Rätt förutsättningar för sjukskrivning

Betänkande av Utredningen om läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden

Stockholm 2023

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2023:48

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2023

ISBN 978-91-525-0691-2 (tryck)
ISBN 978-91-525-0692-9 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Anna Tenje

Regeringen beslutade den 9 juni 2022 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden och betydelsen av samarbete mellan professioner inom hälso- och sjukvården för läkares arbete med sjukskrivning.

Som särskild utredare förordnades från och med 20 juni 2022 specialist i allmänmedicin Marina Tuutma.

Som sakkunniga i utredningen förordnades från och med 7 oktober 2022 departementssekreterare Linnea Englund Davidsson (Finansdepartementet), ämnesråd Eeva Seppälä (Socialdepartementet), departementssekreterare Sofie Östling (Socialdepartementet) och från och med 3 februari 2023 kansliråd Louise Andersson (Socialdepartementet). Som experter i utredningen förordnades från och med 7 oktober 2022 utredare Anna Ericsson (Socialstyrelsen) och verksamhetsutvecklare Daniel Gunhamre (Försäkringskassan). Från och med 3 februari 2023 förordnades specialist i allmänmedicin Lars Englund, specialist i psykiatri och allmänmedicin Fredrik Johansson och specialist i arbetsmedicin och rehabilitering Artur Tenenbaum som experter i utredningen. I utredningens parlamentariskt sammansatta referensgrupp förordnades från och med 24 februari 2023 riksdagsledamöterna Clara Aranda, Malin Danielsson, Åsa Eriksson, Ida Gabrielsson, Ulrika Heindorff, Ingemar Kihlström och Anders W Jonsson samt före detta riksdagsledamot Mats Berglund att ingå som ledamöter.

Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 15 augusti 2022 verksamhetsutvecklare Anna Martinmäki och utredare Anders Dahlqvist.

Utredningen, som har haft namnet Utredningen om läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden, överlämnar härmed sitt betänkande *Rätt förutsättningar för sjukskrivning* (SOU 2023:48). Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i augusti 2023

Marina Tuutma

/Anna Martinmäki
Anders Dahlqvist

Innehåll

Sammanfattning 13

1 Utredningens uppdrag och genomförande 27

1.1 Utredningens uppdrag 27
1.1.1 Uppdrag att utreda om sjukskrivande läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd 27
1.1.2 Uppdraget att utreda betydelsen av samarbete mellan flera professioner i hälso- och sjukvården vid sjukskrivning 28
1.1.3 Utredningens analys och tolkning av uppdraget 29

1.2 Utredningens genomförande 29

1.3 Betänkandets disposition 30

2 Sjukförsäkringssystemet och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen 33

2.1 Sjukförsäkringssystemet i Sverige 34

2.2 Processen och sjukförsäkringens aktörer 34
2.2.1 Individen 35
2.2.2 Hälso- och sjukvården 35
2.2.3 Arbetsgivaren 36
2.2.4 Försäkringskassan 36
2.2.5 Arbetsförmedlingen 37
2.2.6 Kommunen 37
2.2.7 Samordningsförbund (FINSAM) 37

2.3 Hälso- och sjukvårdens och läkarens uppdrag vid sjukskrivning och utfärdande av intyg 38
2.3.1 Hälso- och sjukvården och läkarens uppdrag vid sjukskrivning 38
2.3.2 Läkarens försäkringsmedicinska bedömning i samband med sjukskrivning 42
2.3.3 Hälso- och sjukvårdens uppdrag att utfärda intyg om personens vård gäller vid sjukskrivning 44
2.3.4 Regler vid utfärdande av intyg..... 45
2.3.5 Hälso- och sjukvårdens uppgiftsskyldighet mot Försäkringskassan 47

2.4 Försäkringskassans uppdrag gällande sjukpenning och samordning av rehabiliteringsinsatser 48
2.4.1 Reglerna för sjukpenning..... 48
2.4.2 Handläggarens utredning och bedömning 50
2.4.3 Läkarintyget i sjukpenningärenden..... 53
2.4.4 Handläggarens metoder, verktyg och styrande dokument..... 56

2.5 Fakta om sjukpenning..... 59
2.5.1 Variationer i sjukfrånvaron och sjukskrivningsmönster..... 60
2.5.2 Avslag och beviljande av sjukpenning..... 63

2.6 Begreppen försäkringsmedicin och försäkringsmedicinsk kompetens..... 66

2.7 Nationella utvecklingsinitiativ inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen..... 68
2.7.1 Överenskommelser gällande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen 68
2.7.2 Regeringsuppdrag för att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården..... 70
2.7.3 Socialstyrelsens insatser inom försäkringsmedicin..... 71
2.7.4 Nationellt programområde för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin 73

2.7.5 Åtgärder hos Försäkringskassan 74
2.7.6 Samverkanforum 76
2.7.7 Nationella samverkansgruppen inom försäkringsmedicin 77
2.7.8 Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF) 77

3 Utredning och bedömning av arbetsförmågans nedsättning 79

3.1 Utredning och bedömning 79

3.2 Begreppet nedsatt arbetsförmåga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen 80
3.2.1 Faktisk och terapeutisk arbetsoförmåga 81
3.2.2 Arbetsförmågans nedsättning i det egna arbetet och i normalt förekommande arbeten 82
3.2.3 Olika bilder av vad bedömningen innebär och vem som gör bedömningen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen 83
3.2.4 Bedömningar är i olika grad svåra och komplexa 85
3.2.5 Att bedöma arbetsförmågans nedsättning är en fråga om rimlighetsbedömningar 86
3.2.6 Arbetsförmågans nedsättning enligt det biopsykosociala synsättet 87

3.3 Orsaker till att läkare och Försäkringskassans handläggare bedömer arbetsförmågans nedsättning olika ibland 88
3.3.1 Avslag som inte beror på olika bedömningar 89
3.3.2 Olika bedömningar när arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete 89
3.3.3 Brister i utredningar och bedömningar 91
3.3.4 Utmaningar relaterade till att bedöma arbetsförmågans nedsättning 93

3.4 Betydelsen av läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning i sjukpenningärenden 114

4 Samarbete mellan professioner i hälso- och sjukvården 119

4.1 Hälso- och sjukvårdens verksamhet och mål 119
4.1.1 Svenska hälso- och sjukvårdssystemet 119
4.1.2 Hälso- och sjukvårdens mål 121
4.1.3 Huvudmännen och vårdgivarnas ansvar för ledning och styrning 122
4.1.4 Hälso- och sjukvårdens personal och kompetenser 124
4.1.5 Vem får göra vad inom hälso- och sjukvården? .. 124
4.1.6 Politiska reformer för god och nära vård 125

4.2 Samarbete mellan professioner i hälso- och sjukvården 126
4.2.1 Multiprofessionella team och vårdteam 127
4.2.2 Rehabilitering 127
4.2.3 Framgångsfaktorer vid samarbete mellan professioner 129
4.2.4 Personcentrerad vård 130
4.2.5 Samordnande funktioner och planer inom hälso- och sjukvården 131

4.3 Vanliga vårdprofessioner och roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen 133
4.3.1 Läkare 133
4.3.2 Fysioterapeuter 135
4.3.3 Arbetsterapeuter 136
4.3.4 Psykologer 137
4.3.5 Hälso- och sjukvårdskuratorer 138
4.3.6 Sjuksköterskor 139
4.3.7 Koordinerande insatser och rollen rehabiliteringskoordinator 139
4.3.8 Läkarnas upplevelse av samarbete med andra professioner och roller gällande sjukskrivning 143

4.4 Exempel på teambaserade arbetssätt relaterat till sjukskrivning 145
4.4.1 Multidisciplinära bedömningsteam 145
4.4.2 Multimodal rehabilitering 146
4.4.3 Särskilda vårdteam för personer med komplexa sjukskrivningsrelaterade behov 147

4.5 Hälso- och sjukvårdsprofessioner inom andra verksamheter 149
4.5.1 Företagshälsovård 149
4.5.2 Aktivitetsförmågeutredning 152
4.5.3 Arbetsförmedlingens verksamhet 152

4.6 Analys utifrån utredningens frågeställningar om samarbetet mellan professioner 152
4.6.1 Kan samarbete mellan professioner underlätta för läkare och stärka läkarens bedömning? 153
4.6.2 Kan samarbete mellan professioner leda till bättre kvalitet i läkarintyget till Försäkringskassan? 157
4.6.3 Kan samarbete mellan professioner leda till att arbetsgivaren får mer ändamålsenliga uppgifter för anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen? 159
4.6.4 Hur kan samarbete mellan professioner utvecklas och främjas? 163

5 Utredningens förslag 165

5.1 Tydlighet i uppdrag och information om sjukskrivning och sjukförsäkringen 168
5.1.1 Tydlighet och förståelse gällande parternas roller och bedömning av arbetsförmågans nedsättning 169
5.1.2 Samlad information om sjukförsäkringen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen 173

5.2 Effektiv och ändamålsenlig informations- och intygshantering 174
5.2.1 Uppdrag att klarlägga behovet av medicinsk information i sjukpenningärenden 175
5.2.2 Förenklat intygande i korta sjukskrivningar 179
5.2.3 En nationell infrastruktur för digitaliserad hantering av intygande 183

5.3 Välfungerande samarbete för återgång i arbete 185
5.3.1 Lagen om koordineringsinsatser bör utvärderas och förstärkas gällande samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare ... 187
5.3.2 Skapa förutsättningar för effektiva digitala informationskanaler mellan aktörerna..... 190
5.3.3 Prövning av förutsättningar att återgå i arbete.... 194
5.3.4 Kvalitetssäker företagshälsovård är viktig vid arbetsplatsinriktad rehabilitering och kompetensförsörjningen behöver säkras..... 196

5.4 Säkrad försäkringsmedicinsk kompetens och kunskap..... 199
5.4.1 Nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården 202
5.4.2 Specialisering och utbildning inom försäkringsmedicin..... 205
5.4.3 Stöd till specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter inom regionerna..... 208
5.4.4 Rätt stöd för bedömning av arbetsförmågans nedsättning hos Försäkringskassan 214
5.4.5 Förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling..... 218

5.5 Rätt organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner..... 222
5.5.1 Läkares förutsättningar behöver säkras 223
5.5.2 Vårdgivare och huvudmän behöver skapa förutsättningar för professionerna genom ledning och styrning 225
5.5.3 Nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsättningar..... 228
5.5.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som del av god och nära vård 232

5.6 Samarbete för ett ändamålsenligt sjukskrivningssystem.... 235
5.6.1 Förstärkt samarbete kring försäkringsmedicin för gemensam verksamhetsutveckling..... 236
5.6.2 Nationell samordnare för sjukskrivningsområdet..... 240

6 Konsekvenser 243

6.1 Ekonomiska konsekvenser 244
6.1.1 Ekonomiska konsekvenser för staten 244

6.2 Ekonomiska konsekvenser för regionerna 247

6.3 Konsekvenser för enskilda personer 249

6.4 Konsekvenser för huvudmän och vårdgivare 250
6.4.1 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens professioner 252

6.5 Konsekvenser för Försäkringskassan 253

6.6 Konsekvenser för Socialstyrelsen 254

6.7 Konsekvenser för högskolor och universitet 256

6.8 Konsekvenser för arbetsgivare 256

6.9 Konsekvenser för jämställdheten 257

6.10 Övriga konsekvenser 258

Referenser 259

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2022:63 269

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2023:45 277

Sammanfattning

Regeringen beslutade den 9 juni 2022 att tillkalla en särskild utredare och tillsätta en utredning om läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden. Utredaren skulle analysera orsakerna till att läkare och Försäkringskassans handläggare ibland gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning och analysera om läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning bör få ökad tyngd i sjukpenningärenden. Utredningen skulle även analysera vilken betydelse samarbete mellan professioner i hälso- och sjukvården har för läkares arbete med sjukskrivning. Utredningen skulle föreslå hur samarbetet mellan professioner kan utvecklas och analysera om samarbetet kan underlätta för läkare i arbetet med sjukskrivning samt stärka läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning, behov av sjukskrivning och rehabiliterande insatser. Vidare skulle utredningen analysera hur informationen i läkarintyget kan förbättras och om arbetsgivare kan få mer ändamålsenlig information som kan underlätta i arbetet med rehabilitering och arbetsanpassning.

Uppdragets genomförande

Utredningens arbetsprocess har inledningsvis bestått av att fördjupa problem- och behovsbilden för att komma åt grundorsaker till de problem som adresseras i direktiven. Utredningen har analyserat tidigare utredningar och olika studier som rör sjukskrivningsrelaterade frågor. Utredningen har haft löpande dialoger och workshops med intressenter och experter inom området för att diskutera problembilden och möjliga lösningar ur ett brett perspektiv eftersom flera aktörer berörs av frågeställningarna. Vi har haft referensgrupper med bland annat företrädare för hälso- och sjukvården, olika professions-

föreningar, forskning, Försäkringskassan, arbetsgivare, fackliga organisationer, patientföreträdare samt en parlamentarisk referensgrupp.

Bedömning av arbetsförmågans nedsättning

I de allra flesta sjukskrivningsärenden beviljas sjukpenning och individen återgår i arbete efter en kortare sjukskrivning. I dessa fall är oftast bedömningen oproblematisk för både läkare och handläggare och samspelet mellan parterna fungerar väl. Det här behöver poängteras eftersom det handlar om den stora majoriteten av sjukskrivningsfall.

Vår bedömning är att läkarintyget och läkarens bedömning har och ska ha, stor betydelse i Försäkringskassans utredning och bedömning av sjukpenningärenden.

Upplevelse av att rollerna överlappar varandra och kommer i konflikt uppstår framför allt i mer komplexa och svårbedömda fall. Orsaker som leder till att olika bedömningar ibland görs gällande en individs förmåga att arbeta är komplex. Variationer i bedömningar uppstår ibland på grund av bristande förutsättningar att göra väl underbyggda bedömningar hos både hälso- och sjukvårdens verksamheter och Försäkringskassan.

Det saknas ibland förutsättningar att utreda i den omfattning som behövs, till exempel på grund av tidsbrist. Trots att åtgärder vidtagits för att förbättra hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning saknar läkare fortfarande rätt förutsättningar att arbeta på ett kvalitetssäkert sätt med sjukskrivning. Osäkerhet gällande det egna uppdraget, kompetensbehov och otillräckligt stöd bidrar också till att bedömningar ibland blir bristfälliga och svåra att kommunicera tydligt och transparent.

Försäkringskassan behöver utveckla sina metoder och processer för att komma till rätta med oönskade variationer i bedömningar och brister i tydlighet gällande beslutens grunder. Handläggare behöver rätt stöd och förutsättningar för att utreda ärenden utifrån olika behov och grad av komplexitet, göra välgrundade bedömningar samt ge stöd till de individer som har behov av det för att komma åter i arbete.

Variationer i styrsignaler avseende sjukförsäkringen har bidragit till variationer i bedömningar.

För att åstadkomma stabilitet behöver arbetssätt och åtgärder bygga på kunskapsgrund. Försäkringskassan arbetar med att utveckla för-

valtningen av sjukförsäkringen genom ett flertal åtgärder som spänner över ledning- och styrning, organisation, metodutveckling och samverkan, och vår bedömning är att det är avgörande att den breda och genomgripande ansatsen finns.

Utredningens uppfattning är att rollfördelningen mellan aktörerna gällande bedömning av arbetsförmågans nedsättning i grunden är ändamålsenlig. Utredningen bedömer inte att det skulle vara en framgångsrik väg att ändra uppdrag och mandat.

Läkaren utreder och gör en medicinsk bedömning av arbetsförmågans nedsättning i syfte att ta ställning till behovet av sjukskrivning utifrån sitt medicinska uppdrag. Försäkringskassans utredning och bedömning av arbetsförmågans nedsättning syftar till att få underlag till beslut om ersättning enligt regelverket för sjukpenning. Båda aktörers bedömningar är viktiga för att sjukskrivningssystemet ska fungera ändamålsenligt.

Det är centralt för förståelsen av läkarens uppdrag att det förtydligas att det är en del av läkarens bedömning av sjukskrivningsbehovet att bedöma arbetsförmågans nedsättning. Det är viktigt att det finns förståelse och kunskap om respektive aktörs roller. Utredningen kan konstatera att det i dag finns olika bilder av uppdragen.

Psykisk ohälsa medför särskilda utmaningar gällande bedömningen av arbetsförmågans nedsättning för både läkare och handläggare och behöver därför uppmärksammas särskilt. Brister i grundläggande förutsättningar att utreda och göra väl underbyggda bedömningar blir särskilt tydliga i förhållande till den psykiska ohälsan.

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom handlar om sannolikhets- och rimlighetsbedömningar. Trots detta behöver de grundas på kunskap, professionella överväganden och medveten metodik hos både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Fokusskifte behövs från sjukdomssymtom och hur de yttrar sig till hur hinder för arbetsåtergång kan undanröjas. Vår bedömning är att en konstruktiv väg framåt, särskilt i svårbedömda fall, är att göra praktiska prövningar av förutsättningarna att återgå i arbete. Att främja arbetsförmåga är i hög grad beroende av vilka förutsättningar som råder hos de ansvariga aktörerna att gemensamt stödja den sjukskrivne att komma åter i arbete.

I vissa fall bedömer vi att läkarens bedömningar i högre grad kan vara vägledande för handläggarens bedömning. Det gäller i tillstånd där det medicinska förloppet och behovet av sjukskrivning är tydligt,

i förväntat korta fall. I andra typer av situationer ser vi att handläggarens fördjupade utredning av arbetsförmågans nedsättning och behov av rehabilitering har större betydelse och ändamålsenlighet. Detta bör avspegla sig i utvecklingen av intyg, stöd för bedömningar och arbetsprocesser.

Samarbete mellan professioner inom hälso- och sjukvården

Samarbete mellan och insatser från olika hälso- och sjukvårdsprofessioner är viktiga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Utredningens utgångspunkt är att varje professions unika kompetens ska tas tillvara på bästa möjliga sätt. Utredningen bedömer att samarbetet mellan professioner är särskilt viktigt utifrån personens behov av vård och rehabilitering.

Vid sjukskrivning är det viktigt att läkare gör den samlade bedömningen av personens sjukskrivningsbehov och nedsättning av arbetsförmåga. Vi bedömer att läkaren i normalfallet själv kan utreda och samla in den information som behövs för att göra denna bedömning. För att stärka kvaliteten i bedömningarna och informationen i intygen bedömer utredningen att det mest avgörande är att säkra läkares kompetens och förutsättningar i arbetet med sjukskrivning. Samarbete mellan professioner kan bidra med viktig information, samtidigt som det avgörande är att läkaren själv tar ansvar för att kunna motivera sin bedömning och beskriva de medicinska skälen till att personen är förhindrad att arbeta på grund av sjukdom.

Vid behov bör läkaren ta stöd från och samarbeta med andra hälso- och sjukvårdsprofessioner med utgångspunkt i varje professions unika kompetens. I vissa fall räcker det med att läkaren tar del av befintlig dokumentation från andra professioner. I vissa fall kan läkaren behöva be om stöd med utredningsinsatser, till exempel att göra en fördjupad kartläggning av personens arbetssituation eller att fördjupat utreda personens funktions- och aktivitetsförmåga. En viktig förutsättning är att läkaren vet när de andra professionerna kan bistå i utredningen och att det finns tillgång till dessa professioner.

Samarbetet mellan professioner ska utgå ifrån behov. Utredningen bedömer inte att regelmässig användning av bedömningsteam vid vissa sjukdomstillstånd bör införas. Detta på grund av att tillgången på vårdprofessioner är begränsad och att detta skulle riskera att med-

föra undanträngningseffekter mot annan vård där vårdbehovet kan vara större. Uppföljningar av bedömningsteam tidigt i sjukskrivningsfall har även visat sig medföra risk för längre sjukskrivningar.

I särskilt komplexa sjukskrivningsfall där kompetensen hos ordinarie läkare och vårdgivare inte är tillräcklig bedömer utredningen samtidigt att det bör finnas möjlighet att remittera sjukskrivna personer till verksamhet med specialiserad försäkringsmedicinsk och multiprofessionell kompetens. Sådan verksamhet behöver utvecklas och utvärderas.

Informationen till arbetsgivaren

Arbetsgivare behöver information om varför medarbetaren inte kan arbeta på grund av sjukdom, vilka begränsningar sjukdomen medför och vilka eventuella medicinska risker som finns vid olika typer av aktiviteter. Detta är centrala delar av läkarens motivering till sjukskrivningsbehovet och bedömning av arbetsförmågans nedsättning som läkaren bör motivera när sjukskrivning ordineras. För detta krävs att läkare har tillräcklig försäkringsmedicinsk kompetens och rätt förutsättningar. Andra professioners kompetens och insatser kan vid behov användas.

Arbetsgivare efterfrågar stöd i och förslag gällande anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen. Hälso- och sjukvården kan utifrån kännedom om personens hälsotillstånd ofta göra antaganden om vilka behov av åtgärder som kan finnas på arbetsplatsen. Dessa behov ska hälso- och sjukvården förmedla till arbetsgivaren. Hälso- och sjukvården har samtidigt inget ansvar att djupare utreda dessa behov. Resurser inom offentligt finansierad vård ska inte användas för att utreda behov eller genomföra insatser på arbetsplatsen. Arbetsgivaren har ansvar för att utreda behovet av, planera, genomföra och följa upp anpassnings- och rehabiliteringsinsatser på arbetsplatsen och vid behov ska företagshälsovård anlitas som stöd för detta. I dag finns samtidigt brister i vilken utsträckning företagshälsovård anlitas, vilket även försvårar samarbetet med hälso- och sjukvården.

Arbetsgivare och hälso- och sjukvården har ibland behov av kontaktvägar till varandra för att ha dialog, stämma av planeringar och få en gemensam bild av hur medarbetaren bäst kan komma tillbaka till arbete. Vi bedömer att de koordinerande insatserna inom hälso- och

sjukvården är viktiga här och bör förstärkas samtidigt som det finns behov av att utveckla effektiva digitala informationskanaler mellan aktörerna.

Utredningens förslag

Utredningen lämnar förslag inom sex områden för att skapa rätt förutsättningar för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan att kvalitetssäkert utföra sina uppdrag gällande sjukskrivning, göra väl underbyggda bedömningar och samarbeta effektivt tillsammans med arbetsgivaren för att personen ska kunna återgå i arbete. Åtgärderna går till viss del i linje med olika pågående utvecklingsinitiativ.

Vår ambition är att lämna förslag som adresserar grundläggande utmaningar snarare än att hantera symptomen på dessa utmaningar. Det finns inga enskilda och enkla lösningar på de utmaningar som utredningen identifierat och lyft fram. Det krävs flera samverkande åtgärder som behöver genomföras som en helhet. Utredningen föreslår inga författningsändringar och utredningens förslag håller sig inom nuvarande ansvarsfördelning mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Tydlighet i uppdrag och information om sjukskrivning och sjukförsäkringen

Aktörernas uppdrag behöver vara tydliga för alla involverade parter. Vi har identifierat det finns olika bilder av uppdragen vilket skapar problem i samarbetet och utvecklingen av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Vi ser behov av att tydliggöra att läkaren gör en medicinsk bedömning av arbetsförmågans nedsättning som led i bedömningen av behovet av sjukskrivning. Sjukskrivning som åtgärd är en del av personens vård- och behandlingsprocess och görs inom ramen för hälso- och sjukvårdens medicinska uppdrag.

Försäkringskassan utreder och beslutar om rätten till ersättning enligt Socialförsäkringsbalken. För att Försäkringskassan ska kunna fullgöra sitt uppdrag med att besluta om ersättning behöver denne tillräcklig och relevant medicinsk information om hur den försäkra-

des arbetsförmåga är påverkad av sjukdom även om den medicinska informationen endast utgör en del av underlaget som ingår i utredningen.

Ökad kunskap behövs gällande vad åtgärden sjukskrivning innebär, hur aktörernas uppdrag förhåller sig till varandra samt hur sjukförsäkringen fungerar och vilka villkor som gäller. Dessa frågor behöver kommuniceras i ett sammanhang för att de ska bli begripligt hur det hänger ihop och därför ser vi behov av att Försäkringskassan i samarbete med Socialstyrelsen och andra berörda aktörer gör en gemensam insats kring information och andra kunskapshöjande åtgärder.

Effektiv och ändamålsenlig intygs- och informationshantering

Läkarintyget som förmedlar läkarens bedömning av sjukskrivningsbehov och arbetsförmågans nedsättning är ett centralt verktyg för att Försäkringskassan och arbetsgivaren ska kunna vidta rätt åtgärder.

Intygs- och informationshanteringen behöver bli mer ändamålsenlig, både innehållsligt när det gäller vilken information som förmedlas och gällande tekniken som understödjer hanteringen av informationen. Oklarheter kring intyget kvarstår som behöver lösas ut för att intyget ska fungera som arbetsverktyg för alla parter och bidra till en både rätts- och patientsäker sjukskrivning.

Utredningen föreslår att Försäkringskassan tillsammans med Socialstyrelsen i samråd med relevanta aktörer från hälso- och sjukvården och arbetsmarknadens parter utvecklar läkarintyget så att det blir mer ändamålsenligt.

Vidare föreslår utredningen att myndigheterna utreder möjligheten till enklare intyg för sjukskrivningar som bedöms bli kortvariga utifrån ett tydligt förväntat medicinskt förlopp. Socialstyrelsen bör utveckla Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB) för att ge kunskapsbaserat stöd avseende vilka tillstånd och situationer detta kan omfatta.

Utvecklingen av digitaliserad hantering av intygande är central för en effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Utredningen bedömer att det krävs statliga åtgärder för att skapa långsiktiga förutsättningar för detta och att E-hälsomyndigheten bör få ett långsiktigt uppdrag att skapa och förvalta en nationell infrastruktur för hanter-

ing av digital information i intyg. Utredningen välkomnar den förstudie som initierats avseende detta.

Välfungerande samarbete för arbetsåtergång

Välfungerande samarbete mellan hälso- och sjukvård, arbetsgivare, i förekommande fall Arbetsförmedlingen, och Försäkringskassan är avgörande för att stödja individen att återgå i arbete.

Dialogen med arbetsgivare är en central del av de koordinerande insatserna inom hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår att det bör ses över om de koordinerande insatserna kan förstärkas utifrån detta syfte. Denna översyn bör göras i samband med en utvärdering av koordineringsinsatserna.

Möjligheter till effektivt informationsutbyte som skapas genom digitalisering behöver tas tillvara för att underlätta samarbetet mellan aktörerna runt individen och även underlätta för individen. Vi föreslår därför att det utreds hur juridiska förutsättningar kan skapas för digitala ytor för att sjukskrivna ska kunna dela information med de berörda aktörerna.

Arbetsförmågans nedsättning och förutsättningar att återgå i arbete kan vara svårt att bedöma i vissa fall. Förutsättningarna kan behöva prövas praktiskt för att ge berörda aktörer och individen själv en uppfattning om vad som är möjligt. Vi föreslår därför att det utreds hur arbetssätt för att pröva förutsättningar att återgå i arbete under sjukskrivning kan införas.

Företagshälsovård är en oberoende expertresurs inom rehabilitering och arbetsmiljö och har en viktig roll för att stödja arbetsgivaren i frågor om arbetsmiljö, arbetsanpassning och rehabilitering. Det varierar stort i vilken grad företagshälsovård används och vi bedömer att det finns ett underutnyttjande av expertresurser. Utredningen föreslår också att staten bör ta ansvar för att den långsiktiga kompetensförsörjningen och tillgången för företagshälsovården av läkare specialiserad inom arbetsmedicin säkras. Exempelvis behöver frågor om ansvar och finansiering av specialistutbildning lösas.

Säkrad försäkringsmedicinsk kompetens och kunskap

Professionerna inom hälso- och sjukvården och handläggare på Försäkringskassan har kompetenskrävande uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi bedömer att åtgärder behövs för att säkra den kompetens och det stöd som medarbetarna behöver.

Det finns behov av samordnat nationellt stöd till huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdens professioner inom försäkringsmedicin. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen bör utreda förutsättningarna för att etablera ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin som stöd för hälso- och sjukvården. Ett uppdrag för centret är att fånga upp och följa professionernas och verksamheternas behov och förutsättningar, stödja implementering av kunskap och ändamålsenliga arbetssätt samt att vara en nationell samlingspunkt för expertis inom området. Verksamheten ska utformas i nära samarbete med berörda aktörer som regioner, professionsföreningar och regionernas system för kunskapsstyrning. Vi bedömer att centret skulle stärka myndighetens arbete och samordnande roll inom försäkringsmedicin för hälso- och sjukvården.

För att implementera försäkringsmedicin i hälso- och sjukvårdens ordinarie specialitets- och kunskapsstrukturer föreslår vi att Socialstyrelsen bör utreda införande av försäkringsmedicin som tilläggsspecialitet inom läkares specialisttjänstgöring. Socialstyrelsen bör även se över utbildningsmålen inom försäkringsmedicin för övriga specialiteter.

Utredningen föreslår vidare att staten via överenskommelsen om god och nära vård bör stödja utvecklingen av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet med multiprofessionell kompetens inom hälso- och sjukvården. Den specialiserade verksamheten ska syfta till att stärka regionernas samlade försäkringsmedicinska kompetens. Verksamheterna bör stödja kompetensutveckling, samarbeta med högskolor och universitet gällande utbildning och klinisk forskning, samt vara en samlingspunkt för specialiteten och kompetensen inom regionen. De specialiserade verksamheterna bör också, likt annan specialiserad vård, kunna bistå ordinarie vårdgivare i vården eller i bedömningar av patienter. I särskilt komplexa sjukskrivningsfall bör den specialiserade verksamheten kunna ta över ansvaret för hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Utredningen bedömer att Försäkringskassan behöver utveckla rätt stöd och förutsättningar gällande bedömning av arbetsförmågans nedsättning för ökad tydlighet och transparens kring beslutens grunder och för att minska variationer i bedömningar. Försäkringskassan har inlett arbete för att utveckla myndighetens organisatoriska förmåga att förvalta sjukförsäkringen. Vi bedömer att åtgärder behövs som stärker förmågan att leda och styra arbetet med sjukförsäkringen mot ökad stabilitet i tillämpningen. Myndigheten behöver stärka förmågan att hantera svårbedömda och komplexa ärenden på ett ändamålsenligt sätt för att främja den sjukskrivnas återgång i arbete.

Utredningen bedömer att förutsättningarna för forskningsbaserad kunskap gällande sjukskrivning och åtgärder för arbetsåtergång behöver stärkas. Detta är nödvändigt för att utveckla kunskapsbaserat stöd för hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, arbetsgivare och andra rehabiliteringsaktörer. Statliga medel gällande forskning bör samordnas i högre utsträckning och Försäkringskassan och andra berörda aktörer behöver verka för att forskningen är behovsmotiverad och att den nyttiggörs i verksamheterna. Det krävs kontinuitet, långsiktighet och att området försäkringsmedicin får fäste inom universitet och högskolor.

Rätt organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner

Hälso- och sjukvårdens professioner behöver rätt organisatoriska förutsättningar för att klara av sina uppdrag och samarbeta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Läkarnas grundförutsättningar behöver säkras.

Vårdgivare och regioner behöver säkra att verksamheterna har tillräckliga resurser och förutsättningar utifrån vad uppdraget kräver. Det handlar om att säkra tillgången till kompetenser, bland annat specialistläkare, möjlighet till kompetensutveckling, rutiner och tillräcklig tid för olika arbetsuppgifter. Även möjlighet att konsultera fördjupad eller annan kompetens vid behov behöver finnas. Arbetet behöver följas upp systematiskt för att säkra kvalitetsutvecklingen inom området.

För att säkerställa att frågorna prioriteras hos regioner och vårdgivare föreslår utredningen att Socialstyrelsen återkommande följer upp hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsätt-

ningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Uppföljningarna ger också underlag för fortsatta nationella åtgärder.

Utredningen bedömer att regeringen tydligare bör integrera hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i reformarbetet gällande omställningen mot god och nära vård. I denna omställning är det viktigt att utveckla professionernas förutsättningar och samarbete.

Samarbete för ett ändamålsenligt sjukskrivningssystem

Att det strukturella samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvårdens aktörer inom sjukskrivningsområdet fungerar och löser ut uppkomna problem är avgörande för sjukförsäkringens funktionalitet. Utredningen bedömer att det behövs mer effektiva arbetssätt i samverkan för att identifiera och hantera systemproblem som bidragit till behovet av denna utredning.

Det finns stort behov av nära samarbete i pågående och föreslagna utvecklingsarbeten för att åtgärder ska genomföras ändamålsenligt och utifrån helhetssyn. Även implementering av förändringar behöver bli en naturlig del av gemensam utveckling.

Utredningen föreslår att Försäkringskassan och Socialstyrelsen tillsammans med relevanta aktörer från hälso- och sjukvården utvecklar formerna för det nationella samarbetet gällande gemensam utveckling som rör sjukskrivning och försäkringsmedicin. Resultatet av samarbetet bör kontinuerligt följas upp av regeringen eftersom det är avgörande för sjukförsäkringens funktionalitet.

Sjukskrivningsområdet påverkas av flera och omfattande utvecklingsprocesser som pågår eller ska startas, t.ex. utvecklingen av nationell infrastruktur, omställning till god och nära vård och annan utveckling som initierats av olika aktörer och som även föreslås i detta betänkande. Därför föreslår vi att det tillsätts en nationell samordnare under begränsad tid, som agerar utifrån ett brett systemperspektiv, driver på utveckling och bidrar till löpande dialog mellan de ansvariga aktörerna och till regeringens förutsättningar att följa upp åtgärderna inom sjukskrivningsområdet.

Konsekvenser

Sjukfrånvaro innebär stora kostnader för individen, samhället och arbetsgivare. Utredningen föreslår ett brett paket av åtgärder för att skapa rätt förutsättningar för arbetet med sjukskrivning. Det förväntas leda till kvalitetssäkra bedömningar hos aktörerna och välfungerande stöd till individen för att återgå i arbete.

Vi föreslår att regionerna ska få ekonomiskt stöd på 160 mnkr via överenskommelsen om god och nära vård för att utveckla specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet. Utredningen bedömer inte att förslagen kommer öka hälso- och sjukvårdens samlade arbetsbörda eller att förslagen inskränker på det kommunala självstyret.

Förslagen gällande informations- och intygshantering bedöms innebära administrativ effektivisering för regioner och vårdgivare. Det innebär att resurser frigörs som kan läggas på patienter som har mer omfattande behov.

För den enskilde bedömer vi att förslagen innebär att bedömningar om behov av sjukskrivning blir träffsäkrare och att stödet för återgång i arbete förbättras. Detta bedöms ha positiva effekter för jämställdheten mellan män och kvinnor avseende sjukskrivning och i förlängningen även ekonomisk jämställdhet och jämställd hälsa. Genom samlad och samstämmig information från aktörerna kommer det bli enklare för individen att förstå hur systemet fungerar och vilka skyldigheter och rättigheter som finns vilket vi bedömer bör stärka upplevelsen av kontroll och förutsättningarna att vara en aktiv och medveten part i sin egen process för sjukskrivning och arbetsåtergång.

Uppdrag till statliga myndigheter som Försäkringskassan och Socialstyrelsen föreslås. Den sistnämnde föreslås få uppdrag som syftar till att förstärka myndighetens roll som nationell kunskapsmyndighet inom försäkringsmedicin för hälso- och sjukvården. Det finns behov av en förstärkning av Socialstyrelsens förvaltningsanslag för att hantera de nya uppdragen och myndigheten förslår att förvaltningsanslaget förstärks med 12,5 mnkr årligen.

Utredningen lämnar också förslag om nya utredningar, bland annat avseende prövning av förutsättningar för arbetsåtergång under sjukskrivning och att utveckla förutsättningarna för digitalt samarbete mellan aktörerna för att stödja individens arbetsåtergång. Vi

uppskattar att kostnaderna för utredningarna kommer uppgå till 10,5 mnkr första året.

Åtgärder som syftar till bättre dialog med hälso- och sjukvården förbättrar arbetsgivares förutsättningar att fullgöra sitt ansvar gällande arbetsanpassning vilket förbättrar möjligheterna för sjukskrivna att komma tillbaka till arbete.

1 Utredningens uppdrag och genomförande

1.1 Utredningens uppdrag

Den 9 juni 2022 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppdraget att:

- analysera orsakerna till att sjukskrivande läkare och Försäkringskassan i vissa fall gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning samt analysera och bedöma om läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden och vid behov lämna förslag på åtgärder,
- utreda betydelsen av samarbete mellan flera professioner i hälso- och sjukvården vid sjukskrivning för att underlätta läkares arbete med sjukskrivning.[1]

I nedanstående avsnitt beskrivs bakgrunden och innehållet i uppdraget närmare. Därefter beskrivs genomförandet av uppdraget och slutligen dispositionen av betänkandet.

1.1.1 Uppdrag att utreda om sjukskrivande läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd

I utredningens direktiv beskrivs att läkaren och Försäkringskassan har olika, men i delar snarlika uppdrag när det gäller bedömningen av arbetsförmågans nedsättning. Att bedömningar mellan läkare och handläggare i vissa fall skiljer sig åt behöver inte betyda att någon av parterna gjort bristfälliga bedömningar utifrån deras respektive uppdrag. Regeringen lyfter att för individen kan det vara svårt att förstå

[1] Se bilaga 1.

hur bedömningarna kan skilja sig åt. Regeringen menar att det är viktigt att säkerställa att det som framkommer i läkarintyget och läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning har en central roll för Försäkringskassans bedömning. Regeringen lyfter också att en allmän acceptans och förståelse för Försäkringskassans beslut är central för sjukförsäkringens legitimitet. Mot bakgrund av detta skulle utredaren analysera orsaker till att olika bedömningar ibland görs och om läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden.

De förslag som utredningen presenterar ska ligga inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

1.1.2 Uppdraget att utreda betydelsen av samarbete mellan flera professioner i hälso- och sjukvården vid sjukskrivning

Flera utvecklingsinitiativ har tagits för att utveckla hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Flera rapporter har samtidigt pekat på läkares fortsatta svårigheter i arbetet med sjukskrivning. Utifrån detta gav regeringen utredningen i uppdrag att analysera om samarbete mellan flera professioner inom hälso- och sjukvården skulle kunna underlätta för läkaren och samtidigt stärka läkarens bedömning av patientens arbetsförmåga, behov av sjukskrivning och behov av rehabiliterande insatser. Utredningen skulle också analysera om, och i så fall hur, kvaliteten i läkarintyget gällande sjukpenning ytterligare kan förbättras när exempelvis fler professioner samarbetar.

Regeringen lyfter att det för arbetsgivare är viktigt med en god samverkan med hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. I en granskning från Inspektionen för Socialförsäkringen framgår att läkarintyget sällan innehåller information om lämpliga rehabiliteringsåtgärder.[2] Utifrån detta fick utredningen i uppdrag att analysera om arbetsgivare kan få mer ändamålsenliga uppgifter för att kunna ta ställning till anpassning och rehabilitering, när flera professioner medverkar i sjukskrivningsarbetet. Regeringen lyfte även att rehabiliterings-

[2] Inspektionen för Socialförsäkringen (2021b).

koordinatorerna som finns i regionerna för att främja den sjukskrivna patientens återgång i arbete, har en viktig roll för den enskilde och arbetsgivaren. Regeringen betonar samtidigt att hälso- och sjukvården varken kan eller ska ersätta arbetsgivarens skyldighet att se till att oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering(företagshälsovård) finns att tillgå.

Utredningen ska, om det bedöms positivt för sjukskrivningsarbetet, föreslå hur samarbetet mellan professioner inom hälso- och sjukvården kan utvecklas och främjas samt vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

1.1.3 Utredningens analys och tolkning av uppdraget

I arbetet med utredningen har stor vikt lagts vid en syftesbasserad tolkning av utredningens uppdrag, vilket innebär att vi gjort bedömningar och lägger fram förslag som riktar sig mot bakomliggande problem och utmaningar som adresseras i direktivet.

Det handlar om frågor som rör grundläggande förutsättningar för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska fungera, som att skapa en effektiv intygshantering, tydlighet gällande uppdrag, bättre stöd för återgång i arbete och förutsättningar för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning.

1.2 Utredningens genomförande

Utredningens arbete har präglats av en process där utredningsarbete i form av informationssökning och analys har varvats med möten och dialoger med experter, referensgrupper och intressenter.

Initialt har fokus varit på att få en fördjupad problem- och behovsbild genom dialoger och materialinsamling. Utredningen har sedan identifierat centrala områden för åtgärder och olika möjliga förslag har analyserats och diskuterats med referensgrupper och berörda intressenter.

En referensgrupp har varit sammansatt av representanter från arbetsgivarorganisationer och fackliga företrädare. En annan referensgrupp har varit sammansatt av kompetenser inom området försäkringsmedicin och sjukskrivning. I denna grupp har representanter från

hälso- och sjukvården, professionsföreningar och forskning ingått. Utredningen har även haft en parlamentarisk referensgrupp.

Utredningen har träffat nätverk för regionernas processledare inom sjukskrivings- och rehabiliteringsprocessen samt nätverk för regionernas medicinskt sakkunniga i försäkringsmedicin. Utredningen har också haft dialog med representanter från patientorganisationer.

Dialoger har förts med berörda statliga myndigheter, framför allt Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Inom Försäkringskassan har vi fört dialoger med olika funktioner som specialister, omprövare, försäkringsmedicinska rådgivare, verksamhetsutvecklare och analytiker med flera.

Vi har även arrangerat workshop med fokus på bedömning av arbetsförmågans nedsättning och på samarbete mellan professioner inom hälso- och sjukvården.

1.3 Betänkandets disposition

I kapitel två ges en övergripande bakgrundsbeskrivning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt sjukförsäkringssystemet med fokus på sjukpenning. Här beskrivs aktörernas roller och ansvar i processen, hur de arbetar och läkarintygets funktion. Vidare beskrivs sjukskrivningsmönster samt nationella utvecklingsinitiativ inom området.

Kapitel tre handlar om varför handläggare och läkare ibland bedömer arbetsförmågans nedsättning olika och vilka bakomliggande orsaker som ligger till grund för detta. Här beskrivs vad bedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom innebär samt identifierade utmaningar kopplat hälso- och sjukvårdens och Försäkringskassans arbete med bedömningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Kapitlet avslutas med diskussion gällande betydelsen av läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning.

I kapitel fyra analyseras betydelsen av samarbete mellan flera professioner i hälso- och sjukvården vid sjukskrivning. Hälso- och sjukvårdens mål, verksamhet och professioner beskrivs övergripande för att sätta samarbetet i en kontext. Vidare beskrivs samarbetet mellan professioner ur ett bredare vårdperspektiv och specifikt utifrån sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I kapitlet analyseras vilka effekter samarbetet kan få på läkarens bedömning, kvaliteten i läkar-

intyget samt informationen till arbetsgivaren. Vidare analyseras hur samarbetet kan utvecklas och främjas inom hälso- och sjukvården.

I kapitel fem redogör utredningen för sina förslag och bedömningar. I kapitel 6 redogörs för konsekvenser av förslagen.

2 Sjukförsäkringssystemet och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Många personer drabbas någon gång av sjukdom eller skada som under en tid påverkar möjligheten att arbeta. Sjukpenning är en sjukförsäkringsförmån som handläggs av Försäkringskassan. Syftet med sjukpenning är att individer som har tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ska kunna vara frånvarande från arbete eller annan sysselsättning och ha en ekonomisk trygghet under denna tid. Ett annat viktigt syfte och mål med sjukförsäkringen, och med sjukpenning, är att en sjukskriven individ ska få stöd under sin sjukskrivning för att återfå arbetsförmågan och kunna återgå i arbete så snart det är möjligt.

Den process som påbörjas när individens arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom kallas ofta i socialförsäkringssammanhang för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Processen har inte någon allmänt vedertagen definition. I denna utredning avser vi den process som börjar då en individs arbetsförmåga blivit nedsatt på grund av sjukdom och varar tills dess att individen återfått arbetsförmåga och återgår i arbete eller annan sysselsättning. De flesta individer som sjukskrivs återfår arbetsförmåga, men för vissa blir arbetsförmågan varaktigt nedsatt.

Processen inbegriper flera aktörer med olika roller och uppdrag som ska samarbeta i syfte att individen om möjligt ska kunna återgå i arbete och ha ekonomisk trygghet under tiden individen på grund av sjukdom eller skada är förhindrad att arbeta. Aktörerna är beroende av varandras insatser för att kunna fullgöra sina egna uppdrag, inte minst är Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens olika uppdrag i processen tätt sammanlänkade.

I detta kapitel ger vi en övergripande beskrivning av de olika aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi beskriver också hälso- och sjukvårdens uppdrag vid sjukskrivning och intygsutfärdande. Reglerna för sjukpenning beskrivs översiktligt samt Försäkringskassans uppdrag och handläggning av sjukpenning. Även vissa fakta gällande sjukskrivnings- och sjukpenningsmönster finns i kapitlet, samt nationella utvecklingsinitiativ som gjorts inom sjukskrivningsområdet.

2.1 Sjukförsäkringssystemet i Sverige

Sjukförsäkringen ska ge individen ekonomisk trygghet vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och ge ett effektivt stöd för återgång i arbete.[1]

Försäkringskassan ansvarar för att administrera de förmåner inom sjukförsäkringen som regleras i Socialförsäkringsbalken (2010:110). Sjukförsäkringen omfattar inte bara sjukpenning utan även andra förmåner som aktivitetsersättning och sjukersättning som kan beviljas vid varaktigt nedsatt arbetsförmåga. I detta betänkande är fokus på *sjukskrivning och sjukpenning* även om frågor gällande intyg och samarbete till viss del kan beröra alla sjukförsäkringens förmåner.

Försäkringskassan är en viktig aktör i sjukförsäkringssystemet men andra aktörer, inte minst hälso- och sjukvården och arbetsgivaren, har viktiga roller för att sjukförsäkringen ska fungera och målen med sjukförsäkringen nås. Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning är grundläggande för en välfungerande sjukförsäkring och oftast det initiala steget innan Försäkringskassans handläggning påbörjas.

2.2 Processen och sjukförsäkringens aktörer

Sjukförsäkringssystemet och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har flera aktörer. Aktörerna har olika roller och ansvar. I följande avsnitt beskrivs övergripande några centrala aktörer och deras uppdrag.

[1] Försäkringskassans regleringsbrev 2023.

2.2.1 Individen

En person kan vara hemma utan läkarintyg i en vecka för att denne inte kan arbeta på grund av sjukdom.[2] Från den åttonde dagen behöver individen ett läkarintyg som visar att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Om personen har en anställning betalar arbetsgivaren sjuklön de första två veckorna efter en karensdag och därefter kan individen ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan.[3] Individen har en uppgiftsskyldighet och ska lämna de uppgifter som behövs för att Försäkringskassan ska kunna bedöma om det finns rätt till sjukpenning och hur sjukpenningen ska beräknas. Den försäkrade ska också lämna de uppgifter som behövs i övrigt, till exempel för att Försäkringskassan ska kunna ta ställning till behov av rehabilitering.[4]

Den som är sjukskriven är i centrum för sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess mot återgång i arbete. Det framgår i Socialförsäkringsbalken att den försäkrade på ett aktivt sätt ska medverka till sin egen rehabilitering.[5] Det innebär att individen ska medverka i de rehabiliteringsåtgärder som kommits överens om med Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och arbetsgivaren, om personen har en anställning. För personer som inte kan komma tillbaka till sitt ordinarie arbete eller som är arbetssökande har även Arbetsförmedlingen en viktig roll.

2.2.2 Hälso- och sjukvården

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.[6] Genom medicinska insatser bidrar hälso- och sjukvården till att den som inte kan arbeta på grund av sjukdom kan återfå hälsa och arbetsförmåga.

Hälso- och sjukvården är ansvarig för att bedöma personens medicinska behov av sjukskrivning och utfärda läkarintyg. Hälso- och sjukvårdens kan även behöva samverka med andra och utifrån ett medicinskt perspektiv förmedla information om personens hälsotillstånd och behov.

[2] I normalfallet. I vissa fall ett intyg från första dagen vara aktuellt.
[3] 27 kap. 25 § Socialförsäkringsbalken.
[4] 110 kap. 13 § andra stycket SFB.
[5] 30 kap. 7 § Socialförsäkringsbalken.
[6] 3 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen.

2.2.3 Arbetsgivaren

För personer som har en anställning är arbetsgivaren en mycket viktig aktör. Arbetsgivaren har ansvar att systematiskt arbeta för en god arbetsmiljö på arbetsplatsen och att det finns en lämpligt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Arbetsgivaren är ansvarig för den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen som innefattar arbetsanpassning. Vid behov ska arbetsgivaren se till att den företagshälsovård som krävs finns att tillgå.[7]

När en anställd blir sjukskriven ska arbetsgivaren bedöma om den anställde har rätt till sjuklön under de första två veckorna. Arbetsgivaren är skyldig att upprätta en plan för hur den anställde ska kunna återgå i arbete inom 30 dagar, om sjukfrånvaron förväntas bli längre än 60 dagar[8].

2.2.4 Försäkringskassan

Försäkringskassan är förvaltningsmyndighet för delar av socialförsäkringen. Uppdraget består till stor del av att besluta och betala ut sådana förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för.[9] Myndigheten ska också bland annat säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs och motverka bidragsbrott samt ansvara för att en kvalificerad kunskapsuppbyggnad sker i fråga om de verksamhetsområden som myndigheten har ansvar för. Myndigheten ska stödja forskning inom socialförsäkringsområdet.

Försäkringskassans roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är att utreda och besluta om rätten till sjukpenning och att betala ut sjukpenningen. Försäkringskassan ska också utreda om det finns behov av åtgärder för återgång i arbete och samordna åtgärder som andra aktörer står för. Försäkringskassan har dels ett samordningsansvar i enskilda ärenden och ett övergripande, strukturellt samordningsansvar vars syfte är att skapa bättre förutsättningar för rehabilitering i varje enskilt ärende. Försäkringskassan ska driva på processen och förmå den eller de som ansvarar för olika relevanta rehabiliteringsåtgärder att snarast genomföra dem. Försäkringskassan

[7] Arbetsmiljölag (1977:1160).
[8] 30 kap. 6 § SFB.
[9] Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan (regeringens instruktion).

kan dock inte kräva att andra aktörer genomför rehabiliteringsåtgärder.[10]

Försäkringskassan har en serviceskyldighet som innebär att ge information och stöd till individer så att de kan tillvarata sina rättigheter och fullgöra sina skyldigheter i processen.

2.2.5 Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen ansvarar för den arbetsmarknadspolitiska verksamheten genom olika arbetsmarknadspolitiska program och insatser. Den arbetsmarknadspolitiska verksamheten innefattar även arbetslivsinriktad rehabilitering vilket innebär att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds vägledande, utredande, rehabiliterande och arbetsförberedande insatser.[11]

2.2.6 Kommunen

Kommunerna har genom socialtjänsten ansvar för olika typer av sociala insatser, exempelvis handläggning av försörjningsstöd.

Individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom men som saknar sjukpenninggrundande inkomst och därmed inte kan få sjukpenning kan beviljas ekonomiskt bistånd/försörjningsstöd. När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.[12]

2.2.7 Samordningsförbund (FINSAM)

Finansiell samordning genom samordningsförbund (FINSAM) enligt Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser är en form av samverkan mellan stat, region och kommun. Samordningsförbundens uppgift är i första hand att finansiera insatser för att medborgare ska få stöd och rehabilitering som ger dem möjlighet att försörja sig själva.

[10] https://www.forsakringskassan.se/press/vart-uppdrag-inom-sjukforsakringen.
[11] 11 § Förordning (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.
[12] 16 kap. 4 § Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL).

Insatserna syftar ofta till att samlokalisera aktörerna lokalt, utveckla gemensamma metoder och individanpassa insatser så att man når en ökad effektivitet i användningen av gemensamma resurser. Det är parterna som ingår i förbundet som bedriver insatserna som individer tar del av.[13]

2.3 Hälso- och sjukvårdens och läkarens uppdrag vid sjukskrivning och utfärdande av intyg

I detta avsnitt beskriver vi hälso- och sjukvården och läkarens uppdrag kopplat till sjukskrivning. Vi beskriver även grunderna för intygsutfärdande inom hälso- och sjukvården, regler som gäller vid utfärdande av intyg och uppgiftsskyldighet mot Försäkringskassan. I kapitel 4 kommer vi att återkomma till hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i ett bredare perspektiv med fokus på samarbetet mellan professioner.

2.3.1 Hälso- och sjukvården och läkarens uppdrag vid sjukskrivning

Den allmänna sjukförsäkringen i Sverige har alltid byggt på att sjukskrivning varit en åtgärd som läkare har utfört inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården förutsätts utfärda läkarintyg om sjukskrivning genom regelverket kring läkarintygskravet i Socialförsäkringsbalken och i sjuklönelagen.

