sveriges sjukskrivande läkare i primärvården. Hur många läkare i primärvården som skulle intervjuas var inte avgjort på förhand. Riksrevisionen genomförde intervjuer tills det att mättnad upplevdes i det empiriska materialet, då intervjuerna inte längre ledde till någon ny information i nämnbar utsträckning. Riksrevisionens intervjuer med läkare i primärvården genomfördes under perioden september 2016 till och med maj 2017.

Riksrevisionen *intervjuade* företrädare för Försäkringskassan, såsom personliga handläggare, specialister, försäkringssamordnare och enhetschefer vid två lokalkontor i Stockholms län, samt verksamhetsutvecklare och försäkringsmedicinska rådgivare vid Försäkringskassans huvudkontor. Sammantaget intervjuade Riksrevisionen 18 medarbetare på Försäkringskassan, varav en telefonintervju gjordes med en försäkringssamordnare. Utöver detta hade Riksrevisionen ett möte med två medarbetare vid Avdelningen för analys och prognos, och ett samtal hölls via länk på Försäkringskassan med tre medarbetare från Rättsavdelningen. Intervjuer med företrädare för Försäkringskassan genomfördes under perioden mars 2016 till och med juni 2017.

---

<sup>136</sup> Försäkringskassan. Kvalitet på läkarintyg – En del av sjukskrivningsmiljarden, 2014-04-15.

<sup>137</sup> Försäkringskassan. Psykisk ohälsa, Sjukskrivning för reaktioner på svår stress ökar mest. Korta analyser: 2016:2. Begreppet ”startade sjukfall” avser sjukskrivningar som pågått längre än 14 dagar och som påbörjats respektive kalenderår. Av rapporten framgår bland annat antal startade sjukfall under 2015 per 1 000 individer och antal startade sjukfall i psykiatriska diagnoser under 2015 per 1 000 individer, liksom procentuell förändring sjukfall i psykiatriska diagnoser 2010–2015.

Riksrevisionen *intervjuade* även företrädare för Socialstyrelsen och träffade företrädare för Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Riksrevisionen tog del av officiell *statistik* över sjukfrånvaron, samt olika styrdokument och vägledningar vid Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Den officiella *statistiken* över sjukfrånvaron studerades, liksom olika styrdokument och vägledningar vid Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

## Bilaga 2 Intervjuguide med läkare

Uppskatta hur vanligt det är att patienter söker för **psykisk ohälsa** där sjukskrivning är aktuellt och/eller där patienten önskar bli sjukskriven (per vecka)?

Beskriv hur ett läkarbesök vanligtvis går till när patienten söker för psykisk ohälsa (för första gången och vid återbesök). Vilka moment ingår?

- 1) Tidsaspekten vid läkarbesöket. Hur mycket tid har läkare och patient ihop vid ett första läkarbesök? Vid återbesök?
- 2) Beskriv hur du går tillväga när du bedömer patientens arbetsförmåga?
  - a. Tillvägagångssätt för att bedöma arbetsförmåga mot **ordinarie arbete**?
  - b. Har du patienter som prövas mot **normalt förekommande arbete** på arbetsmarknaden?
  - c. Tillvägagångssätt för att bedöma arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden?
  - d. Vad menas med normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden?


Berätta. Hur får du konkret fram information om vilka förutsättningar patienten har att klara sitt ordinarie arbete (vad arbetet kräver) och normalt förekommande arbete.

- 3) Vilka överväganden behöver göras för att bedöma arbetsförmåga? (Följdfråga. Finns särskilda svårigheter?)
- 4) Hur får du uppgifter om vad patientens arbete kräver?
- 5) Har du kontakt med arbetsgivare? Om ja, hur vanligt?
- 6) Stöd av annan kompetens för att bedöma arbetsförmåga? Om ja, beskriv hur det går till.
- 7) Hur tycker du att läkarintyget fungerar att fylla i?
- 8) Är det något särskilt som Försäkringskassan ofta begär mer information om/förtydliganden av?
  - a. Hur vanligt är det med kompletteringar av läkarintyg?
  - b. Hur fungerar detta?
  - c. Vad kan bli bättre?

- 9) Finns riktlinjer (eller vägledningar) för sjukskrivningsärenden vid din vårdenhet?
  - a. **Om ja**, hur fungerar det i praktiken tycker du?
  - b. Finns gap mellan teori och praktik/praxis?
  - c. **Om nej**, finns behov av sådana riktlinjer (eller vägledningar)?
- 10) Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.
  - a. Känner du till det?
  - b. Vilken hjälp har du av det?
  - c. Använder du stödet vid psykiatriska diagnoser?
  - d. Vanligt med avsteg från beslutsstödet?
  - e. En första uppdatering av beslutsstödet för psykiatriska diagnoser har gjorts som tas i bruk i januari nästa år. Har du tagit del av det nya beslutsstödet? Kommentarer?
- 11) Hur hanterar du osäkerhet om sjukskrivning är rätt/befogat?
- 12) Har du varit med om att en patient vill bli sjukskriven i fall där kliniska fynd/observationer saknas?
  - a. Om ja, hur går du tillväga? (dvs. när läkare och patient har olika åsikter om behovet av sjukskrivning)
- 13) Finns risker med mer omfattande läkarintyg i samband med längre sjukskrivningar? Om ja, beskriv.
- 14) Händer det att du har förlängt en sjukskrivning som en annan läkare har initierat?
  - a. Om ja, beskriv processen.
  - b. Risker och el särskilda svårigheter med detta?
- 15) Har du deltagit i någon utbildning/kurs inom försäkringsmedicin? Finns behov av mer sådan utbildning eller är det bra som det är? Berätta om hur du ser på detta.
- 16) Hur fungerar dialogen med Försäkringskassans handläggare?
- 17) Om du kunde ändra på något i sjukskrivningsprocessen, vad skulle det vara?
- 18) Vilket stöd upplever du att Försäkringskassan ger i arbetet med sjukskrivningsärenden?
  - a. Vad fungerar bra?
  - b. Vad kan bli bättre?

Avslutningsvis, är det något annat du vill lyfta fram?

## Bilaga 3 Läkarintygsblanketten

|   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
|  <b>Försäkringskassan</b>  | <b>Läkarintyg<br/>för sjukpenning</b><br>Patientens namn  | 1 (4)<br>Personnummer       |
| Om du inte känner patienten ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29).   |   |                             |
| Skicka blanketten till<br>Försäkringskassans inläsningscentral<br>839 88 Östersund  |   |                             |
| <b>1. Smittbärarpenning</b> <a href="#">Hjälp!text</a>  |   |                             |
| <input type="checkbox"/> Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna Diagnos (4) och Nedsättning av arbetsförmåga (8)).   |   |                             |
| <b>2. Intyget är baserat på</b> <a href="#">Hjälp!text</a>  |   |                             |
| I datum (år, månad, dag)  |   |                             |
| <input type="checkbox"/> min undersökning av patienten<br><input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten<br><input type="checkbox"/> journaluppgifter från den<br><input type="checkbox"/> annat<br>Ange vad annat är: |   |                             |
| 78040101  | <b>3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan?</b> <a href="#">Hjälp!text</a> |                             |
| <input type="checkbox"/> Nuvarande arbete   | Ange yrke och arbetsuppgifter   |                             |
| <input type="checkbox"/> Arbets sökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden<br><input type="checkbox"/> Föräldraledighet för vård av barn<br><input type="checkbox"/> Studier               |   |                             |
| <b>4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga</b> <a href="#">Hjälp!text</a>  |   |                             |
|   |   | Diagnoskod enligt ICD-10 SE |
|   |   |                             |
|   |   |                             |
|   |   |                             |

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

**5. Funktionsnedsättning** [Hjälp text](#)

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

**6. Aktivitetsbegränsning** [Hjälp text](#)

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

**7. Medicinsk behandling**

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

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

780-40201

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

100 procent I från och med (år, månad, dag) I till och med (år, månad, dag)

75 procent

50 procent

25 procent

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

FK 7804\_001\_E\_002\_Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

## BEDÖMNING AV ARBETSFÖRMÅGA VID PSYKISK OHÄLSA

Personnummer

3 (4)

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

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

Nej  Ja. Fyll i nedan.

Beskriv medicinska skäl till annan förläggning av arbetstiden

### 9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

- Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.  
 Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom  
 Patienten kommer med stor sannolikhet inte att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 12 månader.  
 Återgång i nuvarande sysselsättning är oklar.

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

- Arbetsutbildning  Ergonomisk bedömning  Omfördelning av arbetsuppgifter  
 Arbetsanpassning  Hjälpmedel  Övrigt  
 Söka nytt arbete  Konflikthantering  Inte aktuellt  
 Besök på arbetsplatsen  Kontakt med företagshälsovård

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

760-40301

### 11. Övriga upplysningar

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



Personnummer 4 (4)

**12. Kontakt med Försäkringskassan** [Hjälptext](#)

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

**13. Underskrift**

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

780-40-401

FK 7804\_001\_E 0001 Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Sveriges Riksdag

Sedan 2014 är psykiatriska diagnoser vanligast vid sjukskrivning i Sverige. Läkarintyget är ett centralt underlag i dessa ärenden.

Läkare har dels ett medicinskt uppdrag att ställa diagnos och ge behandling, dels ett försäkringsmedicinskt uppdrag att bedöma arbetsförmåga och utfärda medicinska underlag, till exempel läkarintyg. Försäkringskassan utreder sjukskrivningsärenden och fattar beslut om rätten till sjukpenning. Riksrevisionen har granskat processen för bedömning av arbetsförmåga med fokus på läkares försäkringsmedicinska uppdrag.

Riksrevisionens samlade bedömning är att processen för att bedöma arbetsförmåga i sjukskrivning vid psykiatriska diagnoser har påtagliga brister gällande tydligheten i de krav och förväntningar som ställs på läkare. Riksrevisionens granskning visar att primärvårdsläkarna har betydande svårigheter att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar vid psykiatriska diagnoser på det sättet som det efterfrågas inom sjukskrivningsprocessen.

Givet svårigheterna som har framkommit i granskningen bedömer Riksrevisionen att det finns risk att regelverket för sjukförsäkringen inte tillämpas på ett likformigt och rättssäkert sätt. Därmed finns risk att sjukskrivningsprocessen inte säkerställer regeringens mål för sjukförsäkringen, nämligen att rätt ersättning ges till rätt person och att individen förstår Försäkringskassans beslut.

ISSN 1652-6597

ISBN 978-91-7086-479-7

Beställning: [www.riksrevisionen.se](http://www.riksrevisionen.se)

RIKSREVISIONEN

---

NYBROGATAN 55, 114 90 STOCKHOLM

08-5171 40 00

[WWW.RIKSREVISIONEN.SE](http://WWW.RIKSREVISIONEN.SE)