Hälso- och sjukvården har inget explicit uttryckt uppdrag i någon författning att arbeta med sjukskrivning. Detta innebär inte att hälso- och sjukvården inte har något ansvar att arbeta med dessa frågor. Hälso- och sjukvårdens verksamhet regleras genom målinriktade ramlagar där få enskilda åtgärder explicit omnämns.[14] Det vore avvikande om åtgärden sjukskrivning specifikt nämndes i exempelvis hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) utifrån hur lagstiftningen är konstruerad. Hälso- och sjukvården har inget explicit uppdrag i HSL att arbeta med exempelvis fysioterapeutiska insatser, diabetesvård eller psykoterapi heller. Det som avgör om hälso- och sjukvården bör

[13] FINSAM (2023).
[14] Se kapitel 4 för närmare beskrivning av hälso- och sjukvårdens styrning.

arbeta med en viss uppgift är hur uppgiften förhåller sig till hälso- och sjukvårdens författningsreglerade mål och ramar.

Sjukskrivning är en del av hälso- och sjukvårdens medicinska uppdrag och en del av personens vård- och behandlingsprocess

Sjukskrivning faller inom hälso- och sjukvårdens mål och ramar, och åtgärden ska tolkas utifrån hälso- och sjukvårdens medicinska uppdrag. I förarbeten lyfts att sjukskrivning ska vara en integrerad del i personens vård- och behandlingsprocess.[15] I kunskapsstödjande dokument till hälso- och sjukvården lyfts att sjukskrivning ska vara en integrerad del av personens vård och behandling.[16] Majoriteten av de experter utredningen konsulterat framhåller att det är ett viktigt förhållningssätt att sjukskrivning ses som en integrerad del i hälso- och sjukvårdens uppdrag och en åtgärd som är en del av personens vård.

Definitionen av hälso- och sjukvård är enligt hälso- och sjukvårdslagen *åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador*.[17] En bokstavlig tolkning av definitionen skulle kunna ge intrycket av att sjukskrivning inte är hälso- och sjukvårdens ansvar. Hälso- och sjukvårdslagen är samtidigt en målinriktad ramlag och en bokstavstolkning av definitionen skulle leda till en för snäv tolkning av hälso- och sjukvårdens uppdrag och ansvar i förhållande till lagstiftarens intentioner.

Definitionen i HSL har haft ungefär samma lydelse sedan 1982 års hälso- och sjukvårdslag. I förarbetet framkommer att hälso- och sjukvården omfattar öppen och sluten vård med anledning av sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd. Det framkommer även att åtgärder som görs med anledning av kroppsfel inkluderas i begreppet hälso- och sjukvård trots att det inte uttryckligen nämns i definitionen.[18] Enligt förarbetena handlar hälso- och sjukvårdens ansvar om sådana insatser som kräver medicinskt utbildad personal eller personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens som samarbetar med medicinskt utbildad personal. Med medi-

[15] Prop. 2002/03:89.
[16] Se till exempel Socialstyrelsen (2012), Nationella systemet för kunskapsstyrning (2022), Socialstyrelsen (2023c).
[17] 2 kap. 1 § HSL.
[18] Prop. 1981/82:97 s. 110 ff.

cinskt utbildad personal avses även personer vars utbildning är inriktad på patientomvårdnad och rehabilitering.[19]

I förarbeten lyfts rehabilitering fram som en del av personens vård och behandling och vikten av samverkan med andra aktörer betonas:

> Hos patienter som tas om hand inom sjukvården kan följderna av sjukdom eller skada påverka möjligheterna att fungera i arbetslivet, skolan eller samhället i övrigt. Sjukvårdens samspel med andra instanser för att åstadkomma en rehabilitering är nödvändigt för att rehabiliteringen skall lyckas. (Prop. 1996/97:60 s. 63).

Vidare beskrivs att rehabilitering handlar om att tillgodose livskvalitetsrelaterade behov genom att möjliggöra för den enskilde att i största möjliga utsträckning sköta sig själv och slippa vara alltför beroende av andra.[20] Detta stämmer väl överens med intentionen om ekonomisk trygghet vid sjukdom som sjukförsäkringen ger liksom att hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning i hög utsträckning handlar om att i samarbete med andra stödja individen att fungera i arbetslivet.

I HSL framgår vidare att regionerna utöver att erbjuda en god hälso- och sjukvård även i övrigt ska verka för en god hälsa[21], och att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.[22] Sjukskrivning är en åtgärd som kan få långtgående effekter på personens dagliga liv och hälsa. För vissa är sjukskrivning nödvändigt utifrån hälsotillståndet, och rätt använt kan det motverka försämring eller bidra till förbättring av hälsotillståndet och skapa förutsättningar för en hållbar återgång till arbete. Fel använt riskerar sjukskrivning att medföra negativa effekter på individens hälsa och delaktighet i samhälls- och arbetslivet.[23]

Läkarens roll vid sjukskrivning

I äldre förarbeten beskrivs läkarens roll gällande läkarintyg i samband med sjukskrivning:

> Läkarens roll skall i första hand vara att uttala sig om den försäkrades medicinska status och i vad mån och på vilket sätt detta påverkar funktionsförmågan, dvs. vilka funktionshinder som sjukdomen e.d. förorsakar den försäkrade. (Prop. 1994/95:147 s. 27).

[19] Prop. 1981/82:97 s. 44.
[20] Prop. 1996/97:60 s. 57.
[21] 8 kap. 1 § HSL.
[22] 3 kap. 2 § HSL.
[23] Riksrevisionen (2016:31), Karolinska Institutet (2011).

I proposition 2002/03:89 lyfte regeringen fram sjukskrivning som del av vård och behandling och betonade den medicinska grunden för sjukskrivning:

> … intygsskrivande läkaren närmare bör ange det medicinska syftet med sjukskrivningen och därvid särskilt motiverar varför den försäkrade av medicinska skäl bör avhålla sig från arbete. Läkaren bör även kunna ange på vilket sätt det främjar patientens tillfrisknande att han eller hon inte arbetar. Detta skulle medföra att sjukskrivningen blir en mer integrerad del av vård- och behandlingsprocessen än tidigare. Med utgångspunkt i den medicinska utredningen görs en plan för behandling och rehabilitering. I planen utgör riktlinjer för vilka aktiviteter som bör undvikas av den försäkrade – t.ex. visst arbete – ett integrerat moment.
> (Prop. 2002/03:89 s. 24).

Vidare skrev regeringen att sjukskrivning som behandlingsmetod bör uppmärksammas i större utsträckning. Sjukskrivning bör ses som en ordination eller ett instrument med terapeutiskt syfte.[24]

I propositionen lyfte regeringen vikten av att läkaren inte sjukskriver ”slentrianmässigt” exempelvis på grund av att personen väntar på behandling eller undersökning. Det lyftes också att det var viktigt att läkaren inte sjukskriver för annat än medicinska skäl:

> Om läkaren har skäl att anta att den försäkrades besvär i första hand rör den psykosociala arbetsmiljön, arbetsförhållandena, allmän olust, existentiella problem, missnöje med arbetsuppgifterna eller liknande bör läkaren hänvisa till andra åtgärder än sjukskrivning. Det kan gälla åtgärder på arbetsmarknadspolitikens och socialpolitikens område. Det är naturligtvis viktigt att den försäkrade inte därigenom hamnar mellan olika myndigheters ansvarsområden. Sjukdomstillstånd som har utlösts av de nämnda problemen eller förhållandena skall dock givetvis kunna motivera sjukskrivning.

I förarbetena framgår förväntningarna på att läkaren ska ta ställning till om det finns medicinska skäl för sjukskrivning och i annat fall låta bli att sjukskriva. De förväntningar som beskrivits i förarbetena innebär att läkaren förväntas göra en *medicinsk* bedömning av arbetsförmågans nedsättning i samband med sjukskrivning, vilket också beskrivs i kunskapsstödjande dokument.[25]

[24] Prop. 2002/03:89 s. 22.
[25] Se Socialstyrelsen (2023c), Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2022).

2.3.2 Läkarens försäkringsmedicinska bedömning i samband med sjukskrivning

I Sverige kan alla läkare sjukskriva patienter. Fördelen med detta system är att sjukskrivning kan integreras som en del av personens vård- och behandlingsprocess. Det är även kostnadseffektivt då patientens sjukskrivningsbehov kan hanteras samtidigt med annan vård, vilket gör att patienten inte behöver uppsöka särskilda läkare för sin sjukskrivning. Detta är en fördel när tillgången till läkare totalt sett är begränsad. Utmaningarna med systemet är att detta ställer krav på att alla läkare har tillräcklig kompetens och förutsättningar för att kunna utföra uppdraget. Vid mer komplexa sjukskrivningar blir denna utmaning särskilt påtaglig.

Den bedömning läkare gör i samband med sjukskrivning kan benämnas som en medicinsk bedömning men i kunskapsstödjande dokument beskrivs det ofta som en *försäkringsmedicinsk* bedömning.[26] Begreppet försäkringsmedicin beskriver vi längre fram i kapitlet. Inom läkares specialisttjänstgöring finns utbildningsmål relaterat till försäkringsmedicin för 48 specialiteter.[27] Det framgår att läkare ska kunna:

- tillämpa försäkringsmedicinska metoder som en del av personens vård och behandling
- samverka med andra aktörer kopplade till försäkringsmedicinska frågor.

I kunskapsstödjande dokument för hälso- och sjukvården beskrivs olika steg för hur läkarens utredning och bedömning vid sjukskrivning bör gå till och vad som ingår.[28]

Det första steget är att läkaren utreder personens hälsotillstånd och ställer diagnos enligt kriterier. Läkare utreder och graderar funktionsnedsättningarna som är orsakade av sjukdomen (somatiskt respektive psykiskt status).

Läkaren ska sedan utreda vilka krav som ställs i patientens arbete eller sysselsättning och därefter bedöma och gradera aktivitetsbegränsningarna i förhållande till patientens arbetsuppgifter. Aktivitetsbegränsningar kan både bero på att patienten faktiskt inte kan utföra

[26] Se Socialstyrelsen (2023c), Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2022).
[27] Socialstyrelsen (2021c).
[28] Se Socialstyrelsen (2012), Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021), Socialstyrelsen (2023c).

en viss uppgift eller att personen utifrån sitt hälsotillstånd bör avstå från att utföra vissa aktiviteter (så kallad terapeutisk arbetsoförmåga). Läkaren bedömer arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom genom att ta ställning till om personen bedöms kunna utföra sitt arbete trots diagnos och aktivitetsbegränsningar, eller om arbetsförmågan bedöms vara helt eller delvis nedsatt.

Läkaren bör överväga om arbetsanpassning kan rekommenderas i syfte att bibehålla eller främja arbetsförmågan. Utifrån detta bedöms behovet av sjukskrivning, inklusive grad och längd. Läkaren ska också bedöma behovet av behandlings-, rehabiliterings- eller koordineringsinsatser. Utredningen och bedömningen ska dokumenteras i journal och i intyg.

Utredningen och bedömningen av sjukskrivningsbehovet ska vara en integrerad del av den medicinska utredningen av patienten. Samtalet med patienten om exempelvis dennes upplevda begränsningar och svårigheter att utföra arbetsuppgifter är en viktig del av utredningen och ett viktigt underlag för läkarens bedömning. Konsultationen med patienter i sjukskrivningssituationer innehåller ofta svårigheter och det krävs praktiska färdigheter i hur konsultationen genomförs och hur läkaren vid behov kan ge beskedet att hen inte bedömer att sjukskrivning är en lämplig åtgärd. I kunskapsstödjande dokument betonas att sjukskrivning ska vara en aktiv åtgärd med ett tydligt syfte.[29]

Läkaren har det övergripande ansvaret för de planerade medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatserna under tiden med sjukskrivning. En sjukskrivning- och rehabiliteringsplan ska upprättas vid behov av en legitimerad hälso- och sjukvårdsprofession, ofta sjukskrivande läkare. Planen kan innefatta bland annat behandlingsinsatser, mål, uppföljning och i förekommande fall koordineringsinsatser. Vikten av att insatsernas resultat följs upp utifrån behov lyfts i de kunskapsstödjande dokumenten och att nya bedömningar görs gällande exempelvis behov av nya insatser.

Flera studier och enkäter lyfter att läkare upplever svårigheter och bristande förutsättningar i flera av de moment som beskrivs ovan.[30] Själva mötet med patienten och konsultationen kring sjukskrivning upplevs ofta som emotionellt laddad och svårhanterad.[31] Utmaningarna återkommer vi till i kapitel 3.

[29] Se Socialstyrelsen (2012), Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021), Socialstyrelsen (2023c).
[30] Se till exempel Karolinska Institutet (2018), Riksrevisionen (2018), Socialstyrelsen (2023e).
[31] Nordling, P. med flera (2020).

2.3.3 Hälso- och sjukvårdens uppdrag att utfärda intyg om personens vård gäller vid sjukskrivning

I Socialförsäkringsbalken och i sjuklönelagen framgår att den enskilde ska styrka nedsättningen av arbetsförmågan genom att lämna in ett läkarintyg. Det finns ingen explicit reglerad skyldighet för hälso- och sjukvården att utfärda intyg kopplad till specifikt sjukskrivning. Det innebär inte att hälso- och sjukvården saknar ansvar att utfärda läkarintyg om sjukskrivning. Explicita reglerade skyldigheter att utfärda en specifik typ av intyg är mycket ovanliga utifrån hur lagstiftningen är konstruerad, även om vissa undantag finns.[32] I stället utfärdas de flesta intyg genom en generellt reglerad skyldighet i patientdatalagen (2008:355) (PDL):

> 3 kap. 16 § Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården.

Av förarbeten framgår att uppgifter om personens vård även inbegriper uppgifter som ligger till grund för vården exempelvis undersökningar. Det framgår också att bestämmelsen gäller exempelvis intyg till Försäkringskassan.[33] Det är baserat på denna skyldighet som intyg om sjukskrivning utfärdas.

3 kap. 16 § PDL är tillämplig för sjukskrivning eftersom sjukskrivning är en del av personens vård. Värt att notera i sammanhanget är också att begreppet hälso- och sjukvård definieras bredare i PDL än i HSL. I PDL definieras hälso- och sjukvård som den verksamhet som avses i flera författningar exempelvis HSL, lagen om koordineringsinsatser och lagen om försäkringsmedicinska utredningar.

I samband med personens vård och utredning av hälsotillstånd kan behov identifieras som är föranledda av hälsotillståndet men som behöver tillgodoses genom insatser från andra aktörer. Det finns mängder av rättsliga regleringar som förutsätter att hälso- och sjukvården intygar den typen av bedömningar för att patienten ska kunna ta del av olika typer av samhällsstöd utifrån sitt hälsotillstånd.[34] Denna del av hälso- och sjukvårdens uppdrag lyfts i förarbetena fram som viktiga i synnerhet ur ett rehabiliteringsperspektiv.[35]

---

[32] Exempel på detta är vissa rättsmedicinska intyg eller utlåtande efter försäkringsmedicinska utredningar enligt lag (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.
[33] Proposition 1984/85:189 s. 47.
[34] *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39), s. 243.
[35] Prop. 1996/97:60 s. 63.

Individen har rätt att få ett intyg om sin vård. Detta innebär inte att individen har rätt att bli sjukskriven av en läkare. Läkaren gör en medicinsk bedömning om arbetsförmågan är nedsatt och om sjukskrivning är en lämplig åtgärd.

Hälso- och sjukvårdens skyldighet att utfärda intyg enligt 3 kap. 16 § PDL gäller i förhållande till patienten och inte i förhållande till den myndighet som behöver intyget för sin handläggning. Individen är ansvarig för att lämna in intyg till berörd myndighet eller aktör, även om de flesta intyg i dag överförs digitalt.

Hälso- och sjukvården har inget allmänt utredningsansvar i förhållande till den part som behöver ett visst intyg. Det kan uppstå situationer när en intygsmottagare har behov av medicinska uppgifter som hälso- och sjukvården inte har och inte heller anser sig behöva utifrån hälso- och sjukvårdens uppdrag. Ett exempel på detta kan vara när en arbetsgivare begär att arbetstagaren lämnar in läkarintyg från första dagen (så kallade förstadagsintyg). Hälso- och sjukvården ska prioritera dessa patienter på samma sätt som övriga patienter prioriteras. Om en person behöver träffa en läkare inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård första dagen eller inte avgörs av de medicinska behoven. Många arbetsgivare har i stället avtal med företagshälsovård för att kunna tillgodose behovet av dessa intyg.

2.3.4 Regler vid utfärdande av intyg

De flesta regler kopplade till hälso- och sjukvårdens intygsutfärdande finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården (intygsföreskriften). Denna föreskrift är utfärdad bland annat som tillämpningsföreskrift för 3 kap. 16 § PDL.

Intygsföreskriften gäller när personal inom verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) utfärdar intyg om personens vård, bedömning av personens hälsotillstånd eller behov, förmågor eller något annat förhållande orsakat av hälsotillståndet.

Intygsföreskriften reglerar krav på personen som utfärdar intyg (intygsutfärdaren) och krav på vårdgivaren som ansvarar för verksamheten där intyget utfärdas. Det finns även regler kopplat till intygets utformning och innehåll som bör beaktas av den som utformar intygsblanketter.

Kraven på intygsutfärdaren

Av PDL framgår att den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård, ska utforma det med noggrannhet och omsorg.[36] En intygsutfärdare ska vara saklig och opartisk vid insamling av det material som ligger till grund för ett intyg.[37]

Intyg ska som huvudregel utfärdas efter en undersökning av intygspersonen. Om intygsutfärdaren avviker från detta ska intygsutfärdaren utifrån intygets ändamål överväga om det enligt någon författning eller av medicinska skäl krävs en undersökning av intygspersonen. Intygsutfärdaren ska även överväga om det behöver hämtas in upplysningar från någon fysisk eller juridisk person eller från intygspersonens patientjournal eller andra handlingar.

Den som utfärdar intyg ska ha den kompetens som krävs för att utfärda intyget. En intygsutfärdare ska inte utfärda ett intyg, om det finns någon särskild omständighet som gör att hans eller hennes opartiskhet kan ifrågasättas. Intyget får ändå utfärdas om det finns särskilda skäl men i sådana fall skälen ska anges i intyget.

Kraven på intygets utformning och innehåll

I Socialstyrelsens intygsföreskrift finns krav på intygets utformning och innehåll. Reglerna riktar sig framför allt till intygsutfärdaren, men intygsutfärdarens möjlighet att leva upp till kraven är i hög utsträckning beroende av intygsformulärets utformning. Den som tar fram intygsblanketter bör därför vid utformandet underlätta för intygsutfärdaren att leva upp till dessa krav.

Intyg ska vara tydligt utformat och så enkelt som möjligt att förstå för intygspersonen eller för någon annan mottagare av intyget. Innebörden av medicinska eller andra termer som inte kan anses vara allmänt kända ska förklaras. Ett intyg ska också innehålla uppgifter om exempelvis intygets ändamål och kontaktsätt vid undersökning. Av ett intyg ska det framgå från vem en uppgift kommer, om det är intygsutfärdarens egen uppgift eller om den kommer från någon annan.

Vidare ska det framgå vad som är intygsutfärdarens bedömning och vad som är uppgifter som ligger till grund för bedömningen

[36] 6 kap. 10 § PDL.
[37] 5 kap. 1 § Intygsföreskriften.

(6 kap. 3 §). Ett intyg ska också innehålla uppgifter om de undersökningar, journalhandlingar och andra handlingar samt upplysningar som ligger till grund för den bedömning som intygsutfärdaren gör vid utfärdandet av intyget. Det ska även framgå i vilka avseenden de olika uppgifterna ligger till grund för bedömningen (6 kap. 8 §). Vid den bedömning som görs i samband med utfärdandet av ett intyg ska intygsutfärdaren endast uttala sig om sådana förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om och intygsutfärdaren ska beakta att ett intyg kan få betydelse i rättsliga sammanhang.

Vårdgivaren har ansvar för att reglerna följs

Vårdgivaren har ansvar för att det finns rutiner och processer, vilka säkerställer att kraven i intygsföreskriften uppfylls. Vårdgivaren ska också säkerställa att den som utfärdar intyget har den kompetens som krävs för att utfärda intyget. Vårdgivaren ska också se till att intyg utfärdas med respekt för intygspersonens självbestämmande och integritet.

2.3.5 Hälso- och sjukvårdens uppgiftsskyldighet mot Försäkringskassan

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.[38] Sekretessen hindrar däremot inte att uppgifter lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldigheten följer av lag eller förordning.[39] Hälso- och sjukvård som bedrivs av kommun, region, eller stat räknas som en myndighet och ska på begäran av Försäkringskassan lämna ut uppgifter som avser en namngiven person när det gäller förhållanden som är av betydelse för tillämpning av Socialförsäkringsbalken.[40] Denna uppgiftsskyldighet omfattar alltså inte privata vårdgivare. För dessa krävs samtycke från individen för att lämna ut uppgifter till Försäkringskassan som behövs för tillämpningen av Socialförsäkringsbalken.

Situationer när denna uppgiftsskyldighet blir tillämplig är när Försäkringskassan begär komplettering av läkarintyg, begär att ta del

[38] 25 kap. 1 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
[39] 10 kap. 28 § Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
[40] 110 kap. 31 § Socialförsäkringsbalken.

av journalkopior eller på annat sätt begär ytterligare uppgifter från hälso- och sjukvården än vad som framgår av personens inlämnade läkarintyg.

2.4 Försäkringskassans uppdrag gällande sjukpenning och samordning av rehabiliteringsinsatser

Försäkringskassan utreder och fattar beslut om sjukpenning och andra förmåner och samordnar andra aktörers åtgärder för rehabilitering tillbaka till arbete. I detta avsnitt beskriver vi översiktligt regelverket för sjukpenning och därefter Försäkringskassans handläggning av sjukpenningärenden.

2.4.1 Reglerna för sjukpenning

Syftet med sjukpenning är att individer som har tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ska kunna vara frånvarande från arbete eller annan sysselsättning och ha ekonomisk trygghet under denna tid. Sjukpenning syftar till att täcka inkomstbortfall som arbetsförmågans nedsättning medför. Det är en dagersättning för de dagar individen är förhindrad att arbeta på grund av sjukdom.

Ett annat viktigt syfte och mål med sjukförsäkringen är att en sjukskriven individ ska få stöd under sin sjukskrivning för att återfå arbetsförmågan och kunna återgå i arbete så snart det är möjligt. Reglerna för sjukpenning finns i Socialförsäkringsbalken. Ett grundläggande villkor för att kunna beviljas sjukpenning är att det finns en sjukdom som sätter ner arbetsförmågan med minst 25 procents omfattning av arbetstiden. Individen ska också vara försäkrad för sjukpenning genom att ha försäkringstillhörighet och sjukpenninggrundande inkomst.

Arbetsförmågans nedsättning bedöms av Försäkringskassan mot olika bedömningsgrunder i rehabiliteringskedjan beroende på hur länge sjukperioden pågått. För egenföretagare gäller endast prövning mot det vanliga arbetet och vid en senare tidpunkt mot arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden. För den som är arbetslös eller tjänstledig sker prövningen hela tiden gentemot arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden.

Bedömningen av om individen kan utföra sitt vanliga eller ett annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder görs under de första 90 dagarna i rehabiliteringskedjan. Från och med dag 91 i rehabiliteringskedjan ska prövningen av rätten till sjukpenning även göras i förhållande till annat arbete hos arbetsgivaren.

Efter 180 dagar vidgas prövningen av arbetsförmågans nedsättning ytterligare. Från och med den tidpunkt då individen har haft nedsatt arbetsförmåga under 180 dagar ska det dessutom beaktas om individen har sådan förmåga att han eller hon kan försörja sig själv genom:

1. förvärvsarbete i en sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden, eller
2. annat lämpligt arbete som är tillgängligt för honom eller henne.

Det finns undantag från denna regel vilket innebär att arbetsförmågan ska fortsätta bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren om något av nedanstående är tillämpligt:

1. övervägande skäl talar för att den försäkrade kan återgå till det vanliga arbetet före den tidpunkt då den försäkrade haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar, eller
2. det finns särskilda skäl som grundas på att den försäkrade kan förväntas återgå till arbete som avses före den tidpunkt då han eller hon haft nedsatt arbetsförmåga i 550 dagar, eller
3. det kan anses oskäligt att bedöma den försäkrades arbetsförmåga enligt första stycket.

Att prövningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras mot förvärvsarbeten i en *sådan angiven yrkesgrupp som innehåller arbeten som är normalt förekommande på arbetsmarknaden* betyder att om Försäkringskassan beslutar om avslag på grund av att arbetsförmågan inte är nedsatt i ett normalt förekommande arbete ska det anges en eller flera yrkesgrupper som den försäkrade bedöms klara av att arbeta inom. Syftet med detta är att besluten ska bli mer konkreta för att öka den försäkrades möjlighet att förstå bedömningen.

Begreppet normalt förekommande arbete har ingen exakt vedertagen definition. Utifrån förarbeten och domar framgår det att det rör sig om vanliga arbeten på arbetsmarknaden där en persons arbetsförmåga kan tas till vara helt eller nästan helt. Det är fråga om arbeten

som innebär krav på normal prestation och som en yrkesutövare kan klara utan att det behövs någon större anpassning på grund av hens eventuella funktionsnedsättning eller medicinska besvär.

Det finns särskilda bestämmelser för personer som är i den åldern att de har rätt till inkomstgrundad ålderspension. Arbetsförmågan ska för dem alltid prövas mot det arbete de är sjukskrivna från eller annat arbete som finns tillgängligt för den försäkrade.

Rehabiliteringskedjan kan bara tillämpas fullt ut för den som har en arbetsgivare. För arbetslösa individer bedöms arbetsförmågan direkt mot normalt förekommande arbete.

2.4.2 Handläggarens utredning och bedömning

All handläggning och verksamhet inom Försäkringskassan utgår från principerna i den statliga värdegrunden. Den statliga värdegrunden innehåller gemensamma utgångspunkter för alla myndigheter och statsanställda och utgår från regeringsformens grundläggande krav och består av de sex principerna demokrati, legalitet, objektivitet, fri åsiktsbildning, respekt samt effektivitet och service. Principerna bottnar också i andra lagar och förordningar.[41] Försäkringskassan har tagit fram egna etiska principer som kompletterar den statliga värdegrunden.[42]

Varför utredning?

Eftersom sjukpenning är en lagstadgad försäkringsförmån där olika villkor behöver uppfyllas behövs det utredning för att säkerställa att ersättningen kan betalas ut utifrån regelverket. Lagstiftningen för socialförsäkringen är utformad på ett sådant sätt att det finns ett bedömningsutrymme som möjliggör för den som fattar beslut att väga in relevanta omständigheter i det enskilda fallet för att bedöma om en person har rätt till en förmån.

[41] Statskontoret (2019).
[42] Försäkringskassans etiska kod.

Utredning av rätten till sjukpenning och arbetsförmågans nedsättning

Ett ärende gällande sjukpenning startar hos Försäkringskassan när en individ ansöker om sjukpenning och arbetsgivaren (om sådan finns) har anmält sjukfrånvaron till Försäkringskassan. En arbetslös individ anmäler sjukfrånvaro till Försäkringskassan första dagen.

En ansökan om sjukpenning ska fyllas i där individen ska redogöra för sina besvär och hur dessa påverkar arbetsförmågan. Individen ska bifoga ett läkarintyg till sin ansökan.

Försäkringskassans handläggare ska ta ställning till anspråket genom att utreda om villkoren för att bevilja sjukpenning är uppfyllda.

Att bedöma om en individ har rätt till sjukpenning innebär bland annat att utreda om, hur samt i vilken omfattning arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. I denna bedömning är det inte sjukdomstillståndet i sig (att det finns en diagnos) som är avgörande utan det som medför att det finns rätt till sjukpenning är hur individens arbetsförmåga är påverkad av sjukdomen.

Handläggarens utredning och bedömning baseras på uppgifter och bedömningar från andra aktörer inklusive den sjukskrivna individen själv. Det handlar om olika typer av underlag som uppgifter i ansökan, läkarintyg och uppgifter från arbetsgivaren och ibland tidigare intyg eller utlåtanden om arbetsförmågan, även från eventuella tidigare sjukpenningärenden.

Handläggaren har olika verktyg till förfogande i sin utredning som vi återkommer till längre fram.

Läkarintyget är ett centralt underlag i utredningen, men handläggaren ska göra en självständig bedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom, i samband med beslut om sjukpenning.[43] Vi återkommer till läkarintyget i nästa avsnitt.

Utredningsskyldighet och befogenheter

Det framkommer i Försäkringskassans vägledning för sjukpenning att ett grundläggande krav vid handläggningen av sjukpenningärenden är att Försäkringskassan ska leda utredningen och se till att nödvändigt underlag kommer in. Syftet med utredningen är att klarlägga de faktiska förhållanden som är relevanta för ärendet så att ett mate-

[43] Försäkringskassans Vägledning 2015:1 Version 17.

riellt riktigt beslut kan fattas. Ett materiellt riktigt beslut bygger på hur det faktiskt förhåller sig i det enskilda fallet, det vill säga hur det är i verkligheten. Om beslut fattas med stöd av ett otillräckligt underlag riskerar beslutet att bli materiellt oriktigt. Beslutsfattaren kan då inte med tillräcklig säkerhet bedöma om den försäkrade har rätt till sjukpenning eller inte. I utredningsskyldigheten ingår att utreda alla omständigheter som kan ha betydelse för beslutet. Om det finns oklarheter i det samlade underlaget behöver underlaget kompletteras och ärendet behöver utredas vidare innan beslut kan fattas.

Det är en allmän förvaltningsrättslig princip att den som ansöker om en förmån ska visa att hen uppfyller förutsättningarna för att beviljas förmånen – hen har alltså bevisbördan. Samtidigt har Försäkringskassan en omfattande utredningsskyldighet.[44] Utredningsskyldigheten regleras i både Förvaltningslagen (2017:900) och i Socialförsäkringsbalken. Den är allmänt beskriven vilket medför att skyldighetens omfattning varierar utifrån förhållanden i det enskilda ärendet.

Försäkringskassan är enligt lag skyldig att utreda ärenden såsom deras beskaffenhet kräver.[45] Vad detta innebär beskrivs på följande sätt i vägledningen för sjukpenning:

> Det är viktigt att man i varje enskilt ärende bedömer hur omfattande utredningsåtgärder som krävs från Försäkringskassans sida. Vilken utredning som krävs av oss kan alltså variera mellan ärenden inom samma ärendetyp. Det är beroende av faktorer som till exempel den försäkrades förutsättningar att bevaka sina intressen, vilken typ av sjukdom det gäller och vilket arbete som bedömningen ska göras mot. Om den försäkrade till exempel lider av en psykisk sjukdom med en komplicerad problembild kan det göra att vi måste vidta mer omfattande utredningsåtgärder.[46]

Försäkringskassan har en omfattande skyldighet och omfattande befogenheter att utreda ett ärende.

Myndigheter (inklusive offentligt driven hälso- och sjukvård) och arbetsgivare har enligt 110 kap. 31 § SFB skyldighet att lämna de uppgifter som Försäkringskassan behöver för sin tillämpning av Socialförsäkringsbalken efter begäran från Försäkringskassan gällande namngiven person.

[44] Försäkringskassans Vägledning 2015:1 Version 17.
[45] Förvaltningslagen 23 § och 110 kap. 13 § första stycket SFB.
[46] Försäkringskassans Vägledning 2015:1 Version 17, s. 215.

Helhetsbedömning och bevisvärdering

I vägledningen för sjukpenning framgår att syftet med bevisvärdering i sjukpenninghandläggning är att avgöra om utredningen med tillräcklig styrka talar för att den försäkrade uppfyller villkoren för att få sjukpenning. Det handlar om att bedöma värdet av bevisningen. I utredningen ingår att göra en värdering av inkomna underlag och uppgifter. Det betyder att handläggaren ska värdera inkomna underlag utifrån vem som är uppgiftslämnare och hur denna fått kännedom om sakförhållandena.

Den försäkrade ska i normalfallet komma in med ett läkarintyg för att styrka att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. I Försäkringskassans vägledning för sjukpenning förklaras innebörden av ordet *styrka* som att det ska tolkas som synonymt med visa, bekräfta eller intyga. Bestämmelsen ska dock här inte förstås som att Försäkringskassan inte ska ta hänsyn till annan bevisning än läkarintyg. Tvärtom ska handläggaren värdera all bevisning som gäller omständigheter som har betydelse för bedömningen i ärendet.

Alla relevanta underlag i ärendet ska värderas och ingå i den helhetsbedömning som ska göras. Detta medför bland annat att även om innehållet i ett läkarintyg inte är sådant att det i sig skulle göra att beviskravet *sannolikt* är uppfyllt, så kan ändå beviskravet vara uppfyllt vid helhetsbedömningen av allt relevant underlag.

Det är beslutsfattaren som bestämmer värdet av bevisningen. Värderingen av bevisningen ska göras objektivt och redovisas i beslutet.

I nästa avsnitt beskrivs läkarintyget, som är det mest centrala underlaget för handläggaren i bedömningen av arbetsförmågans nedsättning och som också är i fokus för den här utredningen.

2.4.3 Läkarintyget i sjukpenningärenden

Det är genom läkarintyget som medicinsk information om den enskilde kommer till Försäkringskassan. Försäkringskassan gör inte egna medicinska undersökningar och är därför beroende av medicinsk information från hälso- och sjukvården om den individ som ansöker om sjukpenning.

Uppgifterna i läkarintyget utgör en central del av bedömningsunderlaget hos Försäkringskassan i sjukpenningärenden. Informa-

tionen behövs både för att Försäkringskassan ska kunna besluta om sjukpenning och för att bedöma behovet av rehabiliteringsåtgärder.

I Socialförsäkringsbalken framkommer inte närmare vilken typ av uppgifter som ska finnas i ett läkarintyg, utöver att läkarintyget ska styrka nedsättningen av arbetsförmågan. Som vi skrev i förra avsnittet ska ordet *styrka* förstås som visa, bekräfta eller intyga.

I avsnittet om läkarens uppdrag vid sjukskrivning visade vi att förarbeten ger visst stöd gällande vilka uppgifter ett läkarintyg bör innehålla, eller snarare, vad en läkare bör uttala sig om inom ramen för sitt uppdrag och kompetens.

Även rättspraxis påverkar hur behoven av medicinska uppgifter i sjukpenningärenden utvecklas.

I rättspraxis betonas att det inte är tillräckligt att läkare enbart intygar att någon behöver avstå från arbete utan det bör framgå i läkarintyg och andra medicinska underlag på vilket sätt sjukdomen sätter ned arbetsförmågan. Man understryker att det tydligt bör framgå hur läkaren har kommit fram till sin bedömning, och att det sedan är Försäkringskassan som prövar om arbetsförmågan är nedsatt på det sätt som krävs för att personen ska ha rätt till ersättning.[47]

Vidare framgår i vägledningen för sjukpenning att när Försäkringskassan bedömer om arbetsförmågan är nedsatt ska en helhetsbedömning göras där hänsyn tas både till vad som står i de medicinska underlagen och till övriga relevanta uppgifter i utredningen.

Läkarintygets utformning

Det finns en bestämmelse om läkarintygets utformning. Av 9 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter RFFS 1998:13 framgår att:

> I ärende om sjukpenning ska användas formulär för läkarintyg och särskilt läkarutlåtande som fastställts av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen.

Syftet med att det finns ett fastställt format gällande läkarintyg för sjukpenning är att underlätta informationslämnande för den som skriver ett intyg och göra det förutsägbart för individen vilken information som behöver lämnas avseende medicinska faktorer.

[47] Försäkringskassans Vägledning 2015:1 Version 17.

Läkarintyget innehållet de uppgifter som normalt behövs för att Försäkringskassan ska kunna utreda och bedöma ärendet. Det finns inget lagkrav på att information behöver inkomma på ett visst sätt eller i ett visst format för att kunna beviljas sjukpenning.

Om den försäkrade lämnar in ett läkarintyg som är utformat på annat sätt värderar handläggaren de uppgifter som finns i intyget. Finns det tillräckliga uppgifter för att bedöma rätten till sjukpenning behöver handläggaren inte begära ett nytt intyg på rätt blankett. Utgångspunkten är att intyget ska vara fullständigt ifyllt, men om intyget tillsammans med övriga underlag i ärendet innehåller tillräcklig information för att rätten till sjukpenning kan bedömas behöver det inte alltid kompletteras, även om det inte är fullständigt ifyllt.[48]

Centrala uppgifter i läkarintyget gällande bedömningen av arbetsförmågans nedsättning

Läkarintyget innehåller frågor om uppgifter som normalt behövs för att bedöma om, i vilken grad och hur länge arbetsförmågan är nedsatt och om individen har behov av rehabiliteringsåtgärder. De mest centrala informationsmängderna i läkarintyget som behövs för att bedöma arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom (utöver att det finns en diagnos) är uppgifter om funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Begreppen kommer från ICF (*Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)*.

För att underlätta analysen av sambandet mellan sjukdom och arbetsförmågans nedsättning använder Försäkringskassan den s.k. DFA-kedjan som stöd och analysmetod. Enligt den ska det finnas ett orsakssamband mellan sjukdomen, funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa på förmågan att utföra aktiviteter.

Läkaren ska även ange de observationer, testresultat och undersökningar som ligger till grund för bedömningen av funktionsnedsättningar. För psykiatriska tillstånd gäller att den del av sjukdomshistorien/anamnesen som talar för att ett psykiatriskt tillstånd föreligger ska anges.

För att Försäkringskassan ska kunna värdera informationen i intyget behöver det vara tydligt vilka uppgifter som har lämnats av den försäkrade och vilka uppgifter som läkaren faktiskt kan intyga. Läkare bör redogöra för sin professionella värdering och bedömning av den

[48] Försäkringskassans Vägledning 2015:1 version 17.

information som framkommer vid undersökningen av patienten. Vissa sjukdomstillstånd och besvär kan vara svåra för läkaren att verifiera objektivt genom undersökningsfynd. Att de medicinska underlagen saknar så kallade objektiva undersökningsfynd är inte avgörande för Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. Försäkringskassan ska alltså inte avslå en ansökan av den anledning att det saknas objektiva undersökningsfynd.[49]

2.4.4 Handläggarens metoder, verktyg och styrande dokument

I utredningsarbetet har handläggaren tillgång till olika slags stöd och verktyg. Dessa används både för att utreda arbetsförmågans nedsättning och behovet av rehabiliterande åtgärder för återgång i arbete. I nedanstående avsnitt beskriver vi verktygen, utöver läkarintyget, med bäring på utredningen och bedömningen av arbetsförmågans nedsättning och behov av rehabilitering. Informationen i detta avsnitt är hämtad från Försäkringskassans Vägledning 2015:1 Version 17.

Vägledning och metodstöd

Försäkringskassans vägledningar innehåller samlad information om vad som gäller inom ett eller flera försäkringsområden. En vägledning kan innehålla beskrivningar av författningsbestämmelser, förarbeten, allmänna råd, rättsliga ställningstaganden, praxis och Justitieombudsmannens beslut. Vägledningen för sjukpenning består av två delar. Den första delen beskriver regler för sjukpenning, sjukpenning i särskilda fall, rehabilitering, rehabiliteringsersättning samt rehabiliteringsersättning i särskilda fall och hur de ska tillämpas (tillämpningsdelen). Den andra delen ger stöd i handläggningens olika delar i sådana ärenden (metodstödsdelen).

Avstämningsmöte

Ett avstämningsmöte syftar till att klarlägga hur individens arbetsförmåga kan tas till vara. I mötet deltar Försäkringskassan och individen tillsammans med andra aktörer, till exempel den intygsskrivande

[49] Försäkringskassans Vägledning 2015:1 version 17, s. 74.

läkaren, arbetsgivaren, företagshälsovården och Arbetsförmedlingen. Om individen begär det kan också en facklig representant delta.

Avstämningsmötet ska användas när handläggaren tillsammans med den försäkrade och ytterligare någon eller några aktörer behöver utreda och bedöma den sjukskrives medicinska tillstånd, arbetsförmåga samt behov av och möjligheter till rehabilitering. Ett avstämningsmöte är ofta ett lämpligt tillfälle att upprätta en plan för återgång i arbete.

SASSAM-kartläggning

SASSAM står för Strukturerad Arbetsmetodik för Sjukfallsutredning och SAMordnad rehabilitering. Den innebär att handläggaren i dialog med individen kartlägger och analyserar hinder och möjligheter för återgång i arbete. SASSAM-kartläggningen innehåller individfaktorer, omgivningsfaktorer och motivation. Den ger en bild av situationen och blir en del i beslutsunderlaget för den fortsatta handläggningen. Om det behövs och är möjligt, ska en SASSAM också leda fram till en planering för återgång i arbete, med eller utan rehabiliteringsåtgärder.

Underlag från arbetsgivare

Arbetsgivaren ska lämna de upplysningar som Försäkringskassan behöver för att klarlägga den sjukskrivna medarbetarens behov av rehabilitering. Det kan till exempel gälla arbetsuppgifter, eller möjligheterna att ge andra eller anpassa arbetsuppgifter. Arbetsgivaren är också skyldig att upprätta en plan för återgång i arbete om det kan antas att arbetsförmågan kommer vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar. Planen ska vara upprättad senast den dag när arbetsförmågan varit nedsatt under 30 dagar. Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som görs på arbetsplatsen för att medarbetaren ska kunna återgå i arbete. Som stöd för sitt antagande, eller sin bedömning har arbetsgivaren i de flesta fall tillgång till medarbetarens läkarintyg. Arbetsgivarens plan kan vara ett viktigt underlag för Försäkringskassan i utredningen av individens behov av rehabilitering och rätt till sjukpenning.

Konsultation med försäkringsmedicinska rådgivare och försäkringsspecialister

Ibland behöver handläggaren stöd för att förstå de medicinska omständigheterna som framkommer i läkarintyg (eller andra medicinska underlag) för att kunna värdera informationens betydelse för de förmåner handläggaren arbetar med. Då kan handläggaren ta stöd av försäkringsmedicinska rådgivare. Dessa är läkarutbildade med specialistkompetens som arbetar som tjänstemän hos Försäkringskassan. De är myndighetens sakkunniga i medicinska och försäkringsmedicinska frågor. En försäkringsmedicinsk rådgivare är ett konsultativt stöd som bidrar med sin medicinska kompetens till utredningen men de deltar inte i beslutsfattande gällande ersättningar och åtgärder. Beslut om ersättning fattas alltid av handläggaren.

Försäkringsmedicinska rådgivare håller även utbildningar för övrig personal om medicinska tillstånd.

Handläggare kan även konsultera en försäkringsspecialist vid behov gällande frågor som rör sjukförsäkringen och handläggningen.

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet

Försäkringskassans handläggare använder Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som kunskapskälla.

Rekommendationerna kan ha ett vägledande värde för Försäkringskassan i handläggningen av sjukpenningärenden, men de ska inte uppfattas som regler för hur länge en person kan få sjukpenning.

Aktivitetsförmågeutredning (AFU)

Försäkringskassan kan beställa en aktivitetsförmågeutredning när det behövs ett fördjupat medicinskt underlag och sådan information inte kan hämtas in på något annat sätt. Det kan vara i situationer när handläggaren bedömer att den medicinska informationen är oklar eller motsägelsefull, till exempel när det är oklart i vilken omfattning sjukdomen sätter ner arbetsförmågan. Utredningen bidrar till bedömningen av individens arbetsförmåga och eventuella behov av samordnande insatser. Syftet med en aktivitetsförmågeutredning är

att få ett underlag som tydligt beskriver individens aktivitetsförmåga i förhållande till vad ett normalt förekommande arbete kräver.[50]

Tidigare fanns flera olika typer av försäkringsmedicinska utredningar, men i dag är aktivitetsförmågeutredningen den form av försäkringsmedicinsk utredning som finns inom sjukförsäkringsområdet. Verksamheten regleras i lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.

Regionerna ansvarar för att tillhandahålla utredningen till Försäkringskassan men försäkringsmedicinska utredningar utgör inte hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening.

En aktivitetsförmågeutredning ska genomföras av en legitimerad läkare och vid behov även av en eller flera övriga legitimerade professioner som psykolog, arbetsterapeut och fysioterapeut.

2.5 Fakta om sjukpenning

Under 2022 betalade Försäkringskassan sjukpenning till 618 000 individer. 63 procent av dessa var kvinnor. Jämfört med 2021 minskade antalet mottagare med 2 procent bland män och ökade 1 procent bland kvinnor. Kostnaden för sjukpenning uppgick till 40,4 miljarder kronor år 2022.[51]

Utredningen har tagit del av uppgifter från Försäkringskassan gällande andel sjukskrivningsfall som avslutats inom 30 respektive 60 dagar. Det finns en säsongsvariation gällande hur stor andel av sjukskrivningsfallen som uppnår en viss längd. Hälften av alla startade sjukskrivningsfall avslutades innan de passerade 30 dagar i januari 2022, och cirka 36 procent i juli 2022. Se nedan tabell 2.1.

Tabell 2.1 Andel avslutade sjukfall utifrån olika tidsintervall

Period för sjukfallsstart	Antal startade sjukfall under perioden	Andel sjukfall som inte passerat 30 dagar	Andel sjukfall som inte passerar 60 dagar	Andel sjukfall som passerat 60 dagar
Januari 2022	57 648	50,6 %	69,0 %	31,0 %
Juli 2022	36 215	36,3 %	59,9 %	40,1 %

Källa: Försäkringskassan (Midas).

[50] Se Försäkringskassans hemsida.
[51] Försäkringskassan (2023b).

Olika sjukdomstillstånd leder till olika långa sjukskrivningsperioder. Sjukskrivningar i psykiska diagnoser innebär i allmänhet längre sjukskrivningar men det varierar kraftigt inom diagnosgruppen. Utmattningssyndrom innebär ofta längre sjukskrivningar.

Stor skillnad i sjukpenningtalet för kvinnor och män

Det är stor skillnad mellan kvinnors och mäns sjukpenningtal, vilket till stor del bedöms bero på bristande jämställdhet i arbetslivet och det obetalda hem- och omsorgsarbetet. Många kvinnor arbetar inom verksamheter med högre risk för bristande organisatorisk och social arbetsmiljö, exempelvis inom vård och omsorg. Kvinnors sjukfrånvaro beror alltså sannolikt inte på att de har sämre hälsa utan snarare på att de i högre utsträckning tar ett ansvar för hem och barn samt arbetar i andra verksamheter och positioner än män.[52]

2.5.1 Variationer i sjukfrånvaron och sjukskrivningsmönster

Ett uttalat mål för sjukförsäkringen är att sjukfrånvaron från arbete ska ligga på en långsiktigt stabil och låg nivå. Regeringen har beslutat om följande precisering av målet.

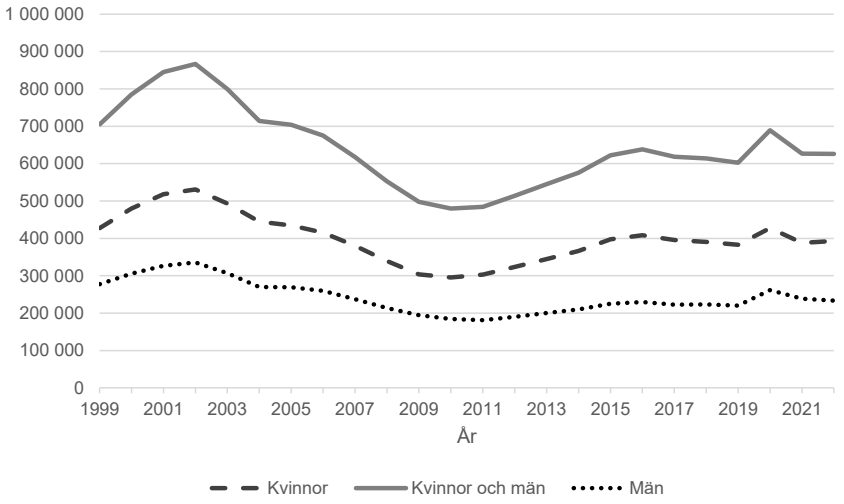
- Sjukfrånvaron ska inte variera mer än inom ramen för normala säsongsvariationer.
- Osakliga regionala skillnader i sjukfrånvaron ska inte förekomma.
- Skillnaden i sjukfrånvaron mellan kvinnor och män ska minska.[53]

Sjukfrånvaron varierar över tid och orsakerna är flera. Vad som driver ändringar i sjukfrånvaron är en komplex fråga och många faktorer spelar in. Sjukförsäkringens utformning har stor betydelse, men utvecklingen påverkas även av andra förhållanden som ekonomiskt skydd vid arbetslöshet, utvecklingen på arbetsmarknaden och andra sociala skyddsnät.[54]

[52] Försäkringskassan (2023a).
[53] Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 10.
[54] www.forsakringskassan.se/download/18.3a5418591814e228e4413ba/1661322861633/den-svenska-sjukfranvaron-i-ett-europeiskt-perspektiv-korta-analyser-2022-4.pdf.

Sverige har haft en både hög och fluktuerande sjukfrånvaro men under de senaste två decennierna har ett trendbrott skett och sjukfrånvaron ligger numera på en lägre och mer stabil nivå jämfört med före nedgången som inleddes år 2003.

Figur 2.1 Antal mottagare av sjukpenning per år



Källa: Försäkringskassans öppna statistikdatabas, hämtad:2023-08-10.

Det finns en skillnad mellan olika regioners sjukpenningtal som bara till liten del kan förklaras av faktorer som befolkningens ålder, kön och inkomst. Långsiktigt har variationerna i regionernas sjukpenningtal minskat mellan 2004 och 2010 för att därefter öka något mellan 2011 och 2017 medan de sedan 2018 minskat något igen och varit relativt stabila.[55]

Försäkringskassan och Socialstyrelsen studerade regionala variationer i sjukskrivningsmönster 2017. Studien visade på tydliga skillnader i sjukskrivningsmönster mellan län, kommuner och vårdenheter vad gäller sjukskrivningslängd och deltidssjukskrivning. Bland annat var skillnaderna mellan vårdenheter när det gäller sjukskrivningslängd stora för stressrelaterad psykisk ohälsa.[56]

[55] Försäkringskassan (2023a).
[56] Försäkringskassan (2017a).

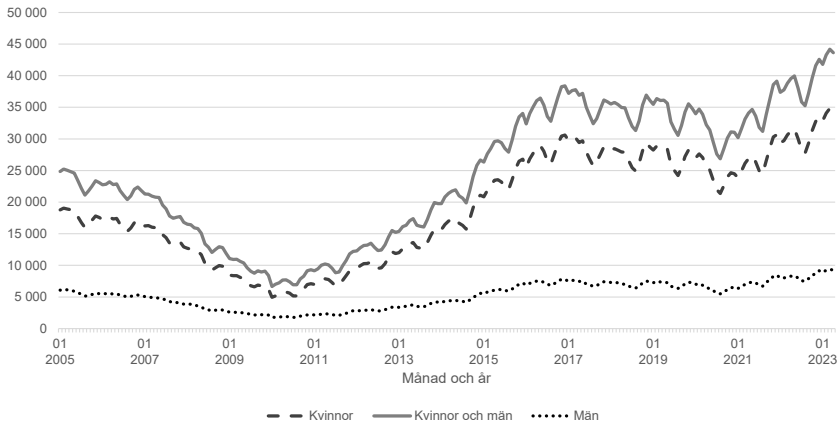
Eftersom flera aktörer är involverade och samverkar med varandra är det svårt att dra slutsatser gällande hur processen fungerar utifrån en kartläggning av en enskild aktörs insatser. Även Försäkringskassans handläggning påverkar sjukpenningtalets utveckling.[57]

Sjukskrivningar i psykiska diagnoser

Stressrelaterad psykisk ohälsa, t.ex. reaktion på svår stress och utmattningssyndrom står för en stor del av variationen i sjukfrånvaron. Sjukfrånvaro i psykiska sjukdomar står för hälften av alla sjukskrivningar och har ökat som andel av sjukskrivningarna sedan 1990-talet.

I synnerhet för kvinnor har antalet sjukfall på grund av stressrelaterade sjukdomar ökat. Kvinnor löper 41 procent högre risk än män att drabbas av stressrelaterade psykiska sjukdomar. Jämfört med andra diagnoser drabbar den psykiska ohälsan män och kvinnor i relativt yngre åldrar, stressrelaterad psykisk ohälsa är vanligast förekommande i åldersspannet 30–39 år.[58]

Figur 2.2 Antal pågående sjukpenningfall för stressrelaterade sjukdomar (F43)



Källa: Försäkringskassans öppna statistikdatabas, hämtad:2023-08-10.

[57] Försäkringskassan (2017b).
[58] Försäkringskassan (2020a).

Andra psykiska sjukdomar, till exempel schizofreni eller psykoser, står för en liten och stabil del av sjukfrånvaron.[59]

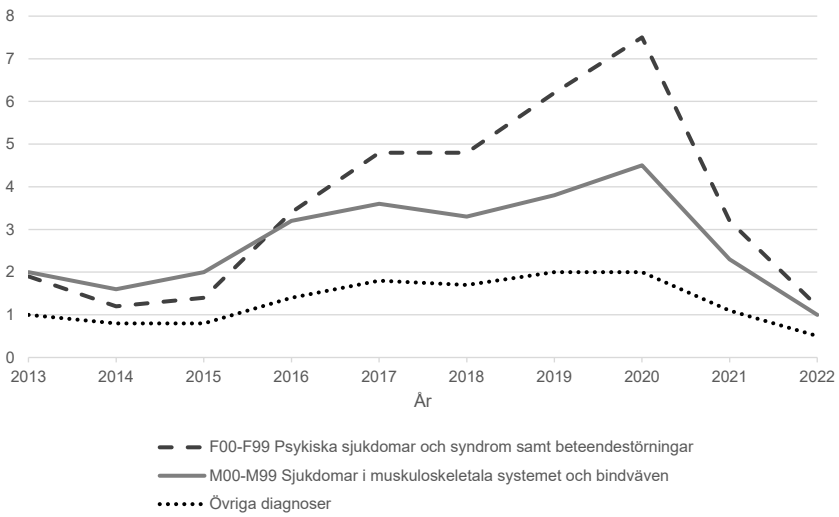
Under pandemiåren 2020 och 2021 sågs en minskning av sjukskrivningar på grund av stress och psykisk ohälsa. Därefter har en ökning åter skett.

Utvecklingen mot en allt högre andel av sjukskrivningar i psykiska sjukdomar kan innebära olika typer av utmaningar för sjukskrivningssystemet och dess aktörer som vi kommer att redogöra för närmare i kapitel 3.

2.5.2 Avslag och beviljande av sjukpenning

Nästan alla förstagångsansökningar om sjukpenning resulterar i att sjukpenning beviljas. Avslag på sjukpenning är ovanligt, särskilt i de tidiga faserna i en sjukskrivning. Avslagsandelen har varierat över åren, delvis på grund av ändringarna i regelverket och delvis på grund av ändringar i Försäkringskassans tillämpning.

Figur 2.3 Andel avslag vid första ansökan om sjukpenning per år



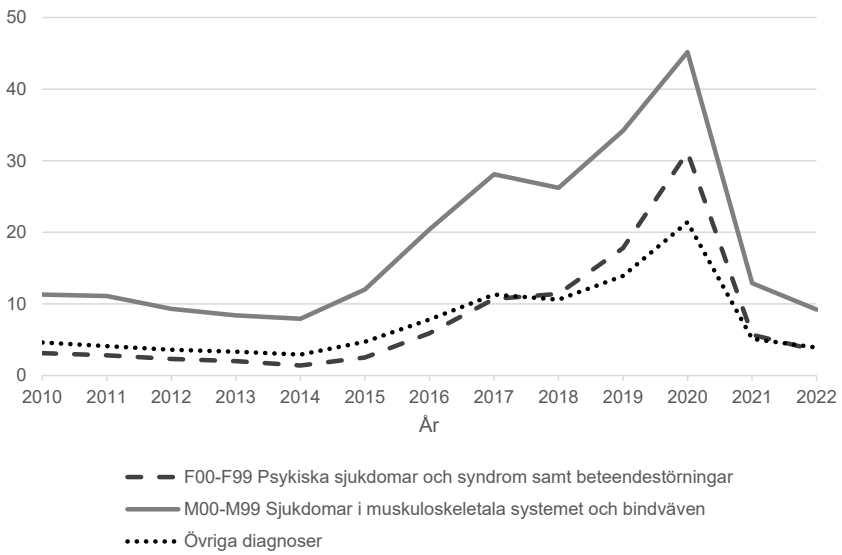
Källa: Försäkringskassans öppna statistikdatabas, hämtad:2023-08-10.

[59] www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2022-10-24-stressrelaterade-sjukskrivningar-okar-igen-efter-pandemin.

Under 2022 beviljades sjukpenning i 99 procent av nyansökningarna.[60]

Avslagsfrekvensen ökar ju längre tid individen varit sjukskriven. I sjukskrivningar som är över 551 dagar avslutades 15 procent av fallen genom att individen inte längre bedömdes ha nedsatt arbetsförmåga som uppfyllde villkoren för ersättning från sjukförsäkringen. Andelen för avslag totalt år 2022 var 2,4 procent.

Figur 2.4 Andel avslag på sjukpenning vid dag 181–365 i sjukpenningfall



Källa: Försäkringskassans öppna statistikdatabas, hämtad:2023-08-10.

Andelen avslag vid dag 180 ökade kring 2020. Försäkringskassan skriver i sin årsredovisning för 2020 att det troligtvis har sin grund i en utökad metod för kvalitetssäkring som innebar att samtliga sjukpenningärenden där personens arbetsförmåga för första gången bedöms i förhållande till normalt förekommande arbeten kvalitetssäkrades enligt metoden.[61]

Antalet sjukfall som avslutades genom avslag 2021 uppgick till cirka 3 procent av samtliga avslutade sjukfall vilket var en kraftig minskning, från en hög nivå historiskt sett, jämfört med 2020 då avslagsandelen var drygt 7 procent.[62]

[60] Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 10.
[61] Försäkringskassan (2021c).
[62] Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 10.

Att avslagsandelen minskat beror på olika orsaker. En förklaring är att en ny lagändring trädde i kraft i mars 2021 gällande bedömningen av arbetsförmågan mot normalt förekommande arbete som innebär att fler omfattas av undantag från att prövas mot normalt förekommande arbete.

Utöver ändringar i regelverket för sjukpenning har det också skett förändringar i tillämpningen med ökad betoning på utredningsskyldigheten och att helhetsbedömningar ska göras. Det har även skett förtydliganden gällande läkarintyget de senaste åren vilket också kan ha bidragit till att andelen avslag har minskat.[63] Vi beskriver de nämnda ändringarna kort i avsnitt 1.7.5.

Skillnader i avslag mellan olika grupper

Försäkringskassan publicerade en rapport våren 2022 om skillnader mellan grupper som fått avslag på sjukpenning under åren 2018–2021.[64]

Studien visar att sjukskrivna individer i psykiska diagnoser oftare får avslag på sjukpenning än individer som sjukskrivs för t.ex. tumörsjukdomar. Avslagsfrekvensen för initiala avslag vid psykiatriska diagnoser var 5,1 procent vilket var över genomsnittet på 3,2 procent sett över alla diagnosgrupper.

I längre sjukskrivningsfall, efter dag 180, hade sjukskrivna med diagnoser inom rörelseorganens sjukdomar och psykiska diagnoser högre avslagsfrekvens.

Inom de psykiska diagnoserna hade det betydelse vilken svårighetsgrad diagnosen har. Bland psykiska diagnoser har stressrelaterad psykisk ohälsa en högre avslagsfrekvens, medan psykiska sjukdomar som svårare depressioner, bipolär sjukdom och schizofreni har lägre avslagsfrekvens efter dag 180.

I rapporten konstateras att avslagen är fler i de typer av diagnoser där läkaren kan ha svårt att göra en bedömning av arbetsförmågans nedsättning.

> För komplexa diagnoser kan det vara svårare för hälso- och sjukvården att bedöma hur arbetsförmågan satts ned, samt att förtydliga det med exempelvis objektiva undersökningsfynd, vilket inneburit fler avslag.[65]

[63] Försäkringskassan (2023a).
[64] Försäkringskassan (2022a).
[65] Försäkringskassan (2022a s. 49).

Arbetslösa har större risk att få avslag på första ansökan om sjukpenning än individer med anställning. Sannolikt eftersom arbetsförmågan bedöms mot normalt förekommande arbete.

Geografiska variationer i avslagsfrekvensen

Det finns geografiska variationer i avslagsfrekvensen enligt analysen från Försäkringskassan. Orsakerna till variationerna är inte klarlagda. Det kan handla om skillnader i handläggningen hos både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Avslag är ett område som inte studerats så mycket och Försäkringskassan konstaterar att fler studier behövs och att även andra perspektiv behöver belysas för att få en bättre helhetsbild, t.ex. hur hälso- och sjukvården arbetar med sjukskrivning.

2.6 Begreppen försäkringsmedicin och försäkringsmedicinsk kompetens

I det här betänkandet kommer vi att använda begreppen *försäkringsmedicin* och *försäkringsmedicinsk kompetens*. I utredningens arbete har vi upplevt att det läggs olika innebörd i begreppet försäkringsmedicin delvis beroende på att olika aktörer utifrån sitt uppdrag har olika relation till begreppet. Begreppet används även olika i länder med olika system. Utredningen vill därför beskriva vad vi avser när vi använder begreppen.

Vi utgår från den definition av försäkringsmedicin som nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF)[66] tagit fram. I den framgår att:

> Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet innefattar medicinsk undersökning och utredning, bedömning av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser kopplade till försäkringsmässiga ställningstaganden och hur dessa påverkar individen.

NFF lyfter att utgångspunkten för kunskapsområdet är tvärvetenskaplig kunskap och beprövad erfarenhet samt det ömsesidiga förhållandet mellan sjuklighet, medicin och försäkringssystem. Vi bedömer att NFF:s definition är den vedertagna definition som används i exem-

[66] NFF beskrivs närmare senare i kapitlet.

pelvis kunskapsstyrande dokument inom hälso- och sjukvården från exempelvis Socialstyrelsen, SKR och NPO.

Försäkringsmedicin som begrepp innefattar inte bara sjukförsäkringen utan även andra typer av förmåner, åtgärder och försäkringar relaterat till individens hälsotillstånd. I denna utredning avser vi framför allt försäkringsmedicin relaterat till sjukförsäkringssystemet när vi använder begreppet, även om kunskap, arbetssätt och metoder i många fall är överlappande i förhållande till andra försäkringsområden.

Ur hälso- och sjukvårdens perspektiv ska försäkringsmedicin inte ses som separerat från hälso- och sjukvårdens kliniska arbete i övrigt. Försäkringsmedicin och medicin är i hög utsträckning överlappande för hälso- och sjukvården i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Medicinska undersökningar och utredningar, bedömningar av funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser hamnar inom försäkringsmedicin utifrån deras relation till och betydelse för försäkringssystemet (i vår utredning sjukpenning och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen).

NFFs definition av försäkringsmedicin går väl ihop med det system vi har i Sverige där sjukskrivning hanteras inom ordinarie hälso- och sjukvård och är en integrerad del av patientens vård- och behandlingsprocess. I en del länder är försäkringsmedicin tydligt separerat från hälso- och sjukvårdens verksamhet i övrigt med exempelvis särskilda försäkringsläkare som gör försäkringsmedicinska utredningar och bedömningar men som i övrigt inte har ansvar för patientens vård och behandling. Dessa läkare arbetar ofta inom ramen för eller på uppdrag av försäkringssystemet som exempelvis försäkringsbolag eller myndigheter. Inslag av detta finns även i den svenska sjukförsäkringen genom aktivitetsförmågeutredningarna (AFU) som kan beställas av Försäkringskassan. Som jämförelse med en smalare definition av försäkringsmedicin beskriver finska läkarförbundet försäkringsmedicin som att ”tillämpa medicinsk kunskap på rättsbegreppen inom lagstadgad och frivillig försäkring”.[67]

När Försäkringskassan använder begreppet *försäkringsmedicin* avses främst frågor relaterat till hur informationen i medicinska underlag som t.ex. läkarintyg för sjukpenning ska tolkas, värderas och vägas samman med annan information, vid bedömning av rätten till olika typer av förmåner.

[67] Finlands läkarförbund (2023).

Inom hälso- och sjukvården omfattas i princip allt kliniskt arbete relaterat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, inklusive koordinerande insatser i det försäkringsmedicinska arbetet. Utredningen vill vara tydlig med att när vi använder begreppet försäkringsmedicin avser vi en användning av begreppet där processen för sjukskrivning, läkarintyg och arbetsåtergång är en integrerad process.

Med begreppet försäkringsmedicinsk kompetens avser vi *förmågan att tillämpa kunskaper och färdigheter inom försäkringsmedicin för att utföra en uppgift.* Kompetens innefattar alltså inte enbart teoretisk kunskap utan även färdigheter för att kunna utföra en uppgift. Etiska förhållningssätt som präglar utförandet är också det en viktig del av kompetensen.

Vi kommer mer frekvent använda begreppet *försäkringsmedicinsk kompetens* utifrån hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

2.7 Nationella utvecklingsinitiativ inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Flera nationella åtgärder har genomförts för att utveckla Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens arbete och samverkan kopplat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I nedanstående avsnitt beskrivs några av dessa åtgärder som genomförts eller pågår.

2.7.1 Överenskommelser gällande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Mellan 2006 och 2020 har regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) ingått överenskommelser i syfte att ge regionerna ökade drivkrafter att prioritera arbetet inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker process. Totalt under dessa år har regionerna fått cirka 24 miljarder kronor.[68] Även myndigheter som Försäkringskassan och Socialstyrelsen har involverats i arbetet med överenskommelserna.

Nedan beskrivs några områden där åtgärder genomförts inom ramen för överenskommelserna. Insatser har även gjorts inom andra

[68] SKR (2021).

områden som psykisk ohälsa och jämställdhet även om dessa inte beskrivs nedan. Även försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan kan beställa och som beskrivits tidigare utvecklades inom ramen för överenskommelserna.

Ledning och styrning inom försäkringsmedicin/ledningssystem för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Initiativ har tagits för att förstärka regionernas arbete med ledning och styrning inom försäkringsmedicin. Bland annat har initiativ tagits för att det ska finns rutiner för arbetet med sjukskrivning och verktyg har utvecklats för hur arbetet kan följas upp genom exempelvis applikationen intygsstatistik från Inera.

SKR har tagit fram en vägledning för att leda försäkringsmedicinskt arbete som riktar sig till verksamhetschefer, vårdgivare och regioner.[69]

Utveckling av försäkringsmedicinsk kompetens

Utbildningsinsatser har genomförts till både läkare och andra professioner inom försäkringsmedicin. SKR har tagit fram webbutbildning inom försäkringsmedicin till läkare och vägledningar med utbildning och kompetensmål för läkare och andra professioner.[70]

Rollen som medicinskt sakkunnig läkare inom försäkringsmedicin har utvecklats inom ramen för överenskommelsen. Rollen kan innefatta att ge stöd på övergripande region- eller vårdgivarnivå samt att ge stöd till kollegor i det praktiska försäkringsmedicinska arbetet.

Funktionen för koordinering

Rollen rehabiliteringskoordinator har utvecklats inom ramen för överenskommelsen mellan SKR och staten. SKR har också tagit fram webbutbildning, handbok och annat stödmaterial för funktionen för koordinering. Regionernas ansvar att erbjuda koordinerande insatser infördes senare i Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjuk-

[69] Sveriges kommuner och regioner (2021a).
[70] Sveriges kommuner och regioner (2020).

skrivna patienter. De koordinerande insatserna kommer vi att beskriva mer ingående i kapitel 4.

Utveckling av digital intygshantering

Mellan 2010 och 2020 ingick utveckling av elektronisk överföring av läkarintyg i överenskommelsen. Inom ramen för detta arbete har bolaget Inera[71] utvecklat Intygstjänster, däribland applikationen Webcert, där medarbetare inom hälso- och sjukvården kan utfärda intyg. Utvecklingen inom ramen för den digitala intygshanteringen har även innefattat utvecklingen av teknisk infrastruktur som möjliggör överföring av intyg till intygsmottagande myndighet. I dagsläget är 10 intyg digitaliserade och driftsatta i Webcert.

Kvalitet i läkarintyg

I överenskommelserna för åren 2010–2012 fanns ett villkor som innebar att landstingen skulle arbeta för en ökad kvalitet i läkarintygen. Försäkringskassan fick i uppdrag att göra granskningar av läkarintyg från alla landsting under tre år i rad. Cirka 10 000 intyg granskades varje år med utgångspunkt i om intyget innehöll tillräcklig information som underlag för beslut i sjukpenningärenden. Andelen godkända intyg det sista året för hela riket var 55 procent.

2.7.2 Regeringsuppdrag för att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Försäkringskassan och Socialstyrelsen fick 2018 ett gemensamt regeringsuppdrag för att förbättra dialogen och samsynen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan gällande läkarintygen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Myndigheterna rapporterade i slutrapporten oktober 2021[72] om åtgärder som genomförts, och som skulle fortsätta att genomföras inom tre områden:

[71] Inera är ett bolag som ägs av SKR, kommuner och regioner och arbetar nationellt med digitalisering inom kommuner och regioner och driver bland annat 1177.
[72] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2021d).

1. Samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag
2. Bättre stöd och utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete
3. Strukturer och arbetsformer för dialog.

När myndigheterna fick uppdraget hade det rapporterats om problem med att det fanns brister i samsynen kring vilka uppgifter som skulle finnas i läkarintygen och om hälso- och sjukvården hade möjlighet att lämna de uppgifter som Försäkringskassan behövde, framför allt vid psykiska diagnoser. Läkare hade under en längre tid upplevt att Försäkringskassan begärde mycket kompletteringar av läkarintyg och att det ställdes frågor som läkarna upplevde saknade relevans för sjukskrivningen. Myndigheterna fick ytterligare ett gemensamt uppdrag när det första var rapporterat, som syftade till att konkretisera och genomföra de identifierade åtgärderna. Arbetet mynnade ut i fördjupade insikter om behoven av att tillsammans utveckla läkarintyg och stöd gällande intygen för att undvika den problematik som lett fram till uppdraget.

Det utvecklade stödet inom försäkringsmedicin till hälso- och sjukvården gällde framför allt utveckling av Socialstyrelsens insatser som vi återkommer till i nästa avsnitt.

Ytterligare en insikt var att det försäkringsmedicinska samarbetet behövde stärkas generellt genom gemensamma strategier och utvecklade strukturer för samarbete. Arbetet mynnade därför ut i att en gemensam inriktning togs fram för det nationella samarbetet mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och andra viktiga aktörer inom området och att ett nytt forum för nationell samverkan etablerades. Se under avsnitt 1.7.7 för mer information om denna samverkanskonstellation.

2.7.3 Socialstyrelsens insatser inom försäkringsmedicin

Socialstyrelsen stödjer hälso- och sjukvården på olika sätt inom försäkringsmedicin. 2020 beslutade myndigheten om en strategisk utvecklingsplan[73] och Socialstyrelsen har sedan augusti 2023 i sin instruktion att stödja hälso- och sjukvårdens arbete med försäkringsmedicin och

[73] Socialstyrelsen (2020).

bidra till kvalitetsutveckling inom området.[74] Det sker arbete inom flera områden för att utveckla stöd till hälso- och sjukvården inom försäkringsmedicin. I början av 2024 planerar myndigheten att lansera en ny webbsida där Socialstyrelsens stöd inom försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kommer samlas.

Kunskapsstöd och beslutsstöd

2007 lanserades första versionen av försäkringsmedicinskt beslutsstöd (förkortat FMB) som bestod av övergripande principer för sjukskrivning och beslutsstöd för runt 100 diagnoser med bland annat vägledning om sjukskrivningstider för olika situationer. Beslutsstödet finns i dag tillgängligt i Webcert och via Socialstyrelsens webbplats.

Socialstyrelsen arbetar med att ta fram ett nationellt kunskapsstöd om försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården. Remissversionen av detta kunskapsstöd har titeln *Grunderna för ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin*. Det färdiga kunskapsstödet är planerat att publiceras under hösten 2023. Målgruppen för kunskapsstödet är framför allt personal inom hälso- och sjukvården som berörs av försäkringsmedicinska frågor.

Uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Socialstyrelsen genomförde en förstudie för att ta fram uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens insatser inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom ramen för sista året med överenskommelsen.[75] Arbetet har fortsatt och i juni 2023 publicerades en första nulägesrapport.[76] Denna innehåller resultat som är relevanta för denna utredning och vi kommer därför återge resultat från rapporten. Ett ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är planerat att publiceras till hösten 2023.

[74] 4 § p. 6 Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[75] Socialstyrelsen (2021a).
[76] Socialstyrelsen (2023e).

Föreskrift om utfärdande av intyg

Socialstyrelsen beslutade 2018 om en ny föreskrift (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården som ersatte tidigare föreskrifter. De nya föreskrifterna togs bland annat fram för att bättre stödja en digital intygshantering.

Informationsstruktur för intyg och hälsorelaterade klassifikationer

Nationell informationsstruktur är ett ramverk för strukturerad dokumentation inom vård och omsorg. Socialstyrelsen har tagit fram en generell informationsstruktur för intyg. I förlängningen möjliggör denna en strukturerad och enhetlig informationshantering gällande intyg. Under förutsättning att teknisk och verksamhetsmässig utveckling sker skapar detta på sikt förutsättningar för att information kan hämtas ifrån exempelvis journalsystem in i intygsblanketter.[77]

Socialstyrelsen ansvarar även för hälsorelaterade klassifikationer. Socialstyrelsen har tillsammans med Inera utvecklat en tillämpning av Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) i Webcert. Det så kallade ICF-stödet innebär att läkare kan använda sig av sjukdomsspecifika urval av ICF-kategorier som stöd för beskrivning av aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar i Webcert.

2.7.4 Nationellt programområde för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

Inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning finns ett nationellt programområde (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Det nationella programområdet har tagit fram en generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete. Syftet är att bidra till en kvalitetssäker och samordnad process för rehabilitering och sjukskrivning utifrån patientens behov och bästa tillgängliga kunskap. Det finns två versioner av dokumentet, en riktad mot klinisk verksamhet[78] och en vars syfte är

[77] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2021).
[78] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2022).

att modellen ska kunna implementeras i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.[79]

2.7.5 Åtgärder hos Försäkringskassan

Försäkringskassan har under flera års tid haft ett långsiktigt och omfattande arbete för att stärka handläggningen av sjukpenning genom olika åtgärder, bland annat gällande bedömningar och beslutsmotiveringar.[80]

Nedan beskrivs kort större initiativ och åtgärder som vi bedömer har relevans för utredningens frågeställningar och som i vissa fall ger bakgrund till några av de förslag som utredningen kommer att presentera.

Genomlysning, program för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning samt omorganisation

Försäkringskassan har genomfört en samlad genomlysning av myndighetens förvaltning av sjukförsäkringsförmånerna i syfte att identifiera åtgärder för att åstadkomma en långsiktig och stabil styrning av förvaltningen av sjukförsäkringen.

Denna ledde bland annat till att det rättsliga stödet stärkts till avdelningar som ansvararar för förmånshandläggning i syfte att få en mer enhetlig rättstillämpning och minska lokala och regionala variationer i handläggningen.

Försäkringskassan har mot bakgrund av den problembild som framträdde i genomlysningen startat ett utvecklingsprogram under 2022 för att förbättra och modernisera förvaltningen av sjukförsäkringen. Flera delar ingår i programmet, bland annat bedömning av arbetsförmågans nedsättning, stöd för återgång i arbete, ledning och styrning, kompetens och att tillsammans med andra aktörer förbättra sjukförsäkringens funktionalitet.

Försäkringskassans avdelning för sjukförsäkring omorganiserar för att främja specialisering utifrån ärenden med olika behov av organisation, ledning och styrning samt kompetenser. Handläggningen

[79] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021).
[80] Se Försäkringskassans återrapporteringar till regeringen för åren 2016–2022 och Årsredovisning 2023.

av förstagångsanspråk gällande sjukpenning har koncentrerats geografiskt. Stödfunktioner som samverkansansvariga, specialister och försäkringsmedicinska rådgivare har samlats nationellt. I sammanhanget kan nämnas att försäkringsmedicin nu utgör ett eget område inom den avdelningen som ansvarar för sjukpenning i syfte att stärka det försäkringsmedicinska stödet till handläggningen och verksamhetsutvecklingen.

Förtydliganden gällande läkarintygen, utredningsskyldigheten samt vilket beviskrav som gäller

Försäkringskassan har förtydligat att det inte är ett villkor för att bevilja sjukpenning att det finns så kallade ”objektiva” fynd i läkarintyget samt att inte det krävs en fullständig DFA-kedja i läkarintyget för att bevilja sjukpenning. Ställningstagandena dokumenterades bland annat i vägledningen för sjukpenning 2020 då även nationella seminarier hölls. Försäkringskassan har genomfört insatser för att betona vikten av att göra helhetsbedömningar utifrån samtliga underlag när rätten till sjukpenning bedöms, samt för att förstärka att det inte finns några krav på att läkaren kan verifiera den försäkrades besvär objektivt med olika undersökningsfynd och tester för att den försäkrade ska kunna få sjukpenning. Myndigheten förtydligade genom ett rättsligt ställningstagande 2021 att beviskravet som gäller inom myndigheten är *sannolikt*. [81]

Utveckling av myndighetens FoU och samarbete med Forte för att främja forskning gällande psykisk ohälsa

Myndigheten har inlett ett arbete för att utveckla sin FoU-verksamhet för att stärka förutsättningarna för kunskapsbaserad utveckling av verksamheten. Myndigheten har även inlett samarbete med Forte för att främja forskning inom psykisk ohälsa genom gemensam utlysning av forskningsmedel.

[81] Se t.ex. Försäkringskassan (2021 b) och Försäkringskassan (2022c).

Rådslag och rundabordssamtal med andra aktörer

Försäkringskassan har genomfört rådslag och rundabordssamtal om sjukförsäkringen med aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Dessa har mynnat ut i olika initiativ till fortsatt samarbete, bland annat kring kunskapsspridning om återgång i arbete och psykisk ohälsa.

Tidigare initiativ med relevans för utredningen

Försäkringskassan arbetade under åren 2012–2015 med ett initiativ för en enklare sjukförsäkringsprocess. Den innehöll bland annat utveckling av ”kundflöden” för att möta olika behov hos sjukskrivna. En del i detta var också ett initiativ för differentiering av läkarintyg i samarbete med regionerna. Syftet var att utveckla en modell för intygandet där informationens omfattning skulle skilja sig åt i förväntat kortare respektive förväntat längre sjukskrivningar utifrån uppställda kriterier. Försöket avbröts på grund av problem vid införandet.[82] Vi återkommer till detta försök i kapitel 5.

2.7.6 Samverkanforum

För att samarbetet runt sjukskrivna individer ska fungera effektivt finns överenskomna samverkansstrukturer för dialog mellan Försäkringskassan lokalt/regionalt och regionerna kring sjukskrivningsfrågor. Utgångspunkten är att samverkansfrågor så långt som möjligt ska hanteras på den nivå där de uppstår. Hur forum för samverkan utformas styrs av regionala och lokala förutsättningar och behov.

Utöver lokal och regional samverkan finns även nationella forum för samarbete mellan Försäkringskassan och olika nationella aktörer inom hälso- och sjukvårdsområdet vilka vi beskriver nedan.

[82] Inspektionen för socialförsäkringen (2016).

2.7.7 Nationella samverkansgruppen inom försäkringsmedicin

Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner tillsammans med det nationella programområdet (NPO) för habilitering, rehabilitering och försäkringsmedicin har ett gemensamt forum för samarbete som närmast är i uppstartsfas nu. Även Arbetsförmedlingen och Inera deltar delvis i samverkansgruppens arbete. Detta är en vidareutveckling av tidigare samarbetsforum som funnits under lång tid, som framför allt var kopplat till den statliga överenskommelsen med SKR inom området. När den upphörde behövde formerna för nationellt samarbete ses över. Dessutom hade en ny aktör tillkommit, NPO:et, som bedömdes vara en viktig part att involvera. Till denna samverkansgrupp finns också en högre ledningsnivå kopplad.[83] Syftet med samverkan mellan högre chefsled är att diskutera och besluta om gemensamma samverkansfrågor av strategisk karaktär och att följa upp att samverkan ger önskade effekter. I den nationella samverkansgruppen finns deltagare från verksamheterna både på chefs- och medarbetarnivå som ska diskutera samverkansfrågor och hantera frågor på initiativ från den strategiska nivån och de olika organisationerna.

Till den nationella samverkansgruppen finns även en beredningsgrupp med deltagare från varje organisation som bereder ärenden och samordnar internt inom organisationerna kring frågor som tas upp på mötena.

2.7.8 Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF)

NFF är ett forum för dialog och kunskapsspridning som funnits sedan början av 2000-talet. Den består för närvarande av representanter från Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och regioner, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet och Karolinska Institutet. Ett syfte är gemensam omvärldsbevakning och kunskapsspridning inom det försäkringsmedicinska området. NFF har tagit fram en definition av begreppet försäkringsmedicin som många aktörer använder.

[83] https://www.forsakringskassan.se/download/18.ca4a6b817d6de91946f2e/1643296613879/utgangspunkter-och-strukturer-for-battre-samverkan-mellan-forsakringskassan-och-halso-och-sjukvarden.pdf.

NFF startades i syfte att stärka samarbetet mellan aktörerna på nationell nivå för att utveckla gemensamma strategier, bland annat gällande kunskapsfrågor för att hantera utmaningar kring sjukfrånvaron. När NFF startades var det ett strategiskt forum med ledningsrepresentation. Det hade betydelse för tillkomsten av viktiga initiativ inom området som tidigare nämnts, överenskommelsen om effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Forumet har genom åren ändrat karaktär till expertforum för att sprida kunskap hos aktörerna, framför allt nationellt, om försäkringsmedicinska frågor och gemensamt ordna konferenser som riktar sig till myndigheter och organisationer som arbetar med försäkringsmedicinska frågor inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt till arbetsgivare.

3 Utredning och bedömning av arbetsförmågans nedsättning

Enligt utredningens direktiv ska orsakerna till att Försäkringskassans handläggare och läkare inom hälso- och sjukvården ibland bedömer arbetsförmågans nedsättning olika analyseras.

Utredningen ska även analysera och bedöma om läkares bedömningar av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden.

Under utredningens gång har det blivit tydligt att det finns olika uppfattningar och bilder av vad bedömning av arbetsförmågans nedsättning innebär, vilken betydelse den har för sjukskrivning och om både läkare och handläggare bedömer arbetsförmågans nedsättning.

I kommande avsnitt beskriver vi några teoretiska utgångspunkter gällande bedömning av arbetsförmågans nedsättning relaterat till sjukskrivning. Därefter beskriver vi olika perspektiv som vi mött under utredningens gång gällande aktörernas roller och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, framför allt gällande bedömning av arbetsförmågans nedsättning. Därefter redogör vi för vår analys av olika orsaker till att handläggare och läkare ibland bedömer arbetsförmågans nedsättning olika. Kapitlet avslutas med en diskussion om betydelsen av läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning i sjukpenningärenden.

3.1 Utredning och bedömning

Eftersom detta betänkande i stor utsträckning handlar om bedömning av arbetsförmågans nedsättning ser vi behov att beskriva vad begreppet *bedömning* innebär och dess förhållande till *utredning* som också är en viktig del i bedömningen av arbetsförmågans nedsättning och i arbete med sjukskrivning. Det kan underlätta läsningen gällande

de avsnitt som kommer längre fram som handlar om utmaningar förknippade med bedömningarna.

Enligt Socialstyrelsens termbank innebär en bedömning en åtgärd i form av ett omdöme grundat på insamlad information.

De utmaningar som finns förknippade med att göra bedömningar av arbetsförmågans nedsättning hos båda aktörerna handlar om dessa två steg:

1. Vilken information som ska samlas in (utredning)
2. Hur informationen ska vägas samman till ett omdöme eller ställningstagande (bedömning).

Dessa går delvis in i varandra och det kan vara svårt att i praktiken hålla isär momenten i en utrednings- och bedömningssituation.

3.2 Begreppet nedsatt arbetsförmåga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Begreppet arbetsförmåga är inte definierat i Socialförsäkringsbalken eller i annan lagstiftning men det berörs i olika utredningar och i rättsvetenskaplig litteratur. I Försäkringskassans vägledning för sjukpenning[1] finns referat från förarbeten som berör begreppet arbetsförmåga. Det står bland annat att:

> En person har arbetsförmåga när hen kan arbeta trots sjukdomsbesvär (prop. 1996/97:28 s. 10). Det innebär att arbetsförmåga inte är ett statiskt eller objektivt påvisbart tillstånd, utan måste bedömas i förhållande till ett visst arbete eller vissa arbetsuppgifter.

Det framgår även att bedömningen av hur en persons sjukdomsbesvär påverkar arbetsförmågan alltid måste göras i det enskilda fallet.

Begreppet arbetsförmåga har både medicinska och rättsliga grunder vilket illustreras med följande citat från rättsvetaren Ruth Mannelquist:

> Rätten till sjukförsäkring utgår från ett möte mellan medicin och juridik, där förutsättningen för ersättning är att den försäkrade har helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. De rättsliga förutsättningarna vilar således delvis på medicinska grunder, där rekvisiten sjukdom och arbetsförmåga alltså kan förstås ur både rättsligt och medicinskt perspektiv.[2]

[1] Vägledning 2015:1 version 17.
[2] Mannelqvist (2012).

Flera forskare menar att arbetsförmåga och funktionshinder är relationella begrepp, de kan inte bedömas i sig utan behöver alltid relateras till något. Arbetsförmåga är inte ett objektivt påvisbart tillstånd hos en individ, utan den behöver relateras till de uppgifter som ska utföras och även till andra typer av faktorer som kan påverka förutsättningarna att utföra arbete, till exempel arbetsmiljön.

Alla individer som har en viss diagnos/sjukdom har inte nedsatt arbetsförmåga. En sjukdom kan ge olika konsekvenser för olika individer och dessa i sin tur kan påverka förutsättningarna att utföra olika arbetsuppgifter på olika sätt. Arbetsförmågans nedsättning påverkas inte bara av sjukdomen utan av hur olika faktorer kan kompensera för den skada och förlust av förmågor som sjukdomen innebär. Dessa påverkande faktorer kan vara både stödjande och hindrande och finnas i och utanför individen, inte minst på arbetsplatsen.

Det finns olika modeller för att beskriva det komplexa fenomenet arbetsförmåga. Arbetsförmågehuset[3] är en av de mer kända modellerna. Dessa modeller visar att arbetsförmåga har beroenden till flera olika faktorer utöver hälsa- och funktionsförmåga, som kompetens, värderingar och hur ledarskapet fungerar på arbetsplatsen.

I sjukpenningförsäkringen är utgångspunkten att en individ har arbetsförmåga tills en sjukdom sätter ner förmågan att arbeta med minst 25 procent, det finns ett före – och ett efter. Det är denna skillnad i förutsättningarna som motiverar sjukskrivningsbehovet och rätten till ersättning, i alla fall så länge arbetsförmågans nedsättning ska bedömas mot det egna arbetet. Därefter kan det bli mer komplext när hänsyn ska tas till andra potentiella arbetsuppgifter som individen kanske inte tidigare arbetat med. Vi återkommer till frågan lite längre fram.

3.2.1 Faktisk och terapeutisk arbetsoförmåga

Arbetsoförmåga i sjukförsäkringen kan förekomma i två olika former

- Faktisk arbetsoförmåga, som innebär att en individ på grund av sjukdom faktiskt inte kan utföra arbetsmoment.

[3] Modellen Arbetsförmågehuset har utvecklats av professor Juhani Ilmarinen. Den baseras på studier som har undersökt de faktorer som påverkar arbetsförmågan.

- Terapeutisk (även kallad profylaktisk) arbetsoförmåga, som innebär att en individ inte bör arbeta eftersom det skulle fördröja eller förhindra läkningen.

Det har inte ansetts nödvändigt att uttryckligen ange i lagtexten att begreppet arbetsoförmåga även omfattar terapeutisk arbetsoförmåga.

Utredningen har inte fått kännedom om att det skulle ha gjorts studier gällande i vilken grad sjukskrivningar beror på faktisk eller terapeutisk arbetsoförmåga eller båda formerna av arbetsoförmåga.

3.2.2 Arbetsförmågans nedsättning i det egna arbetet och i normalt förekommande arbeten

Enligt rehabiliteringskedjan sker bedömningen av arbetsförmågans nedsättning i sjukpenningförsäkringen stegvis, som vi beskrivit i kapitel 2. Under de första 90 dagarna bedöms den mot det ordinarie arbetet och annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren, efter 90 dagar i förhållande till något annat arbete hos samma arbetsgivare och efter dag 180 mot normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden.

Det innebär att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ändras från en konkret och specifik bedömning i förhållande till det ordinarie arbetet, till en mer abstrakt och generell bedömning av förmågan att klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.[4] Som stöd för bedömningen har Försäkringskassan ett kunskapsmaterial som beskriver arbetskrav i olika yrkesgrupper, som tagits fram i samarbete med Arbetsförmedlingen.

Utvecklingen av Aktivitetsförmågeutredningen som vi nämnt i kapitel 2 syftade till att skapa ett verktyg för att Försäkringskassan skulle få ett utförligt underlag för att göra bedömningen av arbetsförmågans nedsättning mot normalt förekommande arbete.

I betänkandet *Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder*[5] presenterades en skiss av en tänkt förskjutning av ansvaret för bedömningen av arbetsförmågans nedsättning över tid, där den första tiden i sjukskrivningen som utredningen kallar etableringsfasen kan ses framför allt som hälso- och sjukvårdens ansvar, inte minst eftersom läkaren möter patienten först. Därefter menar

[4] Se t.ex. Tengland (2011) om begreppen generell och specifik arbetsförmåga.
[5] SOU 2008.66.

utredningen att det i praktiken sker en förflyttning av ansvaret för bedömningen av arbetsförmågans nedsättning till försäkringens domäner.

Det kan finnas en skillnad i aktörernas förutsättningar att göra bedömningar utifrån om orsakerna till arbetsförmågans nedsättning är mer tydligt medicinska eller när situationen är mer komplex och innefattar annan problematik, till exempel i längre sjukskrivningar vid komplexa tillstånd. Rent faktiskt har läkaren samma ansvar under hela sjukskrivningen men den ursprungliga medicinska orsaken till arbetsförmågans nedsättning kan spela mindre roll ju längre tid individen varit sjukskriven och andra faktorer än medicinska kan i högre grad börja inverka på förutsättningarna att återgå i arbete.

Det handlar dock inte enbart om tiden, vissa tillstånd och sjukskrivningar kräver mer utredning och är mer komplexa redan från början, medan andra tillstånd kan vara ”medicinskt tydliga” även efter en längre tid. Vi återkommer till bedömning av arbetsförmågans nedsättning i förhållande till normalt förekommande arbete längre fram.

För arbetslösa individer ska läkaren alltid bedöma arbetsförmågans nedsättning i förhållande till normalt förekommande arbete vilket av läkare upplevs vara mer problematiskt än bedömning mot de vanliga arbetsuppgifterna.[6]

3.2.3 Olika bilder av vad bedömningen innebär och vem som gör bedömningen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Hur en individs funktionsnedsättningar till följd av sjukdom påverkar förmågan till aktivitet (*aktivitetsbegränsningar* i läkarintyget) och därmed till arbete är kärnan i den bedömning av arbetsförmågans nedsättning som läkarintyg gällande sjukpenning ska beskriva.

Under utredningen har vi fört dialoger om bedömningen av arbetsförmågans nedsättning med expert- och referensgrupper. Det har blivit tydligt att det finns olika uppfattningar och bilder av vad det betyder att bedöma arbetsförmågans nedsättning och hur Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens uppdrag och ansvarsfördelning ser ut gällande bedömningen. I detta avsnitt beskriver vi olika perspektiv och synsätt som vi identifierat som förekommer hos aktörer som arbetar med sjukskrivning och försäkringsmedicinska frågor.

[6] Karolinska Institutet (2018).

Det har främst framkommit olika bilder av vad läkarens bedömning kring sjukskrivning faktiskt handlar om och om läkaren överhuvudtaget bedömer arbetsförmågans nedsättning.

En del uppfattar att begreppet arbetsförmåga är ett försäkringsjuridiskt begrepp och att det bara är Försäkringskassan som bedömer om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Enligt detta perspektiv är läkarens uppdrag att bedöma om det finns sjukdom, om den påverkar funktioner och leder till aktivitetsbegränsningar, men läkaren ska inte ta ställning till om arbetsförmågan är nedsatt när hen sjukskriver en individ.

Det finns även olika uppfattningar gällande om och i vilken grad läkaren kan bedöma individens aktivitetsbegränsningar, särskilt i förhållande till arbetet.

En uppfattning som finns är att läkare framför allt bara kan och ska bedöma om det finns sjukdom och vilka symtom den ger.

Även den mer grundläggande frågan om hälso- och sjukvårdens uppdrag och ansvar gällande sjukskrivning och om den är en del av vården av en individ har lyfts. Det finns hos vissa ett synsätt att sjukskrivning främst är en åtgärd för att bistå med underlag till den försäkringsadministrativa processen.

I den andra änden har vi kunnat identifiera att det finns olika bilder gällande hur långt läkarens uppdrag och ansvar sträcker sig vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning i förhållande till sjukförsäkringens regelverk, närmare specifikt rehabiliteringskedjans dag 180, när bedömningsgrunden ändras till normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. Vi kommer att återkomma till detta i avsnitt 3.3.2.

Det förekommer att olika begrepp används för att beskriva vad som är läkarens roll och uppdrag gällande sjukskrivning. En del beskriver det som att läkaren främst verkar i en roll som sakkunnig i förhållande till andra aktörer som använder intyget i sin verksamhet.

Enligt ett annat synsätt är att sjukskrivning i stället en ordination som läkare gör i rollen som behandlare.

Ytterligare ett perspektiv, som vi bedömer sannolikt är mest konstruktivt, är att läkaren både är behandlare och sakkunnig. Det innebär att läkaren beslutar om åtgärden sjukskrivning som del av vården av en person och samtidigt är sakkunnig i förhållande till andra aktörer genom att ett intyg utfärdas som de andra aktörerna använder som underlag för sina bedömningar och beslut.

När det gäller Försäkringskassans roll och uppdrag har det framför allt framkommit att det hos övriga aktörer, sjukskrivna och allmänheten inte finns tillräcklig kunskap om hur Försäkringskassans handläggare utreder och bedömer rätten till sjukpenning och vilket underlag som ligger till grund för bedömningar och beslut. Inte heller villkoren för sjukpenning är kända i tillräcklig utsträckning.

Att Försäkringskassan har en utredningsskyldighet som innebär att handläggare ska utreda alla relevanta omständigheter i ett ärende och inte enbart baserar sin bedömning på läkarintyget är till exempel något som inte upplevs vara allmänt känt.

Det finns också en uppfattning att Försäkringskassans handläggare överprövar hälso- och sjukvårdens bedömningar när de utreder ett sjukpenningärende genom till exempel att be om komplettering av intyg eller beslutar om avslag.

Det finns sammanfattningsvis stora skillnader i uppfattningar av vad bedömningen av sjukskrivningsbehov och arbetsförmågans nedsättning innebär och vad som ingår i aktörernas uppdrag. Detta är av flera skäl problematiskt för att kunna åstadkomma en effektiv och ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Utan tydlighet och samsyn om roller, ansvar och uppdrag kan det vara svårt att utveckla kvaliteten i arbetet inom de respektive verksamheterna och samarbetet sinsemellan aktörerna.

Att det finns så olika bilder av ansvarsförhållandena är också problematiskt eftersom det i förlängningen kan skapa osäkerhet hos sjukskrivna individer om vad som gäller och vem som bestämmer om sjukskrivning och sjukpenning.

Det kan även orsaka rollkonflikter och skav i relationen mellan aktörerna som ska samarbeta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen runt individen. Vi återkommer till frågan om behovet av att förtydliga roller i förhållande till bedömning av arbetsförmågans nedsättning och uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i kapitel 5.

3.2.4 Bedömningar är i olika grad svåra och komplexa

Det är av naturliga skäl ofta fokus på det som inte fungerar och är svårt och det riskerar att glömmas bort att de allra flesta sjukskrivningar är oproblematiska. Ett genomgående tema i utredningens dia-

loger med experter och referensgrupper gällande utmaningar i bedömningar av arbetsförmågans nedsättning har varit att det är viktigt att poängtera att det är olika svårt att bedöma arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning i olika typer av situationer och sjukskrivningsfall.

Den utredning som både läkare och handläggare ska göra för att bedöma arbetsförmågans nedsättning kan ta olika lång tid beroende på komplexiteten i fallet. Den information som behövs skiljer sig åt i olika typer av situationer. Sjukdomstillståndet är en faktor som har betydelse. Att bedöma arbetsförmågan vid psykiska sjukdomar upplevs till exempel som svårare av läkare.[7] Läkare upplever också att det är svårare att handlägga sjukskrivningsfall ju längre de blir.[8]

Ibland kan ett sjukdomstillstånd innebära en så uppenbar och omfattande nedsättning av funktioner och förmågan att utföra aktiviteter att det inte behövs en bedömning mot faktiska arbetsuppgifter för att kunna bedöma att arbetsförmågan är nedsatt. Den här typen av sjukskrivningsorsaker brukar inte innebära några problem gällande bedömningen av arbetsförmågans nedsättning för vare sig läkare eller handläggare.

3.2.5 Att bedöma arbetsförmågans nedsättning är en fråga om rimlighetsbedömningar

I dialoger om arbetsförmågans nedsättning har representanter från både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan fört fram att respektive aktörs bedömning av arbetsförmågans nedsättning handlar om en *rimlighetsbedömning* snarare än en exakt bedömning och slutsats som kan dras av givna fakta, det är ingen ”exakt vetenskap”. Även forskning inom fältet lyfter fram detta. Det kan illustreras med följande citat:

> In most cases, work ability cannot be measured or proven with absolute objectivity. Instead, the physicians reason their way to a probable, fair enough, assessment.[9]

[7] Nordling, P (2021), Riksrevisionen (2018), Bertilsson M, Maeland S, Löve J, Ahlborg G Jr, Werner EL, Hensing G. (2018).
[8] Karolinska Institutet (2018).
[9] Nordling med flera (2020).

Vi har tagit del av uppfattningen från bland andra forskare inom det försäkringsmedicinska området att det kan finnas en övertro på det mätbara och att det antingen finns en arbetsförmåga eller inte. Det har framhållits som viktigt att det finns förståelse för att bedömning av arbetsförmågans nedsättning är just *bedömningar* och att sådana också med nödvändighet innebär ett visst mått av subjektivitet. Detta kan medföra att olika bedömare kan göra olika bedömningar, även i liknande fall.

En studie beskriver att läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning i viss grad baseras på implicit eller underförstådd kunskap och tankeprocesser, även om den delvis också baseras på medicinska uppgifter.[10] En slutsats var att den implicita kunskapen behöver göras till explicit kunskap och verbaliseras för att kunna vara överförbar till andra, för att underlätta bedömningar och göra dem mer enhetliga.

Även om bedömningen av arbetsförmågans nedsättning handlar om rimlighetsbedömningar snarare än något exakt mätbart behöver den likväl grundas på bästa tillgängliga kunskap, medveten metodik och kunna kommuniceras transparent. Det finns ingen motsättning i att bedömningar av arbetsförmågans nedsättning inte är exakta och att de trots det behöver genomföras metodiskt och medvetet.

3.2.6 Arbetsförmågans nedsättning enligt det biopsykosociala synsättet

I den biopsykosociala modellen (se kapitel 4) beskrivs arbetsförmåga som något som påverkas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer.

Utredningen har tagit emot synpunkter om att det är problematiskt att inte hänsyn kan tas till andra faktorer än medicinska i bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.

Troligtvis handlar det om att det enligt 27 kap. 3 § SFB vid *bedömningen av om sjukdom föreligger*[11] ska bortses från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

Detta förtydligande i Socialförsäkringsbalken om vad som inte omfattas i sjukdomsbegreppet kom till för att motverka en glidning i sjukdomsbegreppet. Lagstiftaren menade att det hade skett en glidning inom Försäkringskassan, bland läkare och patienter som i prak-

[10] Bertilson med flera (2018).
[11] Vår kursivering.

tiken innebar att försäkringen riskerade att utvecklas till en allmän inkomstförsäkring. För att motverka att legitimiteten i sjukförsäkringssystemet undergrävs genom att sjukpenning betalas ut för sociala och generella livsproblem gjordes detta förtydligande. Den som drabbats av ett sjukdomstillstånd som en följd av något sådant förhållande ska dock kunna få sjukpenning.[12]

En gemensam utgångspunkt för både läkarens och handläggarens bedömningar gällande arbetsförmågans nedsättning är att de handlar om hur individens förmåga att arbeta är påverkad av sjukdom.

Även när olika livsomständigheter påverkar individens hälsa, mående och arbetsförmåga ska orsaken till att läkaren sjukskriver vara att sjukdomen påverkar förutsättningarna att utföra arbete. Det är när individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom som läkare kan sjukskriva.

Utredningen kan inte se att det skulle vara oförenligt med sjukförsäkringen att hälso- och sjukvården och Försäkringskassan tillämpar ett biopsykosocialt synsätt vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning. Även Försäkringskassans SASSAM-kartläggning, som vi beskriv i kapitel 2, bygger på biopsykosocialt perspektiv där olika aspekter utöver de medicinska värderas tillsammans med den sjukskrivne utifrån om de utgör hinder eller möjligheter för individens förutsättningar att återgå i arbete.

Att det i praktiken kan vara svåra avvägningar kring hur sambanden ser ut och i vilken grad förmågan påverkas av olika faktorer är en annan fråga. Detta återkommer vi till i avsnittet längre fram om bedömning av arbetsförmågans nedsättning vid psykisk ohälsa.

3.3 Orsaker till att läkare och Försäkringskassans handläggare bedömer arbetsförmågans nedsättning olika ibland

Utredningen ska analysera orsakerna till att läkare och handläggare ibland bedömer arbetsförmågans nedsättning olika.

Den som ansökt om sjukpenning kan uppleva det som att handläggaren och läkaren gör motstridiga bedömningar om hen får avslag på sjukpenning trots att läkaren har sjukskrivit individen.

[12] Vägledning 2015:1 version 17.

Eftersom läkare och handläggare har olika roller, uppdrag och regelverk som de arbetar utifrån relaterat till sjukskrivning är de respektive bedömningarna som görs inte exakt jämförbara. Eftersom de är så tätt sammankopplade är det relevant att diskutera deras samstämmighet trots detta.

I detta avsnitt kommer vi att presentera orsaker till att handläggare och läkare ibland gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning och bakomliggande orsaker till att det sker.

En viktig orsak är rehabiliteringskedjans dag 180 som vi inleder med för att sedan komma in på andra orsaker som mer kopplar till olika utmaningar relaterat till bedömningarna.

Först beskrivs kort avslag som inte beror på att olika bedömning gjorts av arbetsförmågans nedsättning utan som handlar om andra försäkringsfrågor.

3.3.1 Avslag som inte beror på olika bedömningar

Avslag på sjukpenning kan bero på att förutsättningar för att bevilja sjukpenning saknas som inte har att göra med att läkare och handläggare gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning. De kan till exempel bero på att individen som ansökt om sjukpenning saknar sjukpenninggrundande inkomst eller att rätten till sjukpenning ska bedömas utifrån en annan sysselsättning än vad läkaren sjukskrivit individen i förhållande till. Dessa typer av orsaker förekommer bland initiala avslag och är följder av regelverket och aktörernas olika uppdrag och roller. Det orsakar likväl negativa konsekvenser för den enskilde när sjukpenning inte kan beviljas eftersom individen ofta avstått från arbete när hen fått ett *läkarintyg för sjukpenning,* (som intyget heter). Därför behövs snabb handläggning och tidig information till den enskilde för att minimera den ekonomiska risken och göra individen medveten om att ett läkarintyg inte garanterar sjukpenning.

3.3.2 Olika bedömningar när arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete

Som tidigare nämnts är avslagen i sjukpenningärenden som passerat 180 dagar betydligt fler än de så kallade initiala avslagen när individen gör en förstagångsansökan om sjukpenning. I utredningens dialoger

med experter, referensgrupper och Försäkringskassan har det lyfts att en vanlig orsak till att läkare och handläggare gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning är att regelverket för sjukpenning innebär att Försäkringskassan inför dag 180 ska bedöma arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten, om inte något av undantagen[13] är tillämpbara.

Detta innebär att läkaren och handläggaren har olika ”bedömningsgrunder” som de bedömer arbetsförmågans nedsättning gentemot.

Att aktörerna bedömer arbetsförmågans nedsättning olika beroende på att bedömningsgrunden i sjukförsäkringen ändras kan betraktas som en naturlig följd av de olika uppdragen och regelverken. Direktiven till denna utredning lyfter fram detta som en förklaring till att bedömningar mellan läkare och handläggare kan skilja sig åt.

Vi har dock uppfattat att det finns olika bilder av vad som är läkarens uppgift och ”bedömningsgrund” vid sjukskrivning när dag 180 passeras i rehabiliteringskedjan.

En del menar att det är rimligt att läkaren bedömer mot den aktuella bedömningsgrunden i sjukförsäkringen och att läkare därför också bör få tillgång till uppgiften om var i rehabiliteringskedjan individen befinner sig för att kunna lämna medicinsk information som är relevant utifrån situationen. I annat fall kan till exempel en begäran om komplettering av intyg komma från Försäkringskassan.

Som nämndes tidigare kan bedömningen av arbetsförmågans nedsättning mot normalt förekommande arbete uppfattas som mer komplext. Läkare upplever det som svårare att bedöma arbetsförmågans nedsättning mot normalt förekommande arbete när det gäller arbetslösa individer.[14] I betänkandet *Sampel för hälsa* beskrivs också att rehabiliteringskedjan innebär att arbetsförmågebedömningar efter hand ändrar karaktär och gradvis flyttas utanför hälso- och sjukvårdens kompetensområde.[15]

Uppdraget att bedöma arbetsförmågans nedsättning mot normalt förekommande arbete enligt rehabiliteringskedjan i sjukförsäkringen (och om något undantag är tillämpligt) är Försäkringskassans uttalade uppdrag. Det framkommer inte i några förarbeten att hälso- och sjukvården skulle ha ansvar att tillämpa rehabiliteringskedjan vid sin bedömning av arbetsförmågans nedsättning eller att läkarens sjuk-

[13] Se kapitel 2 för beskrivning av regelverket.
[14] Karolinska institutet (2018).
[15] SOU 2018:80.

skrivning ska utgå ifrån något annat än patientens ordinarie arbete eller annan sysselsättning.

Men bedömningen som Försäkringskassan ska göra innebär likväl behov av information från hälso- och sjukvården. Läkarintyget är i de flesta fall fortfarande den enda källan till medicinsk information även efter dag 180. Aktivitetsförmågeutredningar beställs i relativt få ärenden och ofta i längre ärenden, senare i förloppet.

Att bedömningen ska ske mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden ändrar förutsättningarna för rätten till sjukpenning vilket aktörer kan ha olika uppfattningar om. Detta kan påverka aktörernas dialog och samsyn i frågor om arbetsförmågan och rehabiliteringspotentialen.

Det behöver klarläggas och uppnås samsyn kring hur läkarens uppdrag gällande sjukskrivning och bedömning av arbetsförmågans nedsättning påverkas av och förhåller sig rehabiliteringskedjan och vad det innebär för behovet av medicinsk information från hälso- och sjukvården.

Det skulle sannolikt vara positivt ur individens perspektiv om aktörerna och individen hade dialog inför ändrad bedömningsgrund i sjukpenningförsäkringen för att vid behov gemensamt förbereda den sjukskrivne individen och arbetsgivaren på att en omställning mot annat arbete kan vara aktuell och för att klarlägga frågor om prognosen för arbetsåtergång.

3.3.3 Brister i utredningar och bedömningar

När handläggare och läkare har bristande förutsättningar att göra de undersökningar och den utredning som behövs för väl underbyggda bedömningar och beslut kan det uppstå variationer och skillnader i bedömningar.

Brister i bedömningar av arbetsförmågans nedsättning kan bero på att sjukpenningärenden inte utreds i tillräcklig omfattning. Det finns granskningar gällande Försäkringskassas arbete som visar att inte alla sjukpenningärenden utreds i tillräcklig omfattning innan beslut.[16]

[16] Inspektionen för Socialförsäkringen (2021a).

Försäkringskassan beskriver det svåra med utredning och bedömning av arbetsförmågans nedsättning på följande sätt:[17]

> Handläggningen av sjukpenning innehåller moment med stort tolknings- och bedömningsutrymme. Vi ska värdera information och klarlägga faktiska förhållanden utifrån uppgifter som ibland är motstridiga och inte alltid möjliga att verifiera. Det kan också vara svårt att avgöra när de faktiska förhållandena är klarlagda i sådan utsträckning att utredningsskyldigheten är uppfylld. Det gäller särskilt ärenden där sjukdomsbesvären är sådana att det inte är givet hur de påverkar arbetsförmågan och det är oklart vad som krävs för att den försäkrade ska kunna börja arbeta igen.

Problematiken beskrivs också på följande sätt av Försäkringskassan:[18]

> Flertalet studier och utredningar har pekat på svårigheten med bedömningen av arbetsförmåga generellt och bedömningen av arbetsförmåga mot normalt förekommande arbete specifikt. En övergripande iakttagelse från dessa studier är att det lyfts att båda dessa begrepp är odefinierade, vilket innebär att de upplevs svåra att hantera och tolka på ett enhetligt sätt. I studier lyfts även utmaningen för handläggare att bättre motivera och förklara de beslut som myndigheten fattar, framförallt när arbetsförmågan ska bedömas mot normalt förekommande arbete.

Brister i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning kan handla om att läkare sjukskriver utan att ha gjort de undersökningar och överväganden som krävs för att göra en försäkringsmedicinsk bedömning av arbetsförmågans nedsättning, som vi beskriver i kapitel 2.

Det finns flera studier som lyfter fram olika svårigheter som läkare har i arbetet med sjukskrivning som vi återkommer till längre fram i detta avsnitt.

Kvaliteten i utredningar och bedömningar kan alltså variera vilket i sin tur innebär att det uppstår variationer i bedömningar både mellan aktörerna och hos en och samma aktör, mellan olika handläggare och mellan olika läkare.

En närbesläktad fråga handlar om att kunna motivera sin bedömning på ett sådant sätt att andra förstår och kan följa resonemanget. Bedömningar kan bli svåra att förklara och dokumentera på ett tydligt och transparent sätt om de inte är väl underbyggda och metodiskt genomförda.

[17] Försäkringskassan (2023a).
[18] Försäkringskassan (2022b).

Det är något som kan påverka uppfattningen om bedömningars rimlighet, legitimitet och förutsättningar att nå samsyn.

Bristande kvalitet i utredning och bedömning beror på att det finns bristande förutsättningar för arbetet. Dessa beskrivs i kommande avsnitt.

3.3.4 Utmaningar relaterade till att bedöma arbetsförmågans nedsättning

Vi vill återigen inleda med att påpeka att utmaningarna och svårigheterna handlar om en mindre andel av den totala mängden sjukskrivningsfall. De allra flesta fallen är inte svårbedömda och orsakar inte problem i samspelet mellan läkare, handläggare och den sjukskrivne individen.

I utredningens dialoger med referensgrupper och experter har bakomliggande orsaker som bidrar till att handläggare och läkare ibland bedömer arbetsförmågans nedsättning på olika sätt diskuterats. De orsaker som lyfts fram i dessa dialoger har också framkommit i olika studier som viktiga förbättringsområden. Upplevelsen av bristande förutsättningar för läkares arbete med sjukskrivning är väldokumenterad genom olika studier och rapporter som publicerats under lång tid. Även Försäkringskassans verksamhet gällande sjukpenning har granskats, inte lika mycket i vetenskapliga studier men i andra typer av granskningar.

Bakomliggande orsaker till brister i utredningar och bedömningar

I följande avsnitt beskriver vi olika typer av orsaker som kan bidra till problem i arbetet med att bedöma arbetsförmågans nedsättning som del av den försäkringsmedicinska bedömningen inom hälso- och sjukvården och som del i bedömningen av rätten till sjukpenning hos Försäkringskassan. Det handlar om orsaker som delvis hänger samman som vi grupperat i följande områden:

- Brister i organisatoriska förutsättningar
- Brister i stödet för bedömningar
- Bristande information om arbetsuppgifter och arbetets krav
- Brister i utformningen och användningen av läkarintyget.

Sjukskrivningar i psykiska sjukdomar har ökat som andel av sjukskrivningarna under ett par decennier. Dessa kan innebära särskilda utmaningar för både handläggare och läkare när det gäller att bedöma arbetsförmågans nedsättning. Vi beskriver dessa utmaningar under en särskild rubrik. Problematiken kan beskrivas som att de underliggande utmaningarna och bristerna i förutsättningar att göra väl underbyggda bedömningar gällande sjukskrivning och arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom blir särskilt tydliga vid psykisk ohälsa.

Brister i organisatoriska förutsättningar

Med organisatoriska förutsättningar menar vi grundläggande systemförutsättningar hos berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter och Försäkringskassan som påverkar läkares och handläggares förutsättningar att utföra sitt arbete med god kvalitet. Det handlar om tid och resurser men även andra administrativa delar som rutiner.

Organisatoriska förutsättningar påverkar även tillgången till och möjligheten att ta del av relevant utbildning och kompetensutveckling. Organisatoriska förutsättningar har stort beroende till ledning, styrning och prioriteringar inom verksamheterna.

Tidsbrist och brist på kontinuitet i patient-läkarkontakten

En grundläggande förutsättning som påverkar läkares möjligheter att göra välgrundade bedömningar gällande sjukskrivningsbehov är hög arbetsbelastning med alltför korta tider för patientbesök. Den höga arbetsbelastningen och tidsbristen är de mest frekvent lyfta hindren i arbetet med sjukskrivning som vi tagit del av. I läkarenkäten som genomfördes 2017 uppgav var tredje läkare att de upplevde tidsbrist dagligen när det gäller patientrelaterad tid och egen kompetensutveckling i sjukskrivningsärenden.[19] En aktuell lägesbeskrivning från Socialstyrelsen ger stöd åt att denna upplevelse fortfarande är aktuell. Av läkarna inom primärvården svarade nästan *åtta av tio* att de alltid eller ofta upplever tidsbrist i patientmötet när de gör en försäkringsmedicinsk bedömning. Inom psykiatrin är motsvarande andel knappt hälften.[20]

[19] Karolinska Institutet (2018).
[20] Socialstyrelsen (2023e).

En konsekvens av tidsbristen är att det kan bli svårt att hinna utreda, alltså att ta reda på den information som behövs, för att bedöma sjukskrivningsbehovet och arbetsförmågans nedsättning och att dokumentera bedömningen i intyg.

Att det finns brist på allmänläkare bidrar till att läkare inom primärvården har många listade patienter. Detta tillsammans med andra hinder, till exempel omfattande administration, leder till att det kan uppstå tidsbrist. Det här kan även vara problematiskt inom flera andra specialiteter.

Primärvården är ofta den instans inom hälso- och sjukvården som möter individer med vanliga psykiska besvär och sjukdomar som ofta är stressrelaterade. Dessa är i dag de vanligaste sjukskrivningsorsakerna som ofta leder till längre sjukskrivningar och som kan upplevas mer svårbedömda och komplexa.[21]

Läkare behöver göra olika typer av överväganden gällande sjukskrivningsbehovet där det behövs dialog med patienten om sjukskrivningen vilket kan vara tidskrävande.

Särskilt när läkaren saknar tidigare kännedom om patienten kan det vara svårt att sätta sig i patientens situation på kort tid och göra en kvalificerad bedömning av sjukskrivningsbehovet. Läkare har uppgett att det är särskilt svårt att göra detta i de situationer när man tar över en patient från en kollega.[22]

Bristfälliga rutiner och avsaknad av gemensamt förhållningssätt kring sjukskrivning

Ett problem som lyfts i utredningens dialoger med experter är att det hos många vårdgivare saknas rutiner eller att de rutiner som finns inte används eller är implementerade. Detta får också stöd av svaren från två enkäter till läkare.[23] Bristfälliga rutiner eller bristande kännedom om dem har lyfts som bidragande faktorer till att arbete med sjukskrivningar upplevs som stressfullt och kan leda till bristfällig kvalitet.

Ett konkret exempel är rutiner för bokning av besök för bedömning av förlängning av sjukskrivning. För att undvika situationer där läkaren får sämre förutsättningar att göra bedömningar, till exempel

[21] Försäkringskassan (2020a).
[22] Karolinska Institutet (2018).
[23] Karolinska Institutet (2018), Socialstyrelsen (2023e).

när oroliga patienter sitter i väntrummet när det föregående läkarintyget redan löpt ut, behöver det finnas rutiner.

Behov av att utveckla, förankra och skapa följsamhet till gemensamma förhållningssätt kring sjukskrivning finns.

Frågan om fungerande rutiner och förhållningssätt för arbete med sjukskrivning hänger ihop med ledningssystemet inom hälso- och sjukvården, vilket vi kommer beskriva närmare i kapitel 4. I avsnitt 5.5 finns förslag som handlar om ledningssystemet.

Bristande uppföljning av arbete med sjukskrivning inom hälso- och sjukvården

Uppföljning av arbetet med sjukskrivning inom hälso- och sjukvården är viktig för ett kvalitetssäkert arbetssätt och en viktig del av ledningssystemet. Uppföljning möjliggör att verksamhetsansvariga kan se om processer och rutiner efterlevs, det möjliggör lärande och är en förutsättning för att kunna vidta adekvata åtgärder i syfte att förbättra verksamheten kring sjukskrivning.

Till utredningen har det framförts att uppföljningen av arbetet inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är svår och många gånger bristfällig. Förutsättningar för systematisk uppföljning av kvaliteten i hälso- och sjukvårdens sjukskrivningsarbete behöver förbättras enligt en rapport från Socialstyrelsen.[24] Vi kommer återkomma till detta i avsnitt 5.5.

Styrningen av sjukförsäkringen

Försäkringskassan arbetar liksom andra myndigheter på uppdrag av riksdagen och regeringen. Regeringen har olika verktyg för att styra och förändra myndigheter i den riktning de önskar.

Det har i våra samtal med olika aktörer under utredningen lyfts som problematiskt att sjukförsäkringen och Försäkringskassans tillämpning i hög grad är styrd av olika styrsignaler vilket kan leda till fokusskiften i verksamheten och variationer i tillämpningen. Det uppges försvåra samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och förutsättningarna för att utveckla sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen långsiktigt.

[24] Socialstyrelsen (2021a).

Försäkringskassans arbetssätt, prioriteringar och fokus i sjukförsäkringen har påverkan på hälso- och sjukvårdens arbete eftersom det kan påverka både individers förutsättningar för arbetsåtergång och rehabilitering om samordningsuppdraget prioriteras och hanteras olika och det kan påverka kraven på läkarintygen som kan skärpas eller förändras utan att det skett lagändringar. Dessa omständigheter påverkar hur hälso- och sjukvården förväntas arbeta. Inspektionen för Socialförsäkringen kom ut med två rapporter 2018[25] som belyser frågan om styrningen av sjukförsäkringen och Försäkringskassan när det gäller regeringens tidigare mål om sjukpenningtal på 9,0 och uppdrag till Försäkringskassan om att stärka sjukförsäkringshandläggningen. Slutsatsen dras att det uppstår oönskade konsekvenser när regeringen styr utifrån fokus på enskilda aktiviteter snarare än utifrån en helhetssyn på uppdraget.

En iakttagelse som specifikt rör frågan om läkarintygets betydelse är att under den period som styrningen i hög grad hade fokus på rättssäkerheten låg fokus i utredningsarbetet i hög grad på läkarintyget. Tidigare hade mer vikt lagts vid även det som framkom direkt från den sjukskrivne individen. Under den studerade perioden trycktes det tydligare på att informationen behövde stödjas av läkarintyget enligt nämnda rapporter.

Tidsbrist även inom sjukförsäkringsadministrationen

Även sjukförsäkringen administreras under hög belastning. Dessutom påverkar variationerna i sjukfrånvaron belastningen. Vissa variationer i inflödet av ärenden går att prognostisera och i alla fall i teorin ta höjd för medan andra variationer kan ha påverkan på de långsiktiga förutsättningarna för arbetet med sjukförsäkringen. Försäkringskassan skriver följande i en återrapportering till regeringen:

> Handläggning med god kvalitet förutsätter att handläggarna har tillräckligt med tid att genomföra utredningar utifrån ärendets beskaffenhet och har tid att möta den försäkrade utifrån dennes behov. Den tiden upplevs av handläggarna många gånger inte finnas.[26]

[25] Inspektionen för Socialförsäkringen (2018a) och (2018b).
[26] Försäkringskassan (2021).

Brister i stödet för bedömning av arbetsförmågans nedsättning

Vi beskrev i tidigare avsnitt att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning är en central och ibland krävande uppgift för både läkare och handläggare. Att det finns relevant kunskapsstöd gällande de olika momenten som ingår i uppdraget är en förutsättning för att arbetet ska kunna utföras med god kvalitet. Aktörerna utbildar sina medarbetare men det finns kvarstående brister gällande tillgången till kunskapsbaserat stöd, hur det används i verksamheterna och hur de praktiska förutsättningarna ser ut att arbeta efter bästa tillgängliga kunskap. Området hänger därför samman med ledning och styrning.

Kunskaps- och kompetensbehov hos läkare

I Karolinska institutets enkät till läkare uppgav en tredjedel av läkarna att de upplevde åtminstone någon gång per månad att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räcker till. Störst andel som upplevde sådan kompetensbrist fanns inom reumatologi, psykiatri och på vårdcentraler (40–52 procent).[27] Enligt samma enkät ansåg hälften av läkarna att ett gemensamt verktyg för arbetsförmågebedömning skulle ha stort värde.

I Socialstyrelsens aktuella lägesrapport framkommer att upplevelsen kvarstår. Drygt hälften av läkarna inom primärvård och psykiatri uppgav den egna kompetensen ibland eller sällan/aldrig räcker till.[28]

Enligt samma rapport uppgav hälften av läkarna inom primärvården och en tredjedel av läkarna inom psykiatrin att de alltid eller ofta upplever det problematiskt att bedöma patientens funktionsnedsättning vid ställningstagande till behov av sjukskrivning.

Vidare uppgav två tredjedelar av läkarna inom primärvården att de alltid eller ofta upplever det som problematiskt att bedöma aktivitetsbegränsning i förhållande till kraven i patientens arbete eller annan sysselsättning. Inom psykiatrin uppgav knappt hälften av läkarna detta.

Hälften av läkarna inom primärvården och en dryg fjärdedel av läkarna inom psykiatrin uppgav att det alltid eller ofta är problematiskt att bedöma behov av sjukskrivning, samt längd och grad.

[27] Karolinska Institutet (2018).
[28] Socialstyrelsen (2023e).

Att bedöma arbetsförmågans nedsättning upplevs vara svårt, särskilt vid tillstånd som i hög grad bygger på självrapporterad ohälsa, som vid psykiska tillstånd.[29]

Läkare uppger också att de saknar stöd i vardagen och möjlighet att konsultera en kollega kring komplicerade fall och få handledning eller att ha möjlighet att remittera en patient för bedömning och åtgärder vid särskilt komplexa fall.[30]

Det förekommer att läkare ibland utfärdar ett läkarintyg gällande sjukskrivning mot sin egen övertygelse. Enligt tidigare studier var det vanligt att läkare sjukskrev trots att de bedömde att sjukskrivning inte kunde rekommenderas.[31]

Det finns inte några aktuella uppgifter om hur vanligt detta förfarande är, men problematiken har lyfts som något som förekommer i dialoger med utredningens referensgrupper.

Läkares dubbla roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som behandlare och medicinskt sakkunnig, bedömare som ska utfärda intyg till andra aktörer har lyfts som en utmaning i flera studier[32] och det framkommer även i dialoger inom ramen för denna utredning.

Det beskrivs som att läkaren ibland tar på sig en roll som patientens ombud vilket innebär att aspekter som egentligen inte har med vården att göra kan påverka läkarens beslut och agerande vid sjukskrivning, till exempel att inte komma i konflikt eller förlora tilliten mellan läkare och patient. Det har framförts att läkaren ska lyssna till och lita på patienten i sin behandlarroll, medan rollen som sakkunnig innebär att man behöver ha ett annat, mer kritiskt förhållningssätt.

Socialstyrelsens föreskrift gällande utfärdande av intyg föreskriver saklighet, opartiskhet och att intygsutfärdaren vid den bedömning som görs i samband med utfärdandet av ett intyg endast ska uttala sig om sådana förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om.[33]

Den upplevda rollkonflikten mellan att vara behandlare och sakkunnig är enligt vår uppfattning till stor del en fråga om förhållningssätt, kunskap och behovet av stöd i arbetet med sjukskrivning.

[29] Nordling, P med flera (2020), Riksrevisionen (2018).
[30] Karolinska Institutet (2018), Socialstyrelsen (2023 e), Sveriges läkarförbund (2021).
[31] Englund, L (2000, 2008).
[32] Karolinska Institutet (2018), Riksrevisionen (2018), Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019).
[33] Socialstyrelsen (2018).

Behov av relevant forskning för att utveckla kunskapsbaserat stöd

Något som påverkar förutsättningarna att utveckla kunskapsbaserat stöd kring sjukskrivning är att det inte finns så mycket forskning kring flera viktiga delar. När det gäller vilka effekter sjukskrivning får för individen och vad som är optimal ”dosering” av sjukskrivning som åtgärd inom hälso- och sjukvården är den vetenskapliga kunskapen inte utvecklad.[34] Det försvårar utveckling av kunskapsbaserat stöd. Vi återkommer till behov av forskning i avsnitt 5.4.

Kunskaps- och kompetensbehov hos handläggare

Försäkringskassans handläggare inom sjukpenning har ett uppdrag där olika uppgifter och ”roller” ska integreras och balanseras, precis som i läkarens uppdrag.

Handläggare ska utreda och bedöma rätten till sjukpenning där bedömningen av arbetsförmågans nedsättning är en viktig del samt att utreda behovet av rehabilitering och vid behov samordna åtgärder som andra aktörer ansvarar för.

Handläggaren måste också förhålla sig till styrsignaler i sin professionella roll. Kompetensen för att klara de olika delarna i uppdraget, bedöma och administrera rätten till en ersättning och att utreda och samordna rehabiliteringsåtgärder kan variera. Variationer i styrsignaler som påverkar fokus och prioriteringar skulle kunna påverka förutsättningarna att utveckla kompetensen inom de olika delarna som ingår i uppdraget.

Handläggare har olika typer av akademisk utbildningsbakgrund men det finns ingen särskild akademisk handläggarutbildning. En del sakkunniga i våra referensgrupper har lyft fram behovet av en särskild sådan utbildning för handläggare.

Något specifikt bedömningsstöd eller gemensamt verktyg finns inte gällande bedömning av arbetsförmågans nedsättning för handläggare. Det finns styrande dokument och stödjande verktyg och andra typer av stöd för utredningen[35] av rätten till sjukpenning, men något specifikt stöd och verktyg för att göra den ibland komplexa bedömningen av arbetsförmågans nedsättning finns inte i dagsläget.

[34] Se till exempel Forte (2015, 2020).
[35] Se kapitel 2.

Handläggare arbetar med att utreda och bedöma arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom och därför har medicinsk information stor betydelse. Det har framförts till utredningen att handläggare ibland kompletterar intyg gällande frågor som läkare tycker att de borde kunnat få klarlagda på annat sätt till exempel gällande terminologi, eller att det borde haft mer grundläggande kunskap kring ett visst sjukdomstillstånd.

Att handläggare ibland efterfrågar uppgifter om undersökningsfynd och testresultat som inte är relevanta ur ett medicinskt perspektiv indikerar att det finns kunskapsbehov, även om det inte kan förväntas att handläggare vare sig kan eller behöver ha några mer omfattande medicinska kunskaper eller känna till hälso- och sjukvårdens arbetssätt och metoder för diagnostik och andra bedömningar. En viss kunskap kan ändå underlätta utredningsarbetet och samarbetet med hälso- och sjukvården.

Det finns utbildning i medicinska frågor och även en försäkringsmedicinsk utbildning för handläggare. Det finns dessutom medicinsk expertis att tillgå i form av försäkringsmedicinska rådgivare, men det kan ibland vara svårt att själv bedöma behovet av stöd i medicinska frågor.

Det har även lyfts som en utmaning till utredningen att Försäkringskassan haft stor personalomsättning bland handläggare inom sjukpenning. Försäkringskassan skriver om detta på följande sätt:

> Stor personalrörlighet får ofrånkomligen negativa konsekvenser för verksamheten. Många av våra mest erfarna och skickliga medarbetare har under året fått lägga mycket tid på att handleda nyanställd personal, vilket inneburit ett visst produktivitetstapp och betydande utmaningar för att upprätthålla hög kvalitet i våra utredningar och beslut särskilt i ärendeslag med hög svårighetsgrad och stor komplexitet.[36]

Bristande information om arbetsuppgifterna och arbetets krav

Det har framkommit i utredningens dialoger med experter och i olika studier att läkare kan uppleva att de saknar tillräcklig information om arbetsuppgifterna, vilka krav som ställs på individen på arbetsplatsen och hur arbetsmiljön ser ut.[37]

[36] Försäkringskassan (2023 a).
[37] Nordling, P med flera (2020), Karolinska Institutet (2018).

Läkarens enda källa till information om arbetsuppgifterna är ofta vad patienter själv berättar under läkarbesöket. Det har framförts till utredningen att det inte alltid är lämpligt att individen själv ska informera läkaren om arbetet och arbetssituationen eftersom individen kan ha en annan bild av kraven än arbetsgivaren och känner inte alltid till vad arbetsgivaren kan göra för att anpassa arbetet. Läkare som arbetar inom företagshälsovården har däremot oftast god kännedom och arbetet och arbetsplatsen. Tidsbrist vid patientbesöket kan, som vi nämnt, göra det svårt för läkaren att hinna ta reda på de uppgifter som behövs. Läkaren har därmed inte alltid en tillräckligt konkret och tydlig bild av vad arbetet går ut på och vad det ställer för krav på funktioner och förmågor.

Att sakna tillräcklig information om arbetsuppgifter och arbetsplatsen innebär sämre förutsättningar för läkaren att bedöma arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning. Det kan skapa en känsla av osäkerhet inför bedömningen.

Att sakna tillräcklig information för att bedöma arbetsförmågans nedsättning utifrån arbetets krav påverkar kvaliteten i läkarens bedömning och hur informativt och träffsäkert läkarintyget blir för Försäkringskassan. Det påverkar även arbetsgivarens möjlighet att få träffsäker information som stöd för att kunna vidta lämpliga åtgärder.

Försäkringskassan utreder arbetsuppgifterna med den sjukskrivne och även med arbetsgivaren och kan därför ha mer utförlig och annan information än vad läkaren har. Informationen om arbetet kan alltså se olika ut, vilket kan leda till att Försäkringskassan gör en annan bedömning än läkaren.

Problematik kring läkarintyget

Läkaren har ett ”informationsövertag” i förhållande till handläggare när det gäller de medicinska omständigheterna. Det gäller för läkaren att överföra sin kunskap om tillståndet och sin bedömning gällande arbetsförmågans nedsättning och behovet av sjukskrivning till handläggaren på ett tydligt och effektivt sätt.

Eftersom läkarintyget oftast är den enda källan till medicinsk information om individen är det viktigt att samarbetet gällande intyg fungerar och att båda parter har samma bild av vad som ska finnas i intyget och vad olika begrepp betyder.

Begäran om kompletteringar av läkarintyg har upplevts som en stor belastning av läkare som upplevt att de både är många och inte alltid relevanta.[38] Det finns olika uppfattningar gällande i vilken utsträckning Försäkringskassans begäran om kompletteringar av intyg är nödvändiga eller inte, beroende på vilken kompetens och vilket perspektiv man företräder.[39]

Här nedan beskriver vi några utmaningar gällande läkarintyget som vi bedömer har stor betydelse för förutsättningarna att göra välgrundade bedömningar och för samarbetet mellan läkare och handläggare.

Läkarintygets frågor och terminologi upplevs otydliga

Ett problem som lyfts till utredningen är att läkarintygets frågor, språk och anvisningar är svåra att förstå och att det inte är tydligt vad som faktiskt ska intygas. Rubrik och efterfrågad information upplevs inte helt stämma överens i delar. Detta nämns även i den nämnda nulägesbilden från Socialstyrelsen där det framkom att läkarna tolkar begreppet funktionsnedsättning väldigt olika och att de därmed kan bli osäkra på vad de ska bedöma i detta moment.

De centrala uppgifterna i läkarintyget utöver diagnos är *funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning*. Dessa begrepp är lånade från ICF-klassifikationssystemet. En del läkare har lyft att det är ett problem att ICF inte är något som de fått utbildning i och att det därför är svårt att förstå hur det ska användas. Gradering av besvären har också nämnts som svårt. Det har också lyfts att graderingar kan ge en bild av skenbar exakthet i bedömningen trots att det i praktiken finns stor risk för bedömningsvariationer.

Det har lyfts som ett problem att den så kallade ”DFA-kedjan” som består av diagnos, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar inte fungerar för till exempel psykiska diagnoser. Det finns olika uppfattningar om detta dock. En del läkare menar att det fungerar lika bra för alla diagnoser och att problemet framför allt är hur de olika leden ska motiveras i intyget, se nedan.

[38] Se till exempel Karolinska Institutet (2018).
[39] Se till exempel Inspektionen för Socialförsäkringen (2021a).

Olika bilder av behovet av uppgifter

Läkare har ibland upplevt att begäran om komplettering av läkarintyg från handläggare inte är relevanta utifrån ett medicinskt perspektiv och inte medicinskt möjliga att tillgodose.[40] Särskilt vid mer svårbedömda tillstånd som vissa psykiska sjukdomar/besvär, smärta och symtomdiagnoser har det uppfattats som problematiskt när Försäkringskassan begärt uppgifter om observationer och undersökningsfynd som enligt hälso- och sjukvården inte är möjliga att ge.

Försäkringskassan har förtydligat att objektiva fynd inte ska efterfrågas utan de korrekta termerna är de som efterfrågas i läkarintyget: observationer, undersökningsfynd och testresultat. Försäkringskassan har även förtydligat att ”objektiva fynd” inte är ett krav för att beviljas sjukpenning.[41]

Att begreppet ”objektiva fynd” har använts (och verkar vara svårt att mönstra ut) trots att det inte finns i det aktuella läkarintyget har sannolikt försvårat pedagogiken kring vad intyg ska innehålla för typ av uppgifter.

Att läkares bedömningar och därmed också intyg i hög grad bygger på en intervju vid vanliga psykiatriska tillstånd har inneburit utmaningar för handläggningen av sjukpenning eftersom det kan uppfattas som otydligt vad som är läkarens egen bedömning och vad som är patientens.

Det har framkommit i dialoger som utredningen haft med representanter från hälso- och sjukvården att det inte är tydligt varför Försäkringskassan faktiskt behöver uppgifter om observationer och fynd och att avsaknaden av sådana uppgifter kan ha (eller kan ha haft åtminstone) en avgörande betydelse i bedömningen av rätten till sjukpenning. Det har framförts som viktigt att det finns transparens gällande hur olika typer av uppgifter används för att underlätta uppgiftslämnarens förståelse för mottagarens behov och perspektiv.

Detta har också uppmärksammats av Försäkringskassan och Socialstyrelsen i ett gemensamt regeringsuppdrag som pågick 2018–2021. Uppdraget syftade till samsyn om vilken information som behövs i sjukpenningärenden och vilken som kan lämnas av hälso- och sjukvården.

[40] Karolinska Institutet (2018).
[41] Detta är också en slutsats i dom från Högsta förvaltningsdomstolen Mål: 5070--5071-21.

Frågan om intygets innehåll och om det finns ett revideringsbehov är fortfarande under utredning. Delvis med anledning av den HFD-dom som vi nämnde, som beslutades i november 2022.

Att det funnits olika uppfattningar och oklarheter kring vilka uppgifter Försäkringskassan behöver från hälso- och sjukvården i läkarintyget för sjukpenning har bidragit till uttalade problem i samarbetet[42] som utredningen bedömer kan undvikas genom samarbete på central nivå mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och andra relevanta aktörer från hälso- och sjukvården. Vi återkommer till detta i avsnitt 5.1.

Aktivitetsbegränsningar är viktiga men uppgifter om dessa saknas ibland

Hur en individs funktionsnedsättningar påverkar förmågan till aktivitet (aktivitetsbegränsning i läkarintyget) och därmed till arbete är kärnan i den arbetsförmågebedömning som läkarintyg gällande sjukpenning ska beskriva.

Det som Försäkringskassan oftast ber om kompletteringar av är just uppgifter om aktivitetsbegränsningar. Dessa uppgifter kan vara knapphändiga i läkarintyget enligt olika granskningar och studier.[43]

Ju mer konkret beskrivningen är av vad som hindrar individen från att utföra sina arbetsuppgifter, desto mer stöd har Försäkringskassan av läkarintyget i sin utredning[44] och arbetsgivaren i arbete med arbetsanpassning och rehabilitering på arbetsplatsen.[45]

Det har framförts till utredningen att läkaren och den sjukskrivne kan ha bilden att läkarintyget är bra och utförligt om det beskriver individens sjukdom och symtombild.[46] Det gör att både läkare och den sjukskrivne kan känna sig både förvånade och ifrågasatta om intyget behöver kompletteras även om kompletteringen gäller aktivitetsbegränsningar, alltså hinder att klara arbete och inte själva sjukdomen.

Det har lyfts även i andra sammanhang att läkare kan ha mer fokus på symtom och funktionsnedsättningar och inte det som är i centrum för handläggarens utredning, vilka aktivitetsbegränsningar som finns i förhållande till arbetet.[47] Dock visade den tidigare nämnda nuläges-

[42] SOU 2018:80, Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019).
[43] Försäkringskassan (2017), Inspektionen för Socialförsäkringen (2021a), Starzmann, K. (2018).
[44] Intervju med tjänstemän på Försäkringskassan december 2022.
[45] Information från möte med referensgrupp (arbetsgivarorganisationer) till utredningen.
[46] Information från möte med referensgrupp till utredningen (fackliga organisationer).
[47] Se till exempel film på fk.se om läkarintyget och Inspektionen för Socialförsäkringen (2021).

bilden att många läkare upplever att det även är svårt att bedöma funktionsnedsättningar.

Att intyg inte alltid innehåller tillräckliga uppgifter om aktivitetsbegränsningar kan förklaras av att läkare upplever att det är svårt att bedöma aktivitetsbegränsningar, särskilt vid psykiska diagnoser.[48] Ovan nämnda nulägesbild visade att en stor andel läkare upplever att det är svårt att bedöma aktivitetsbegränsningar i förhållande till arbetet.

Det kan även handla om tidsbristen som vi nämnt, att det är svårt att vid ett ofta kort besök hinna diskutera och undersöka vilka aktivitetsbegränsningar som finns och som är relevanta utifrån det faktiska arbetet. Eftersom läkaren ibland kan ha för lite information om arbetsuppgifterna kan det vara svårt att bedöma och beskriva aktivitetsbegränsningar på ett träffsäkert sätt. Underlag från andra professioner som kan bedöma funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar kan underlätta läkarens bedömning och även dialog med arbetsgivare eller att på annat sätt få tillgång till en adekvat beskrivning av arbetsuppgifter och arbetssituationen.

Upplevelse att Försäkringskassan överprövar läkarens bedömning

Läkare och även sjukskrivna kan uppfatta att Försäkringskassan överprövar läkares bedömningar. Delvis kan uppfattningen bero på att man inte har klart för sig vilka regler som gäller för sjukpenning eller hur Försäkringskassans uppdrag och arbete med utredning ser ut.

Läkare uppfattar ibland att de blir ifrågasatta kring medicinska bedömningar som är läkarens specifika och unika kompetens när Försäkringskassan kompletterar läkarintyg eller om sjukpenning avslås.

Att komplettera uppgifter i ett ärende är en viktig del av Försäkringskassans utredning för att få ett tillräckligt underlag för beslut. Det ingår i utredningsskyldigheten att klarlägga omständigheter som är oklara. Men kompletteringar av intyg har gett upphov till problem i samarbetet eftersom de upplevts som en belastning och inte alltid uppfattats som relevanta eller rimliga av läkare.

Det har under perioder funnits stort fokus på läkarintyget i utredningen av rätten till sjukpenning. Försäkringskassan har haft i upp-

[48] Karolinska Institutet (2018), Nordling med flera (2020).

drag att stärka kvaliteten i utredningen vilket delvis kan förklara att läkarintyg granskats noggrannare.[49]

En reflektion som utredningen gör gällande problemen med intyget är att det kan finnas en koppling mellan ökad efterfrågan på information om observationer och undersökningsfynd kring sjukdomstillståndet och bilden att det vid vissa former av psykisk ohälsa finns gränsdragningsproblematik mellan sjukdom och normala reaktioner. Läkare upplever, vilket framförts i olika sammanhang, inte minst press och annan media, att det är svårt att bedöma arbetsförmågans nedsättning och om en individ ska vara sjukskriven vid psykisk ohälsa. Vetskapen om dessa omständigheter kan ha lett till att handläggare upplevt ett större behov att säkerställa att läkare utfärdat ett väl underbyggt intyg. Varken handläggare eller läkare verkar i ett vacuum utan är medvetna om olika former av problematik kring frågorna.

Det skulle delvis kunna förklara fokusskiftet mot önskemål om mer uppgifter om vad som faktiskt ligger till grund för bedömningen.

Utredningens uppfattning är att problematiken kring intygen och kompletteringarna beror på samspelet mellan de båda aktörerna och inte enbart på den ena eller andra parten. Läkarintyg utfärdas inte alltid utifrån bedömningar som bygger på tillräcklig utredning, vilket också kan innebära att intyg inte blir tydliga och informativa.

I andra änden finns problematik med att de uppgifter som Försäkringskassan efterfrågat inte alltid finns eftersom de inte i praktiken är relevanta för bedömningen som läkaren gör av arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning.

Det fokus som funnits på vissa uppgifter i intyget kan också ha uppfattats som att det sker i kontrollsyfte snarare än för att utreda arbetsförmågans nedsättning. I sammanhanget kan nämnas inspel vi fått och som även beskrivs i en studie,[50] om att läkare kan uppleva att de behöver förstärka eller överdriva medicinska besvär för att sjukskrivningen ska godkännas. Sannolikt är detta förfarande resultat av tillitsbrist, bristande dialog och olika typer av kunskapsbrist hos båda aktörerna.

Problem som funnits kring intyg och kompletteringar, inte minst gällande psykiska diagnoser och andra försäkringsmedicinskt komplexa tillstånd, är en viktig signal om att det behövs mer samarbete mellan aktörerna inom det försäkringsmedicinska området nationellt.

[49] Inspektionen för Socialförsäkringen (2018a).
[50] Shutzberg M. (2021).

Kompletteringar av intyg kan bero på systemproblem som behöver uppmärksammas och grundorsaken åtgärdas.

Även om de andelsmässigt inte är många[51] är de det antalsmässigt vilket skapar merarbete för båda parter och oro för den sjukskrivne.

Uppfattning att Försäkringskassan ställer krav på intyg

En närliggande fråga kopplat till ovanstående är arbetet med läkarintygets utformning. Utredningen har fått synpunkter på att det aktuella intygets frågor är både otydliga och till viss del problematiska. Utredningen har också uppfattat att det finns en bild att Försäkringskassan genom formatet på läkarintyget ställer krav på information som ska finnas för att bevilja sjukpenning utan att det finns lagstöd för kraven och att kraven på intyget varit för styrande för rätten till sjukpenning.

Intyget är framtaget i samråd med representanter från hälso- och sjukvårdsverksamheter och Socialstyrelsen. Det finns en föreskrift enligt vilken det fastställda läkarintyget ska användas, som vi nämnt tidigare.

En uppfattning har lyfts att sjukförsäkringens krav på medicinsk information är för högt ställda, inte minst vad gäller observationer och undersökningsfynd. Det har förtydligats av Försäkringskassan som vi tidigare nämnt, att det inte finns krav på observationer och undersökningsfynd (”objektiva fynd”) för att kunna bedöma ett ärende gällande sjukpenning utan att det är den samlade bilden som är avgörande.

När vi talat med representanter från Försäkringskassan om vilket informationsbehov som finns gällande läkarintyget i sjukpenningärenden har de uppgett att den viktigaste informationen är vad patienten inte kan göra på sitt arbete.

Olika bilder finns alltså kring informationsbehoven och om de är rimliga och legitima. Sammanfattningsvis finns det olika uppfattningar och otydlighet kring intygets begrepp och formuleringar, rättsliga grunder och hur uppgifterna används i utredningen av rätten till sjukpenning.

Att det finns olika bilder både kring intyget och de mer grundläggande frågorna om ansvaret för sjukskrivningsprocessen generellt

[51] Statistik från Intygstjänsten visar att kompletteringsandelen är 3 procent.

och intygsprocessen specifikt bedöms bidra till att kommunikationen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan försvåras och kan leda till att bedömningsunderlaget gällande arbetsförmågans nedsättning blir bristfälligt. Även om en del förtydliganden gjorts de senaste åren som vi nämnt, kvarstår oklarheter.

Intygsformatet och tekniken är inte ändamålsenliga

Läkarintyget är lika i utformningen oberoende av vilken typ av sjukskrivningsfall det är frågan om. Behov har framförts av mer flexibla möjligheter att använda intyget, till exempel uppfattas intyget innehålla frågor som inte är relevanta i alla typer av ärenden och att intyget är för omfattande för korta, okomplicerade fall.[52]

Läkare upplever det ibland som förenat med betungande administration att skriva läkarintyg och få i väg det till rätt instans. Delvis upplevs det besvärligt på grund av brister i systemstödet. En del frustration finns kopplat till tekniken runt administration av intygen och att uppgifter behöver dokumenteras flera gånger, både i journal och intyg och ibland i flera olika intyg till olika aktörer.[53]

Vi återkommer till detta i avsnitt 5.2.

Särskilda utmaningar med att bedöma arbetsförmågans nedsättning vid psykisk ohälsa

Innan vi beskriver utmaningar kopplat till bedömning av arbetsförmågans nedsättning vid psykisk ohälsa beskriver vi kort vad begreppet betyder. Socialstyrelsen och SKR tog tillsammans med Folkhälsomyndigheten fram en skrift 2020[54] som behandlar begreppet psykisk ohälsa där de föreslår en mer enhetlig användning av termer inom området.

Psykisk ohälsa är ett paraplybegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Tillstånden kan delas in i psykiska sjukdomar och syndrom och utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser. Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos uppfylls.

[52] Se till exempel Sveriges läkarförbunds policy för sjukskrivning 2021.
[53] E-hälsomyndigheten (2021).
[54] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges kommuner och regioner (2020).

När det gäller sjukskrivning är de vanligaste tillstånden inom området psykiska sjukdomar och syndrom.

Utmaningar kring psykisk ohälsa

Försäkringskassan genomförde rådslag under 2019–2021 med olika aktörer om sjukförsäkringen. Den psykiska ohälsan kom upp i dialogerna som en gemensam utmaning som kräver mer samarbete och ökad kunskap.

De allra flesta individer med vanliga psykiska sjukdomar (ofta stressrelaterade) sjukskrivs av primärvården.

Enligt en enkät uppgav 31 procent av läkare inom primärvården att det alltid eller ofta är problematiskt att ställa diagnos vid psykiska besvär, jämfört med läkare som arbetar inom psykiatrin, där motsvarande andel var 9 procent.[55]

Detta är problematiskt eftersom korrekt diagnos har stor betydelse för kvaliteten i såväl den försäkringsmedicinska bedömningen som för behandling och rehabilitering. Osäkerhet gällande diagnostiken kan leda till felaktig sjukskrivning, behandling och rehabilitering.

Det finns studier som visar att läkare tycker att det är svårt att bedöma arbetsförmågans nedsättning vid vanliga psykiska sjukdomar.[56] Bedömningarna om arbetsförmågans nedsättning uppfattas som mer komplexa och utmanar läkarrollen ytterligare.[57] En orsak är att det är svårt att dra gränsen mellan vad som är sjukdom och vad som är normala reaktioner på en stressfylld livssituation. De vanligaste diagnoserna inom psykiatriska tillstånd kan befinna sig i ett gränsland där besvären kan gå från normala reaktioner till sjukdomstillstånd, det är inte en skarp och tydlig gräns.[58] Det kan vara svårt att bedöma orsakerna till arbetsförmågans nedsättning och att hålla isär medicinska faktorer från övriga faktorer som påverkar den upplevda arbetsförmågan. Det är inte alltid möjligt att göra en strikt åtskillnad inom detta fält.

Gränsen mellan sociala och medicinska omständigheter blir viktig i mötet med sjukförsäkringen, eftersom det bara är medicinska

[55] Socialstyrelsen (2023e).
[56] Nordling, P. (2021), Riksrevisionen (2018).
[57] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019).
[58] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019.

faktorer som kan ligga till grund för ersättning. Det beskriver framför allt läkarna som en krock med det egna uppdraget.[59]

Det kan vara utmanande även för Försäkringskassans handläggare att bedöma arbetsförmågans nedsättning vid psykisk ohälsa, till stor del på grund av samma orsaker som läkaren. Försäkringskassan skriver följande:[60]

> Förmågan att hantera psykiatriska diagnoser och rehabiliteringsinsatser knutna till dessa behöver förstärkas. I dagsläget rör nära hälften av alla sjukpenningärenden sjukdomstillstånd som innehåller psykiatriska diagnoser. Det ställer allt större krav på förmågan att göra kvalificerade utredningar, i synnerhet bedömningar av arbetsförmåga efter en tids sjukdom. Försäkringskassan ser också att bedömningar av vilka rehabiliteringsinsatser som krävs, och när de ska sättas in, har blivit mer komplicerade på grund av utvecklingen mot ett allt större antal komplicerade psykiatriska diagnoser.

Den vetenskapliga kunskapen om hur arbetsförmågan påverkas vid psykiska sjukdomar som är vanliga sjukskrivningsorsaker är begränsad, vilket innebär att det är svårt att ta fram stöd till läkare. Brister finns gällande stöd för diagnostik, behandling och effektiva åtgärder för att stödja återgång i arbete, och när i tid de är lämpliga att vidta för vanliga sjukskrivningsorsaker som utmattningssyndrom och andra stressrelaterade tillstånd.

En del av problemet är också att det finns kunskap som inte implementerats i verksamheterna.[61]

Att skalan från normala reaktioner, psykiska besvär och psykisk sjukdom är glidande och inte har exakta ”gränsvärden” är en fråga som aktörerna behöver hitta gemensamma förhållningssätt kring. Detta berör frågeställningar om vad som ryms i sjukdomsbegreppet, eventuella risker för glidning i sjukdomsbegreppet och risker för och med medikalisering.

Detta bör vara ett område för fortsatt dialog mellan hälso- och sjukvårdens aktörer, Socialstyrelsen och Försäkringskassan. Gemensamma utgångspunkter behöver utvecklas för hanteringen av psykisk ohälsa. Detta är särskilt viktigt eftersom brister gällande vetenskapligt grundad kunskap ger utrymme för olika uppfattningar och tyckanden och det riskerar därmed att uppstå oönskade variationer i bedömningar och åtgärder.

[59] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019).
[60] Försäkringskassan (2020 b).
[61] Se till exempel Forte (2020).

Bristen på vetenskapligt grundad kunskap kan leda till osäkerhet om vilka åtgärder som kan och bör vidtas och när de bör vidtas. Detta kan medföra risk för att åtgärder som kan stödja individen att återgå i arbete inte kommer till stånd eller startas onödigt sent.

Till exempel kan Försäkringskassan möta kritik när de initierar tidiga åtgärder för att diskutera återgång i arbete för individer med stressrelaterade sjukskrivningar och de kan möta kritik om behov av rehabilitering utreds sent, sjukskrivningar blir långa och handläggningen upplevs passiv. Även arbetsgivare uttrycker osäkerhet kring hur de ska agera när medarbetare sjukskrivs för psykisk ohälsa för att inte riskera skada medarbetaren eller förvärra situationen.[62]

Bristande tillit mellan aktörerna påverkar samarbetet runt individen

Det har framkommit i utredningens samtal med experter och referensgrupper att man upplever att det finns bristande tillit mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan i frågor som rör sjukskrivning vilket skadar förutsättningarna för effektivt samarbete.

Frågan om förtroende och tillit mellan Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens medarbetare och chefer rör direkt och indirekt frågor inom utredningens område.

Tillit och förtroende kan vara avgörande för hur aktörernas samspel fungerar i praktiken. Brist på tillit kan leda till icke-funktionella och kontraproduktiva arbetssätt där aktörerna upplever behov av att försöka anpassa sitt agerande och kontrollera varandras arbete. Tillitsbrist kan påverka beteenden och hur aktörerna talar om varandra inför den sjukskrivne individen. Genom detta kan de påverka individens känsla av trygghet och uppfattning av om processen är begriplig och legitim eller inte.

Vissa identifierade problem i samarbetet kring läkarintygen, som upplevelse av överprövning och kontroll samt upplevt behov att överdriva besvär som vi nämnt tidigare, är exempel på detta.

Troligtvis finns också behov av mer samarbete och dialog mellan hälso- och sjukvårdens företrädare på olika nivåer och arbetsgivare samt deras organisationer för att öka förståelsen för varandras uppdrag och för rätt förväntningar på varandra i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

[62] Samtal med utredningens referensgrupper.

Bristande kunskap om sjukförsäkringens villkor

Det har lyfts till utredningen att allmänheten, sjukskrivna och ibland även de berörda aktörerna själva saknar kunskap om hur sjukskrivningssystemet fungerar och vilka villkor som finns inom sjukförsäkringen, vilket även en studie om uppfattningar kring sjukskrivning visar.[63] Det finns kunskapsbrist kring sjukförsäkringssystemet och om de rättigheter och skyldigheter man har som sjukskriven.

Utöver att det kan riskera skapa legitimitetsproblem för Försäkringskassan och sjukförsäkringen kan det medföra att läkarbesök präglas av felaktig förväntan på sjukskrivning som kan innebära utmaningar i dialogen med patienten. Önskemål har framförts till utredningen om behov av informationsinsatser och kampanjer eller andra former av satsningar för att öka medvetenheten om sjukförsäkringens villkor. Detta framkommer även i en rapport från Karolinska Institutet där fritextsvar från läkare analyserats. Många läkare beskrev att de fick lägga tid på att förklara sjukskrivningssystemet för patienter. Läkare önskade insatser för att allmänheten skulle få bättre kunskap om sjukpenningförsäkringen, så att patienter är bättre insatta i sina rättigheter och skyldigheter och om olika aktörers roll i sjukskrivningsprocessen. Detta menade läkare skulle underlätta skrivningsarbetet och dialogen med patienterna, som också skulle få mer rimliga förväntningar på försäkringen.[64]

Språket som används kring sjukskrivning och sjukpenning har lyfts fram som ett pedagogiskt hinder för att skapa förståelse kring vad som gäller. Några exempel som nämnts är att sjukskrivningar benämns *sjukfall* i olika studier och rapporter och att läkarintyget för sjukpenning kallas för *sjukintyget*. Språkbruket kan bidra till att befästa uppfattningen om att sjukdom ger rätt till sjukpenning och att det är sjukdom som ska intygas. Att läkarintyget heter *Läkarintyg för sjukpenning* kan också leda tanken fel, så att individen tror att sjukpenning är något som läkaren ordinerar. Detta är några exempel som vi noterat som kan påverka förståelsen i fel riktning.

[63] Moldvik, I (2019).
[64] Karolinska Institutet (2020).

3.4 Betydelsen av läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning i sjukpenningärenden

Utredningen ska enligt direktiven analysera och bedöma om läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver få större tyngd i sjukpenningärenden. I nedanstående avsnitt beskriver vi utredningens slutsatser gällande detta. Vi sammanfattar även andra slutsatser gällande bedömning av arbetsförmågans nedsättning.

Läkarens bedömning har stor betydelse i sjukpenningärenden

Utredningens bedömning är att läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning har stor betydelse för handläggarens beslut i sjukpenningärenden. Som vi beskrivit tidigare är läkarintyget Försäkringskassans viktigaste underlag i utredningen inför beslut om sjukpenning. Avslag på sjukpenning förekommer sällan även om det varierat över tid som vi såg i kapitel 2. Särskilt tidigt i en sjukskrivning är det mycket ovanligt att sjukpenning avslås. Avslag kan också bero på andra saker än att läkaren och handläggaren bedömer arbetsförmågans nedsättning olika som vi beskrev tidigare i detta kapitel.

I de dialoger som utredningen har haft med olika intressenter har vi mött uppfattningen att läkarintyget, det vill säga läkarens bedömning, *har stor betydelse* och att det är svårt att se att den skulle kunna ges större betydelse eller tyngd i sjukpenningärenden utan att ändra på aktörernas grundläggande uppdrag och ansvarsfördelning i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Det har poängterats många gånger i utredningens arbetsgrupper och i detta betänkande att i de allra flesta sjukskrivningsfall fungerar processen väl och varken aktörerna själva eller sjukskrivna individer upplever problem med sjukskrivning och sjukpenning.

Det är framför allt i mer svårbedömda fall som frågan aktualiseras hur bedömningar kan variera och hur aktörernas mandat och bedömningar faktiskt förhåller sig till varandra. Vi har i föregående avsnitt beskrivit utmaningar som både handläggare och läkare möter i arbetet med sjukskrivning och sjukpenning. De åtgärder som problembilden pekar mot handlar inte om att ändra på roller eller uppdrag, eller att ge någon part mer eller mindre mandat, utan om att *tydliggöra ansvaret* och att *skapa rätt förutsättningar* för att läkare och handläggare

ska kunna göra väl underbyggda bedömningar utifrån sina respektive uppdrag och kommunicera dem transparent och tydligt.

Utredningen bedömer således att läkarens bedömning och läkarintyget har och ska ha en viktig och central roll i sjukpenningärenden. Utredningen bedömer inte att det är aktuellt att vidta åtgärder för att ge läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning ännu mer tyngd i sjukpenningärenden. Åtgärder behöver däremot vidtas för att skapa rätt förutsättningar för väl underbyggda bedömningar och ett fungerande samarbete mellan läkare och handläggare.

Rollfördelningen är i grunden ändamålsenlig men olika bilder finns

Rollfördelningen mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen uppfattas av utredningen och de experter och referensgrupper som vi talat med som i grunden ändamålsenlig.

Men det har framkommit, som vi beskriver tidigare i kapitlet, att det finns skilda uppfattningar i centrala frågor gällande vad som ligger inom de olika uppdragen. Detta kan leda till upplevelse av att det finns rollkonflikter mellan aktörerna och till att informationen om vad som gäller för de sjukskrivna inte är samstämmig och tydlig. Utöver detta finns det termer och begrepp som används missvisande och inkonsekvent som kan bidra till en upplevd otydlighet.

En viktig aspekt när det gäller förståelsen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är att det hos sjukskrivna och allmänheten finns kunskapsbehov gällande åtgärden sjukskrivning och rätten till sjukpenning vilket kan föra med sig upplevelsen av otrygghet och risk för legitimitetsbrist för systemet.

En gemensam och tydlig bild av respektive aktörs uppdrag är viktig. Tydlig och samstämmig kommunikation behövs både inom och mellan aktörerna, ut mot allmänheten och de sjukskrivna för att minska risken för upplevda rollkonflikter mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

När grundläggande frågor om aktörsansvaren förtydligats och ett gemensamt språkbruk etablerats borde det vara möjligt att kommunicera hur sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fungerar på ett tydligt, transparent och konsekvent sätt. Vi återkommer till detta i kapitlet gällande förslag, avsnitt 5.1.

Läkarens bedömning vid kortvariga sjukskrivningar med tydlig prognos

Mer än 60 procent av alla startade sjukfall avslutas innan det gått 60 dagar.[65] De flesta sjukskrivningsfall är inte komplicerade bedömningsmässigt och för dessa fungerar systemet ändamålsenligt.

I sjukdomstillstånd där det förväntade medicinska förloppet är tydligt och sjukskrivningen bedöms bli kortvarig bör läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning i hög grad vara vägledande för beslut om sjukpenning. Handläggaren borde i dessa fall inte behöva göra en omfattande utredning. Rollfördelningen och användningen av hälso- och sjukvårdens kunskap kan bli mer ändamålsenlig om läkares bedömningar i denna typ av sjukskrivningar i högre grad kan vara vägledande för Försäkringskassans beslut om sjukpenning.

Även om Försäkringskassan i alla ärenden ska göra en bedömning av om villkoren för ersättning är uppfyllda, däribland om arbetsförmågan är nedsatt på ett sådant sätt att sjukpenning kan beviljas, bör det kunna vara enklare att göra detta i fall där läkarens bedömning av det medicinska behovet att avhålla sig från arbete är tydligt. Vi återkommer till detta i kapitlet om förslag, avsnitt 5.2.

Trots svårigheter att bedöma arbetsförmågans nedsättning är inte uppgiften tillräckligt uppmärksammad

Bedömningen av arbetsförmågans nedsättning är central för att bedöma behov av sjukskriving och fatta beslut om sjukpenning. Trots detta är vår uppfattning att den inte varit föremål för särskilt mycket forskning eller studier. Denna uppfattning stöds även av studier på området som vi hänvisat till tidigare i detta kapitel.

Det finns dock forskning som ger stöd för att läkare tycker att det är svårt, som vi sett.

Varken läkare eller handläggare får någon särskild utbildning eller har särskilda verktyg gällande hur bedömningen av arbetsförmågans nedsättning ska göras inom ramen för de olika uppdragen. Bedömningarna bygger i olika grad på implicit kunskap.[66]

[65] Se kapitel 2.
[66] Bertilsson med flera (2018).

För att kunskapen ska kunna överföras och kommuniceras (verbaliseras) behöver den göras explicit.

Utredningens uppfattning är att frågan inte heller varit föremål för samsynsskapande dialog i särskilt stor omfattning. Detta kan förklara att det finns olika bilder hos berörda aktörer av vad bedömningarna faktiskt innebär och vad som ingår i läkarens och handläggarens uppdrag.

Att området är så centralt för sjukförsäkringen och att det samtidigt finns så olika bilder av vad det innebär för de olika aktörerna är anmärkningsvärt. Att implementera samsyn och utveckla adekvat kunskapsstöd och metoder bör vara ett prioriterat område för de ansvariga aktörerna, gemensamt.

Det kan finnas en övertro på mätbarhet gällande arbetsförmågans nedsättning

Det har förts fram av experter inom området (läkare, forskare, försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare) att det kan finnas en övertro på exaktheten och mätbarheten i bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.[67] Det finns en bild att det förväntas en stor precision i läkarens uppgifter och bedömning i läkarintyget när det med nödvändighet ofta är fråga om uppskattningar och rimlighetsbedömningar.

Även om bedömningar utförs metodiskt och utifrån bästa tillgängliga kunskap är en mer rättvisande och realistisk beskrivning att de ofta är en *bedömning av bedömningar*. Läkaren gör utifrån sin medicinska kompetens och medicinska utredning en bedömning av patientens egen beskrivning av sina besvär.

Försäkringskassan gör i sin tur en bedömning utifrån uppgifter myndigheten får från individen, läkaren och arbetsgivaren. Ibland är uppgifterna inte tydliga, de kan också vara motstridiga och behöver värderas och vägas samman.

Det har till utredningen lyfts behov av förändring i förhållningssättet till bedömningen av arbetsförmågans nedsättning gällande hur exakt och mätbar den är och hur den kan bedömas. Inte minst eftersom nedsättningen av arbetsförmågan kan påverkas av hur aktörerna själva agerar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och inte är givna fakta om individen.

[67] Nordling med flera (2020).

Även om bedömningar i viss mening är subjektiva rimlighetsbedömningar ska de också vara professionella överväganden. Att acceptera det icke-mätbara utesluter inte att bedömningarna hos båda parterna måste bygga på medveten metodik och bästa tillgängliga kunskap.

4 Samarbete mellan professioner i hälso- och sjukvården

I detta kapitel kommer vi övergripande beskriva hälso- och sjukvårdens mål och verksamhet för att sätta samarbetet mellan professioner i en kontext. Vi kommer övergripande beskriva olika verktyg och former av samarbete och samordning inom hälso- och sjukvården. Vi kommer beskriva kompetensen hos några professioner som vanligen förekommer i hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och några teambaserade arbetsmodeller som förekommer inom hälso- och sjukvården relaterat till sjukskrivning. Vi kommer avsluta med en analys utifrån utredningens frågeställningar.

4.1 Hälso- och sjukvårdens verksamhet och mål

I detta avsnitt beskriver vi några grundläggande aspekter av den svenska hälso- och sjukvården: hälso- och sjukvårdssystemet, hälso- och sjukvårdens mål, ledningssystem samt personal och yrkesgrupper.

4.1.1 Svenska hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvården i Sverige är inte en organisatorisk entitet utan ett system bestående av olika aktörer som har olika ansvar och roller.

På nationell nivå har regering och riksdag det övergripande ansvaret för att peka ut den politiska inriktningen och uppdraget för hälso- och sjukvården genom exempelvis lagstiftning. Staten kan också genom statsbidrag och överenskommelser påverka inriktningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Inom staten finns även nationella myndigheter med olika ansvar. Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård, med avgränsningen att myndigheten inte ansvarar för de frågor som andra myndigheter ansvarar för. Myndigheten arbetar bland annat med nationella kunskapsstöd, uppföljningar och föreskrifter för att styra och stödja hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Inspektionen för vård och omsorg har ansvar att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och E-hälsomyndigheten har bland annat ansvar för att samordna regeringens satsningar inom e-hälsoområdet.

Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård vilar på regioner och i vissa delar på kommuner. Detta innebär att regionen eller kommunen ytterst har ansvar för att säkerställa att invånarna får en god vård. Då utredningens uppdrag berör sjukskrivning kommer vi i den fortsatta redogörelsen fokusera på regionerna som huvudmän för hälso- och sjukvård eftersom sjukskrivning hanteras av läkare och det är regionernas ansvar att erbjuda läkarvård.

Regionerna omfattas av det kommunala självstyret.[1] Detta innebär bland annat att regionerna själv har rätt att ta ut skatt för att finansiera sin verksamhet. Begränsningar i det kommunala självstyret kräver lagstiftning och inskränkningar i självstyret ska inte gå utöver vad som är nödvändigt utifrån ändamålet[2]. När staten vidtar åtgärder som får effekter på regionernas verksamhet, exempelvis lägger på nya uppgifter, ska staten finansiera dessa genom att kompensera regionerna ekonomiskt (den så kallade finansieringsprincipen).

En vårdgivare är en statlig myndighet, region, kommun, enskild näringsidkare eller annan juridisk person som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. En region är alltså i många fall både huvudman och vårdgivare men inom en region förkommer även andra vårdgivare exempelvis offentligt finansierade privata vårdgivare.

När det gäller primärvården finns det så kallade vårdvalsystemet som innebär att regionen ska organisera primärvården så att patienterna ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvård och kunna välja en fast läkarkontakt.[3] Utförarna ska behandlas lika vilket innebär att de som uppfyller kraven som regionen ställt ska som regel få etablera sig inom regionen. Den enskilde får endast vara listad hos en utförare åt gången

[1] 1 kap.1 § regeringsformen (1974:152).
[2] 14 kap. 3 § regeringsformen (1974:152).
[3] 7 kap. 3 § HSL.

och får byta fast vårdkontakt högst två gånger per år, om det inte finns särskilda skäl för att medge fler byten.[4]

4.1.2 Hälso- och sjukvårdens mål

Av Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) framgår att hälso- och sjukvårdens övergripande mål är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.[5] Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Av HSL framgår att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I förarbetena till lagen uttalas att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå ifrån tre grundläggande etiska principer: människovärdesprincipen, behovssolidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.[6]

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kravet på god vård är uppfyllt.[7] Socialstyrelsen beskriver att god vård är kunskapsbaserad, säker, effektiv, jämlik, individanpassad och tillgänglig.[8] I patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL) förekommer begreppet *god och säker vård.* Enligt *Patientlag (2014:821)* (PL) ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[9]

Författningen gällande hälso- och sjukvårdens verksamhet är i hög utsträckning utformad som målinriktade ramlagar.[10] Detta gör att få enskilda insatser eller åtgärder är explicit reglerade. I stället är det upp till vårdgivaren och hälso- och sjukvårdens personal att utforma och genomföra vården så att målen nås.

[4] 7 kap. 3 b §.
[5] 3 kap. 1 § HSL.
[6] Prop. 1996/97:60.
[7] 5 kap. 1 § HSL.
[8] Socialstyrelsen (2007), Socialstyrelsen (2020).
[9] 1 kap. 7 § PL.
[10] Se ex. förarbete Prop. 1981/82:97.

4.1.3 Huvudmännen och vårdgivarnas ansvar för ledning och styrning

I och med att hälso- och sjukvårdens regelverk i hög utsträckning är målinriktad läggs ett stort ansvar på de som är ansvariga för hälso- och sjukvårdens verksamhet antingen som huvudmän eller som vårdgivare.

Vissa uppgifter och regler är riktade mot regionerna som huvudmän. Detta gäller exempelvis ansvaret för att hälso- och sjukvård erbjuds inom regionens geografiska område och att den som har behov erbjuds koordinerande insatser. Regionerna kan i många fall via avtal lägga över uppgifter på någon annan utförare. Avtalens utformning, krav och uppföljning är därför ett viktigt instrument för styrning inom hälso- och sjukvården. Detta gäller i synnerhet i de regioner där en större del av vården bedrivs genom privata utförare.

Många regler riktar sig direkt till vårdgivare oavsett om denna är en region, enskild näringsidkare eller annan juridisk person. Vårdgivaren är ansvarig för att verksamheten når upp till de mål och krav som finns på verksamheten i olika författningar (att säkra verksamhetens kvalitet).[11] Detta innebär exempelvis att vårdgivaren är skyldig att bedriva sin verksamhet så att kraven på god vård enligt HSL är uppfyllda.[12]

För att säkerställa verksamhetens kvalitet är vårdgivaren skyldig att se till att det finns ett system av principer för hur verksamheten leds och styrs, ett ledningssystem.[13] Ledningssystem ska användas systematiskt och fortlöpande för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystem planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Rutiner och processer ska identifieras, beskrivas och fastställas för att säkra verksamhetens kvalitet.

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[14] Vårdgivare är ansvariga för att medarbetarna har den kompetens som deras arbetsuppgifter kräver.[15] Ett viktigt ansvar för vårdgivare och regioner är att säkerställa kompetensförsörjningen. Med kompetensförsörjning menas att säkerställa på kort och lång sikt att verk-

[11] Se Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
[12] 3 kap. 1 § PSL.
[13] SOSFS 2011:9.
[14] 5 kap. 2 § HSL.
[15] Socialstyrelsen (2023e).

samheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Kompetensförsörjning innefattar olika delar som analys av kompetensbehov, utbildning, rekrytering, behålla medarbetare med rätt kompetens och hur medarbetarnas kompetens och tid används.[16]

Ledning- och styrning inom försäkringsmedicin

SKR har tagit fram en vägledning för ledning och styrning inom försäkringsmedicin.[17] Socialstyrelsens remissversion av kunskapsstöd om försäkringsmedicin innehåller också beskrivningar av ledning och styrning relaterat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.[18] Socialstyrelsen lyfter bland annat vikten av att ledningssystemet säkerställer rätt kompetens på kort och lång sikt, att det finns fastställda rutiner och processer för arbetet och samverkan samt att verksamheten kontinuerligt följs upp och vidareutvecklas.

Socialstyrelsens intygsföreskrift innehåller även skyldigheter kopplade till vårdgivare där det bland annat framgår att vårdgivaren ska fastställa rutiner för utfärdande av intyg och se till att den som utfärdar intyg har rätt kompetens.

Exempel på rutiner inom ledningssystemet som kan vara kopplade till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är möjlighet att boka in längre läkarbesök för fördjupad bedömning för personer med sjukskrivningsbehov. Det kan också gälla att det finns inplanerad tid för administration kring intyg eller kompletteringsförfrågningar. Rutiner kan finnas gällande samarbete med andra vårdroller och professioner. Rutiner kan också gälla hur behov av koordineringsinsatser identifieras och tillgodoses. Ledningssystemet kan innefatta beskrivningar av roller och uppdrag.

Ledningssystemet bör också innehålla rutiner för hur insatser ska samordnas med andra vårdnivåer, vårdgivare eller vårdenheter. Det kan också handla om rutiner kring hur samverkan bör ske med externa parter som patientens arbetsgivare, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionerna som huvudmän samverka med andra samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[19]

[16] Socialstyrelsen (2023f).
[17] SKR (2021a).
[18] Socialstyrelsen (2023c).
[19] 7 kap. 7 § HSL.

4.1.4 Hälso- och sjukvårdens personal och kompetenser

Det finns olika yrkesgrupper, roller och kompetenser inom hälso- och sjukvården. En profession är en yrkesgrupp som i den praktiska tillämpningen har sin grund i ett vetenskapligt kunskapsområde. Den professionella kompetensen består av kunskap inom ett vetenskapligt område, färdigheter att utföra vård, och etiska förhållningssätt.

För att tillhöra en hälso- och sjukvårdsprofession krävs en legitimation som beslutas av Socialstyrelsen. Det finns 22 yrken med legitimationskrav. I högskoleförordningen (1993:100) finns regler för vilket innehåll i högskoleutbildningarna som krävs för att erhålla legitimation. Utöver utbildning krävs i vissa fall även praktisk tjänstgöring. För läkare och sjuksköterskor finns även statligt reglerad möjlighet till specialisering och specialistutbildning.

4.1.5 Vem får göra vad inom hälso- och sjukvården?

Det finns få regler inom hälso- och sjukvården som reglerar exakt vilken profession som får utföra en viss åtgärd. Att ställa diagnoser är exempelvis inte förbehållet en viss profession. Vårdgivaren är ansvarig för att den som utför åtgärder har tillräckligt med kompetens för att åtgärden ska kunna utföras på ett sådant sätt att det är förenligt med god och säker vård.[20] I många fall behöver det bedömas individuellt om den enskilda vårdutövaren har tillräcklig kompetens att utföra en viss uppgift oavsett vilken profession eller yrkesgrupp hen tillhör. Vårdpersonal får endast delegera uppgifter till någon annan om detta kan ske i enlighet med god och säker vård.[21]

Vissa uppgifter är reglerade och knutna till en viss profession. Detta gäller exempelvis ordinering och hantering av läkemedel och i vissa fall utfärdande av intyg som exempelvis läkarintyget vid sjukskrivning.

[20] Socialstyrelsen (2023a).
[21] 6 kap. 3 § PSL.

4.1.6 Politiska reformer för god och nära vård

Regeringen har tagit initiativ till den så kallade *omställning till god och nära vård*.[22] Så här beskriver regeringen målbilden med omställningen:

> Hälso- och sjukvården bör ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt.[23]

En utbyggd och väl fungerande primärvård är en viktig del av omställningen. Primärvården ska ha kompetens och resurser för att tillgodose patienternas behov när det är möjligt och ändamålsenligt. En stärkt primärvård beskrivs som en förutsättning för att kunna ställa om i önskad riktning. Primärvården ska också få en tydligare samordnande roll gällande personens vårdbehov. Riksdagen har bland annat beslutat om förändringar i hälso- och sjukvårdslagen där primärvårdens grunduppdrag har fastslagits. En del i grunduppdraget är att samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Riksdagen har även beslutat om förändringar i HSL, som innebär att vården ska ges nära patienten[24] samt förtydligat bestämmelser gällande listning av patienter hos en utförare samt möjlighet att där välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.[25]

Ett annat inslag i omställningen är ett större fokus på förebyggande, hälsofrämjande, rehabiliterande och habiliterande insatser inom hälso- och sjukvården. Regeringen och SKR har ingått en överenskommelse som år 2023 omfattade 6,4 miljarder kronor. I överenskommelsen skriver parterna:

> Ett hälsofrämjande, preventivt och habiliterande/rehabiliterande fokus i hälso- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt använda hälso- och sjukvårdens resurser effektivt.

[22] Se betänkande Effektiv vård (SOU 2016:2) samt de fem betänkanden från utredningen samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).
[23] Prop. 2019/20:164.
[24] Se 7 kap. 2 a § HSL respektive 13 a kap. HSL.
[25] Prop. 2021/22:72.

> Det är också en förutsättning för god hälsa för de personer som lever med kroniska och långvariga tillstånd. Det är angeläget att primärvården arbetar med insatser som bidrar till att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt bidrar till att personer återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga.[26]

Ett personcentrerat arbetssätt beskrivs också som en central del av omställningen. Att utveckla samarbetet mellan professioner för att på ett bättre sätt möta individens behov beskrivs som en förutsättning. SKR och regeringen lyfter att interprofessionella arbetssätt behöver utvecklas och att interprofessionellt samarbete kräver en god kännedom och förståelse för såväl den egna kompetensen som för de andras kompetenser i teamet.

En förutsättning för ökat interprofessionellt samarbete är att tillgången till personal med relevant kompetens från olika professioner kan säkras. Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet har tagit fram en rapport gällande tillgången till olika vårdprofessioner och konstaterar att det råder brist på kompetens när det gäller flera professioner men i synnerhet specialistläkare i allmänmedicin.[27] Ungefär 3 miljarder av de medel som fördelas genom överenskommelsen mellan SKR och staten går till området *Goda förutsättningar för vårdens medarbetare* som bland annat innehåller satsningar gällande kompetensförsörjningen.

4.2 Samarbete mellan professioner i hälso- och sjukvården

Olika begrepp som *vårdteam*, *multiprofessionellt samarbete* och *interprofessionella arbetssätt* förekommer ofta i samband med att flera roller och kompetenser samarbetar. Det finns olika faktorer som lyfts fram som viktiga för att samarbete ska fungera väl. Inom hälso- och sjukvården finns också olika typer av samordningsfunktioner och planer för att samordna individens vård. Rehabilitering är ett område som är särskilt präglat av samarbete mellan olika professioner med olika kompetenser. Samarbetet mellan professioner är även en central del av utveckling mot god och nära vård.

[26] Regeringen och SKR (2022) s. 15.
[27] Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet(2022a).

4.2.1 Multiprofessionella team och vårdteam

Ett team kan beskrivas som en grupp personer med olika roller som arbetar tillsammans för att nå ett gemensamt mål. Socialstyrelsen definierar ett *multiprofessionellt team* som ”grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde”. Detta kan jämföras med ett *vårdteam* som definieras som ”grupp av samverkande hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser och med uppgift att svara för vård av enskild patient eller grupp av patienter”. Ett vårdteam är alltså mer av en organisatoriskt beständig grupp medan medlemmarna i ett multiprofessionellt team kan variera från patient till patient och över tid.

Dessa två typer av team kan exemplifieras med att akutsjukvårdsteam (vårdteam) och rehabiliteringsteam (multiprofessionellt team).[28] Inom ett akutsjukvårdsteam finns väl inövade procedurer utifrån olika situationer. Rollerna i teamet vet vad de ska göra i en given situation med tydliga rutiner och flödet är relativt förutsägbart. I ett rehabiliteringsteam behöver teamets arbete anpassas utifrån den enskilda individens förutsättningar och behov. Behoven kan vara komplexa och det finns många olika faktorer som kan påverka både val av åtgärder och utfall. I dessa fall ställs andra krav på kommunikation, samarbete och att åtgärder görs utifrån den enskilda patientens behov.

4.2.2 Rehabilitering

Rehabilitering är ett område där samarbete mellan olika professioner är mycket vanligt förekommande. Socialstyrelsen definierar i sin termbank rehabilitering som:

> insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

I anmärkningen till definitionen beskriver Socialstyrelsen att:

> Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

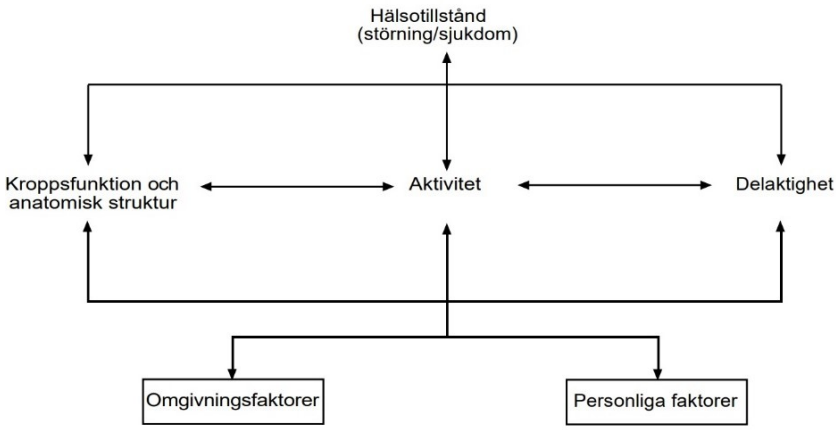
[28] Se till exempel Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017).

> Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

De professioner som är involverade i rehabilitering kallas ibland för rehabiliteringsprofessioner. Rehabilitering utgår från ett helhetsperspektiv kring individen där biologiska, psykologiska och sociala faktorer vägs samman. Världshälsoorganisationen har tagit fram *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)* som erbjuder ett standardiserat språk och en strukturerad modell för att beskriva individens hälsa utifrån en så kallad biopsykosocial modell. Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd om att vårdgivare bör använda sig av bland annat ICF när det är tillämpligt i syfte att försäkra sig om att uppgifter dokumenteras på ett entydigt sätt.[29] Detta innebär alltså att ICF bör användas när de förhållanden ska beskrivs som omfattas av ICF.

Figur 4.1 Biopsykosocial modell

Enligt internationell klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)



Källa: Socialstyrelsen (2022).

Nationella programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin har tagit fram en generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete.[30] Syftet med modellen är

[29] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.
[30] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021).

att den ska kunna integreras i standardiserade vårdförlopp och modellen bygger på Socialstyrelsen generiska processmodell för hälso- och sjukvård.[31] En version av dokumentet har också tagits fram som är avsedd för klinisk verksamhet.[32] Den generiska modellen för rehabiliteringen utgår ifrån tre block:

1. Utredning och bedömning
2. Behandling och åtgärder
3. Uppföljning och utvärdering.

I *utrednings och bedömnings*-blocket görs nödvändiga undersökningar och utredningar och en bedömning av behov av åtgärder. Här lyfts behovet fram att göra en väl underbyggd försäkringsmedicinsk bedömning. I *behandlings/åtgärds*-blocket upprättas en plan över insatser och mål som fastställts. Behandlingen/åtgärderna enligt planen genomförs. Även sjukskrivning finns som en åtgärd som kan finnas med i planen. I *uppföljning och utvärderings*-blocket följs målen och åtgärderna upp och vid behov görs nya undersökningar och ny planering med åtgärder. Vilka professioner och kompetenser som involveras i de olika blocken utgår ifrån de individuella behov personen har.

Socialstyrelsen utgår även ifrån en liknande processmodell när myndigheten beskriver hälso- och sjukvårdens process för sjukskrivning och rehabilitering.[33]

4.2.3 Framgångsfaktorer vid samarbete mellan professioner

Det finns vissa framgångsfaktorer som vanligen lyfts för ett välfungerande teamarbete eller samarbete mellan professioner inom hälso- och sjukvården.[34]

Det första är ett tydligt gemensamt mål. I ett multiprofessionellt team sker detta i hög utsträckning tillsammans med patienten och därmed är ett personcentrerat arbetssätt som utgår ifrån personens behov av god och säker vård viktigt.

[31] Socialstyrelsen (2023b).
[32] Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2022).
[33] Socialstyrelsen (2023c).
[34] Se exempelvis Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017), Vårdhandboken (2023), Regeringskansliet och SKR (2022).

En annan viktig del är att medlemmarna i teamet har kunskap och förståelse för så väl den egna kompetensen som för andras kompetenser. Det är viktigt att både ha generell kunskap om olika professioners kompetenser men i många fall är även kännedom om den individuella kompetensen hos en vårdutövare viktig. Personerna som ska samarbeta behöver också ha samverkanskompetens.

Det krävs rutiner, processer och arbetsmetoder som stödjer samarbetet och samverkan. Vårdgivaren har ett stort ansvar för att säkerställa detta samt att säkerställa att medarbetarna har den kompetens som krävs för ett välfungerande samarbete.

Utredningen vill också lyfta att samarbete och insatser från flera professioner och yrkesgrupper, precis som alla annan vård behöver bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns inget egenvärde i att fler personer än nödvändigt involveras i personens vård. Samarbetet mellan fler professioner måste motiveras av att det finns ett behov och att det skapar nytta.

Det finns flera trender som leder till ett ökat behov av att flera personer involveras i personens vård. Några exempel på detta är den tekniska utvecklingen med möjligheten till mer avancerade behandlingar och där delar av vården därför behöver ges på högt specialiserade vårdenheter. Ett hälsofrämjande, rehabiliterande och förebyggande fokus kräver också involvering av professioner med olika kompetens. Att antalet personer som involveras i personens vård ökar gör att det finns ett större behov av att sätta personens behov av vård i centrum och att det finns effektiva metoder och verktyg för samordning av vården.

4.2.4 Personcentrerad vård

Samarbete mellan olika kompetenser bör utgå ifrån ett personcentrerat arbetssätt eller personcentrerad vård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver att:

> Personcentrering innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – innan, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patien-

ters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även i utformningen av hälso- och sjukvården.[35]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter att personcentrering är ett mål i sig eftersom personen har rätt till inflytande gällande sin vård och i förlängningen liv och hälsa. Individens rätt till delaktighet och inflytande är även reglerat i PL och HSL. Personcentrerad vård motiveras även utifrån att det har visat sig medföra högre kvalitet och effektivitet. Patienten som ges större möjlighet att påverka sin vård har högre sannolikhet att följa behandlingsråden.

4.2.5 Samordnande funktioner och planer inom hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården har ett långtgående ansvar att samordna personens vårdbehov så att individens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses.[36] I syfte att samordna insatser från olika vårdutövare finns olika typer av samordnande roller och planer gällande personens vård inom hälso- och sjukvården. Dessa samordningsfunktioner är viktiga inte minst för att samordna vård mellan olika vårdgivare.

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

En fast vårdkontakt ska utses när en person begär detta eller om ett sådant behov i övrigt uppstår. En fast vårdkontakt ska kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, förmedla kontakter och vara kontaktperson mot andra delar av hälso- och sjukvården, samt informera personen om vårdsituationen. I förekommande fall ska fast vårdkontakt även kunna stödja individer i kontakt med andra berörda myndigheter som till exempel Försäkringskassan.[37] Den fasta vårdkontakten kan antingen utgöras av en hälso- och sjukvårdsprofession som läkare, sjuksköterska eller psykolog men kan även vara en person utan hälso- och sjukvårdsutbildning. Den fasta vårdkontakten omnämns ibland med andra begrepp till exempel vårdsamordnare.

[35] Vårdanalys (2018).
[36] 6 kap. 1 § Patientlagen (2014:821).
[37] Prop. 2013/14:106 s. 99.

En annan lagreglerad funktion är fast läkarkontakt i primärvården. Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.[38] Socialstyrelsen har tagit fram kompetensmål[39] för fast läkarkontakt och utarbetat ett nationellt riktvärde om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin och 550 invånare per ST-läkare.[40]

Riktvärdet är framtaget som ett stöd när regionerna och enskilda hälso- och vårdcentraler planerar, fördelar resurser och gör uppföljningar. Siffran 1 100 är varken ett golv eller ett tak, utan ett riktvärde. I planeringen av antalet patienter per läkare är det av central betydelse att även väga in lokala förutsättningar utifrån bland annat vårdbehovet, vilka övriga professioner som finns verksamma på mottagningen och teamarbetets utformning.

Planer inom hälso- och sjukvården

Det finns olika typer av planer inom hälso- och sjukvården. För en patient som erbjuds rehabilitering inom hälso- och sjukvården ska en individuell plan upprättas.[41] Om en person är i behov av insatser från både regionen och kommunen ska en så kallad samordnad individuell plan (SIP) tas fram.[42]

Det finns även andra typer av vårdplaner eller dokument som innehåller en planering av personens vård men som inte är lagreglerade. Ett sådant dokument är ett så kallat patientkontrakt som utvecklats inom ramen för överenskommelser mellan SKR och staten. Ett patientkontrakt ska innehålla de insatser som vårdgivaren och patienten kommit överens om inklusive de insatser som patienten själv ska ta ansvar för att utföra, vilket även inkluderar hälsofrämjande och förebyggande insatser. Patientkontraktet ska innehålla en sammanhållen planering för patientens samtliga vård- och omsorgskontakter. Syftet

[38] Prop. 2013/14:106 s. 100.
[39] Socialstyrelsen (2023 b).
[40] Socialstyrelsen (2022).
[41] 8 kap. 7 § HSL, samt 12 kap. 5 § HSL.
[42] 16 kap. 4 § HSL.

är att det ska leda till ökad delaktighet för patienten och mer patientcentrerad samordning av personens vård. I första hand ska kontraktet erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov.[43]

När en person är sjukskriven upprättas i många fall en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan. Denna plan beskriver planeringen under sjukskrivningen, till exempel upptrappning av arbetstid, vilka behandlings- och rehabiliteringsåtgärder som behöver vidtas för att en person ska kunna återfår arbetsförmåga och vilken samverkan som behöver ske med andra aktörer.[44]

4.3 Vanliga vårdprofessioner och roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I det här avsnittet kommer vi att beskriva några vanliga professioner och roller som kan involveras i hälso- och sjukvårdens arbete relaterat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

4.3.1 Läkare

Läkarprofessionen har sin grund i medicinen som vetenskap. Medicin är vetenskapen om att diagnostisera, behandla och lindra sjukdomar samt att uppnå bästa möjliga hälsa.

Läkare har ett helhetsansvar för patientens medicinska utredning och behandling. Läkares breda medicinska utbildning ger möjligheten att samordna aktiviteter runt patienten. Läkares etiska förhållningssätt präglas av att läkaren ska ha patientens hälsa som sitt främsta mål. Patienten ska behandlas med empati, omsorg och respekt. Läkaren ska respektera patientens rätt till information om sitt hälsotillstånd, ge information om möjliga behandlingsalternativ och respektera patientens rätt att bestämma över sig själv.[45]

Det finns många olika medicinska undersökningar och utredningar. Läkare är ansvarig för att ha gjort tillräcklig undersökning och utredning för att kunna ge råd eller annan behandling. Läkaren är också ansvarig för att hen har den kompetens som krävs för att kunna ge god vård, och vid behov ska läkare ta hjälp av annan sakkunskap,

[43] Regeringskansliet och SKR (2022) s. 27.
[44] Socialstyrelsen (2023c).
[45] Svenska läkarförbundet (2017).

vilket exempelvis kan vara läkare med andra specialiteter eller andra professioner. Utredningsmetoderna kan vara olika typer av kliniska undersökningar, laboratorieprover eller bedömning av psykisk och somatisk status. Syftet med medicinsk utredning och undersökning är att kunna ställa en medicinsk diagnos och utifrån denna erbjuda lämpliga behandlingsalternativ.

De medicinska insatserna eller behandlingen syftar till att förebygga, behandla eller lindra sjukdomar och främja hälsa. Medicinska insatser kan exempelvis bestå av ordination av läkemedel, kirurgiska ingrepp eller råd om egenvård eller livsstilsförändringar. Medicinska behandlingsinsatser kan även utföras av andra professioner, exempelvis i form av fysioterapi eller psykologisk behandling.

Läkaren utfärdar även intyg och utlåtanden. Läkaren ska i utlåtande endast styrka sådant som har saklig och professionell grund.[46]

I sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är läkaren ansvarig för att göra en försäkringsmedicinsk bedömning och att bedöma om sjukskrivning är en lämplig åtgärd och vid behov utfärda läkarintyg. Läkaren är ansvarig för den medicinska planeringen för patienten, vilket även innefattar hälso- och sjukvårdens åtgärder som hjälper patienten att kunna återgå i arbete om så är möjligt. Det finns utbildningsmål inom läkares specialisttjänstgöring för försäkringsmedicin där de framgår att läkare ska kunna tillämpa metoder inom försäkringsmedicin som en del av personens vård och behandling samt att kunna samverka med andra inom och utanför hälso- och sjukvården gällande försäkringsmedicinska frågor som rör den enskilde.[47]

En viktig kompetens som lyfts fram av experter som utredningen talat med är läkarens färdigheter att i samtal med patienten kunna resonera kring behovet av sjukskrivning. Samtalet är viktigt både som en del av utredningen av behovet av sjukskrivning och för att läkaren ska kunna framföra sin bedömning på ett respektfullt sätt. Detta är i synnerhet viktigt när läkaren bedömer att sjukskrivning inte är en lämplig åtgärd.

2019 uppgick antalet sysselsatta läkare i Sverige till 48 000 varav 90 procent arbetar inom hälso- och sjukvården. Antalet sysselsatta specialistläkare uppgick till knappt 32 000. Den enskilt största specialiteten är specialister inom allmänmedicin vilka var omkring 7 000 personer.[48]

[46] Sveriges läkarförbund (2017).
[47] Socialstyrelsen (2021c).
[48] Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet(2022a).

4.3.2 Fysioterapeuter

Fysioterapeuter har sin grund i fysioterapi som vetenskap. I centrum för fysioterapin står förståelse av kroppen, dess rörelse och funktion samt interaktion med andra och med miljön. Fysioterapi omfattar kunskap om människan som en fysisk, psykisk, social och existentiell helhet i ett hälsoperspektiv. Fysioterapi syftar till att främja hälsa, minska lidande och till att behålla och återvinna optimal rörelseförmåga och rörelsebeteende, särskilt när funktion, aktivitet och delaktighet begränsas av sjukdom och skada, eller fysiska och psykosociala omgivningsfaktorer. [49]

Fysioterapeutisk utredning innefattar intervju samt klinisk undersökning. Ibland används också standardiserade observations- och mätmetoder. Fysioterapeuter arbetar personcentrerat och stor vikt läggs vid personens egen uppfattning av sina besvär och resurser. Resultaten ligger till grund för diagnos och prognos. Diagnos kan sättas med ICD-10, ICF eller den så kallade rörelsehierarki-modellen.

Utredningen ligger till grund för mål och hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande, behandlande och rehabiliterande interventioner. Fysioterapeutiska interventioner kan omfatta samtal, pedagogiska och terapeutiska åtgärder samt åtgärder som gäller omgivningen. Interventionerna kan också innefatta träning av kropps- och rörelsemedvetande, inlärning och träning av vardagsaktiviteter, anpassad fysisk träning, ergonomiska åtgärder och hjälpmedelsförsörjning.

Relaterat till sjukskrivning- och rehabiliteringsprocessen involveras fysioterapeuter när det finns behov av fysioterapeutiska insatser exempelvis riktade mot kroppsfunktioner som har betydelse för personens förmåga att arbeta, exempelvis genom träning. Fysioterapeuter kan också stödja läkare i att bedöma en viss kroppsfunktion samt prognos för när kroppsfunktionen förväntas vara återställd. Det är vanligt att fysioterapeuter även arbetar med koordinerande insatser.

Det fanns över 17 000 fysioterapeuter i Sverige 2019 varav knappt 14 000 arbetar inom hälso- och sjukvården. Inom regionernas primärvård arbetar ungefär 2 500 fysioterapeuter.[50]

[49] Fysioterapeuterna (2019).
[50] Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet(2022a).

4.3.3 Arbetsterapeuter

Arbetsterapeuter har sin grund i arbetsterapi som vetenskapligt kunskapsområde.[51] Arbetsterapi handlar om hur människor lär och utvecklas genom aktiviteter. Målet med arbetsterapi är att människor ska ha möjlighet att utföra sina vardagliga aktiviteter som personlig vård, boende, arbete/studier/skola och fritidssysselsättning på ett för personen meningsfullt sätt. Arbetsterapeuter utgår från ett personcentrerat arbetssätt och utgångspunkten för alla insatser är individens uppfattning om sin situation och sina behov.[52]

Arbetsterapeuter kan utreda personens behov och förutsättningar för aktivitet och delaktighet i relation till livssituationen. Detta görs bland annat genom att inhämta aktivitetsanamnes, intervjuer, enkäter eller observationer. Likt fysioterapeuter har många arbetsterapeuter vana att beskriva förmåga till aktivitet och delaktighet enligt den struktur som den biopsykosociala modellen enligt ICF utgör.

Arbetsterapeutiska åtgärder planeras i samverkan med personen och innefattar prevention, hälsofrämjande insatser, träning samt anpassning av boende och offentliga miljöer, ibland med stöd av hjälpmedel. Vidare kan åtgärderna innefatta att motivera och stödja personer att uppnå aktivitetsbalans genom strategier för att medvetandegöra och anpassa aktivitetsmönster, vanor och rutiner.

Relaterat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen involveras arbetsterapeuter när det finns behov av arbetsterapeutiska insatser för att öka personens förmåga till olika typer av aktiviteter som har betydelse för förmågan att arbeta. Detta kan handla om strategier för aktivitetsbalans och genomförande av aktiviteter och i vissa fall även hjälpmedel. Arbetsterapeuter kan också stödja läkare i att bedöma förmågan till olika typer av aktiviteter. Många arbetsterapeuter arbetar även med koordinerande insatser.

Det finns ungefär 12 000 arbetsterapeuter i Sverige varav 9 000 arbetar inom hälso- och sjukvården. Knappt 1 000 var sysselsatta inom regionernas primärvård.[53]

[51] Sveriges arbetsterapeuter (2018).
[52] Sveriges arbetsterapeuter (2018b).
[53] Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet(2022a).

4.3.4 Psykologer

Psykologer har sin grund i psykologin som vetenskapligt kunskapsområde. Psykologens expertis omfattar psykologisk kunskap om individer, grupper och organisationer och spänner över många olika tillämpningsområden.

Psykologer har kompetens att genomföra psykologisk utredning, analys och bedömningar. Vid psykologisk utredning kan metoder som intervjuer, skattningsskalor, psykologiska tester och observationer användas. Utredningen och bedömningarna kan ge en bild av personens funktionsförmåga avseende exempelvis kognitiva funktioner som minne och koncentrationsförmåga.

Legitimerade psykologer har kompetens att utöva, övervaka och ansvara för psykologisk behandling.[54] Psykologisk behandling omfattar olika interventioner och åtgärder som syftar till att främja hälsa och att minska ohälsa. Psykologisk behandling innebär ett förändringsarbete inriktat mot beteenden, tankar, känslor, relationer och upplevelser. Målet med insatserna är att påverka det som identifierats som behandlingsfokus genom att antingen uppnå en reell förändring eller en ökad acceptans av problemet. Målet kan också vara att lära ett nytt förhållningssätt eller få en ny förståelse för det som är i fokus för behandlingen. Psykologisk behandling föregås alltid av en problembedömning och utvärderas ofta medan den pågår och alltid efter att den psykologiska behandlingen är avslutad.

I sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen involveras psykologer när personer har behov av psykologisk behandling för att kunna återfå arbetsförmåga. Det kan exempelvis handla om inlärning av strategier för hantering av stress och förhållningssätt till tankar och känslor. Psykologer kan även stödja läkaren i att göra bedömningar av exempelvis kognitiva funktioner och nedsättningar.

Det finns knappt 11 000 psykologer i Sverige varav 9 000 arbetar inom hälso- och sjukvården. Knappt 2 000 var sysselsatta inom regionernas primärvård.[55]

[54] Sveriges psykologförbund (2018).
[55] Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet(2022a).

4.3.5 Hälso- och sjukvårdskuratorer

Hälso- och sjukvårdskuratorernas kompetensområde är socialt arbete. Kuratorerna har ett socialt, psykosocialt och socialrättsligt fokus.[56] För att hälso- och sjukvården ska kunna ge god vård oavsett livssituation krävs kompetens och medvetenhet om hur den sociala situationen och ohälsa påverkar varandra. Hälso- och sjukvårdskuratorns arbete utgår från kunskap och teorier inom socialt arbete och omfattas av en helhetssyn där patienten/individen ses som en del av ett socialt sammanhang.

I den psykosociala utredningen bedöms både riskfaktorer och skyddande faktorer. Den psykosociala utredningen är ofta en del i diagnosutredningar och utgör underlag för remisser och intyg. Frågor om patientens psykosociala situation kan ingå i den medicinska anamnesen för att tydliggöra patientens behov och förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingar.

Insatserna kan bestå av socialt eller psykosocialt stöd. Kuratorn arbetar tillsammans med patienten för att stärka psykosocialt skyddande faktorer. Psykosocialt arbete fokuserar på samspelet mellan människors tankar, känslor och relationer respektive deras sociala situation, nätverk och system samt att arbeta med dessa olika aspekter samtidigt. I det psykosociala arbetet kombineras känslomässig, social och ekonomisk rådgivning och åtgärder samt stödjande och bearbetande samtal.

Kuratorn arbetar ofta med att samordna insatser inom hälso- och sjukvården men också att samordna insatser från samhällets olika aktörer för att bevaka samt tillgodose patienters behov och rättigheter.

I sjukskrivning- och rehabiliteringsprocessen involveras kuratorer när personen har behov psykosocialt stöd för att kunna återgå i arbete. Kuratorn kan vara stöd i de fall det behövs kontakter med exempelvis kommunen eller Försäkringskassan. Kuratorn kan även stödja läkaren i att göra psykosociala utredningar som har betydelse för behovet av sjukskrivning.

Det finns i dag ungefär 4 500 hälso- och sjukvårdskuratorer i Sverige.

[56] Akademikerförbundet SSR (2020).

4.3.6 Sjuksköterskor

Sjuksköterskor har omvårdnad som sitt kunskapsområde. Omvårdnaden är riktad mot patientens grundläggande behov och upplevelser i det dagliga livet vilket inkluderar fysisk, psykosocial och kulturell dimension. En sjuksköterska ska ha kompetens att både utföra omvårdnadsuppgifter och att etablera en förtroendefull relation med patienten och dennes närstående, vilket är en förutsättning för god omvårdnad.[57]

Sjuksköterskans kompetens omfattar ett helhetsperspektiv på patientens situation, inkluderande kunskap om komplexa behov och problem som rör till exempel kommunikation, kognition, andning, cirkulation, ätande och nutrition, uttömningar, personlig hygien, aktivitet och rörlighet, sömn och vila, smärta, psykosociala-, andliga- och kulturella faktorer.

Sjuksköterskor arbetar personcentrerat med bedömning, diagnostik, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnadsinsatser. Sjuksköterskor samverkar ofta i team med andra kompetenser.

I sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är sjuksköterskor många gånger den första kontakten personen har med hälso- och sjukvården genom exempelvis telefonrådgivning eller kontakttelefon för att boka in läkarbesök. Insatser från sjuksköterskor är mycket vanliga inom personens vård- och behandlingsprocess och i många fall har sjuksköterskor rollen som fast vårdkontakt eller som rehabiliteringskoordinator.

Det fanns ungefär 130 000 sjuksköterskor i Sverige 2019 och ungefär 113 000 arbetar inom hälso- och sjukvården. Inom regionernas primärvård arbetar ungefär knappt 14 000 sjuksköterskor.[58]

4.3.7 Koordinerande insatser och rollen rehabiliteringskoordinator

När lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (koordineringslagen) infördes blev koordinerande insatser obligatoriska för regionerna att erbjuda. Rollen rehabiliteringskoordinator har utvecklats under de senaste 20 åren, men är inte en lagreglerad roll i sig. Koordineringsinsatser ska ges utifrån behov i syfte att främja sjuk-

[57] Svensk sjuksköterskeförening (2017).
[58] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022a).

skrivna personers återgång till eller inträde i arbetslivet. Syftet att främja återgång i arbete skiljer koordineringsinsatserna från exempelvis fast vårdkontakt. Personerna som får koordineringsinsatser behöver inte ha en arbetsgivare.

Lagstiftaren ville i utformandet av koordineringslagen inte reglera hur regionerna organiserade vården och därför omnämns inte rollen rehabiliteringskoordinator i lagen om koordinerande insatser. Benämningen rehabiliteringskoordinator är fortfarande utbredd för den roll som tillhandahålla koordinerande insatser. De koordinerande insatserna kan ges av annan personal än de som har en formell yrkesroll som rehabiliteringskoordinator. Avsaknaden av en person med yrkesrollen rehabiliteringskoordinator vid en vårdenhet medför inte att ansvaret att vid behov erbjuda koordinerande insatser upphör. Med begreppet rehabiliteringskoordinator avser vi den person som tillhandahåller de koordinerande insatserna, oavsett om dennes formella yrkesroll är rehabiliteringskoordinator eller inte.

Det finns inga formella krav på vilken utbildning som behövs för att utföra de koordinerande insatserna. 85 procent av de som utför de koordinerande insatserna är antingen arbetsterapeuter, fysioterapeuter, sjuksköterskor eller socionomer/kuratorer. Ungefär hälften har genomgått en kortare högskoleutbildning gällande koordinerande insatser.[59]

Koordineringsinsatserna ges inom hälso- och sjukvårdsverksamhet och består av tre delar: personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer.

Personligt stöd

Det personliga stödet består ofta av samtal med individen. Samtalen kan gälla motiverande insatser för att stärka motivationen till återgång i arbete, tilltron till den egna förmågan eller att följa rekommendationer kring behandling och egenvård. Insatserna kan innefatta att ge information om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Kartläggning är ofta en del av det personliga stödet. Det kan handla om hur personens arbetssituation och arbetsuppgifter ser ut, vilka möjligheter och hinder som finns för återgång i arbete. De koordinerande insatserna kan även innefatta att kartlägga hur personens

[59] SKR (2021b).

sociala situation påverkar arbetsåtergång. Koordineringsinsatserna omfattar inte medicinska utredningar, bedömningar eller insatser. Kartläggningen sker enligt förarbetena utifrån behovet av information hos hälso- och sjukvården och inte utifrån behovet av information hos andra aktörer. De koordinerande insatserna medför inget ansvar för regionerna att kartlägga individens rehabiliteringsbehov hos andra aktörer motsvarande den skyldighet Försäkringskassan har genom sitt samordningsuppdrag.[60]

Intern samordning

Enligt förarbetena till koordineringslagen handlar den interna samordningen om individinriktade insatser. Personen som utför de koordinerande insatserna kan komma med förslag på åtgärder inom hälso- och sjukvården som en person skulle kunna behöva för att återfå arbetsförmågan. Utredning och bedömning av behovet av medicinska insatser är inte en del av de koordinerande insatserna utan en del av hälso- och sjukvårdens medicinska ansvar. Koordinerande insatser kan innebära att sammankalla till rehabiliteringsmöten med berörda hälso- och sjukvårdsprofessioner och därmed bidra till att en rehabiliteringsplan upprättas med fokus på återgång i arbete samt att planen följs upp. Personen som utför koordinerande insatser kan även uppmärksamma ansvariga professioner när planering för insatser saknas. I de fall patienten har kontakt med flera vårdgivare kan de koordinerande insatserna innefatta att samordna vårdinsatserna utifrån ett återgång-i-arbete perspektiv. Det är samtidigt viktigt att framhålla att även upprättandet och innehållet i rehabiliteringsplanen är en del av det medicinska ansvaret.

När koordinatorfunktionen utvecklades inom ramen för överenskommelsen mellan SKR och staten innefattade den interna samordningen även organisatoriska insatser inom ramen för ledningssystemet. Detta kunde handla om att bidra till kompetenshöjande och rådgivande insatser mot chefer och annan personal, utveckla processer och arbetssätt på vårdenheten eller följa upp verksamheten med hjälp av sjukskrivningsstatistik. Att ansvara för eller delta i denna typ av arbetsuppgifter verkar fortfarande vara vanligt förekommande för många

[60] Ds 2018:5.

av personerna som arbetar med de koordinerande insatserna, även om dessa uppgifter inte är reglerade i koordineringslagen.[61]

Extern samverkan

Enligt förarbetena ska den externa samordningen handla om att tillgodose behov av samverkan ur hälso- och sjukvårdens perspektiv. Detta kan handla om att hälso- och sjukvården behöver uppgifter från andra aktörer för att kunna lägga upp vårdplaneringen eller bedöma sjukskrivningsbehov. Exempel på aktörer som hälso- och sjukvården kan behöva samverka med är Försäkringskassan, arbetsgivaren, kommunen eller Arbetsförmedlingen. Om hälso- och sjukvården kan anta att det finns behov av rehabilitering enligt Socialförsäkringsbalken ska Försäkringskassan informeras om behovet.[62]

När koordineringsfunktionen utvecklades inom ramen för sjukskrivningsmiljarden var ett viktigt inslag att stödja individen i kontakten med andra aktörer och förmedla behov till exempelvis arbetsgivaren för att främja den enskildes arbetsåtergång.

Identifierade utmaningar med koordineringslagen

I arbetet med denna utredning har utmaningar lyfts gällande de koordinerande insatserna och införandet av koordineringslagen.

Experter som utredningen talat med erfar att regioner minskar sin verksamhet för koordineringsinsatser i förhållande till den nivå som fanns under tiden med överenskommelsen. Ett problem som lyfts är att den statliga finansieringen i samband med införandet av lagen inte kompenserar regionerna fullt ut för kostnaderna för koordineringsinsatserna. Ett annat skäl som anges är lagens utformning som ger stor möjlighet till tolkning av innehållet i koordineringsinsatserna och hur dessa ska genomföras. Detta leder till att regioner kan välja att lägga sig på en miniminivå gällande koordineringsinsatser.

I SKR:s handbok för koordinering beskrivs att koordineringsinsatserna kan ges på olika nivåer. Den lägsta nivån (1) är framför allt ett administrativt uppdrag gällande exempelvis tidsbokning och den högsta nivån (8) innefattar kvalificerade koordineringsinsatser för att

[61] SKR (2021b).
[62] 4 § Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

stödja individens återgång till arbete. Om koordineringsinsatserna framför allt blir av administrativ art kan det leda till en ond spiral då det blir svårt att behålla kompetent personal som vill arbeta med koordineringsinsatserna, vilket ytterligare minskar kvaliteten på insatserna.

Koordineringslagen går inte in på *hur* eller *i vilken omfattning* insatserna ska ges utöver att insatserna ska ges utifrån behov. Regionernas arbete vilar på kommunalt självstyre och den statliga styrningen av regionerna ska vara proportionerlig och inte gå utöver vad som är nödvändigt utifrån ändamålet.[63] Att ingående reglera hur koordineringsinsatserna ska genomföras vore troligen inte förenligt med denna proportionalitetsprincip.

Att lagen inte närmare beskriver *hur* koordineringsinsatserna ska genomföras riskerar att leda till att regioner och verksamheter arbetar olika med koordineringsinsatserna. Detta kan innebära att vården blir mer ojämlik men det kan också innebära att koordineringsinsatserna kan anpassas utifrån verksamheten och kontexten. Enligt SKR pågår arbete för att samordna hur regionerna arbetar med koordineringsuppdraget.

En annan utmaning som har lyfts till utredningen är att det i förarbetena till koordineringslagen finns formuleringar gällande att insatserna inte är hälso- och sjukvård samtidigt som insatserna enligt lagen ska ges inom *hälso- och sjukvårdsverksamhet*[64]. Denna dubbelhet leder till osäkerhet gällande exempelvis vilka bestämmelser som ska tillämpas vid koordineringsinsatser.

4.3.8 Läkarnas upplevelse av samarbete med andra professioner och roller gällande sjukskrivning

Det är mycket vanligt att läkare samarbetar med andra professioner när det gäller sjukskrivna patienter. En kartläggning som SKR har gjort visade att fyra av tio sjukskrivna personerna hade kontakt med tre eller fler professioner inom öppenvården under sin sjukskrivning.[65]

I Karolinska Institutets enkät till läkarna uppger dessa att det är vanligt att de i samband med sjukskrivning samarbetar med andra roller/professioner.

[63] 14 kap. 3 § regeringsformen (1974:152).
[64] 3 § koordineringslagen.
[65] SKR (2021c).

Tabell 4.1 Läkares samarbete med andra i sjukskrivningsärenden

Hur ofta läkare anger att de samarbetar/remitterar till följande professioner/roller i sjukskrivningsärenden

	Minst en gång i veckan	Minst en gång i månaden	Några gånger/år	Aldrig/i stort sett aldrig
Kurator/psykolog	17 %	21 %	21 %	41 %
Fysioterapeut/ arbetsterapeut	20 %	23 %	23 %	34 %
Rehabiliterings-koordinator*	23 %	37 %	24 %	16 %
Andra läkare	5 %	22 %	29 %	34 %

Källa: Karolinska Institutet (2018).
* avser de läkare som hade tillgång till rehabiliteringskoordinator i verksamheten vid tidpunkten.

Läkare har en positiv uppfattning av värdet av underlag från andra professioner för kvaliteten i arbetet med sjukskrivning. I Karolinska Institutets enkät såg ungefär hälften av läkarna ett stort värde av underlag från rehabiliteringskoordinator, psykologer/kuratorer eller arbetsterapeuter/fysioterapeuter för ökad kvalitet i arbetet med sjukskrivning. Värdet av underlag från andra professioner/roller bedömdes högre än värdet av underlag från andra läkare.[66]

Läkare verkar inte uppleva att konflikter med andra professioner och roller gällande sjukskrivning var särskilt vanliga. I enkäten fick läkare även uppge om de tyckte det var problematiskt med situationer där andra i vårdteamet hade en annan uppfattning om personens behov av sjukskrivning än vad personen själv hade. Endast 3 procent ansåg sådana situationer var mycket problematiska och 9 procent ansåg att det kunde vara ganska problematiskt.

I en enkät till läkare som Socialstyrelsen genomförde 2022 uppgav 67 procent av läkarna inom primärvården att det alltid, ofta eller ibland tog hjälp av arbetsterapeuter och/eller fysioterapeuter. Motsvarande siffra för läkare inom psykiatrin var 47 procent. 69 procent av läkarna inom primärvården uppgav att de alltid, ofta eller ibland tar hjälp av psykologer och/eller kuratorer i sin bedömning. Motsvarande siffra för läkare inom psykiatrin var 58 procent.[67] I undersökningen lyfte läkare i fritextsvaren fram att koordineringsinsatserna ofta fungerar bra och att de underlättar för läkaren i arbetet.

[66] Karolinska Institutet (2018).
[67] Socialstyrelsen (2023e).

4.4 Exempel på teambaserade arbetssätt relaterat till sjukskrivning

I detta avsnitt beskrivs några exempel på multiprofessionella arbetssätt som förekommer eller har förekommit inom hälso- och sjukvården relaterat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

4.4.1 Multidisciplinära bedömningsteam

Vissa regioner har arbetat med särskilda vårdteam som gör multidisciplinära bedömningar. Arbetssättet innebär att personer som blivit sjukskrivna för sjukdomstillstånd som normalt är förknippat med risk för längre sjukskrivningar tidigt genomgår en bedömning av flera professioner. Det är vanligt att sjukdomstillstånden gäller psykiska och muskuloskeletala diagnoser.

Vårdteamet som genomför bedömningen kan utöver läkare exempelvis bestå av en rehabiliteringskoordinator, psykolog, fysioterapeut och arbetsterapeut. Bedömningarna kan rikta in sig mot att få en mer nyanserad bild av personens funktions- och aktivitetsförmåga men även att utreda möjligheten till lämpliga rehabiliteringsinsatser. Exempel på detta arbetssätt finns i Region Jönköping med så kallade primärvårdens rehabiliteringsutredning i team (PR-Team)[68] och bedömningsteam i Västra Götalandsregionen.[69] Fokus för dessa bedömningar är att kartlägga personens förmågor och behov. Eventuellt identifierat behov av rehabiliterande insatser tillhandahålls normalt sedan inom ramen för den sedvanliga vården.

Metoden med en tidig multidisciplinär bedömning utvärderades i en randomiserad kontrollerad studie i Dalarna.[70] I studien fick deltagarna slumpmässigt antingen en tidig multidisciplinär bedömning eller en sedvanlig hantering av sin sjukskrivning. Rehabiliterande insatser ingick inte i interventionen men om behov av insatser identifierades kunde sådana erbjudas deltagarna i enlighet med sedvanlig vård. Resultatet av studien visade att de som genomgått en multidisciplinär bedömning hade signifikant längre sjukskrivning än de som genomgått en sedvanlig bedömning med i genomsnitt 58 sjukfrånvarodagar mot 32 dagar för kontrollgruppen. Forskarna lyfter att en möjlig

[68] Region Jönköping (2023).
[69] Region västra Götaland (2023).
[70] Carlsson m.fl. (2012).

orsak till att sjukfrånvaron blir längre är att bedömningen i sig lägger stort fokus på individens problem och begränsningar, vilket oavsiktligt förstärker individens oförmåga.

Ett liknande studie genomfördes gällande så kallade resursteam. Där bestod teamet av en läkare, handläggare på Försäkringskassan, en fysioterapeut och en beteendevetare. Teamet skulle bedöma behovet av insatser för personer som riskerade långtidssjukskrivning. Resultatet visade att sjukskrivningarna blev längre i förhållande till kontrollgruppen som inte tog del av interventionen.[71]

Båda de nämnda studierna omfattade ett litet antal individer varför resultatet ska tolkas med försiktighet. Utredningen har haft dialoger med Statens beredning för social och medicinsk utvärdering (SBU) gällande att genomföra en systematisk litteraturgenomgång för att hitta fler studier med liknande design. I den systematiska litteraturgenomgång som SBU genomförde i frågan om effekter av hälso- och sjukvårdens insatser och påverkan på återgång i arbete hittade myndigheten inga andra studier gällande multidisciplinär bedömning och effekter på arbetsåtergång.[72] Studier som utvärderar bedömningsinsatser i stället för behandlande eller rehabiliterande insatser är ovanliga. Utifrån detta bedömde utredningen i dialog med SBU att ingen ny systematisk litteraturgenomgång i frågan behövde göras då det inte förväntades bidra till att fler relevanta studier identifierades.

4.4.2 Multimodal rehabilitering

Multimodal rehabilitering (MMR) är vanligt inom hälso- och sjukvården och innebär att flera professioner samarbetar kring personens rehabilitering. Vilka insatser som är aktuella beror på personens behov.

En särskild satsning på multimodal rehabilitering erbjöds inom ramen för den så kallade rehabiliteringsgarantin. Där erbjöds multimodal rehabilitering till personer med smärtproblematik som var eller riskerade att bli sjukskrivna. Programmen var intensiva med aktiviteter 2–3 gånger i veckan med synkroniserade insatser från olika professioner under 6–8 veckor. Programmen innefattade ofta även en planering tillsammans med arbetsplatsen. Inspektionen för Socialförsäkringen gjorde 2012 en utvärdering av rehabiliteringsgarantin och resultatet av granskningen visade att sjukskrivningarna förlängdes för de per-

[71] IFAU (2008).
[72] IFAU (2008).

soner som tog del av den multimodala rehabiliteringen inom rehabiliteringsgarantin.[73] Även Riksrevisionen gjorde senare en granskning som visade att rehabiliteringsgarantin inte uppnådde sina mål.[74]

Resultaten gällande studier av multimodala insatser är samtidigt inte entydiga. En möjlig förklaring till att insatserna inom rehabiliteringsgarantin gav negativ effekt på sjukfrånvaron kan dels vara att insatserna i sig tog tid vilket resulterade i en längre sjukskrivning. En annan förklaring kan vara att precisionen för vilka som fick del av insatsen var sämre då det var ett omfattande politiskt initiativ där en stor grupp individer tog del av insatsen. Detta kan medföra utmaningar gällande precisionen för vilka personer som verkligen har nytta av insatsen.

En systematisk litteraturgenomgång som SBU genomfört gällande insatser i vården visade att multimodala insatser liksom insatser kopplat till arbetsplatsen möjligen kan ha positiva effekter på kort sikt vid muskuloskeletala sjukdomar. Den vetenskapliga tillförlitligheten för dessa slutsatser bedömdes samtidigt som låg. Vid psykiska sjukdomar fann SBU att det inte går att bedöma om det finns någon positiv effekt på vare sig kort eller lång sikt av multimodala insatser.[75]

Inom ramen för utredningen *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering* (SOU 2020:6) genomförde Göteborgs universitet en vetenskaplig kartläggning gällande arbetslivsinriktad rehabilitering och återgång i arbete. I denna kartläggning fann forskarna att insatser som involverade flera professioner hade större effekt på återgång i arbete än de som bara involverade en profession vid muskuloskeletala sjukdomar. Effekten av insatserna vid psykiska sjukdomar var mer tveksamma men de fann att kognitiv beteendeterapi (KBT) som är arbetsinriktad hade bättre effekt på återgång i arbete än KBT som inte var arbetsinriktad.

4.4.3 Särskilda vårdteam för personer med komplexa sjukskrivningsrelaterade behov

I betänkandet *Samspel för hälsa* lyfter utredaren ett förslag att kunna inrätta särskilda vårdteam där läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal med högre kompetens gällande försäkringsmedicin, sjukskriv-

[73] Inspektionen för Socialförsäkringen (2012).
[74] Riksrevisionen (2015).
[75] Se exempelvis SBU (2022), samt *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering* (SOU 2020:6), *bilaga 5: forskningsöversikt arbetslivsinriktad rehabilitering*.

ning och arbetsåtergång får förutsättningar att göra bedömningar av högre kvalitet avseende exempelvis aktivitetsförmåga och vilka stödinsatser individen behöver.[76] Liknande förslag om att läkaren bör kunna remittera längre och komplexa sjukskrivningar till särskilda multiprofessionella team som tar över ansvaret för personens sjukskrivning och arbetsåtergång har även lyfts i andra sammanhang.[77] Sveriges läkarförbund har i sin sjukskrivningspolicy framfört ett liknande förslag som innebär att läkare ska kunna remittera svårare och mer komplexa patienter till multiprofessionella team som har bred kompetens i försäkrings- och arbetsmedicin.[78]

Utredningen har haft svårt att hitta exempel på arbetssätt inom regioner med den här typen av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet där läkare har haft en möjlighet att remittera längre och komplexa sjukfall och där verksamheten tar över ansvaret för personens sjukskrivning och rehabilitering. En variant som lyfts fram är att vissa läkare med stöd av andra professioner inom en vårdenhet eller hos en vårdgivare tilldelas de svårare sjukskrivningsfallen och får då även mer tid att arbeta med dessa.[79]

Enligt läkarenkäten framkommer att läkares upplevelse av hur problematisk en sjukskrivning är ökar kraftigt med sjukskrivningens längd.[80] Exempelvis upplevde 39 procent av läkarna att sjukfall som var längre än 180 dagar var mycket problematiska. Detta kan jämföras med sjukfall mellan 15–90 dagar där endast 8 procent av läkarna upplevde sjukfallen som mycket problematiska. Vidare upplevde 68 procent av läkarna att bedömning av arbetslösa var mycket eller ganska problematiskt samt 60 procent av läkarna upplevde att förlänga sjukskrivningar som andra läkare initierat var mycket eller ganska problematiskt. I läkarenkäten uppgav även 34 procent av läkarna att de upplevde att deras försäkringsmedicinska kompetens inte räckte till minst en gång i månaden. I de dialoger utredningen har haft är bilden att en möjlighet att kunna remittera längre och komplexa sjukfall till specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet vore tilltalande för många läkare.[81]

[76] SOU 2018:80 s. 191.
[77] Starzmann (2018).
[78] Sveriges läkarförbund (2021).
[79] Cederberg, J. (2018).
[80] Karolinska Institutet (2018).
[81] Se vidare avsnitt 5.4.3.

4.5 Hälso- och sjukvårdsprofessioner inom andra verksamheter

Samarbete mellan hälso- och sjukvårdsprofessioner i syfte att kartlägga eller bedöma arbetsförmåga och stödja personen mot arbetsåtergång finns även inom andra typer av verksamheter än offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Nedan följer några exempel på verksamheter där samarbete mellan olika hälso- och sjukvårdsprofessioner förekommer.

4.5.1 Företagshälsovård

Företagshälsovård är en oberoende expertresurs inom området arbetsmiljö och rehabilitering. Arbetsgivaren är ansvarig för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Företagshälsovården ska särskilt arbeta med att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.[82]

Företagshälsovården kan hjälpa arbetsgivaren med att utreda och vidta åtgärder gällande anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen. Företagshälsovården kan också hjälpa till med utredning och insatser kopplat till den organisatoriska, sociala, fysiska och digitala arbetsmiljön, arbetsskador, riskbruk och skadligt bruk av substanser, krishantering, stress och kränkande särbehandling och systematiskt arbetsmiljöarbete.[83]

Företagshälsovården arbetar med olika metoder och modeller för att utreda och bedöma arbetsförmåga. Företagshälsovården arbetar också med arbetsplatsinriktad rehabilitering och anpassning. Exempel på metoder är arbetsplatsdialog (ADA)[84] och Work ability index (WAI).[85]

Företagshälsovård är inte offentligt finansierad utan det är arbetsgivaren som beställer och betalar för företagshälsovårdens tjänster. En del större organisationer som vissa företag, regioner och myndigheter har en intern företagshälsovård inom sin verksamhet, men de absolut flesta anlitar ett externt företag som bedriver företagshälsovård.

[82] 3 kap. 2 c § Arbetsmiljölag (1977:1160).
[83] Sveriges företagshälsor (2023a).
[84] FHV metodik (2023a).
[85] FHV metodik (2023b).

Arbetsgivare kan ansöka om bidrag hos Försäkringskassan för att få upp till halva kostnaden ersatt när företaget anlitar företagshälsovård eller annan anordnare med likvärdig kompetens i syfte att förebygga sjukfall eller att stödja medarbetare att komma åter till arbete.[86] Ersättningen är begränsad till max 10 000 kronor per person och år, där varje företag kan få maximalt 200 000 kronor per år. En utvärdering från Inspektionen för Socialförsäkringen visar att detta bidrag används i mindre utsträckning än vad som var avsett.[87] Många företag kan även få bidrag från AFA-försäkring för kostnader kopplad till arbetslivsinriktad rehabilitering genom deras rehabiliteringsstöd.

Inom företagshälsovården arbetar exempelvis företagssköterskor, företagsläkare, ergonomer, fysioterapeuter, arbetsmiljöingenjörer, beteendevetare, psykologer, arbetsterapeuter och hälsopedagoger.

I utredningens dialoger med experter har flera utmaningar framkommit kopplat till företagshälsovården. Ett problem är kompetensförsörjningen av företagsläkare där det råder stor brist på specialister i arbetsmedicin och otydligt ansvar gällande säkerställande av sådan utbildning[88].

Kvalitetssäkrad företagshälsovård

Begreppet företagshälsovård är inte skyddat. Detta innebär att det inte finns några formellt fastställda krav på kompetens, kvalitet eller innehåll i tjänster för att ett företag ska få kalla sig för företagshälsovård. Kvalitetskrav har utvecklats av branschföreningen Sveriges Företagshälsor, Karolinska Institutet, Försäkringskassan samt arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer.[89]

Branschföreningen Sveriges företagshälsor har tagit fram kvalitetskrav för *kvalitetssäkrad företagshälsovård*. Med kvalitetssäkrad företagshälsovård avses en multidisciplinär och professionellt oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och arbetslivsinriktad rehabilitering som kan visa att verksamheten uppfyller kvalitetskrav enligt en kvalitetsstandard.[90] Kvalitetskraven säkrar att verksamheten upp-

[86] Se Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
[87] Inspektionen för Socialförsäkringen (2021b).
[88] Se vidare avsnitt 5.3.4.
[89] Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2019).
[90] Sveriges företagshälsor, *Krav på ledningssystem för kvalitet inom svensk företagshälsovård* (version 7/2016–0).

fyller kraven i arbetsmiljölagen (3 kap. 2 c §) och 12 § i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) inklusive kommentarer till föreskrifterna. Kvalitetskraven innefattar att företagshälsovården ska ha tillgång till bred multidisciplinär kompetens inom områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik. Det finns även fastställda krav på vilken kompetens och utbildning hos personalen som krävs inom respektive område ovan. Den breda kompetensen krävs för att företaget ska kunna identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa, vara ett stöd för arbetsgivare och arbetstagare samt arbeta med att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser.

I vilken utsträckning arbetsgivare anlitar företagshälsovård varierar kraftigt

En brist som lyfts till utredningen är att tillgången till företagshälsovård varierar. Enligt en kartläggning från Arbetsmiljöverket uppgav ungefär 60 procent av medarbetarna i Sverige att de hade tillgång till någon form av företagshälsovård via sin arbetsgivare. I vilken utsträckning som arbetsgivare anlitar företagshälsovård varierar kraftigt. Personer med fast anställning har i större utsträckning tillgång till företagshälsovård (65 procent uppgav att de hade tillgång) än personer med tillfälliga anställningar (35 procent uppgav detsamma). Personer med låg inkomst hade sämre tillgång (30 procent uppgav tillgång) jämfört med personer med hög inkomst (75 procent uppgav tillgång).[91] Äldre har tillgång till företagshälsovård i större utsträckning än yngre.

Tillgången varierade stort mellan branscher där hotell och restaurang hade lägst tillgång (drygt två av tio företag hade tillgång). Företag inom försörjning av el, gas, värme och kyla hade bäst tillgång (nio av tio företag). Enligt branschföreningen Sveriges företagshälsor är tillgången på företagshälsovård begränsad bland företag med mindre än 10 anställda.

[91] Arbetsmiljöverket (2019).

4.5.2 Aktivitetsförmågeutredning

Aktivitetsförmågeutredningen som beskrivits i avsnitt 2.4.4 är en standardiserad utredningsform som kan beställas av Försäkringskassan, men ansvaret för att dessa genomförs ligger på regionerna.[92] I utredningen bedöms den försäkrades funktions- och aktivitetsförmåga och den genomförs av läkare, ofta tillsammans med en fysioterapeut, arbetsterapeut och psykolog.

4.5.3 Arbetsförmedlingens verksamhet

Arbetslivsinriktad rehabilitering är en del av den arbetsmarknadspolitiska verksamheten och innebär att den som är i behov av särskilt stöd erbjuds utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser.[93] Vanliga stödinsatser till personer som har en funktionsnedsättning, sjukdom eller annan svårighet är olika typer av utredningsinsatser, åtgärder gällande anpassningar och arbetshjälpmedel, arbetsträning, praktik eller att en person får särskild hjälp med introduktion och stöd i arbetssituationen av en så kallad SIUS-konsulent.

Arbetsförmedlingen har så kallade ”specialister” som kan involveras för att utreda behovet av eller erbjuda olika stödinsatser. Specialisterna kan exempelvis vara arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, socialkonsulenter, dövkonsulenter, synspecialister eller audionomer.[94]

4.6 Analys utifrån utredningens frågeställningar om samarbetet mellan professioner

I detta avsnitt kommer vi redogöra för utredningens sammanfattande analys utifrån utredningens frågeställningar. Den övergripande frågan var om samarbete mellan professioner kan underlätta för läkaren i sjukskrivningsarbetet och stärka läkarens bedömningar. I samarbete mellan professioner kommer vi också att inkludera samarbetet med den roll som utför koordinerande insatser enligt koordineringslagen.

[92] Se lag (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar.
[93] 11 § Förordning (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.
[94] Arbetsförmedlingen (2023).

4.6.1 Kan samarbete mellan professioner underlätta för läkare och stärka läkarens bedömning?

Utredningen ska analysera om arbetssätt som innebär att fler professioner samarbetar kan underlätta för läkaren i arbetet med sjukskrivning och stärka läkarens bedömning av sjukskrivningsbehovet, bedömning av arbetsförmågans nedsättning och bedömning av rehabiliteringsbehov.

Utredningens utgångspunkt är att alla professioners unika kompetens ska tas tillvara på bästa möjliga sätt. Detta utifrån patientens behov av god vård och rehabilitering och utifrån att kunna bidra med information som underlag för läkarens bedömning vid behov.

Samarbete mellan professionerna är särskilt viktigt utifrån personens behov av vård och rehabilitering

Samarbete mellan professionerna utifrån individens behov har en avgörande roll för att patienten ska kunna få en god vård och rehabilitering. I detta kapitel har vi beskrivit samarbete mellan professioner i hälso- och sjukvården samt några professioners roller och deras kompetenser.

Utredningen menar att det viktigaste sättet att ta vara på professionernas unika kompetens är i vård- och rehabiliteringsinsatser, där kärnan i deras kompetens ligger. Här är det viktigt att säkerställa att läkare har den kompetens som behövs för att kunna veta när andra professioners kompetens ska komma in och göra nytta för patienten.

Det är viktigt att betona att insatser inom vård och rehabilitering ska ges utifrån behovet av vård och inte utifrån om en person är sjukskriven eller inte. Samarbetet mellan professioner gällande vård och rehabilitering behöver därför stärkas generellt och inte enbart för personer som är sjukskrivna.

Att hälso- och sjukvårdens professioner används utifrån ett vård- och rehabiliteringssyfte skapar nytta även vid återgång i arbete. Vissa studier visar att multimodala behandlingsinsatser kan ha effekt för att patienter återgår snabbare i arbete, i synnerhet när de involverar kontakt med arbetsplatsen. Enligt en undersökning som Svenskt Näringsliv genomfört uppger företagare att den näst största utmaningen

gällande snabbare återgång i arbete är väntetider för vårdåtgärder inom hälso- och sjukvården.[95]

Läkaren behöver ta ansvar för den samlade bedömningen av sjukskrivningsbehovet

Läkaren behöver ta ansvar för den samlade bedömningen gällande om sjukskrivning är en relevant åtgärd. När läkaren sjukskriver en person innebär detta att läkaren intygar sin medicinska bedömning om att personen har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och att personen behöver vara sjukskriven.

Läkare måste också ta ansvar för utredningen av sjukskrivningsbehovet och den försäkringsmedicinska bedömningen som helhet i samband med sjukskrivning. I avsnitt 2.3.2 beskrev vi hur läkares försäkringsmedicinska bedömning ska gå till i samband med sjukskrivning från att ställa diagnos, bedöma funktionsnedsättningar, utreda arbetsuppgifter, bedöma aktivitetsbegränsningar, behov av sjukskrivning och bedöma behov av åtgärder både inom hälso- och sjukvården och hos andra aktörer för att personen ska kunna återfå arbetsförmåga.[96] Utbildningsmål inom försäkringsmedicin finns i läkares utbildning och läkare får praktisk träning i att göra utredning och bedömning i samband med sjukskrivning.

Åtgärden sjukskrivning bör hanteras på samma sätt som andra medicinska åtgärder, exempelvis ordination av läkemedel. Även om läkaren kan ta hjälp av andra professioner för att exempelvis ta blodprov eller genomföra undersökningar är det läkaren som behöver ta ställning till vilka utredningsåtgärder som behövs, hur informationen sedan ska vägas samman och ta ansvar för den slutliga ordinationen.

De experter utredningen talat med ger en samstämmig bild av att läkare i normalfallet själv har, eller borde ha, den kompetens som krävs för att utreda och bedöma behovet av sjukskrivning. Läkare upplever samtidigt stora utmaningar i arbetet med sjukskrivning till exempel på grund av tidsbrist. Bristande förutsättningar för läkaren att göra en tillräcklig utredning som möjliggör en välgrundad bedömning kan inte kompenseras genom att ta hjälp av andra professioner. Läkaren behöver ta hjälp av andra professioner på ett sätt som innebär att

[95] Svenskt näringsliv (2019).
[96] Socialstyrelsen (2023c).

läkaren tar det samlade ansvaret samtidigt som de övriga professionernas unika kompetens tas tillvara på bästa möjliga sätt.

Samarbete mellan professionerna kan ge värdefull information som underlag för läkarens bedömning

Läkare kan få viktig information från andra professioner som underlag för sin bedömning av sjukskrivningsbehov och arbetsförmågans nedsättning.

Om läkaren behöver ta hjälp av andra professioner för att få underlag för sin bedömning beror på patientens aktuella situation, vilken kompetens (exempelvis specialitet) läkaren själv har och vilka frågor läkaren bedömer sig behöva ha svar på för att kunna göra sin bedömning. Exempelvis har en psykiatriker större vana och kompetens att bedöma kognitiva funktioner.

Att läkaren har en god grundkännedom om andra professioners kompetenser är viktigt. När läkaren tar hjälp av andra professioner för att få underlag för sin bedömning behöver läkaren ta ställning till vilken information hen behöver och sedan ta hjälp av andra professioner utifrån deras unika kompetens. Läkaren bör ha tydligt preciserade och riktade frågeställningar till en viss profession. Det kan vara att en arbetsterapeut gör en bedömning av förmågan till en viss aktivitet, att en fysioterapeut bedömer rörelseförmågan eller att en utsedd person som utför koordinerande insatser närmare utreder den enskildes arbetssituation. Här kan en utmaning vara att läkare inte alltid har tillräckligt med kunskap om andra professioner kompetenser för att avgöra när dessa bör kopplas in och vilka frågor som bör ställas till respektive profession.

I vissa fall har patienten redan från början regelbunden kontakt med andra professioner eller roller inom hälso- och sjukvården, vilka kan bidra med värdefull information som underlag till läkarens bedömning utifrån redan befintlig dokumentation. Även när läkare remitterar till andra professioner i behandlingssyfte kan dokumentationen från professionerna vara värdefull för läkarens bedömning. I avsnitt 4.3.5 beskrev vi att det är vanligt att läkare samarbetar med andra professioner och roller när det gäller personer som har ett sjukskrivningsbehov. Läkarna bedömer samarbetet med andra som värdefullt i sitt arbete med sjukskrivning.

Samarbete mellan professioner ska utgå ifrån behov

Utredningen bedömer att det är viktigt att samarbete mellan läkare och andra professioner vid sjukskrivning sker utifrån behov. Antingen utifrån behovet av vård/rehabilitering eller att läkaren behöver hjälp för att få svar på riktade frågor.

Utredningen bedömer inte att bedömningsteam bör införas som en regelmässig metod för att bedöma sjukskrivningsbehovet hos personer med vissa sjukdomstillstånd exempelvis psykisk ohälsa eller smärtproblematik. Uppföljning visar att arbetssättet riskerar att leda till längre sjukskrivningar när detta görs tidigt i sjukskrivningsfall. Ur ett resurs- och prioriteringsperspektiv är också en sådan regelmässig användning av hälso- och sjukvårdens professioner tveksam.

Tillgången till hälso- och sjukvårdsprofessioner är begränsad och varierar mellan verksamheter

Utredningen har fått inspel om att tillgången till olika professioner varierar kraftigt mellan olika regioner och verksamheter och rapporter visar att det finns bristande tillgång till flera professioner.[97] Utredningen bedömer att det är viktigt att säkerställa tillgången av hälso- och sjukvårdsprofessioner.

Användningen av hälso- och sjukvårdens resurser ska följa de prioriteringar och mål som styr hälso- och sjukvården, vilka vi beskrivit i avsnitt 4.1.1 avseende att den som har störst behov av vård ska ges företräde. Mot bakgrund av detta vore det heller inte effektivt med en ökad användning av hälso- och sjukvårdens resurser för regelmässig användning av exempelvis bedömningsteam, det kan riskera att skapa undanträngningseffekter mot annan vård.

Specialiserade verksamheter med fördjupad försäkringsmedicinsk kompetens kan skapa nytta

Läkare upplever ibland att den egna försäkringsmedicinska kompetensen inte räcker till. Det svenska systemet där alla läkare kan sjukskriva ställer krav på försäkringsmedicinsk kompetens hos alla läkare. I synnerhet när det gäller längre och mer komplexa sjukskrivningar

[97] Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet (2022a).

kan detta bli utmanande. Särskilda verksamheter med fördjupad kompetens gällande sjukskrivning och arbetsåtergång där multiprofessionell kompetens finns kan i vissa fall vara värdefulla, vilket vi kommer att återkomma till i avsnitt 5.4.3.

4.6.2 Kan samarbete mellan professioner leda till bättre kvalitet i läkarintyget till Försäkringskassan?

Utredningen ska analysera om kvaliteten i läkarintyget för sjukpenning till Försäkringskassan skulle kunna förbättras om fler professioner samarbetar. Utredningens tolkar att ”förbättrad kvalitet” i sammanhanget avser att läkarintyget i högre utsträckning innehåller tillräcklig och relevant information för Försäkringskassans utredning och att behov av kompletteringar minskar. I nästa kapitel kommer vi redogöra för förslag som vi bedömer kan leda till mer välgrundade bedömningar och bättre information till Försäkringskassan. I detta avsnitt redogör vi för några övergripande reflektioner avseende informationen i läkarintyg relaterat till läkares samarbete med andra professioner.

Samarbete mellan professioner kan i vissa fall bidra med ytterligare information avseende exempelvis funktionstillståndet

Som diskuterats i föregående avsnitt kan andra professioner i vissa fall bidra med värdefull information till läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning. Denna information kan föras vidare till Försäkringskassan om det har betydelse för den bedömning läkaren gör.

Om läkaren tar hjälp av andra professioner för att få underlag till sin bedömning ska detta, som tidigare beskrivits, utgå ifrån läkarens behov av information och påverkas också av den kompetens läkarens själv har.

Nuvarande läkarintyg med begrepp som aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar bygger på en ICF-inspirerad logik. Vissa hälso- och sjukvårdsprofessioner, och i synnerhet professioner med rehabiliteringsfokus, har ofta vana att tillämpa den biopsykosociala modellen och ICF. Dessa professioner har ofta kompetens och verktyg för att bedöma och beskriva individers förmågor och begränsningar, vilket många läkare ibland upplever sig ha begränsad kompetens i.

Den kompetens som exempelvis arbetsterapeuter, fysioterapeuter och psykologer besitter kan vara användbar för att få information om funktionstillståndet exempelvis avseende aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar. Läkaren behöver bedöma om hen behöver ta hjälp av andra professioner för att få in den information som behövs för sin bedömning.

Läkarens samlade bedömning av sjukskrivningsbehovet är viktig

Bedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom är inte en exakt och objektiv vetenskap. Läkarens försäkringsmedicinska bedömning handlar om att koppla sjukdomstillstånd till aktivitetsbegränsningar för att utifrån detta göra en samlad bedömning av arbetsförmågans nedsättning och behovet av sjukskrivning. Läkare har en unik kompetens att göra denna samlade medicinska bedömning utifrån sin medicinska profession och utifrån den utbildning och träning läkarna får i att göra försäkringsmedicinska bedömningar.

Ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv krävs att informationen tolkas och sätts in i en samlad bedömning avseende sjukskrivningsbehovet. Läkarens bedömning sker ibland utifrån underlag och samråd med andra professioner men den samlade bedömningen är mer än beskrivningar av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Detaljerade beskrivningar av specifika aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar kan framstå som tilltalande då det ger ett intryck av exakthet och objektiv mätbarhet av arbetsförmåga. De utredningsmetoder som hälso- och sjukvårdsprofessioner använder för att beskriva funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar lägger samtidigt stor vikt vid individens egen upplevelse och beskrivning av sina besvär, varför en medicinsk tolkning och värdering av informationen behöver göras.

4.6.3 Kan samarbete mellan professioner leda till att arbetsgivaren får mer ändamålsenliga uppgifter för anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen?

Utredningen ska analysera om arbetsgivaren kan få mer ändamålsenliga uppgifter för att ta ställning till anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen när fler professioner medverkar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Arbetsgivarens ansvar för rehabilitering och anpassning på arbetsplatsen

Arbetsgivaren har ansvar att systematiskt arbeta för en god arbetsmiljö på arbetsplatsen och att det finns en lämpligt organiserad arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Vid behov ska arbetsgivaren se till att den företagshälsovård som krävs för att säkerställa detta finns att tillgå.[98]

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd beskrivs arbetsanpassning som individuell åtgärd i den fysiska, organisatoriska och sociala arbetsmiljön som syftar till att en arbetstagare, med nedsatt förmåga att utföra sitt vanliga arbete, kan fortsätta arbeta, eller återgå i arbetet.[99] Arbetsgivaren är ansvarig för att fortlöpande ta reda på om arbetstagare behöver arbetsanpassning, och av allmänna råd framgår det att detta bör ske genom dialog med arbetstagaren.[100] Arbetsgivaren är även skyldig att utreda vilken anpassning som behövs, hur den kan utformas samt att följa upp och kontrollera om anpassningen fungerar samt vid behov justera arbetsanpassningen.[101]

När en arbetstagare är sjukskriven är arbetsgivaren skyldig att upprätta en plan för hur den anställde ska kunna återgå i arbete inom 30 dagar, om sjukfrånvaron förväntas bli längre än 60 dagar.[102]

[98] Arbetsmiljölag (1977:1160).
[99] 3 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2020:5) om arbetsanpassning.
[100] 4 § AFS 2020:5.
[101] 6 § AFS 2020:5.
[102] 30 kap. 6 § SFB.

Arbetsgivare upplever svårigheter i arbetet med anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen

Arbetsgivare har ett stort ansvar gällande rehabilitering och anpassning på arbetsplatsen. I en rapport från Svenskt Näringsliv uppger företagare att de bedömer att de själva och företagshälsovården är de viktigaste aktörerna för att personen ska kunna komma tillbaka till arbete.[103]

Flera utmaningar har identifierats gällande arbetsgivarens arbete med anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen. Arbetsgivares egen upplevelse är att uppdraget i många situationer är svårt och att de i många fall saknar tillräcklig kompetens. Denna bild delas även av andra aktörer inom rehabiliteringsområdet.[104]

En granskning från Inspektionen för Socialförsäkringen visar att arbetsgivares plan för återgång sällan upprättas eller att den upprättas för sent. Orsaker som angavs av arbetsgivare var dels att de inte hade tillräcklig medicinsk information, dels att de inte upplevde sig ha tillräcklig kompetens. Granskningen visade även att det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet som arbetsgivare kan få för att genomföra och utreda behovet av insatser inte används i den utsträckning som var tänkt.[105]

Enligt en undersökning genomförd av Svenskt Näringsliv angav företag att det största hindret för att minska sjukskrivningar var svårigheter med att anpassa arbetsuppgifter.[106] En kartläggning som genomfördes inom ramen för SOU 2020:24 visar också att många arbetsgivare upplever sig ha bristande kompetens och svårigheter gällande uppdraget kopplat till anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen. I utredningen är även en slutsats att individen inte alltid får rätt stöd från sin arbetsgivare och att chefer upplever att det är svårt att avgöra när företagshälsovården behöver kopplas in.

Problemet med bristfällig information i läkarintyget lyfts även i en rapport från Svenskt Näringsliv.[107]

[103] Svenskt näringsliv (2015).
[104] Försäkringskassan (2018).
[105] Inspektionen för Socialförsäkringen (2021b).
[106] Svenskt näringsliv (2019).
[107] Svenskt näringsliv (2019).

Vilken information behöver arbetsgivaren från hälso- och sjukvården?

Enligt sjuklönelagen ska den enskilde styrka nedsättningen av arbetsförmågan med ett läkarintyg till arbetsgivaren. I förarbeten till sjuklönelagen lyfts att skälet till detta är att läkarintyg har betydelse ur kontrollsynpunkt men framför allt att det är viktigt för att arbetsgivaren ska kunna avgöra rehabiliteringsbehovet.[108]

I utredningens dialoger med arbetsgivarföreträdare lyfts att arbetsgivaren behöver samma information som Försäkringskassan. Många arbetsgivare upplever att det är ett problem att de inte får del av all information som finns i läkarintyg, och arbetsgivare upplever att detta försvårar för dem att kunna ta sitt ansvar. Enligt förarbetena kan diagnosen och närmare uppgifter om sjukdomen utelämnas i läkarintyget till arbetsgivaren. Under några år fanns en teknisk lösning inom hälso- och sjukvården som medfört att information om diagnos, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar inte visades i intyget till arbetsgivaren. Denna lösning avskaffades i december 2019 efter kritik att arbetsgivare inte fick tillräcklig information.

Utifrån utredningens dialoger och rapporter är det framför allt följande information som arbetsgivaren behöver:

1. Arbetsgivare behöver veta vad personen inte kan göra på grund av sin sjukdom i relation till arbetsuppgifterna (aktivitetsbegränsningar). Det är även viktigt att arbetsgivaren får information om vilka typer av aktiviteter som innebär medicinska risker för personen. I de dialoger utredningen haft med arbetsgivarföreträdare lyfts att det ofta finns en rädsla hos arbetsgivare att medarbetaren ska skadas eller försämras i sitt tillstånd. Arbetsgivarföreträdare lyfter även att information om vad patienten kan utföra för arbetsuppgifter är önskvärd.
2. Arbetsgivaren behöver veta hur länge personen kan förväntas vara borta för att arbetsgivaren ska kunna planera sin verksamhet. Därför är den medicinska prognosen viktig. I Socialförsäkringsbalken finns även krav på arbetsgivare att göra en plan för arbetsåtergång om sjukskrivningen förväntas bli längre än 60 dagar.[109]

[108] Prop. 1990/91:181 s. 46–47.
[109] 30 kap. 6 § SFB.

3. Arbetsgivaren kan behöva information om personens vårdplanering för att samordna planeringen på arbetsplatsen med vårdplaneringen, till exempel vid sjukskrivning på deltid.
4. Arbetsgivare efterfrågar även förslag på konkreta anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder kopplade till arbetsplatsen.
5. Arbetsgivare efterfrågar kontaktuppgifter till hälso- och sjukvården för att en dialog mellan parterna enkelt ska kunna upprättas vid behov.

Kan samarbete mellan professioner bidra med mer ändamålsenlig information till arbetsgivaren?

Samarbete mellan professioner kan i vissa fall leda till att läkaren får viktig information som underlag för sin bedömning, som sedan kan förmedlas vidare till arbetsgivaren i läkarintyget. Det kan exempelvis gälla beskrivningar av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar och i vissa fall även information om prognos. En fysioterapeut kan ge läkaren stöd i att bedöma när en viss kroppsfunktion är återställd. Som ansvarig för sjukskrivningen behöver läkaren samtidigt själv kunna förklara vad som är syftet med sjukskrivningen och vilka eventuella medicinska risker som arbete skulle medföra och som motiverar behovet av sjukskrivning.

Det kan krävas kunskap och kompetens för att arbetsgivaren ska kunna förstå och kunna ta till sig medicinsk informationen och veta hur hen ska agera på den. Därför är det viktigt med dialog mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren, men också att företagshälsovård vid behov används.

En dialog mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren är viktig ur flera perspektiv. Det behövs för att kunna samordna planeringen hos respektive aktör. Även om information om vårdplaneringen kan förmedlas via läkarintyget, är en direktdialog genom exempelvis de koordinerande insatserna viktig i många fall.

Läkaren bör lämna information till arbetsgivaren om lämpliga anpassningar eller förslag på insatser gällande arbetsplatsinriktad rehabilitering, när hen kan anta att ett sådant behov finns. I de fall andra professioner också har kontakt med patienten kan även dessa bidra med förslag på insatser.

Hälso- och sjukvården har samtidigt inget uppdrag att utreda behovet av åtgärder på arbetsplatsen, än mindre att genomföra eller följa upp sådana åtgärder. Det är arbetsgivaren som har ansvar för att utreda behovet och om arbetsgivaren inte själv har tillräckligt med kompetens ska företagshälsovård anlitas.

Utredningen bedömer att det är viktigt att professionerna som arbetar inom offentligt finansierad vård framför allt används utifrån de mål och uppdrag som finns för verksamheten. Läkaren bör därför inte remittera till andra professioner inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård enbart utifrån syftet att utreda behovet av insatser på arbetsplatsen. Om det kan antas finnas behov som behöver utredas vidare ska detta behov förmedlas till arbetsgivaren.

4.6.4 Hur kan samarbete mellan professioner utvecklas och främjas?

Utredningen ska analysera och föreslå hur samarbete mellan professioner inom hälso- och sjukvården kan utvecklas och främjas. Utredningens utgångspunkt är som sagt att alla professioners unika kompetens tas tillvara på bästa möjliga sätt.

I avsnitt 4.2.3 beskrevs framgångsfaktorer för samarbete. För välfungerande samarbete inom hälso- och sjukvården krävs bland annat tillgång till olika kompetenser, ett personcentrerat förhållningssätt, kunskap om sin egen kompetens i relation till andras, samarbetskompetens, tydliga roller och ansvar, arbetsmetoder och processer som stödjer samarbetet och gemensamma mål. För att utveckla samarbetet mellan professioner utifrån dessa faktorer behövs ett helhetsperspektiv på samarbetet med fokus på patientens behov av god och säker vård och rehabilitering. Sjukskrivning och insatser som bidrar till arbetsåtergång kan vara en del av denna vård och rehabilitering.

I nästa kapitel presenteras förslag med bäring på samarbete mellan professioner exempelvis avseende utveckling av kompetens, rätt organisatoriska förutsättningar och samarbete med andra aktörer.

5 Utredningens förslag

I detta kapitel presenteras utredningens förslag och bedömningar. Först gör vi en övergripande och sammanfattande presentation av förslagen i syfte att underlätta läsandet.

En av utredningens viktigaste slutsatser är att de problem som identifierats gällande sjukskrivning, bedömning av arbetsförmågans nedsättning, läkarintyget och stöd för arbetsåtergång inte kan lösas genom enstaka åtgärder. Vi bedömer att det krävs en bred ansats för att lösa de problem och utmaningar som bidragit till behovet av denna utredning. Det krävs flera samverkande åtgärder som genomförs som en helhet. Förslagen handlar om att förbättra grundförutsättningarna för att både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan ska kunna klara av sina uppdrag, göra väl underbyggda bedömningar och för att verksamheterna ska bygga på kunskapsgrund. De bygger i hög utsträckning vidare på tidigare genomförda åtgärder och identifierade behov för att hälso- och sjukvården och Försäkringskassan ska få rätt förutsättningar för sitt arbete.

Förslagen bör genomföras som ett paket eftersom förändringar i en del av systemet behöver stödjas av förändringar i andra delar. Till exempel hänger kompetens- och kunskapsutveckling hos båda parter samman eftersom förflyttningar hos en part kan kräva förflyttningar hos den andra. Utveckling av frågor gällande läkarintyg och informationsöverföring kräver samarbete mellan olika kompetenser i de berörda verksamheterna. När kunskapshöjande åtgärder ska vidtas i samarbete behövs etablerade strukturer för samarbete. Förslagen understödjer varandra.

Utredningen ser också att det finns behov av ett ändrat förhållningssätt till bedömningar av arbetsförmågans nedsättning för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska bli mer ändamålsenlig. En röd tråd i utredningens dialoger med forskare, experter och andra berörda aktörer har varit att det finns behov att uppmärksamma

att det är *olika svårt* och komplext att göra bedömningarna, att arbeta med intyg och att samarbeta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De olika behoven hos sjukskrivna personer och vilken typ av sjukskrivningsfall det är fråga om behöver i högre grad vara en utgångspunkt för metod- och kompetensutvecklingen hos både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Det enkla ska göras enkelt och resurser och fokus ska läggas på att utveckla arbetssätt för det som är mer komplext och krävande. Den administrativa hanteringen gällande korta och okomplicerade sjukskrivningar behöver förenklas för att resurser ska kunna läggas på värdeskapande aktiviteter som underlättar återgång i arbete.

I mer komplexa och svårbedömda fall behövs mer resurser i form av kompetens, tid, samarbete och dialog. Det kan också krävas att i praktiken testa och utveckla individens förutsättningar att arbeta genom praktisk prövning som ger underlag för fortsatta ställningstaganden kring sjukskrivning och behov av åtgärder för arbetsåtergång.

En övergripande slutsats är att de ansvariga aktörerna behöver skifta fokus från sjukdomssymtom till fokus på hur sjukdomen påverkar arbetsförmågan och framför allt på hur nedsättningen kan hävas så att personen kan återgå i arbete.

Sex förslagsområden

Utredningen lämnar förslag inom sex områden som vi formulerat som önskvärda tillstånd:

- Tydlighet i uppdrag och information om sjukskrivning och sjukförsäkringen
- Effektiv och ändamålsenlig informations- och intygshantering
- Välfungerande samarbete för arbetsåtergång
- Säkrad försäkringsmedicinsk kompetens och kunskap
- Rätt organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner
- Samarbete för ett ändamålsenligt sjukskrivningssystem.

En förutsättning för att samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården ska fungera är tydlighet och förståelse gällande respektive aktörs uppdrag. I avsnitt 5.1 lyfter vi fram hur handläggaren på Försäkringskassan och läkarens uppdrag förhåller sig till bedömning av arbetsförmågans nedsättning. Centrala aktörer behöver kommunicera uppdragen samstämmigt.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ställer krav på informationsutbyte mellan aktörerna. Hälso- och sjukvårdens roll att förmedla medicinsk information till andra aktörer är både viktig och resurskrävande. För att skapa förutsättningar för välgrundade bedömningar och effektiva åtgärder för arbetsåtergång krävs effektiv och ändamålsenlig intygshantering, vilket vi lämnar förslag om i avsnitt 5.2.

I individens process mot återgång i arbete är dialog och samarbete mellan berörda aktörer avgörande. I avsnitt 5.3 presenteras förslag gällande hur samarbetet och dialogen mellan parterna kan stärkas för att främja arbetsåtergång.

Försäkringsmedicinsk kompetens och kunskap krävs inom hälso- och sjukvården. I avsnitt 5.4 lämnar vi förslag för att stärka kompetensen och vi gör även medskick gällande Försäkringskassans utveckling av bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.

För att hälso- och sjukvårdens professioner ska kunna arbeta på ett ändamålsenligt sätt med sjukskrivning krävs organisatoriska förutsättningar som stödjer arbetet. Utifrån respektive ansvarsområden behöver såväl huvudmän, vårdgivare och staten verka för att rätt förutsättningar för arbetet ges. Åtgärder gällande detta presenteras i avsnitt 5.5.

Sjukskrivning, bedömning av arbetsförmågans nedsättning och arbetsåtergång sker i olika kontexter hos aktörer med olika uppdrag. I avsnitt 5.6 presenterar vi förslag för utveckling av ett mer samordnat system.

5.1 Tydlighet i uppdrag och information om sjukskrivning och sjukförsäkringen

Utredningens bedömning är att parternas uppdrag i grunden är ändamålsenliga men att förståelsen för och kunskapen om uppdragen och rollerna behöver öka och kommuniceras tydligare.

Sjukskrivande läkare bedömer arbetsförmågans nedsättning i syfte att ta ställning till det medicinska behovet av sjukskrivning. Försäkringskassans handläggare bedömer arbetsförmågans nedsättning i syfte att ta ställning till rätten till sjukpenning enligt regelverket för sjukpenning som finns i Socialförsäkringsbalken.

Utredningen bedömer att det finns olika bilder gällande aktörernas uppdrag när det gäller bedömningen av arbetsförmågans nedsättning. Det försvårar samarbetet och det försvårar även för aktörerna att kunna ta sitt respektive ansvar. Vi bedömer att det finns behov att skapa förståelse för hur aktörernas respektive uppdrag relaterar till bedömning av arbetsförmågans nedsättning och att detta behöver kommuniceras enhetligt och samstämmigt av aktörerna.

Det har stor betydelse för sjukförsäkringens legitimitet att läkares och handläggares bedömningar inte framstår som godtyckliga eller motsägelsefulla.

Kunskapen om sjukförsäkringens villkor och aktörernas ansvar behöver öka hos sjukskrivna individer, ansvariga aktörer och allmänheten.

5.1.1 Tydlighet och förståelse gällande parternas roller och bedömning av arbetsförmågans nedsättning

Bedömning: Det är avgörande att det skapas tydlighet och förståelse för det uppdrag som respektive aktör har och vad bedömning av arbetsförmågans nedsättning innebär utifrån läkarens respektive Försäkringskassans uppdrag. Försäkringskassan, Socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens aktörer behöver kommunicera roller och uppdrag samstämmigt. Beskrivningen i följande stycken är utgångspunkt för utredningens förslag.

Läkaren utreder och bedömer arbetsförmågans nedsättning i syfte att ta ställning till behovet av sjukskrivning. Sjukskrivning är en del av personens vård- och behandlingsprocess med grund i hälso- och sjukvårdens medicinska uppdrag. Läkaren intygar vid sjukskrivning sin bedömning att en person är förhindrad att utföra arbete på grund av sjukdom eller skada utifrån medicinska överväganden.

Försäkringskassans uppdrag är att utreda och bedöma rätten till sjukpenning. Läkarintyget har stor betydelse men myndigheten ska utifrån samlad information bedöma om villkor för sjukpenning enligt Socialförsäkringsbalken är uppfyllda, däribland om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom utifrån aktuell bedömningsgrund i rehabiliteringskedjan. Försäkringskassan har en utredningsskyldighet och befogenheter att utreda ärendet i den omfattning som krävs för att kunna fatta ett materiellt riktigt beslut.

Skälen till bedömningen

Vi har identifierat att det finns olika uppfattningar om vilket uppdrag hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har i förhållande till bedömningen av arbetsförmågans nedsättning samt hur aktörernas roller förhåller sig till varandra.

Att olika bilder finns och att uppdragen inte kommuniceras samstämmigt riskerar att skapa osäkerhet hos de medarbetare som möter individen och hos individen. Det leder till oförutsägbarhet. En felaktig eller otydlig bild av uppdraget kan få konsekvenser för aktörernas arbete och försvårar även möjligheten att arbeta med utveckling av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Enligt direktiven skulle förslag som utredningen presenterar ligga inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Utredningen bedömer att rollfördelningen i grunden är ändamålsenlig men att det är avgörande att det finns en tydlig och gemensam bild av uppdragen, rollerna och hur de förhåller sig till varandra. Nedan sammanfattar vi det som vi bedömer är mest centralt för aktörerna att ha samsyn kring och kommunicera samstämmigt, med fokus på bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.[1]

Läkaren bedömer arbetsförmågans nedsättning utifrån sitt medicinska uppdrag för att ta ställning till behovet av sjukskrivning

Sjukskrivning är en del av hälso- och sjukvårdens medicinska uppdrag och en del av personens vård- och behandlingsprocess. Läkare förväntas göra en medicinsk bedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom för att kunna ta ställning till behovet av sjukskrivning. Bedömningen görs i en klinisk hälso- och sjukvårdskontext baserad på den medicinska undersökningen och utredningen av patienten och utifrån medicinska och försäkringsmedicinska överväganden.

Hälso- och sjukvården har uppdrag att arbeta med sjukskrivning, att göra en medicinsk bedömning av arbetsförmågans nedsättning som ett led i arbetet med sjukskrivning och att utfärda läkarintyg om sjukskrivning vid behov. Det sjukförsäkringssystem vi har bygger på att hälso- och sjukvården har och tar detta ansvar. Otydlighet gällande detta riskerar att skapa osäkerhet för läkaren och Försäkringskassan vilket i slutändan drabbar den sjukskrivne individen.

Utredningen bedömer att åtgärden sjukskrivning faller inom hälso- och sjukvårdens ramar, uppdrag och mål och ska ses som en åtgärd som är en del av personens vård- och behandlingsprocess.

Avsaknad av explicit reglerat uppdrag för hälso- och sjukvården gällande sjukskrivning och bedömning av arbetsförmåga beror på att hälso- och sjukvården regleras genom ramlagar och att sjukskrivning ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvårdens uppdrag, inte ett sidouppdrag. Hälso- och sjukvårdens ansvar att utfärda läkarintyg om sjukskrivning följer av de generella reglerna om intyg gällande patien-

[1] I kapitel 2 till 4 finns mer ingående beskrivningar av respektive uppdrag.

tens vård.[2] Läkaren ska vid insamling av material som ligger till grund för intyg vara saklig och opartisk[3] och intyget ska utformas med noggrannhet och omsorg.[4]

Försäkringskassan bedömer arbetsförmågans nedsättning för att fatta beslut om sjukpenning

Försäkringskassans uppdrag handlar om att utreda och ta ställning till om villkor för ersättning enligt Socialförsäkringsbalken är uppfyllda, däribland om arbetsförmågan är nedsatt utifrån aktuell bedömningsgrund i rehabiliteringskedjan. Läkarintyget är ett viktigt underlag i Försäkringskassans utredning men Försäkringskassan har tillgång till andra uppgifter och underlag. Försäkringskassan har ansvar och befogenheter att utreda ärenden i den omfattning som krävs för att kunna fatta ett materiellt riktigt beslut, alltså ett beslut som överensstämmer med de faktiska omständigheterna. Försäkringskassan behöver ha tillräckligt underlag både om arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom och om arbetsuppgifterna så att en bedömning kan göras gällande om det är sannolikt att den försäkrade har rätt till ersättning.

Olika roller och uppdrag i samma process

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har olika uppdrag. Sjukskrivningssystemet bygger på att både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan gör en bedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom *som ett led* i sina respektive uppdrag.

Utredningen menar att läkarens medicinska sakkunskap och medicinska bedömning av sjukskrivningsbehovet, som innefattar bedömning av arbetsförmågans nedsättning, är avgörande för att rätt person ska bli sjukskriven och få rätt behandling, rehabilitering och stöd för att kunna återgå i arbete. Det system vi har där alla läkare kan sjukskriva skapar möjlighet för att sjukskrivning som åtgärd ska kunna integreras i personens vård- och behandlingsprocess och medicinska planering.

[2] 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården.
[3] 6 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[4] 5 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan är förvaltningsmyndighet gällande förmåner inom socialförsäkringen och har i uppdrag att tillämpa reglerna och besluta om sjukpenning. Försäkringskassan har befogenheter, kunskap om regelverket och utredningsverktyg för att säkerställa att sjukpenning betalas ut enligt gällande regler.

En fördel med det system vi har är att aktörerna utifrån sina respektive roller och uppdrag tillsammans kan verka för en mer effektiv och välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess än vad någon av parterna ensamt hade kunnat åstadkomma. Riskerna är att uppdragen upplevs som överlappande och att det kan uppstå rollkonflikter. Förståelse för aktörernas respektive uppdrag och roller liksom en god kommunikation mellan dem är avgörande för att hantera denna risk. Det är också avgörande att tillit skapas mellan aktörerna genom professionalitet och kompetens i utförandet av respektive uppdrag, och att båda parter har respekt för varandras uppdrag.

Samstämmig information om uppdragen behövs för ökad förståelse

De respektive uppdragen och rollfördelningen som vi sammanfattande beskrivit i detta avsnitt är en central utgångspunkt för övriga områden och förslag som presenteras i detta betänkande.

Utredningen vill betona vikten av att myndigheter som Försäkringskassan och Socialstyrelsen och andra berörda aktörer som regioner, SKR, det nationella programområdet där försäkringsmedicin ingår och Sveriges läkarförbund kommunicerar samstämmigt kring aktörernas uppdrag och rollfördelning i sjukskrivningssystemet. Detta gäller exempelvis när kommunikations- och utbildningsmaterial samt styrande och stödjande dokument tas fram.

5.1.2 Samlad information om sjukförsäkringen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Förslag: Kunskapen hos sjukskrivna individer, berörda aktörer och allmänheten gällande sjukförsäkringen och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver öka. Det behövs för att stärka individens förutsättningar att vara en medveten aktör i sin egen process och ha rätt förväntningar på sjukskrivning, sjukförsäkringen och på vilket stöd de olika aktörerna kan ge.

Regeringen bör ge Försäkringskassan i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med andra berörda organisationer och aktörer genomföra åtgärder för att öka förståelsen hos olika målgrupper.

Skälen till förslaget

Bristande kunskap om sjukförsäkringens villkor och hur ansvaret och uppdragen hos aktörerna ser ut och förhåller sig till varandra kan skapa felaktiga förväntningar på vad sjukförsäkringen täcker och vad åtgärden sjukskrivning innebär. Kunskapen om sjukförsäkringen, aktörernas roller och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens behöver öka hos aktörerna, sjukskrivna personer och allmänheten. Information om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver *kommuniceras samlat och samstämmigt* för att öka förståelsen för hur sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen hänger samman. Myndigheterna bör därför tillsammans ta fram underlag som stödjer kommunikationen med sjukskrivna och andra berörda aktörer.

Utöver Försäkringskassan, Socialstyrelsen och regioner bör även SKR, regionernas system för kunskapsstyrning, professionsföreningar, patientföreträdare och företrädare för arbetsgivare delta i framtagande av målgruppsanpassad information och utifrån sina uppdrag även i spridningen av informationen.

Medskick gällande information

Det behöver finnas större förståelse för att åtgärden sjukskrivning hos hälso- och sjukvården är ett beslut som läkaren tar efter överväganden i likhet med andra medicinska frågor även om läkare och

patient kan ha olika uppfattningar. Förutsättningarna för sjukskrivning som åtgärd och sjukpenning som ersättning vid inkomstbortfall på grund av sjukdom behöver förmedlas samlat för att det ska bli tydligt hur de förhåller sig till varandra och vem som bestämmer om vad.

Aktörerna behöver göra individen medveten om vad som gäller i det direkta mötet för att denne ska kunna vara delaktig i sin process och förstå villkoren och vem som gör vad. Parterna behöver kommunicera sina bedömningar gällande sjukskrivning och sjukpenning på ett tydligt och transparent sätt. Detta är något som direkt påverkar den sjukskrivnes uppfattning av om systemet går att lita på och är begripligt.

För att nå ut med att det är arbetsförmågans nedsättning och inte ett sjukdomstillstånd som motiverar sjukskrivning behöver aktörerna konsekvent kommunicera det.

Som vi tidigare nämnt i kapitel 3 behöver terminologin ses över. Begrepp som ”sjukintyg” (för läkarintyg), och ”sjukfall” (för sjukskrivningsfall) används av aktörerna och kan cementera felaktiga bilder kring sjukskrivning. Ordet sjukförsäkring kan skapa förväntan på att sjukdom i sig kan berättiga till ersättning. Det kan vara mer pedagogiskt att kommunicera att sjukpenning är en inkomstbortfallsförsäkring.

5.2 Effektiv och ändamålsenlig informations- och intygshantering

Aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är beroende av information från varandra för att kunna utföra sina respektive uppdrag. Läkarintyget är Försäkringskassans viktigaste underlag i utredningen och beslutet gällande sjukpenning och innehåller viktig information för arbetsgivare, men informationsöverföringen via intyget fungerar inte fullt tillfredsställande som vi beskrivit i kapitel 3.

5.2.1 Uppdrag att klarlägga behovet av medicinsk information i sjukpenningärenden

Förslag: Det behöver vara tydligt vilken medicinsk information som behövs i ett läkarintyg och språket behöver vara enkelt att förstå för alla parter som använder läkarintyget.

Uppdrag bör ges till Försäkringskassan att i samråd med Socialstyrelsen, försäkringsmedicinsk expertis från regioner samt andra relevanta aktörer från hälso- och sjukvården se över behovet av medicinsk information i sjukpenningärenden och hur informationsbehovet kan tillgodoses av hälso- och sjukvården. Informationsöverföringen via intyg behöver bli mer ändamålsenlig och anpassad utifrån behov av information i olika typer av situationer. I arbetet behöver även andra aktörers informationsbehov beaktas.

Skälen till förslaget

Försäkringskassan och Socialstyrelsen konstaterade inom ramen för ett gemensamt regeringsuppdrag för bättre dialog i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att det finns behov att tydliggöra vilka uppgifter ett läkarintyg behöver innehålla och varför. Samsyn skulle uppnås gällande informationsbehovet och hur det ska tillmötesgås.[5]

Utredningen noterar att myndigheterna i slutrapporten 2021 uppgav att arbetet skulle fortsätta, men att det ännu inte har slutförts.

Eftersom läkarintyget har stor betydelse för beslut om sjukpenning och åtgärder för arbetsåtergång är det angeläget att myndigheterna skyndsamt genomför uppdraget att skapa samsyn gällande frågor som rör läkarintyget.

Intyget behöver vara ett arbetsverktyg för både läkare och handläggare samt även för arbetsgivare vilket förutsätter att berörda parter förstår hur intyget ska fyllas i och tolkas.

Som vi beskrev i kapitel 3 upplevs centrala begrepp som svåra att förstå och använda även om de funnits i läkarintyget under många år. De flesta kompletteringar av intyg avser till exempel information om vilka aktivitetsbegränsningar som finns vilket är central information när det gäller bedömning av arbetsförmågans nedsättning. Utredningen bedömer därför att det finns kvarstående behov av sam-

[5] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2021).

arbete gällande intygsfrågorna och att det nuvarande läkarintyget inte är fullt ändamålsenligt utformat.

Arbete pågår för att nyttja digitaliseringens möjligheter för att effektivisera och öka kvaliteten i informationsöverföringen. Att informationsbehovet är klarlagt är en grundförutsättning för att utveckla den digitala informationsöverföringen ändamålsenligt.

Frågor kring intyget som behöver klargöras

En genomlysning av informationsbehovet bör genomföras av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen, andra relevanta hälso- och sjukvårdsföreträdare och övriga berörda aktörer. Ett antal frågor bör inkluderas i genomlysningen som vi har identifierat som viktiga att arbeta vidare med.

Klarlägga vilken information som behövs och vilken som kan ges

Det behöver vara tydligt vilka medicinska uppgifter Försäkringskassan behöver för att för att ta ställning till rätten till sjukpenning och behov av åtgärder för att möjliggöra återgång i arbete.

Det behöver också vara klarlagt vilka uppgifter som läkaren kan lämna, med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens uppdrag gällande sjukskrivning. Uppgifter som läkaren förväntas lämna i intyget behöver utgå från hälso- och sjukvårdens uppdrag och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det krävs samarbete för att landa i en gemensam bild om vad som är rimligt och möjligt.

Vår uppfattning är att informationsbehovet gällande medicinska uppgifter i sjukpenningärenden i normalfallet bör kunna tillgodoses av hälso- och sjukvården. Om läkarens underlag för bedömning, arbetssätt och metoder är tillräckliga för att *ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv uppnå god kvalitet i bedömningen* bör detta i normalfallet vara tillräckligt för sjukförsäkringens behov av medicinsk information.

Vi har i kapitel 3 beskrivit att det i dagsläget finns brister i läkares förutsättningar att sjukskriva som kan leda till att underlag blir bristfälliga. Förutsättningarna för väl underbyggda bedömningar och intyg behöver förbättras genom de utvecklingsåtgärder som vi föreslår. När det sker bör sjukförsäkringens behov av information från hälso- och sjukvården i de flesta fall kunna tillmötesgås. Försäkringskassan har möjlighet att i särskilt komplexa fall beställa aktivitetsförmågeutredningar från regionerna.

Ändamålsenlig information

Undersökningsfynd, testresultat och observationer har varit i fokus när det gäller problem kring läkarintygen (se kapitel 3). Det har klarlagts, som vi beskrev i kapitel 2, att uppgifter om ”objektiva fynd” (som dessa uppgifter ibland kallats), inte är ett krav för att kunna beviljas sjukpenning, men observationer etcetera ska anges i intyget. Vi bedömer att det inte är helt tydligt och självklart vilken funktion dessa uppgifter har för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågans nedsättning, eftersom de inte direkt kopplar till den utan handlar om vilka observationer som läkaren gjort gällande funktionsnedsättningar till följd av sjukdom. Det behöver vara tydligt och transparent vad som ingår i utredningen, vad som behöver finnas i intyget och varför.

Trots klargöranden gällande att en viss typ av uppgifter inte är ett krav för att beviljas sjukpenning finns det risk för olika tolkningar av vad det betyder i praktiken. Dessa frågor är så pass centrala för sjukförsäkringen att de kräver gemensam analys och samstämmiga budskap från aktörerna.

Information om syftet med sjukskrivning

Vi bedömer att läkarens syfte med sjukskrivning behöver kunna beskrivas i intyget. I förarbeten läggs vikt vid läkarens medicinska syfte och samlade medicinska motivering till sjukskrivning.[6] Vi har även i tidigare kapitel betonat vikten av läkarens försäkringsmedicinska bedömning av sjukskrivningsbehovet. I läkarintyget saknas i dag möjlighet att beskriva syftet och ge en samlad medicinsk motivering till

[6] Prop. 2002/03:89 s. 24.

sjukskrivningsbehovet. Det är problematiskt t.ex. när syftet framför allt är att underlätta läkning (vid s.k. terapeutisk arbetsoförmåga) och när det finns risker vid aktivering mot arbete. Att denna typ av överväganden inte på ett tydligt sätt har utrymme i det befintliga läkarintyget och anvisningarna till intyget kan leda till att de inte dokumenteras. Medicinska konsekvensbedömningar, till exempel bedömning av risker för skada och hinder för läkning är något som varken handläggare eller arbetsgivare kan göra. Intyget behöver utformas så att det stödjer informationsöverföring kring det som läkaren faktiskt bedömer. Det kan vara avgörande för att handläggaren, den sjukskrivne samt arbetsgivaren ska få en tydlig bild av orsakerna till arbetsförmågans nedsättning och bidra till att adekvata åtgärder vidtas.

Olika aktörers informationsbehov behöver tas i beaktande

Behovet av medicinsk information i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är inte exakt lika hos alla aktörer och i alla skeden i en sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Det kan också skilja sig mellan olika typer av fall. Information som ska föras över från hälso- och sjukvården till andra aktörer behöver i högre grad anpassas till olika situationer och aktörernas olika behov men samtidigt vara ensad i de delar där det är möjligt och inte innebära ökad administrativ belastning för hälso- och sjukvården.

För att intygandet ska utvecklas ur helhetsperspektiv för en mer effektiv och sammanhållen intygshantering behöver alla berörda aktörers behov ingå i genomlysningen. Alla parter behöver göra en analys av sitt informationsbehov i syfte att få träffsäker information och minska potentiellt onödig efterfrågan.

Detta kopplar till förslaget längre fram om digital infrastruktur för informationsöverföringen, uppdragen behöver samordnas i delar som berör information i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

5.2.2 Förenklat intygande i korta sjukskrivningar

Förslag: Utredningen bedömer att det nuvarande läkarintyget inte är ändamålsenligt för sjukskrivningar som förväntas bli kortvariga. Försäkringskassan bör därför i samråd med Socialstyrelsen utreda hur intygen kan förenklas i förväntat korta sjukskrivningar, t.ex. i tillstånd som enligt tillgänglig kunskap leder till kortvarig sjukskrivning utifrån medicinskt förlopp. Samråd behöver ske med relevanta aktörer från hälso- och sjukvården samt företrädare för arbetsgivare.

För att möjligheten till enklare intygande ska användas på ett ändamålsenligt och säkert sätt behöver kunskapsbaserat bedömningsstöd utvecklas. Utredningen bedömer att Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) bör utvecklas för att kunna användas i detta syfte.

Skälen till förslaget

Informationsöverföring via intyg ska vara ändamålsenlig och medicinsk information ska efterfrågas med hög precision. Flera utredningar har pekat på behovet av att balansera hälso- och sjukvårdens informationsansvar.[7]

Hälso- och sjukvården utfärdar runt 2,5 miljoner läkarintyg om sjukskrivning varje år via Ineras intygstjänst Webcert.[8]

Det som går att förenkla behöver förenklas i syfte att möjliggöra att mer tid och resurser kan läggas på att arbeta med mer krävande utredningar och stödja individer som har behov av stöd och åtgärder. Administrationen kring intyg behöver vägas mot nyttorna för en välfungerande sjukförsäkring och påverkan på individens arbetsåtergång. Teknikstöd och ändamålsenliga intyg är viktiga utvecklingsområden för att frigöra tid.

Att förenkla intygandet i kortvariga fall handlar ytterst om att förbättra förutsättningarna för både läkare och handläggare att arbeta med god kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i mer komplicerade och krävande fall. Det syftar till att bättre ta vara på den kunskap som finns om hur sjukskrivningar utvecklar sig och vilka

[7] SOU 2018:80, SOU 2020:24.
[8] Ineras intygsstatistik.

behov som finns av utredning och åtgärder och att utveckla handläggningen hos båda sidor utifrån denna kunskap.

Utgångspunkter och kriterier samt utformningen av enklare intyg behöver tas fram av Försäkringskassan och Socialstyrelsen gemensamt så att de grundas på bästa tillgängliga kunskap.

När kan intygandet förenklas?

Det finns en samstämmig uppfattning hos hälso- och sjukvårdens experter och representanter från Försäkringskassan som utredningen talat med att när sjukskrivningsfall förväntas bli kortvariga och individen har behov att avstå från arbete en kortare period för att underlätta tillfrisknandet är det rimligt att intygandet förenklas. Argumenten har handlat om att arbetsförmågan återfås i normalfallet efter att sjukdomen läkt ut och riskerna bedöms som små att dessa individer har behov av stödjande åtgärder för att återfå arbetsförmågan. Riskerna bedöms i denna typ av sjukskrivningar som små för felaktigt nyttjande av sjukpenning eller sjukskrivningar som kan medföra risker för hälsan.

Vid en kortare sjukskrivning bör en medicinsk motivering av sjukskrivningsbehovet vara tillräcklig för att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning i ärenden gällande sjukpenning. Denna möjlighet lyfts även fram i förarbeten gällande kravet på läkarintyg.[9]

Utredningens bedömning är att Försäkringskassan bör kunna utgå från läkarens bedömning i korta fall när det medicinska behovet av att avstå från arbete är motiverat.

Den administrativa processen inklusive intygets utformning behöver avspegla detta på ett bättre sätt. Enklare intyg kan t.ex. gälla i förstagångsanspråken gällande sjukpenning som ofta avslutas efter en utbetalning, där Försäkringskassan i regel beviljar sjukpenning. Försäkringskassan lyfter själv i en rapport att handläggningen av förstagångsanspråk bör kunna förenklas.[10] Försäkringskassan har också planer på att i högre grad automatisera handläggningen av kortvariga sjukskrivningsärenden. Dessa åtgärder behöver samordnas med utvecklingen av informationsöverföringen så att de stödjer varandra.

[9] Prop. 2002/03:89.
[10] Rapport från programmet för förnyelse av sjukförsäkringens förvaltning dnr FK 2022/015106.

Det har framförts farhågor gällande att förenklade intyg kan innebära att arbetsgivaren får för lite information för att kunna fullgöra sitt ansvar gällande rehabilitering och arbetsanpassning och bedöma rätt till sjuklön. Vi återkommer till detta lite längre fram.

Erfarenheter från tidigare försöksverksamhet med enklare intyg ska tas tillvara

Ett arbetssätt med liknande ambition att situationsanpassa och differentiera läkarintyg har tidigare prövats men avslutades på grund av utmaningar vid införandet. Lärdomar från tidigare försök behöver dras även om det har skett utveckling inom både hälso- och sjukvården och hos Försäkringskassan som innebär att resultaten behöver ses i ny kontext.

En rapport avseende införandet av förenklade intyg[11] visade att de ibland användes felaktigt i fall som redan från början borde inneburit att det vanliga intyget skulle användas och att läkarens initiala bedömning gällande prognos för sjukskrivningen i många fall inte höll. Kriterierna för när enklare intyg kunde användas upplevdes inte tydliga för alla inblandade.

Vid försöket var det möjligt att utfärda enkelt intyg för alla typer av diagnoser som enligt det försäkringsmedicinska beslutsstödet inte bedömdes kräva längre sjukskrivning än två månader.

Beslutsstödets rekommendationer är inte framtagna i syfte att ge en bild av vilka fall som har ett tydligt förväntat medicinskt förlopp att återgå i arbete inom en viss tid, utan den ger rekommendation om hur länge en läkare bör sjukskriva en patient. Utredningen bedömer att det är viktigt att det finns kunskapsbaserat stöd gällande vilka tillstånd som har en tydlig medicinsk prognos för återgång i arbete inom en kortare tid. Beslutsstödet bör utvecklas för att ge stöd utifrån tillämpningen att kunna avgöra vilka fall som kan hanteras med förenklat intygande.

Det fanns kritik mot att intygen blev för knapphändiga för att Försäkringskassan skulle kunna göra en bedömning av arbetsförmågans nedsättning. Även ur ett arbetsgivarperspektiv lyftes kritik mot enklare läkarintyg av samma anledning.[12]

[11] Inspektionen för Socialförsäkringen (2016).
[12] Inspektionen för Socialförsäkringen (2016).

En lärdom från tidigare försök är att kriterierna behöver vara tydliga och enkla att förstå och tillämpa. De bör tas fram i samarbete mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och expertis från hälso- och sjukvården för att få hög legitimitet och vara förenliga med befintligt kunskapsstöd för läkare och handläggare. Samsyn om kriterier behöver skapas mellan samtliga parter som berörs.

Implementeringen behöver genomföras koordinerat med möjlighet att justera vid avvikelser. Det behövs gemensam planering för införandet och gemensam uppföljning mellan Försäkringskassan och de verksamheter inom hälso- och sjukvårdens som blir aktuella.

Det kan övervägas om det är lämpligt att inleda i mindre skala och utvärdera innan det införs på bred front. Givet detta bedömer utredningen att de risker som identifierats och de brister som fanns vid införandet vid det tidigare försöket ska vara möjliga att hantera.

Viktigt att beakta arbetsgivares behov av medicinsk information

Intyget för sjukpenning används även av arbetsgivaren. Utredningen bedömer, som vi nämnt, att arbetsgivares behov av medicinsk information inte är fullt densamma som Försäkringskassans utifrån olika uppdrag.

Utredningen har fått inspel om att läkarintyg ibland ger alltför lite information utifrån arbetsgivares behov och att en utveckling mot ännu mindre information skulle vara problematisk eftersom det kan minska arbetsgivares möjligheter att fullgöra sitt ansvar för sjukskrivna medarbetare. Det finns negativa erfarenheter av att information om diagnos, funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar har dolts för arbetsgivare. Av 8 § sjuklönelagen framgår att läkarintyget inte behöver innehålla närmare uppgift om vilken sjukdom arbetstagaren har.[13]

Utredningen bedömer att det behövs fortsatt samarbete för att nå samsyn om hur informationsbehovet kan tillgodoses ändamålsenligt och effektivt ur alla berörda parters perspektiv, som vi också nämnt i föregående avsnitt.

Korta sjukskrivningar till exempel vid infektioner bör rimligtvis inte innebära behov av särskilt mycket information i läkarintyget för någon aktör. Vid andra sjukskrivningar som är kortvariga t.ex. benbrott, kan en sjukskrivning undvikas helt eller delvis om det finns

[13] Lag (1991:1047) om sjuklön.

möjligheter till arbetsanpassning. Läkare känner för det mesta inte till om anpassning är möjlig vid sjukskrivningstillfället. Därför kan det behövas dialog med arbetsgivaren innan utfärdande av läkarintyg om det finns tveksamheter gällande om sjukskrivning är rätt åtgärd. Arbetsgivares behov av information från hälso- och sjukvården och hälso- och sjukvårdens behov av information från arbetsgivare behöver hanteras genom att kommunikationen och samspelet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren förbättras i de fall där ett sådant behov finns, vilket vi kommer återkomma till i avsnitt 5.3.

5.2.3 En nationell infrastruktur för digitaliserad hantering av intygande

Förslag: Utvecklingen av digitaliserad hantering av intygande är central för en effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Utredningen bedömer att det krävs statliga åtgärder för att skapa långsiktiga förutsättningar för detta och att E-hälsomyndigheten bör få ett långsiktigt uppdrag att skapa och förvalta en nationell infrastruktur för hantering av digital information i intyg.

Skälen till bedömningen

Regeringen har beslutat om uppdrag till E-hälsomyndigheten att genomföra en förstudie om hur en sammanhållen intygshantering kan utvecklas, organiseras och förvaltas. I förstudien ska behovs- och problembilden beskrivas. Det omfattar att identifiera olika aktörers behov och redogöra för de tekniska, organisatoriska och juridiska utmaningarna som en sammanhållen intygshantering kan innebära.

Utredningen bedömer att detta är ett viktigt steg, men att det kommer krävas ett tydligt statligt ansvarstagande för utveckling och långsiktig förvaltning av en nationell digital infrastruktur och att E-hälsomyndigheten långsiktigt bör ansvara för detta. De exakta formerna för detta får E-hälsomyndighetens förstudie utvisa.

Utvecklingsarbetet har avstannat

I juni 2022 avbröts ett samarbete mellan SKR och Försäkringskassan för att finna lösningar gällande digitaliseringen av intyg/informationsöverföring. Försöken att hitta gemensamma strukturer och former för samarbetet gick inte i hamn och utvecklingen av digitaliseringen av intyg har därför i hög utsträckning avstannat. Det medför problem för inblandade aktörer när inte potentialen av digitaliseringen kan tillvaratas.

Regeringen lyfte i vårändringsbudgeten för 2023 att nuvarande digitala infrastruktur för överföring av läkarintyg från regionerna till Försäkringskassan inte är en långsiktig lösning. I avvaktan på en sådan lösning såg regeringen att det finns behov av att ingå en överenskommelse mellan staten och SKR för 2023–2025 för att säkerställa fortsatt digital överföring av läkarintyg.[14]

Stora effektivitets- och kvalitetsvinster i digitaliserad hantering av information i intyg

Hälso- och sjukvårdens verksamheter utfärdar en stor mängd intyg. Intyget för sjukpenning uppgår till drygt 2 miljoner digitala intyg varje år och en kartläggning visar att hälso- och sjukvården arbetar med cirka 200 olika typer av intyg.[15] Information dubbeldokumenteras i olika intyg och system och flera statliga utredningar har pekat på effektivitetsvinster genom att endast behöva dokumentera information en gång.[16]

Digitaliserad informationshantering i samband med intygande skapar fördelar för hälso- och sjukvården och förutsättningar för digitaliserade processer hos informationsanvändaren, t.ex. Försäkringskassan.

[14] Prop. 2022/23:99.
[15] Inera (2020.
[16] SOU 2016:2 *Effektiv vård* och SOU 2022:22 *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.*

Utgångspunkter för utveckling av digitaliserad intygshantering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Digitalisering av intygandet möjliggör att vi kan lämna statiska pappersblanketter och i stället arbeta dynamiskt med informationsmängder som överförs elektroniskt. Det möjliggör utveckling som minskar behov av dubbeldokumentation och ger förutsättningar för att utveckla en mer effektiv hantering av information för de involverade aktörerna. För att det ska bli ändamålsenligt och säkert finns det juridiska och verksamhetsmässiga behov som behöver beaktas.

En utgångspunkt för arbetet är att det ska finnas en tydlig bild av samtliga aktörers behov av medicinsk information för att möjligheten att inhämta uppgifter till olika verksamheter ska användas ändamålsenligt. Det behöver säkras att olika typer av information inhämtas av rätt aktör utifrån rätt syfte.

Det är därför viktigt att alla intygsmottagare involveras tidigt i utvecklingsarbetet.

Utifrån befintligt regelverk, t.ex. Socialstyrelsens intygsföreskrift, förutsätter ett intyg att det finns en utfärdare av intyget som författat det i ett visst syfte. Detta behöver beaktas i utveckling av system som i högre grad överför information utan hantering av människor, till exempel automatisk informationsöverföring.

Informatiskt arbete gällande terminologi och informationsstruktur är en förutsättning för att informationsöverföring mellan olika system ska fungera. Arbete pågår hos Socialstyrelsen som behöver fortsätta gemensamt med berörda aktörer som använder information från hälso- och sjukvården, som Försäkringskassan. I utvecklingen är det också viktigt att beakta det uppdrag som E-hälsomyndigheten har om att ta fram nationella e-hälsospecifikationer.[17]

5.3 Välfungerande samarbete för återgång i arbete

I kapitel 4 analyserade vi om arbetsgivare kan få mer ändamålsenlig information för anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen när fler professioner inom hälso- och sjukvården samarbetar i sjukskrivningsarbetet. En central fråga för utredningen har även varit att analy-

[17] Se Förordning med instruktioner till E-hälsomyndigheten 2 § punkt 13.

sera hur läkares bedömning av sjukskrivningsbehov inklusive bedömning av rehabiliteringsbehovet kan förbättras.

Samarbetet mellan hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och Försäkringskassan (samt Arbetsförmedlingen i förekommande fall) är viktigt för att parterna ska kunna fullgöra sina respektive uppdrag och för att främja individens återgång i arbete. Brist på samarbete mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har identifierats som en utmaning.[18]

Läkare har ibland bristande kännedom om arbetsuppgifter och arbetssituationen, insatser på arbetsplatsen görs inte alltid när det finns behov[19] och arbetsgivare upprättar sällan planen för återgång i arbete.[20]

Samarbete och informationsutbyte bör ske på effektivast möjliga sätt. I många fall kan det ske genom digital eller skriftlig kommunikation.

I en del fall krävs dialog mellan parterna i realtid. När det gäller behovet av dialog mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren tidigt i sjukskrivningsfallet bedömer utredningen att de koordinerande insatserna i hälso- och sjukvården är viktiga.

I dialog med representanter från arbetsgivare och hälso- och sjukvård har Försäkringskassans samordningsuppdrag och framför allt avstämningsmöten lyfts fram som viktiga och efterfrågade. Utredningen delar bilden av att Försäkringskassan har en viktig roll att stödja individen genom sitt samordningsuppdrag. Detta får samtidigt inte innebära att övriga aktörer avvaktar med att vidta åtgärder. I synnerhet tidigt i sjukfall blir det problematiskt om de andra aktörerna inväntar att Försäkringskassan förmedlar kontakter och information eftersom det kan fördröja att viktiga åtgärder kommer till stånd. Försäkringskassans samordning ska användas vid behov på effektivast möjliga sätt, och i de fallen hälso- och sjukvården och arbetsgivaren själva kan utbyta information och samarbeta är det att föredra.

Arbetsgivare upplever svårigheter i arbetet med anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen. Samarbete mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren med stöd av koordinerande insatser och information från hälso- och sjukvården kan förbättra förutsättningarna för att individens behov av åtgärder identifieras men löser inte den grundläggande problematiken. För att tillgodose arbetsgivares behov

[18] SOU 2020:24.
[19] SOU 2020:24.
[20] Inspektionen för Socialförsäkringen (2021b).

av stöd och kompetens behöver företagshälsovård eller motsvarande expertresurser anlitas i högre utsträckning.

I kapitel 3 beskrev vi att arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom i många fall kan vara svårbedömd för både läkare och handläggare men även för individen själv och arbetsgivaren. Den påverkas dessutom i hög grad av förutsättningarna som råder i arbetet och möjligheterna till anpassning. Utredningen bedömer att trösklarna för arbetsåtergång behöver minska genom att förutsättningar för det prövas praktiskt.

5.3.1 Lagen om koordineringsinsatser bör utvärderas och förstärkas gällande samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare

Förslag: De koordinerande insatserna genom lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter (koordineringslagen) bör utvärderas och följas upp.

Utvärderingen bör särskilt analysera om de koordinerande insatserna kan förstärkas gällande samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren, eller Arbetsförmedlingen i de fall den sjukskrivne är arbetslös.

Skälen till förslaget

Utredningen bedömer att de koordinerande insatserna är viktiga för att stärka samarbetet mellan hälso- och sjukvården och övriga berörda aktörer som arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Utredningen ser samtidigt utmaningar kopplat till de koordinerande insatserna. Vi ser att det finns risk att insatserna inte har implementerats på ett sätt som motsvarar intentionerna med lagen och ett skäl kan vara brister i lagens utformning.

Utredningen föreslår att införandet av de koordinerande insatserna och lagen utvärderas och följs upp. Utvärderingen bör särskilt belysa om de koordinerande insatserna kan förstärkas för att främja samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare eller i förekommande fall Arbetsförmedlingen. Denna kan antingen genomföras genom en statlig utredning men även i form av ett regeringsuppdrag

till lämplig myndighet, till exempel Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Lagen upplevs otydlig vilket skapar variation och utmaningar gällande implementeringen

I avsnitt 4.3.7 beskrev vi de koordinerande insatserna samt utmaningar som identifierats gällande införandet av lagen. Utmaningar som har framförts är att lagen är otydlig gällande vad de koordinerande insatserna omfattar, i vilken utsträckning insatser ska ges samt hur de förhåller sig till andra hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Enligt experter utredningen talat med implementeras koordineringsinsatserna olika mellan olika regioner och verksamheter. Det kan vara en fördel om insatser anpassas utifrån verksamheten men det kan också vara ett problem utifrån jämlikheten i vården. Enligt lagen ska koordineringsinsatserna ges utifrån behovet hos individen. Rehabiliteringskoordinatorrollen utvecklades framför allt inom primärvården och psykiatrin genom överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Socialstyrelsens nulägeskartläggning visar att det finns brister gällande tillgången till koordineringsinsatser som fortfarande framför allt tillhandhålls inom dessa verksamheter och mindre inom övriga specialiteter.[21]

Utredningen bedömer att det är viktigt att följa upp införandet av koordineringsinsatser, om de har levt upp till lagens intentioner eller om det krävs någon form av vidare åtgärder.

Koordineringsinsatserna bör förstärkas gällande samarbete med arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen

Utredningen bedömer att en av de koordinerande insatsernas viktigaste funktioner är att underlätta samarbetet mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen i de fall där det är aktuellt.

[21] Socialstyrelsen (2023e).

Systematiska översikter visar att samarbete mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren och arbetsinriktade insatser kan leda till förkortad sjukfrånvaro.[22] I flera regioner har rehabiliteringskoordinatorerna arbetat med en strukturerad metod för dialog mellan den enskilde, arbetsgivaren och hälso- och sjukvården i form av arbetsplatsdialog (ADA/ADA+).[23] I studier har ADA visat sig ha positiva effekter på individens återgång i arbete för personer med psykisk ohälsa[24] och vid vissa rygg- och nackbesvär.[25]

När koordineringsfunktionen utvecklades inom överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess lyftes dialogen med arbetsgivare explicit fram som en central del av uppdraget. Bland annat beskrevs att ett av tre huvuduppdrag var att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av anpassningar av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Var patienten arbetslös skulle en motsvarande kontakt tas med Arbetsförmedlingen.[26]

Det är viktigt att betona att hälso- och sjukvården genom koordineringsinsatserna inte ska ta över arbetsgivarens ansvar. Det innebär till exempel att de koordinerande insatserna inte närmare ska utreda vilka insatser som skulle kunna vidtas på arbetsplatsen, utan uppdraget är att förmedla de behov som hälso- och sjukvården utifrån sin medicinska bedömning kan se. Närmare utredning av behov av åtgärder, planering, genomförande och uppföljning av insatser på arbetsplatsen är arbetsgivarens ansvar.

Utredningen bedömer att det vid behov är viktigt med ett direkt samarbete mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren för att båda parterna ska kunna ta sitt respektive ansvar och påskynda personens återgång i arbete. Inom ramen för den föreslagna utvärderingen bör det särskilt utredas om koordineringsinsatserna kan förstärkas avseende hälso- och sjukvårdens samarbete med arbetsgivaren.

[22] SBU (2022).
[23] Grahn B, med flera (2016).
[24] Eskilsson, T, med flera (2018).
[25] Grahn B, med flera (2016).
[26] SKL och Staten (2017).

5.3.2 Skapa förutsättningar för effektiva digitala informationskanaler mellan aktörerna

Förslag: Effektiv informationsöverföring mellan hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan behöver utvecklas för att tillgodose parternas behov av information och kommunikation för att stödja individens återgång i arbete på ett effektivt sätt. Utredningens bedömning är att digitala kanaler/verktyg behöver utvecklas för detta syfte.

Det finns juridiska hinder för utvecklingen av digitalt informationsutbyte. En utredning bör tillsättas för att klarlägga hur juridiska förutsättningar kan skapas för att möjliggöra digitalt informationsutbyte mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Skälen till förslaget

Processen för återgång i arbete kräver att flera aktörer samarbetar aktivt och att åtgärder hos dessa pågår parallellt.

För detta krävs utbyte av information och gemensam planering. Informationsutbyte bör ske utan dröjsmål för att inte ställa hinder i vägen för åtgärder som syftar till återgång i arbete. Förutsättningarna för detta mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare behöver utvecklas för att båda parter ska kunna fullgöra sina uppdrag mot sjukskrivna. Digitalt informationsutbyte är ofta det mest effektiva sättet att överföra information och infrastrukturen för detta behöver säkerställas. Olika utvecklingsinitiativ avseende samverkan[27] och utredningar har konstaterat att lagstiftningen behöver ändras för att det ska vara möjligt för aktörerna att hantera (lagra och dela) information om individer samlat, och att det är en förutsättning för att öka effektiviteten i samarbetet och erbjuda medborgaren ett koordinerat stöd.

Utbyte av information bedöms inte kunna ske effektivt utan stöd av digitala kanaler. Det är inte ändamålsenligt att utveckla analoga kommunikationsverktyg som behöver skickas med brevpost eller med den sjukskrivne som bud.

Eftersom det föreligger juridiska hinder för att dela och lagra information om individer på digitala ytor bedömer vi att en utredning

[27] Se till exempel Inera (2018) SOU 2020:24, Nationella Rådet (2020).

bör tillsättas som lämnar förslag på regelverkets utformning för att möjliggöra det digitala informationsutbytet som behövs för effektiv samverkan. Frågan berör fler och bredare frågor gällande samverkan och informationsutbyte inom den offentliga sektorn.

Nedan beskriver vi behov av informationsutbyte och tidigare förslag och initiativ med koppling till vårt förslag.

Hälso- och sjukvården har behov av information från och kommunikation med andra aktörer

Läkarintyget är en naturlig förstahandskanal för hälso- och sjukvården att förmedla uppgifter till arbetsgivaren och till Försäkringskassan men något motsvarande underlag för informationsöverföring från arbetsgivare eller Försäkringskassan till hälso- och sjukvården finns inte.

Hälso- och sjukvården har behov av information från arbetsgivaren för att bedöma behovet av sjukskrivning och för planering av personens vård. Det kan gälla information om arbetsuppgifter och arbetssituationen samt arbetsgivarens möjligheter till anpassning på arbetsplatsen. I många fall kan den inhämtas från personen själv men i vissa fall kan det krävas att hälso- och sjukvården får uppgifter från arbetsgivaren. Individen kan ha en annan uppfattning om möjligheterna på arbetsplatsen än vad arbetsgivaren har. Patientföreträdare som utredningen haft dialog med framhåller att sjukskrivna många gånger har flera olika kontakter både mellan och inom olika aktörer vilket kan bli mycket krävande för personen att hantera.

Att kunna förmedla information mellan aktörer är i många fall är att föredra, under förutsättning att individen samtycker till detta. Att informationen kommer direkt från primärkällan minskar risken för att den tolkas fel på vägen.

Möjliga verktyg för informationsöverföring

Utredningen har tittat på olika tänkbara alternativ för hur hälso- och sjukvården skulle kunna få uppgifter från arbetsgivaren gällande arbetet och arbetssituationen. Ett förslag är möjligheten att upprätta ett gemensamt underlag mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren där arbetsgivaren beskriver arbetets krav och arbetssituationen, planeringen för insatser på arbetsplatsen och vad arbetsgivaren och medarbetaren

upplever inte fungerar på grund av medicinska besvär. Hälso- och sjukvården kan ge återkoppling på detta utifrån sin bedömning av hälsotillståndet samt personens sjukskrivningsbehov. Ett liknande verktyg finns i Danmark[28] där arbetstagare, arbetsgivare och läkare fyller i ett dokument gemensamt i syfte att dela information som underlättar för individen att vara kvar eller komma åter i arbete vid sjukdom. Detta bedömer vi skulle bidra till att båda parter får den information som behövs och till en bättre helhetsbild av personens behov av sjukskrivning och åtgärder för arbetsåtergång.

Däremot bedömer vi att införandet av nya blanketter/dokument bör undvikas eftersom det kan riskera att medföra administrativt merarbete för involverade aktörer och riskera att inte användas.

Tidigare förslag om digitala ytor

Inom ramen för överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ingick att genomföra förstudie gällande en så kallad samverkansyta. Syftet med projektet Samverkansytan var att utreda en säker digital yta för samverkan mellan aktörerna som deltar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Den tänkta samverkansytan skulle möjliggöra dialog och informationsutbyte mellan aktörerna på en digital yta som präglas av transparens.[29] Individen skulle avgöra vilka aktörer som kan ta del av vilken information, men tanken var att de skulle få samma information och att den skulle samlas på ett ställe.

Individen och arbetsgivaren skulle gemensamt kunna beskriva arbetssituationen för att läkare skulle få underlag för sin bedömning. Alla aktörer skulle få möjlighet att dokumentera åtgärder för att möjliggöra en helhetsbild. Plattformen skulle stödja säker kommunikation samt ge tillgång till kontaktuppgifter.

En utvärdering av prototypen genom intervjuer med målgrupperna visade att både individen, arbetsgivaren och rehabiliteringskoordinatorn såg ett stort värde i samverkansytan.

Samverkansytan utvecklades inte färdigt på grund av framför allt juridiska utmaningar gällande personuppgiftshanteringen.[30]

[28] Se t.ex. https://star.dk/om-styrelsen/blanketter/5/mulighedserklaering.
[29] Inera (2018).
[30] Inera (2018).

Försäkringskassans har tagit initiativ till utveckling av något som kallas *Jag i Sverige,* ett system med utgångspunkt i medborgaren. Den bärande idén är att alla typer av samhällskontakter kan skötas genom en och samma portal som stödjer både individen och de olika aktörerna i olika livssituationer. Till exempel föräldrar som behöver ansöka om tillfällig föräldrapenning och anmäla sitt barn sjukt eller sjukskrivna individer som behöva ta många kontakter. Alla kontakter ska kunna skötas utifrån ett system som kommunicerar med andra system. Detta arbete bedömer vi har bäring på vårt förslag och är därför intressant att följa. De har i skrivande stund inte påbörjat en juridisk kartläggning.

Liknande system finns i andra länder som Danmark och Estland.[31]

Hinder för digital informationsdelning behöver undanröjas

SKR och Inera genomförde en juridisk utredning inom ramen för arbetet med samverkansytan.[32] Denna visade att lagstiftningen hindrar utvecklingen av digitala plattformar för delning och lagring av personuppgifter och hälsoinformation. Aktörerna har inte rättslig grund att dokumentera personuppgifter någon annanstans än i sina egna system. Informationsägarskapet som följer av respektive uppdrag innebär att varje aktör endast kan ansvara för sina egna uppgifter/sin information. Individen äger inte informationen om sig själv som finns hos aktörerna, utan den betraktas som aktörens information. Därför är det inte möjligt att dela information digitalt även om samtycke från individen skulle finnas.

Kartläggningen visade att direkt lagstöd skulle kunna möjliggöra den tänkta samverkansytan. Målet för lagstiftningsarbetet skulle vara att ge invånaren laglig rätt att lagra och dela information med valfria aktörer inom området sjukskrivning och arbetslivsinriktad rehabilitering.

Samtycke från individen har också bedömts vara en olämplig rättslig grund för informationsdelning, eftersom invånaren är i en beroendeställning till aktörerna. Även om individen själv kan välja vad som ska delas på den gemensamma ytan kan graden av frivillighet ifrågasättas då hen är i beroendeställning till aktörerna.[33]

[31] Se https://e-estonia.com/.
[32] Inera (2018).
[33] Beslut från Datainspektionen 2016-03-01, dnr 391-2015.

Utredningen bedömer att lagstiftningsarbete bör genomföras för att möjliggöra ett digitalt informationsutbyte. Effektiva kommunikationsverktyg och möjlighet att dela information som rör planering av åtgärder är viktiga grundförutsättningar för att aktörerna ska kunna stödja individens återgång i arbete på ett ändamålsenligt sätt. Vi bedömer att möjligheten till digitalt informationsutbyte mellan aktörerna är nödvändigt för att hantera problem som vi identifierat gällande svårigheter att få en helhetsbild av individens arbetshinder och möjligheter så att alla berörda parter kan fatta mer välgrundade beslut och samarbeta ändamålsenligt för att förkorta sjukskrivningar.

5.3.3 Prövning av förutsättningar att återgå i arbete

Förslag: Utredningen bedömer att det finns risk för inlåsning i sjukskrivning om det uppfattas som osäkert att lämna en heltidssjukskrivning. Tröskeln för att prova att återgå i arbete behöver sänkas.

Regeringen bör utreda om och i så fall hur, en metod kan utformas som innebär möjlighet att pröva att arbeta med bibehållen sjukpenning under en begränsad tid i syfte att förkorta sjukskrivningen och att se över hur en sådan bestämmelse kan utformas.

Skälen till förslaget

Det kan vara svårt att bryta en heltidssjukskrivning och att veta hur förutsättningarna att återgå i arbete ser ut efter en tids sjukskrivning. Detta kan riskera leda till onödigt lång sjukskrivning där individens förmågor inte tas tillvara. Särskilt vid psykisk ohälsa kan arbetsförmågan vara svårvärderad och även variera under dagen.[34] I mer svårbedömda fall kan det behövas nya sätt att arbeta för att få en uppfattning av vilka begränsningar och möjligheter som finns att återgå i arbete. Utredningens medicinska experter har gett stöd för att det ur ett kliniskt perspektiv är önskvärt att hitta arbetssätt som möjliggör att förutsättningar för arbetsåtergång provas under sjukskrivningen i en reell arbetssituation där det också är möjligt att testa att anpassa arbetsuppgifterna.

[34] Hensing med flera (2018).

Det finns vetenskapligt stöd för att åtgärder som involverar arbetsplatsen har effekt avseende arbetsåtergång.[35]

Försäkringskassan har lämnat en framställan till regeringen 2022 gällande behov av att utreda möjligheten att införa arbetsprövning med bibehållen sjukpenning. Försäkringskassan anger att det föreligger juridiska hinder för att prova att arbeta med bibehållen sjukpenning. En liknande metod fanns tidigare som utredningsmetod och kallades då för arbetsprövning. Försäkringskassan beslutade 2016 att sluta använda metoden då myndigheten bedömde att den hade använts på ett sätt som saknade lagstöd. Försäkringskassan bedömde att nuvarande lagstiftning inte ger utrymme för en sjukskriven att arbetspröva utan att förmånen sjukpenning byts ut mot rehabiliteringspenning vilket innebär en annan administration och högre tröskel att prova på utförande av arbetsuppgifter.

Vi bedömer att en utredning bör genomföras för att klarlägga praktiska och juridiska förutsättningar för att utformningen av en prövning ska vara möjlig utifrån lagstiftning och ändamålsenlig utifrån syftet att underlätta återgång i arbete.

Frågor som behöver beaktas för att prövningen ska bli ändamålsenlig

För att utformningen av en arbetsprövning ska bli ändamålsenlig behöver följande tas i beaktande.

Läkaren och handläggaren behöver få återkoppling på hur det fungerar att prova att arbeta, vad som fungerar och inte, så att alla involverade parter får en gemensam bild och underlag för fortsatta ställningstaganden och åtgärder. Dialog mellan hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, Försäkringskassan och individen behövs för att bedöma behov av, starta och följa upp prövningen. Resultatet behöver hanteras som underlag för dialog mellan parterna om vad som är en lämplig väg framåt när det gäller arbetsåtergången.

Risk finns att metoder som innebär att individer utför arbetsuppgifter utan lön kan leda till att individer utnyttjas. Utredningen bedömer att risken kan hanteras i utformningen av prövningen genom tidsbegränsning av prövoperioden. En arbetsprövning med bibehållen sjukpenning bör vara en kortvarig insats, maximalt någon vecka. En gemensam planering där behovet av prövningen även bedöms av läkaren

[35] Se avsnitt 4.4.2.

bör också bidra till att metoden används på ett konstruktivt sätt när behov av prövning finns.

Företagshälsovården bör med fördel involveras i planering och uppföljning eftersom de har särskild kompetens specifikt gällande denna typ av verksamhet.

5.3.4 Kvalitetssäker företagshälsovård är viktig vid arbetsplatsinriktad rehabilitering och kompetensförsörjningen behöver säkras

Bedömning: Kvalitetssäkrad företagshälsovård är viktig för att arbetsgivaren ska kunna fullgöra sina skyldigheter gällande anpassning och rehabilitering på arbetsplatsen, särskilt när det gäller att stödja medarbetare att kunna återgå i arbete, men även i det förebyggande arbetet. Utredningen bedömer att det finns behov av att vidta åtgärder för att säkerställa att kvalitetssäkrad företagshälsovård anlitas i en utsträckning som motsvarar det faktiska behovet. En förutsättning för det är att tillgången till och kompetensförsörjning för företagshälsovården säkras gällande läkare specialiserade inom arbetsmedicin.

Förslag: Utredningen föreslår att staten bör säkerställa att det finns ett långsiktigt ansvar för finansiering och genomförande av läkares specialiseringsutbildning inom arbetsmedicin.

Skälen till förslaget

Vår utredning skulle analysera om samarbete mellan professioner inom hälso- och sjukvården kan leda till bättre information till arbetsgivare som underlättar arbetet med arbetsplatsinriktad rehabilitering. Arbetsgivaren har en viktig roll eftersom det är arbetsgivaren som är ansvarig för och kan påverka den enskildes arbetsmiljö, arbetsuppgifter och arbetssituation.

Arbetsgivaren är ansvarig för att det finns rehabiliterings- och anpassningsverksamhet på arbetsplatsen. Många arbetsgivare upplever dock att de har bristande kompetens och svårigheter i arbetet gällande

rehabilitering och arbetsanpassning.[36] Arbetsgivaren är skyldig att vid behov anlita företagshälsovård, men i vilken grad detta görs varierar kraftigt.[37] Utredningen bedömer inte att variationen avspeglar variationen i behov.

Vi bedömer att samarbete mellan professionerna inom hälso- och sjukvården är mycket viktigt men löser inte grundproblemet gällande arbetsgivares behov av stöd vid rehabilitering och anpassning på arbetsplatsen. I stället behöver arbetsgivare anlita företagshälsovård i detta syfte.

Eftersom syftet med att anlita företagshälsovård är att förstärka arbetsgivarens förmåga att stödja arbetstagaren tillbaka till arbete är det viktigt att utföraren som anlitas har rätt kompetens och är *kvalitetssäkrad*.[38] *Kvalitetssäkrad företagshälsovård* innebär att företagshälsovården har fått en certifiering och lever upp till de krav som beskrivs i arbetsmiljölagen och i arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.[39]

Utredningen föreslår också att åtgärder vidtas för att säkerställa kompetensförsörjningen av läkare inom företagshälsovård med tilläggsspecialitet arbetsmedicin. För detta krävs en huvudman som tar ansvar för specialisttjänstutbildningen och att denne får tillräckliga resurser för uppdraget.

Offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska inte genomföra insatser på arbetsplatsen

I utredningens dialoger med experter från hälso- och sjukvård har det uttryckts en upplevelse att arbetsgivare kan ha svårt skilja på de olika roller som hälso- och sjukvårdsprofessioner har när de arbetar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård och inom företagshälsovården. Professioner som läkare, sjuksköterskor (företagssköterskor), arbetsterapeuter, psykologer och fysioterapeuter förekommer inom båda typer av verksamheter.

Utredningen har fått förslag om att professioner som arbetar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård i högre utsträckning borde besöka patienters arbetsplatser och stödja patientens arbetsgivare med

[36] Se avsnitt 4.6.3.
[37] Se avsnitt 4.5.1.
[38] Se avsnitt 4.5.1.
[39] Inklusive kommentarer till föreskrifterna.

att utreda behovet av insatser på arbetsplatsen, anpassa arbetssituationen samt genomföra och följa upp åtgärder på arbetsplatsen. Detta kan vara uttryck för svårigheten att skilja mellan den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens uppdrag och företagshälsovårdens uppdrag. Ett skäl som anges till att förslaget lyfts är att tillgången på företagshälsovård varierar kraftigt.

Utredningen bedömer att offentligt finansierad hälso- och sjukvård inte ska användas för detta ändamål. Hälso- och sjukvårdens ansvar sträcker sig till att förmedla behov som hälso- och sjukvården kan anta finns gällande insatser på arbetsplatsen. Därefter tar arbetsgivarens ansvar vid och för att komma vidare behöver arbetsgivaren ta hjälp av expertresurser i form av företagshälsovård. Professioner som arbetar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård saknar även ofta den specifika kompetensen som krävs vid arbetsplatsinriktad rehabilitering.

Att arbetsgivare inte använder företagshälsovård i tillräcklig utsträckning för att ge arbetstagare adekvat stöd för återgång i arbete och att arbetsgivare har felaktiga förväntningar på vad offentligt finansierad hälso- och sjukvård kan bistå med kan försvåra samarbetet mellan parterna.

Åtgärder bör vidtas för att kvalitetssäkrad företagshälsovård ska användas i ökad omfattning vid arbetsplatsinriktad rehabilitering

I SOU 2020:24 beskrivs att det finns vetenskapligt stöd för att arbetsplatsinriktad rehabilitering spelar en viktig roll för individens arbetsåtergång. Vidare skattar utredningen att företagshälsovård endast konsulteras i 10–15 procent av alla fall när det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering i samband med arbetsåtergång, en nivå som utredningen bedömer som låg. 87 procent av läkare inom primärvården uppger att de alltid, ofta eller ibland rekommenderar kontakt med företagshälsovård i samband med sjukskrivning.[40]

Att bedöma behovet av, planera och genomföra effektiv arbetsplatsinriktad rehabilitering för att en person som varit sjukskriven en längre tid ska kunna återgå i arbete är inte allmänkunskap som vem som helst kan förväntas ha färdigheter i och utföra. I många fall krävs expertkompetens.

[40] Socialstyrelsen (2023e).

Vi bedömer att åtgärder behöver vidtas för att flera personer ska få rätt stöd för återgång i arbete genom arbetsplatsinriktad rehabilitering och då är kvalitetssäker företagshälsovård avgörande. I SOU 2020:24 lämnades en rekommendation om att arbetsgivaren borde bli skyldig att konsultera en expertresurs när en plan för återgång i arbete skulle tas fram, vilket skulle kunna vara en möjlig åtgärd för att förstärka arbetsgivarens skyldighet.[41]

Kompetensförsörjningen för företagshälsovården behöver säkras

En förutsättning för att arbetsgivare ska kunna anlita kvalitetssäker företagshälsovård är att företagshälsovårdens kompetensförsörjning säkras avseende läkare specialiserade inom arbetsmedicin. Flera rapporter har pekat på den allvarliga kompetensförsörjningssituation som råder.[42]

Utredningen bedömer att kompetensförsörjningen gällande företagshälsovården behöver säkras. Utredningen ser positivt på det regeringsuppdrag som Myndigheten för arbetsmiljökunskap har fått gällande att samordna företagshälsovårdens kompetensförsörjning som ska slutredovisas i februari 2024.[43] För att säkra kompetensförsörjningen av läkare med specialitet i arbetsmedicin krävs att det finns en huvudman som ansvarar för specialistutbildningen i arbetsmedicin och att denne får de resurser som krävs för uppdraget i form av finansiering och kompetens.

Utredningen föreslår att staten bör säkerställa att det finns en långsiktig lösning för att säkra tillgången och ansvar för finansiering och genomförande av läkares specialisering inom arbetsmedicin.

5.4 Säkrad försäkringsmedicinsk kompetens och kunskap

Kunskap och kompetens för att göra väl underbyggda bedömningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver utvecklas hos både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. För hälso- och sjukvården handlar det om att säkra försäkringsmedicinsk kompetens

[41] SOU 2020:24.
[42] Se exempelvis Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2018).
[43] Se exempelvis Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2018).

hos läkare, andra professioner och även organisatoriskt hos vårdgivare och regioner. För Försäkringskassan handlar det om behov av rätt stöd för och förutsättningar för bedömning av arbetsförmågans nedsättning, särskilt i mer komplexa fall.

Det är viktigt att utbildningar och annan kompetensutveckling utgår från respektive professions- och aktörs uppdrag och att behov av kompetens och kunskap löpande identifieras utifrån förändringar som sker i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, till exempel utifrån ändringar i diagnospanoramat för sjukskrivning. En förändring har skett sedan ett par decennier tillbaka som inneburit en ökad andel sjukskrivna på grund av psykiska sjukdomar vilket upplevs som extra utmanande att handlägga för båda aktörernas medarbetare. Utbildningar i försäkringsmedicin och annat stöd för bedömningar behöver ha särskilt fokus på att utveckla kompetens att arbeta med individer som har tillstånd som upplevs som mer svårbedömda och komplexa.

Åtgärder för att säkra försäkringsmedicinsk kompetens inom hälso- och sjukvården

Vi bedömer att det finns behov av att stärka etableringen och integreringen av försäkringsmedicin som kunskap- och kompetensområde i ordinarie strukturer på alla nivåer. Vi ser positivt på de initiativ som tagits av exempelvis Socialstyrelsen, SKR och regionernas system för kunskapsstyrning men vi bedömer att insatserna inte är tillräckliga utan behöver fortsätta och att de även behöver förstärkas.

På den nationella nivån bedömer utredningen att staten bör ta ett större ansvar för ett långsiktigt och samordnat arbete med kunskaps- och kompetensfrågor gällande försäkringsmedicin inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen är en viktig myndighet här och utredningen föreslår att myndigheten bör utreda förutsättningarna att etablera ett nationellt kompetenscentrum. Socialstyrelsen bör också se över förutsättningarna för specialisering och utbildning inom försäkringsmedicin.

För den kliniska verksamhetsnivån och professionerna är det avgörande att försäkringsmedicin får ett tydligt organisatoriskt fäste inom regionerna. Vi föreslår därför att statligt stöd ges för utveckling av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet inom regionerna i syfte att stärka regionens samlade försäkringsmedicinska kompetens. I likhet med specialiserade verksamheter inom andra områden bör

den specialiserade verksamheten kunna bistå i kunskap- och kompetensutveckling, utvecklingsfrågor på olika nivåer samt vid behov även i den kliniska vården av patienter. Den specialiserade verksamheten bör samarbeta med universitet och högskolor för att främja klinisk forskning, högkvalitativ utbildning och kompetensutveckling.

Åtgärder för att säkra stöd och kompetens för bedömningar av arbetsförmågans nedsättning inom Försäkringskassan

Det pågår åtgärder hos Försäkringskassan för att utveckla förvaltningen av sjukförsäkringen inklusive handläggningen av sjukpenning. Åtgärderna syftar till att förbättra myndighetens förmåga att förvalta sjukförsäkringen ändamålsenligt genom organisatoriska åtgärder som koncentrering av handläggning, åtgärder avseende ledning och styrning, digitalisering, stöd för bedömning av arbetsförmågans nedsättning samt kunskaps- och metodutveckling i samverkan. Kompetens och kunskap hos handläggare är bara en delmängd av de förutsättningar som myndigheten arbetar med. Det är en bred ansats till utveckling som vi bedömer är viktig för att skapa rätt förutsättningar för handläggningen av sjukpenning. Åtgärderna behövs för att kunna ta ett helhetsgrepp för att minska variationer i bedömningar och öka transparensen kring beslutens grunder.

Långsiktiga förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling behövs

Aktörernas insatser och bedömningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska grundas på bästa tillgängliga kunskap. Utredningen ser behov av kunskapsutveckling baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet inom området och att universitet och högskolor får långsiktiga förutsättningar för sitt arbete inom området vilket vi återkommer till i avsnitt 5.4.5.

5.4.1 Nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården

Förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna och möjlig organisering för att etablera ett *Nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin inom hälso- och sjukvården* vid myndigheten.

Syftet är att erbjuda ett långsiktigt och samordnat nationellt stöd för utveckling av försäkringsmedicinsk kompetens. Centret bör ha en nationellt samlande och samordnade roll för experter, organisationer och aktörer som stödjer hälso- och sjukvården inom området.

Skälen till förslaget

Utredningen ser stort behov av nationellt samordnat stöd inom området för att huvudmän, vårdgivare och professioner på ett effektivt sätt ska kunna ta sitt ansvar och klara av sina uppdrag.

Socialstyrelsen har en viktig roll som kunskapsmyndighet inom ramen för den statliga kunskapsstyrningen mot hälso- och sjukvården. Viktiga initiativ har tagits för att stärka myndighetens stöd inom försäkringsmedicin men vi bedömer att stödet bör utvecklas ytterligare samt att myndigheten bör få en tydligare nationellt samlande och samordnande roll för experter, aktörer och organisationer som stödjer hälso- och sjukvården inom området.

Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen ska utreda förutsättningarna för att etablera ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin inom hälso- och sjukvården. I detta bör ingå att utreda hur kompetenscentret bör organiseras.

Socialstyrelsen har nyligen etablerat ett kompetenscentrum för äldreomsorg och erfarenheter från etableringen av detta centrum bör tas tillvara när förutsättningarna för ett nationellt kompetenscentrum för försäkringsmedicin utreds. I Socialstyrelsens utvecklingsplan för försäkringsmedicin utgår myndigheten från sin verktygslåda och kompetens inom olika områden. Insatser inom områden som samverkan, kunskapsstöd, föreskrifter, terminologi, informationsstruktur och uppföljning samordnas för att stödja och utveckla hälso- och sjukvårdens arbete med försäkringsmedicin.[44] Intentionen att använda

[44] Socialstyrelsen (2020).

myndighetens samlade kompetens bör prägla det nya kompetenscentret som ska ses som en förstärkning av Socialstyrelsens arbete inom området.

Att etablera kompetenscentrum bedöms förbättra Socialstyrelsens förutsättningar att bli en samordnande nationell aktör som stödjer hälso- och sjukvården och samarbetar med experter och andra aktörer för att hälso- och sjukvården ska kunna få ett samordnat och behovsstyrt stöd inom området. Hälso- och sjukvårdssystemets organisering innebär att det finns olika aktörer med olika ansvarsområden vilket innebär behov av samordning. Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet behöver konsolideras i hälso- och sjukvården och större samsyn och samordning behöver skapas i viktiga frågor gällande sjukskrivning och hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska uppdrag.

Nationell styrning, samordning och stöd behövs för hälso- och sjukvården inom området

Utvecklingen inom sjukskrivningsområdet inom hälso- och sjukvården har i hög utsträckning präglats av överenskommelsen mellan SKR och staten mellan 2006 och 2020 om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess. När denna upphörde uppstod ett tomrum gällande styrning och stöd från nationell nivå i dessa frågor.

Socialstyrelsens utökade insatser och att försäkringsmedicin är en del av kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården genom ett nationellt programområde (NPO) är steg i rätt riktning men över hälften av regionerna anger i Socialstyrelsen nulägeskartläggning[45] att de saknar nationell styrning och samordning inom området.[46] Några regioner lyfter även att det är otydligt vilken organisation som ansvarar för vad. Resurserna inom regionernas system för kunskapsstyrning att arbeta med frågan är begränsade och även SKR har betydligt mindre resurser sedan överenskommelsens upphörande.

[45] I fritextsvar.
[46] Socialstyrelsen (2023e).

En nationell samlingspunkt för stöd och expertis inom försäkringsmedicin för hälso- och sjukvården

Det nationella kompetenscentrumet bör vara en nationell samlingspunkt för experter och organisationer gällande hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Centret kan därmed bidra till bättre samordning mellan olika aktörers stöd.

Flera viktiga insatser har gjorts på den nationella nivån för att stärka stödet till regioner, vårdgivare och professioner inom försäkringsmedicin. SKR har inom ramen för överenskommelsen bland annat tagit fram en webbutbildning inom försäkringsmedicin, regionernas struktur för kunskapsstyrning har tagit fram en generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete. Kompetenscentret ska vara en förstärkning av befintligt stöd. Nära samarbete med relevanta aktörer inom hälso- och sjukvården som SKR, regionernas system för kunskapsstyrning och hälso- och sjukvårdens professions- och specialitetsföreningar är nödvändigt. Den expertis som centret samlar bör kunna bistå i nationella utvecklingsarbeten. Det behöver finnas möjlighet för hälso- och sjukvårdens olika experter och sakkunniga att bidra med sin kompetens i nationell utveckling som inte ingår i deras normala verksamhet och samverkansbehov.

Det nationella kompetenscentret bör också samarbeta med högskolor och universitet för att ta vara på forskningsbaserad kunskap inom området samt för att främja utbildnings- och kompetenssatsningar.

Centret ska stärka hälso- och sjukvårdens förutsättningar genom nationellt stöd för försäkringsmedicinsk kompetens

Det nationella kompetenscentrumet bör verka för ett samordnat nationellt stöd till huvudmän, vårdgivare och professioner för att stärka kompetensen, öka kunskapen och bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Centret ska fånga upp och följa professionerna och verksamheternas förutsättningar, utmaningar och behov

Centret bör arbeta utåtriktat och verksamhetsnära för att fånga behov, utmaningar och förutsättningar som finns hos berörda professioner, vårdgivare och huvudmän samt bedriva aktiv omvärldsbevakning.

Socialstyrelsens uppföljning av hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör vara en integrerad del av kompetenscentrets verksamhet (se förslag 5.5.3).

Centret ska sprida och stödja implementering av kunskap och ändamålsenliga arbetssätt

Centret bör arbeta med att sammanställa och stödja spridning och implementering av bästa tillgängliga kunskap och ändamålsenliga arbetssätt inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens arbete med kunskapsstödjande produkter som försäkringsmedicinskt kunskapsstöd och försäkringsmedicinskt beslutsstöd bör vara en integrerad del i kompetenscentrets verksamhet.

Ett nära samarbete med andra aktörer är nödvändigt

Centret behöver ha nära samarbete med andra aktörer utanför hälso- och sjukvården för att fånga deras perspektiv och behov, exempelvis patientföreningar, Försäkringskassan och arbetsgivarorganisationer.

5.4.2 Specialisering och utbildning inom försäkringsmedicin

Förslag: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda om försäkringsmedicin bör införas som specialitet inom läkares specialisttjänstgöring. Myndigheten bör också få i uppdrag att se över utbildningsmålen för försäkringsmedicin för övriga specialiteter inom läkares specialisering.

Skälen till förslaget

Utredningen bedömer att det är viktigt att försäkringsmedicin integreras i hälso- och sjukvårdens ordinarie kompetens- och specialitetsstrukturer och att läkare bör ha möjlighet att få specialitetsbevis inom försäkringsmedicin. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska utreda förutsättningarna för att försäkringsmedicin läggs till som specialitet inom ramen för läkares specialisttjänstgöring. Vi bedömer att läkare med specialistbevis inom försäkringsmedicin kommer vara en viktig resurs för att höja kompetensen inom försäkringsmedicin även hos läkare med andra specialiteter, exempelvis genom möjlighet till konsultativt stöd.

Utredningen ser behov av att utbildningsmålen ses över gällande försäkringsmedicinsk kompetens hos alla läkare som arbetar med sjukskrivning. Socialstyrelsen bör utreda om utbildningsmålen inom försäkringsmedicin för övriga specialiteter kan utvecklas.

Försäkringsmedicin bör bli en egen specialitet

Försäkringsmedicin är i dag inte en egen specialitet inom läkares specialisttjänstgöring. 2005 genomförde Socialstyrelsen en översyn av socialmedicinsk kompetens.[47] Myndigheten utredde bland annat om försäkringsmedicin borde utvecklas till en egen specialitet. Förslaget var då att försäkringsmedicin på sikt borde utvecklas till en egen specialitet när kunskapsområdet var mer utvecklat. 2021 gjorde Socialstyrelsen en ny översyn gällande den socialmedicinska specialiteten, men i denna översyn berördes inte frågan om försäkringsmedicin som egen specialitet.[48]

Området försäkringsmedicin inom hälso- och sjukvården har utvecklats sedan 2005, inte minst genom överenskommelserna mellan SKR och staten. Utredningen bedömer att det är angeläget att frågan om försäkringsmedicin som egen specialitet på nytt aktualiseras och att Socialstyrelsen bör utreda förutsättningarna för detta.

Om försäkringsmedicin införs som specialitet skulle detta stärka förutsättningarna att arbeta med kompetensutveckling inom försäkringsmedicin även hos andra medarbetare inom hälso- och sjukvården

[47] Socialstyrelsen (2005).
[48] Socialstyrelsen (2021).

eftersom det kan bidra till att frågorna får ett starkare organisatoriskt fäste (se avsnitt 6.4.3).

Läkare med specialisering inom försäkringsmedicin skulle inte enbart vara till nytta inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet. De skulle exempelvis även kunna utföra försäkringsmedicinska utredningar som Försäkringskassan kan beställa enligt lag från regioner.

Kompetensmålen inom försäkringsmedicin bör höjas

Socialstyrelsen beslutar om utbildningsmål för läkares specialisttjänstgöring där även utbildningsmål för försäkringsmedicin finns.[49] Utredningen bedömer att utbildningsmålen gällande försäkringsmedicin bör ses över av Socialstyrelsen. Vilka eventuella revideringar och tillägg som behöver göras får Socialstyrelsens översyn utvisa. Vi vill samtidigt göra några medskick.

Utbildningsmålen är i dag generellt formulerade vilket är bra utifrån att hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete berör många områden. Utredningen bedömer samtidigt att det vore fördelaktigt om kompetens kopplat till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen också lyfts fram mer explicit i kunskapsmålen. Att utreda behovet av sjukskrivning, ta ställning till arbetsförmågans nedsättning och bedöma behovet av rehabiliterande/behandlande åtgärder för att återfå arbetsförmåga är en stor del av det försäkringsmedicinska arbete som läkare utför inom hälso- och sjukvården och bör mer explicit lyftas fram. En möjlig formulering på nytt utbildningsmål är att läkare ska kunna *tillämpa klinisk försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som en del av behandlingen av den enskilda patienten*.

Kunskap om regelverk och praxis relaterat till intygsutfärdande är en grundläggande del i det försäkringsmedicinska arbetet som också bör lyftas fram explicit i utbildningsmålen.

[49] Se avsnitt 2.3.2.

5.4.3 Stöd till specialiserade försäkringsmedicinska verksamheter inom regionerna

Förslag: Försäkringsmedicin som område behöver samma organisatoriska etablering, förutsättningar för utveckling och tillgång till specialiserad kompetens som andra områden inom hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår att regeringen stimulerar utveckling av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet inom regionerna genom överenskommelsen om god och nära vård. Verksamheterna bör utvärderas under utvecklingen.

Syftet med den specialiserade verksamheten är att förstärka regionens försäkringsmedicinska kompetens i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Den specialiserade verksamheten bör bidra till kompetensutveckling, verksamhetsutveckling samt vid behov erbjuda specialiserad vård eller kliniskt stöd till sjukskrivande läkare i vården av enskilda patienter.

Verksamheterna bör ha ett nära samarbete med högskolor och universitet för att främja kunskapsutveckling samt kliniskt relevant forskning och utbildning inom området. Verksamheterna kan också bistå med expertkompetens vid utvecklingsfrågor lokalt, regionalt och nationellt.

De specialiserade verksamheterna bör också kunna bistå i vården av patienter. I första hand kan detta handla om att ge konsultativt stöd till vårdpersonal inom andra verksamheter. I vissa fall kan det även finnas behov av att den specialiserade verksamheten stödjer sjukskrivande läkare genom att göra enskilda bedömnings- eller utredningsinsatser. I särskilt komplexa sjukskrivningssituationer där fördjupad och specialiserad kompetens är nödvändig för att tillgodose behovet av god vård bör verksamheten kunna ta över det medicinska ansvaret för patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Skälen till förslaget

Specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet bedöms ge förutsättningar att höja kompetensen inom området. Det bedöms främja utveckling av klinisk forskning och kunskapsutveckling. Specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet behövs för att bistå regioners ledning

på olika nivåer i kvalitetsarbete och utvecklingsfrågor. Det behövs även för att personer med särskilt komplexa behov ska kunna få en god och säker vård.

Utredningen föreslår att regeringen stödjer etablering av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet genom överenskommelsen om god och nära vård.

Läkare upplever att kompetensen inte räcker till

Ungefär hälften av tillfrågade läkare upplever att den egna försäkringsmedicinska kompetensen sällan eller aldrig räcker till.[50] Utredningen bedömer att det är viktigt att läkare ska kunna ta hjälp av specialiserad kompetens när detta är nödvändigt, vilket läkare kan inom andra områden.

Det krävs även insatser för att höja grundkompetensen inom försäkringsmedicin hos läkare. För att säkra detta långsiktigt bedömer utredningen att det krävs verksamhet inom regionen som besitter särskild fördjupad kompetens och som kan stödja vid kompetenshöjande insatser.

En långsiktig organisatorisk hemvist inom regionerna behövs

I många regioner finns så kallade medicinskt sakkunniga läkare i försäkringsmedicin, en roll som utvecklades inom ramen för överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Vad rollen i praktiken innebär varierar mellan olika regioner.

Socialstyrelsens kartläggning visar att endast 20 procent av läkarna uppger att de vid behov kan konsultera försäkringsmedicinsk kompetens.[51] 13 regioner uppger att de har en organisatorisk struktur som säkerställer att läkare har tillgång till ett sådant stöd. Socialstyrelsens kartläggning visar även att läkare sällan får handledning eller annan kompetensutveckling gällande sjukskrivningsrelaterade frågor.

Tillfälliga insatser och roller som införs inom överenskommelser, men som inte implementeras riskerar på några års sikt bli ogjort arbete. Experter som vi talat med vittnar om att regioner börjat mon-

[50] Socialstyrelsen (2023e), Se även kapitel 3.
[51] Socialstyrelsen (2023e).

tera ner satsningar på kompetensutveckling och roller som försäkringsmedicinskt sakkunniga som utvecklats inom ramen för överenskommelsen, vilket också får visst stöd av Socialstyrelsens kartläggning. Det försvagar möjligheten att bibehålla och utveckla den försäkringsmedicinska kompetensen i regionerna långsiktigt och att utveckla hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Utredningen bedömer att det krävs ett stabilt och långsiktigt organisatoriskt fäste för de försäkringsmedicinska frågorna inom regionerna för att utveckla verksamheten, de kompetenshöjande insatserna och vid behov också ge kliniskt stöd till verksamheterna.

Den specialiserade verksamheten bör fungera på liknande sätt som specialiserade verksamheter inom andra kunskaps- och specialitetsområden inom hälso- och sjukvården. Inom de flesta kunskapsområden finns specialiserade verksamheter i olika former som ger specialiserad vård, driver på kunskapsutveckling genom klinisk forskning, arbetar med utbildningsinsatser inom området och utgör expertis inom området vid utvecklingsinsatser nationellt, regionalt och lokalt.

Regionerna själva bör utforma hur den specialiserade verksamheten organiseras. Den specialiserade verksamheten kan exempelvis organiseras antingen på regionnivå eller genom samarbete mellan flera regioner inom de sex sjukvårdsregionerna i Sverige.

Verksamhet som stärker den samlade kompetensen inom regionen

Syftet med den specialiserade försäkringsmedicinska verksamheten är att stärka hälso- och sjukvårdens kompetens inom försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Verksamheterna bör ha ett nära samarbete med universitet och högskolor för att främja utbildning samt klinisk forskning relaterat till sjukskrivning och arbetsåtergång.

Verksamheterna syftar till att bidra till att utveckla och etablera försäkringsmedicin som specialitet inom hälso- och sjukvården. Därmed skapas förutsättningar för att förslaget om att införa försäkringsmedicin som tilläggsspecialitet får avsedd effekt. Verksamheterna bör bli en mötespunkt för läkare med specialitetsbevis inom försäkringsmedicin och möjliggöra utbildning och handledning för nya

läkare som vill specialisera sig inom kunskapsområdet. Verksamheterna bör också ha multiprofessionell kompetens.

De specialiserade verksamheterna bör vara regionala forum som kan följa och bidra i utvecklingsinsatser och förändringar på nationell nivå. Samarbete mellan det nationella kompetenscentret och den specialiserade verksamheten inom regionerna blir därför viktigt.

Verksamhet som bidrar i utvecklingsarbete och kompetenshöjande insatser regionalt och mot klinisk verksamhet

Kunskap och kompetens inom försäkringsmedicin krävs inte bara på den kliniska nivån utan behöver också finnas inom ledning och styrning i frågor om kompetensutveckling, verksamhetsutveckling samt för att skapa rätt förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner.

En kärnuppgift för den specialiserade verksamheten bör vara att bistå i kompetenshöjande insatser, till exempel vid utbildningsinsatser, att förmedla ny kunskap och informera om förändringar inom området till kliniska verksamheter. Verksamheten bör också vara aktiv i implementering och utveckling av kunskapsstyrningen inom området på regional nivå och klinisk verksamhetsnivå. Den bör därför samordnas med verksamheten för exempelvis regionala och lokala programområden inom regionernas system för kunskapsstyrning.

Verksamheten bör vara en expertresurs som bidrar inom regionens verksamhetsutveckling och stödjer ledningen med underlag i frågor som rör försäkringsmedicin och sjukskrivning.

Specialiserad verksamhet som kan stödja i vården av vissa patienter

De specialiserade försäkringsmedicinska verksamheterna bör ha en stödjande roll till läkare och professioner i övriga delar av hälso- och sjukvården i vården av den enskilda patienten. Stödet bör i första hand bestå av konsultation och råd till ordinarie vårdgivare för att denne själva ska kunna hantera patientens behov av sjukskrivning och insatser för arbetsåtergång.

I vissa fall kan det även finnas behov av att den specialiserade verksamheten träffar patienten för att bistå i enskilda bedömnings- eller utredningsinsatser där en mer specialiserad kompetens behövs.

När det gäller personer med särskilt komplexa och svårbedömda behov som kräver specialiserad kompetens bör den specialiserade verksamheten kunna ta över ansvaret för hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Insatserna inom den specialiserade verksamheten behöver då samordnas med insatser från andra vårdgivare.

Ett viktigt syfte med den specialiserade verksamheten är att stärka förmågan hos alla läkare. Utredningen vill understryka att huvudprincipen även fortsatt bör vara att vården ges så nära patienten som möjligt[52] och att insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen integreras i ordinarie vård. Vi ser samtidigt att det finns behov av en mer specialiserad vårdnivå även inom försäkringsmedicin, i likhet med de flesta andra områden. Regionerna ansvarar för att organisera hälso- och sjukvården och likt annan specialiserad vård bör det vara upp till regionerna att närmare utforma verksamheten, vilket stöd till andra vårdgivare verksamheten ska ge och vilka patienter som kan remitteras för insatser.

En risk med extensiv användning av specialiserade verksamheter är att det uppstår väntetider och köer som kan riskera att leda till längre sjukskrivningar. Utredningen bedömer att det är en begränsad del av alla sjukskrivningar där det finns behov av specialiserad kompetens. Avsikten är inte att samtliga personer med exempelvis smärtproblematik, psykisk ohälsa eller som varit sjukskrivna en viss tid ska remitteras till specialiserad verksamhet för bedömning eller insatser. Det skulle varken gynna återgång i arbete eller effektiviteten inom vården. För att undvika väntetider till de specialiserade verksamheterna bör regionerna ta fram tydliga inklusions- och exklusionskriterier för vilka patienter som kan få kliniska insatser från de specialiserade verksamheterna samt dimensionera verksamheten efter målgruppens omfattning. Kriterierna är även viktiga för att rätt person ska få rätt insats, och det är viktigt att kriterierna utvärderas och följs upp för att säkerställa att de är ändamålsenliga.

Att den specialiserade verksamheten deltar i den kliniska vården av patienter bedöms stärka kopplingen till övrig klinisk verksamhet och även bidra positivt till kompetens- och utvecklingsfrågor. Verk-

[52] 7 kap. 2 a § HSL.

samheterna får ett närmare samarbete med övriga läkare och kan se vilka utmaningar och behov som finns i övriga delar av hälso- och sjukvården. Det kliniska arbetet inom den specialiserade verksamheten ökar också möjligheten till klinisk forskning och kunskapsutveckling.

Specialiserad verksamhet medför inget utökat ansvar för hälso- och sjukvården

De specialiserade försäkringsmedicinska verksamheterna innebär inte något utökat ansvar för hälso- och sjukvården i förhållande till andra aktörer som arbetsgivaren och Försäkringskassan utan syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens förutsättningar att hantera sitt uppdrag.

Verksamheterna ska till exempel inte ersätta försäkringsmedicinska utredningar som kan beställas av Försäkringskassan. Dessa utredningar görs i syfte att kartlägga personens funktions- och aktivitetsförmåga i utredningen av rätten till ersättning, vilket inte är syftet med den verksamhet vi föreslår ska stimuleras.

Regionerna är samtidigt fria att organisera hälso- och sjukvården hur de vill. Om regioner önskar utföra de försäkringsmedicinska utredningarna inom specialiserade regionala försäkringsmedicinska verksamheter är detta upp till regionerna.

Befintlig kompetens, resurser och strukturer inom regionerna ska tas tillvara

Kompetens, resurser och strukturer som i dag finns i regionerna bör tas tillvara. Detta gäller exempelvis befintliga strukturer för kunskapsstyrning, processledning inom området och organisation gällande försäkringsmedicinskt sakkunniga läkare. Förslaget om specialiserad verksamhet ska ses som en effektivisering och förstärkning av organisering, samordning och långsiktig säkring av kompetens och resurser inom området.

Utredningen bedömer att regionerna själv utifrån sina förutsättningar behöver avgöra hur verksamheten bäst organiseras. Därför har utredningen valt att använda det ospecificerade begreppet *verksamhet* i stället för specialiserad mottagning, vårdenhet, vårdteam, centrum eller motsvarande.

Utveckling av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet

Utredningen bedömer att staten initialt bör stödja utvecklingen av den specialiserade verksamheten genom överenskommelse med SKR där regioner som vill utveckla denna typ av specialiserad verksamhet kan få ekonomiskt stöd. Utredningen föreslår att detta bör integreras i överenskommelsen för god och nära vård. Utformningen av överenskommelsen och exakt formulering av villkor som behöver vara uppfyllda bör förhandlas fram mellan SKR och Regeringskansliet med utgångspunkt i den beskrivning av verksamheten som vi i detta avsnitt gett.

Verksamheterna behöver långsiktigt bli en integrerad del av regionernas organisation. Det är därför viktigt att de specialiserade verksamheterna följs upp för att säkerställa att de leder till önskade effekter innan eventuell långsiktig finansiering införs.

5.4.4 Rätt stöd för bedömning av arbetsförmågans nedsättning hos Försäkringskassan

Bedömning: Försäkringskassan behöver öka enhetligheten och transparensen gällande bedömningar av arbetsförmågans nedsättning. Handläggare behöver rätt stöd och förutsättningar för att göra bedömningarna, särskilt i mer komplexa och krävande fall. Avsaknad av en gemensam standard och rätt stöd för bedömningar kan leda till bristfällig kvalitet och variationer.

Utredningen bedömer att de utvecklingsinitiativ som myndigheten vidtagit är viktiga för att bedömningar ska bli väl underbyggda och kommuniceras tydligt och transparent.

Skälen till bedömningen

Handläggare på Försäkringskassan har ett krävande uppdrag att bedöma arbetsförmågans nedsättning för att ta ställning till rätten till sjukpenning samt att utreda om en individ har behov av rehabiliterande åtgärder för att återfå arbetsförmåga.

Det finns relativt lite stöd för hur bedömningen av arbetsförmågans nedsättning faktiskt ska göras, vilket vi bedömer kan leda till oönskade variationer i bedömningar och till att det blir svårt att förklara beslutens grunder på ett tydligt och transparent sätt.

Försäkringskassan har inlett viktiga utvecklingsinitiativ

Utredningen har arbetat parallellt med Försäkringskassans program för förnyelse av förvaltningen av sjukförsäkringen. Problembilden som myndigheten beskriver och de möjliga lösningarna de identifierat stämmer väl överens med utredningens problembild och förslag till åtgärder. Utredningen har fört dialog med representanter från myndigheten gällande behovet av stöd för bedömningar och de uppger att fokus bör ligga på *myndighetens samlade förmåga* att förvalta sjukförsäkringen ändamålsenligt. I detta ingår fler och mer omfattande områden för utveckling utöver kunskaps- och kompetensbehov hos handläggare.

Myndigheten har även identifierat att avsaknad av gemensamma verktyg och modeller för bedömningen av arbetsförmågans nedsättning är en orsak till variationer i bedömningar och arbete har nyligen inletts för att utveckla stöd för bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.

På vilket sätt stödet och handläggningsprocesser ska utformas har myndigheten bäst förutsättningar att bedöma men vi gör några medskick utifrån det arbete vi utfört inom utredningen kopplat till bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.

Medskick gällande utveckling av stöd för bedömningar

Stöd för att differentiera handläggning utifrån komplexitet och behov

Stöd för bedömningar bör utformas för att ge vägledning gällande hur ärenden ska utredas utifrån deras olika karaktär och behov. Det är viktigt att det finns förmåga att identifiera när mer omfattande utredning av arbetsförmågans nedsättning är motiverad och när den inte är det för att öka ändamålsenligheten i förvaltningen av sjukförsäkringen.

Frågan rör både medicinska och försäkringsmedicinska aspekter såsom prognos och indikation på risk för lång sjukskrivning. Det behöver finnas koppling till kunskapsstöd som tas fram till hälso- och sjukvården avseende försäkringsmedicinska bedömningar.

Kunskapsstöd för att bedöma arbetsförmågans nedsättning och rehabiliteringsbehov vid försäkringsmedicinskt komplexa sjukskrivningar

Att utveckla arbetssätt, metoder (eller till och med verktyg om möjligt), samt rätt kompetens för att utreda arbetsförmågans nedsättning och behov av åtgärder för arbetsåtergång vid tillstånd som är försäkringsmedicinskt mer komplexa behöver prioriteras.

Med detta menar vi tillstånd där arbetsförmågan kan vara svårbedömd för både läkare och handläggare samt den sjukskrivne individen och arbetsgivare, t.ex. vid psykisk ohälsa, långvarig smärta, symtomdiagnoser. Detta hänger samman med frågan om att det kan behövas nya arbetssätt för att främja återgång i arbete i vissa typer av situationer (se avsnitt 5.3.3).

Specialisering av handläggningen för att möta behov som uppstår i mer komplexa ärenden behöver utvecklas vilket hänger samman med punkten längre ner om medicinsk och försäkringsmedicinsk kunskap och stödbehov.

Metoder och systematik behövs men bedömningar är ofta beroende av professionella överväganden

Ett medskick från utredningen är behovet att anamma ett förhållningssätt till bedömning av arbetsförmågans nedsättning att det inte är någon exakt mätbar sanning utan i hög grad beroende av faktorer som behöver värderas av både läkare och handläggare som del i respektive parts professionella bedömning.

Framför allt bör detta gälla de mer komplexa situationerna snarare än mer självklara sjukskrivningar. Det här behöver vägleda vilken typ av stöd som utvecklas.

Arbetsförmågans nedsättning beror även på vilka förutsättningar som finns att anpassa arbetssituationen vilket innebär behov av nära samarbete med arbetsgivaren, när sådan finns.

Kunskapsstöd för att utreda rehabiliteringsbehov och samordna andra aktörers insatser

Stödet för handläggare behöver också inbegripa stöd för att utreda rehabiliteringsbehov och samordna åtgärder för återgång i arbete. Att utreda behovet av rehabiliteringsåtgärder för att den som är sjukskriven ska kunna utveckla sin arbetsförmåga är besläktat med bedömningen av arbetsförmågans nedsättning och arbetssätt och kunskap gällande det ena kan ge stöd i att bedöma det andra.

Medicinsk och försäkringsmedicinsk kunskap och stödbehov

När det gäller medicinsk kunskap är utredningens uppfattning att förståelse för vanliga och återkommande medicinska termer och tillstånd kan underlätta handläggarens utredningsarbete och göra det mer effektivt samt underlätta dialogen både med hälso- och sjukvården och individen. Vi bedömer att det även är nödvändigt med viss medicinsk, och kanske i ännu högre grad försäkringsmedicinsk förståelse, för att hantera skillnader i komplexitet vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning i olika typer av tillstånd. Detta är viktiga komponenter för att kunna utreda ärendet efter dess beskaffenhet och på ett ändamålsenligt och lyhört sätt hantera de särskilda utmaningar som finns i försäkringsmedicinskt komplexa ärenden.

Effektivt nyttjande av myndighetens egna försäkringsmedicinska/medicinska kompetens är viktigt och åtgärder gällande detta pågår inom Försäkringskassan. Vi vill poängtera att det är viktigt att så sker eftersom sjukdomstillstånd, hur de yttrar sig och påverkar människors förmågor är den materia som sjukförsäkringen handlar om.

En eventuell ökad specialisering gällande handläggning av mer komplexa fall kan också innebära djupare kunskapsbehov när det gäller olika medicinska tillstånds yttringar och påverkan på människors förmågor och förutsättningar.

Arbetssätt och verktyg behöver utvärderas

Förutsättningarna för att utveckla kunskapsbaserat stöd behöver förbättras när det gäller Försäkringskassans metoder för att utreda arbetsförmågans nedsättning, rehabiliteringsbehov och att samordna rehabili-

teringsåtgärder. De befintliga metoderna är inte utvärderade i djupare bemärkelse, det är ovisst vilken effekt åtgärderna faktiskt har på arbetsåtergång i olika situationer.

Steg bör tas för att närma sig mer kunskaps- och evidensbaserade metoder inom sjukförsäkringen. Se även förslag om forskning nedan.

5.4.5 Förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling

Bedömning: Forsknings- och evidensbaserad kunskap om sjukskrivning som åtgärd och effektiva metoder för arbetsåtergång är grundläggande förutsättningar för att utveckla insatser inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Forskning är även avgörande för att utveckla försäkringsmedicinen som kunskapsområde. De långsiktiga förutsättningarna för kunskapsutvecklingen behöver stärkas.

Utredningen bedömer att den statliga tilldelningen av forskningsmedel till området i högre grad behöver samordnas och riktas till sådan forskning som ger nytta för de inblandade aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Arenorna för samverkan mellan lärosäten, finansiärer och användare av forskning behöver utvecklas för att främja behovsmotiverad forskning.

Skälen till bedömningen

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdens, Försäkringskassans och arbetsgivares åtgärder, arbetsmetoder och samarbete bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet i så hög grad som möjligt.

Hälso- och sjukvården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (bästa tillgängliga kunskap). Försäkringsmedicin behöver starkare etablering inom regionernas verksamhet och inom akademin. Ett väl utvecklat akademiskt kunskapsområde bidrar till etableringen av området inom hälso- och sjukvården.

Även Försäkringskassan har en uttalad ambition att utveckla verksamheten gällande sjukförsäkringen utifrån kunskapsgrund.[53]

Det bedrivs forskning inom det försäkringsmedicinska området och det finns initiativ för ökad samordning och samverkan när det

[53] Försäkringskassans skrivelse till regeringen med diarienr 2021/010071.

gäller utlysningar. Trots detta är vår bild att resultaten av forskningen inte är tillräckliga för att aktörerna ska kunna dra slutsatser gällande hur metoder och processer bör utvecklas. Det behövs en kritisk massa av kunskap som är tillräckligt solid för att användas i utveckling av arbetsmetoder i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och i utformningen av ändamålsenliga villkor i ersättningssystem. Det behövs gemensam analys och samarbete mellan aktörerna (finansiärer, lärosäten och användarna av kunskap) för att medel i högre grad ska kunna kanaliseras till behovsmotiverad forskning. Den forskning och kunskap som finns behöver också nyttiggöras i högre grad, komma till användning hos aktörerna. De behöver mer aktivt söka den och arbeta med den i utvecklingen av insatser och arbetsmetoder.

Aktörerna behöver bidra som beställare och användare av kunskap

Forskningsresultat når inte alltid de aktörer som har nytta av dem. Forskning behöver bedrivas, paketeras och implementeras så att den i högre grad bidrar till att utveckla verksamheterna som arbetar med sjukskrivning och rehabilitering för återgång i arbete samt för att förebygga risk för sjukskrivning.

Det är viktigt att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen själva utvecklar sin förmåga att vara beställare av relevant forskning och utvärderingar för att utveckla sin verksamhet. Genom att vara aktiv beställare förbättras förutsättningarna för att det bedrivs behovsmotiverad forskning och att den kommer till användning i verksamheterna.

Behov av kontinuitet, långsiktighet och fäste inom universitet och högskolor

Det krävs kontinuitet och långsiktiga förutsättningar för att bygga upp forskningskompetens och förmåga inom ett område. Försäkringsmedicinen behöver få starkare fäste inom den nationella kunskapsstyrningen (genom nationellt kompetenscenter) och i regionerna (genom specialiserad verksamhet) men den behöver också få starkare fäste inom universitet och högskolor. För att åstadkomma detta behövs nära samarbete med regionerna och den nationella nivån. De övriga förslagen i betänkandet bidrar därför, om de genomförs i sam-

arbete med högskolor och universitet, till att skapa bättre långsiktiga förutsättningar för forskning och utbildning inom universitet och högskolor, relaterat till sjukskrivning och arbetsåtergång.

Områden som behöver beforskas mer

Utredningen har fört dialoger med forskare och andra aktörer om behovet av forskning inom sjukskrivning och arbetsåtergång. Det finns även medskick kring behov av forskning i olika studier som går i linje med det som kommit upp i dialogerna. Forskningsbehovet rör olika fält. Vi nämner några områden och förslag som kommit upp för att exemplifiera och konkretisera behovet av forskning inom området.

De övergripande områdena som lyfts fram är behovet av forskningsbaserad kunskap om sjukskrivningars effekter på hälsa och livsvillkor, effektiva rehabiliteringsåtgärder och samverkansinsatser. Även behov av forskning gällande olika aspekter av psykisk ohälsa har lyfts fram som viktigt, till exempel hur arbetsförmågan påverkas vid olika typer av psykiska besvär och sjukdomar och åtgärder som gynnar återgång i arbete.

Det finns stort behov av forskning och kunskapsutveckling om sjukskrivning som åtgärd och åtgärder som främjar arbetsåtergång vid olika tillstånd. Utan sådan kunskap är det svårt att utveckla effektiva arbetsmetoder och stimulera intresset för frågorna.

Brist på kunskap om samband mellan åtgärder och utfall kan leda till att aktörerna har svårare att se hur de själva kan påverka sjukskrivningar.

En central fråga för utredningen har varit hur samarbete mellan professioner inom hälso- och sjukvården kan stärka arbetet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Insatser som görs i samverkan med olika professioner och roller inom hälso- och sjukvården bör beforskas vidare liksom effekterna av insatser från enskilda professioner och roller. En viktig fråga är vilken effekt de olika delarna av de koordinerande insatserna har för återgång i arbete.

I en översikt från SBU[54] framkommer att det inte finns vetenskapligt stöd för åtgärder gällande arbetsåtergång som vidtas inom hälso- och sjukvården. Ett antal studier identifierades dock som lovande som involverade arbetsplatsen och som enligt SBU bör replikeras i

[54] SBU (2022).

svenska förhållanden. Flera forskare och andra sakkunniga vi talat med har lyft fram att det är viktigt att detta görs.

Läkares praxis gällande sjukskrivning har studerats på olika sätt och det finns kunskap om förutsättningar som råder för läkare och utmaningar som läkare upplever i arbetet med sjukskrivning. Denna kunskap har sitt främsta värde för aktörerna ju mer aktuell den är och det behövs återkommande studier, inte minst för att följa upp vidtagna åtgärder.

I kapitel 3 nämndes att ett område som inte studerats så mycket är hur läkare faktiskt gör när de bedömer arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning, vilka faktorer läkaren tar i beaktande och hur de värderas och vägs samman i olika situationer. Syftet med att studera hur läkare arbetar, deras praxis, är att få underlag för att utveckla stödet för läkarens arbete med sjukskrivning.[55]

Det har också lyfts som problematiskt att det finns för lite forskning gällande handläggares arbetssätt, praxis och bedömningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att det behöver göras liknande studier för att utveckla stödet till handläggare.

Ytterligare ett område det finns för lite kunskap om är *sjukförsäkringens* effektivitet när det gäller hållbar rehabilitering och möjligheter att åstadkomma långsiktigt hållbart nyttjande av sjukförsäkringen. Detta är en intressant tanke, i vilken grad forskningsbaserad kunskap skulle kunna påverka utformningen av ändamålsenliga regelverk.

Att koppla på följeforskning till utveckling av arbetsmetoder som myndigheter och andra aktörer arbetar med har lyfts som en fråga som behöver uppmärksammas, vilket även vi bedömer är viktigt.

Olika forskningsmetoder behövs och utfallsmått behöver utvecklas

Både kvalitativa och kvantitativa metoder behövs för olika typer av studier som görs i olika syften. För att få kunskap om åtgärders effekter krävs randomiserade, kontrollerade, kvantitativa studier. Det har lyfts i olika sammanhang som en utmaning att göra randomiserade studier av åtgärden sjukskrivning. Det behöver identifieras sätt att arbeta runt detta.

[55] Hensing med flera (2018).

Ett problem som lyfts fram är att utfallsmåttet arbetsåtergång, ”Return to work” (RTW) används olika av forskare vilket gör det svårt att jämföra resultat. Enhetliga mått behöver tas fram och användas för att underlätta jämförbarheten och därigenom få tydligare resultat.

Forskare har framfört att måttet arbetsåtergång även behöver fånga partiell återgång i arbete. Det är också viktigt att följa utvecklingen av arbetsförmågan ur ett tidsperspektiv, för att identifiera om åtgärder är hållbara över tid.

Samordning av forskningsbehov och forskningsmedel

Det finns behov av samarbete och samordning för att identifiera forskningsbehov och främja sådan forskning som ger praktisk nytta i aktörernas arbete i sjukskrivings- och rehabiliteringsprocessen. Ett sätt att främja förutsättningar för att relevant forskning bedrivs är att samordna utlysningar av forskningsmedel. Initiativ har tagits av ansvariga myndigheter som Forte och Försäkringskassan som vid den nu aktuella utlysningen samordnar sina respektive utlysningar gällande forskningsmedel för psykisk ohälsa.

Vi bedömer att det behövs mer samarbete mellan olika aktörer som arbetar inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet för att gemensamt identifiera vad det är för typ av forskning som behövs för att systemet i sin helhet ska kunna utvecklas och för att främja behovsmotiverad forskning utifrån hur behoven utvecklas. Det behövs aktiv och löpande bevakning av forskningsfältet för att säkerställa att ny kunskap kommer till användning. Det kan därför inte vara fråga om enstaka tillfällen för dialog utan ett löpande samarbete. Denna typ av diskussioner kan med fördel föras i det nationella samarbetet som vi bedömer behöver utvecklas (se avsnitt 5.6.1).

5.5 Rätt organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner

Hälso- och sjukvårdens professioner är beroende av rätt organisatoriska förutsättningar för att kunna ge individen rätt insatser för god vård vilket innefattar sjukskrivning och insatser som underlättar återgång i arbete.

Vi har tidigare beskrivit att det finns brister i organisatoriska förutsättningar, till exempel att läkare upplever tidsbrist i patientmötet och i annat patientrelaterat arbete, att tillgången till professioner med olika kompetens varierar och att det ibland saknas rutiner gällande arbete med sjukskrivning.

Läkarens förutsättningar att utföra sitt uppdrag gällande sjukskrivning handlar i hög grad om läkarens grundförutsättningar att ge god vård. Utredningen bedömer att det är viktigt att läkares grundförutsättningar säkras.

Att hantera utmaningar som finns i arbetet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen upplevs inte vara prioriterat inom ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Utredningen bedömer att det är viktigt att huvudmän och vårdgivare tar ansvar för att genom ledningssystemet skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdens medarbetare genom rutiner, kompetensförsörjning, fortbildning och kontinuerlig kvalitetsutveckling. Detta är särskilt viktigt på klinisk verksamhetsnivå.

Staten bör ta en aktiv roll för att regelbundet följa upp hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I synnerhet bör professionernas förutsättningar för arbetet belysas. För relevant uppföljning krävs ett kunskapsbaserat ramverk.

Staten har möjlighet att påverka utvecklingen inom hälso- och sjukvården och flera viktiga initiativ har tagits inom omställningen för god och nära vård gällande att säkra tillgången till och främja samarbetet mellan professioner. Hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver på ett tydligare sätt integreras i omställningen.

5.5.1 Läkares förutsättningar behöver säkras

Bedömning: Läkarnas grundförutsättningar att klara av sitt medicinska uppdrag behöver säkras. En rimlig arbetsbelastning, korrekt diagnostik och effektiv behandling inom rimlig tid är avgörande för hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Huvudmän, vårdgivare och staten behöver ta ansvar för att stärka förutsättningarna.

Skälen till bedömningen

Hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är en integrerad del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Läkare har ansvar för att göra en saklig och omsorgsfull försäkringsmedicinsk bedömning och har ansvaret för personens vård och behandling. Hälso- och sjukvårdens insatser relaterat till sjukskrivning är en integrerad del i personens vård- och behandlingsprocess. Läkares förutsättningar att klara av sitt medicinska uppdrag får direkta konsekvenser på läkarens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Noggrann diagnostik och välgrundade bedömningar är avgörande

Grunden i läkarens försäkringsmedicinska bedömning är korrekt och noggrann diagnostik. Studier visar att det finns brister och utmaningar, hos i synnerhet primärvården, när det gäller diagnostik relaterat till psykisk sjukdom, som står för hälften av de längre sjukskrivningarna.[56] Om läkare inte har förutsättningar att göra en korrekt och noggrann diagnostik kan det innebära risk för felaktig och ineffektiv behandling eller att sjukskrivningen inte blir optimal utifrån hälsotillståndet.

En hög arbetsbelastning utan tillräcklig tid för patientmötet leder till att läkaren inte hinner göra en så noggrann utredning och välgrundad försäkringsmedicinsk bedömning som behövs. 78 procent av läkarna inom primärvården uppger att de alltid eller ofta upplever tidsbrist i patientmötet när de gör försäkringsmedicinska bedömningar om behov av sjukskrivning och 85 procent uppgav samma sak gällande annat patientrelaterat arbete i samband med sjukskrivning, som arbete med intyg.[57] Detta påverkar informationen till Försäkringskassan och arbetsgivaren och kan även försvåra för dem att vidta rätt åtgärder.

Vård och behandlingsinsatser är viktiga för arbetsåtergång

Läkarens ordination av behandlingsinsatser och att dessa kan ges i rimlig tid är avgörande för att en person ska kunna återfå sin hälsa och så snabbt som möjligt kunna återgå i arbete. En rapport från Social-

[56] Socialstyrelsen (2019), (2023e).
[57] Socialstyrelsen (2023e).

styrelsen och Försäkringskassan visar att i regioner där väntetiden för vård är längre tenderar även sjukskrivningstiderna att bli längre.[58]

Huvudmän, vårdgivare och staten behöver ta ansvar för att skapa rätt förutsättningar

Aktörerna i hälso- och sjukvårdssystemet behöver ta sin del av ansvaret för att skapa goda grundförutsättningar för läkares arbete. Ett stort ansvar vilar på regionerna som huvudmän och på vårdgivarna.

Även staten kan påverka utvecklingen. Flera initiativ har tagits inom ramen för god och nära vård (se avsnitt 5.5.4). Statliga initiativ för att nationellt samordna och säkra kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården är viktiga. Ett positivt exempel på nationella initiativ är det nationella riktvärdet som Socialstyrelsen tagit fram, 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin. Det är ett riktvärde för hur många patienter en specialistläkare i primärvården i normalfallet kan ansvara för som fast läkarkontakt, som vårdgivare och regioner har att förhålla sig till. Ett annat statligt initiativ är Nationella vårdkompetensrådet som har uppdraget att nationellt samordna och effektivisera kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvården.

5.5.2 Vårdgivare och huvudmän behöver skapa förutsättningar för professionerna genom ledning och styrning

Bedömning: Huvudmän och vårdgivare bör säkerställa att insatser inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är och förblir en integrerad del av ledningen och styrningen inom hälso- och sjukvården. Likt andra områden bör det finnas ett kontinuerligt och systematiskt kvalitetsarbete gällande dessa insatser.

Skälen till bedömningen

Utredningen bedömer att det finns brister i vilken grad hälso- och sjukvårdens insatser inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är integrerade i ledningssystem hos huvudmän och vårdgivare. Detta

[58] Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017).

leder till att hälso- och sjukvårdens professioner inte får rätt förutsättningar och att arbete med sjukskrivning riskerar upplevas som ett arbetsmiljöproblem, till exempel på grund av tidsbrist.

Socialstyrelsens kartläggning visar att det försäkringsmedicinska arbetet inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte uppfattas som prioriterat inom hälso- och sjukvården.[59] Detta trots att det innebär stora kostnader för både individen, staten, arbetsgivare och regionerna. Utredningen bedömer att det är viktigt att hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen integreras och prioriteras i ledningssystem på alla nivåer. Detta är särskilt viktigt på klinisk verksamhetsnivå.

I kapitel fyra beskrev vi huvudmäns och vårdgivares ansvar bland annat avseende ledningssystem. Det finns flera delar som är viktiga att arbeta med inom ledning och styrning för att skapa rätt förutsättningar för hälso- och sjukvårdens medarbetare i arbete med sjukskriving och rehabilitering för arbetsåtergång.

Rutiner för arbetet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver finnas

Rutiner och processer för arbetet med sjukskrivning kan upprättas både av regionerna i egenskap av huvudmän och av vårdgivare med ansvar för den kliniska verksamheten. Socialstyrelsen lyfter i en undersökning att många regioner saknar rutiner för det försäkringsmedicinska arbetet och att det verkar vara svårt att sprida rutiner till verksamhetsnivå.[60]

Rutiner som bör finnas i klinisk verksamhet och på regionnivå är till exempel rutiner gällande hur den försäkringsmedicinska bedömningen i samband med sjukskriving bör göras och rutiner som säkerställer förutsättningar för att göra bedömningen, till exempel avseende tillräcklig tid för arbetet. 71 procent av läkarna uppger att verksamheten inte har, eller att de inte vet om verksamheten har rutiner för försäkringsmedicinsk bedömning i samband med sjukskrivning.[61] Även rutiner för att skapa förutsättningar för intygsutfärdande och hantering av förfrågningar från till exempel Försäkringskassan bör finnas.

[59] Socialstyrelsen (2023e).
[60] Socialstyrelsen (2023e).
[61] Socialstyrelsen (2023e).

Rutiner bör också finnas gällande hur läkare ska samarbeta med andra professioner i ärenden om sjukskriving och rehabilitering för arbetsåtergång. Det bör finnas rutiner för hur behov av koordinerande insatser ska identifieras och vilka som ska erbjudas dessa insatser.

För huvudmän är en viktig del att det i avtal med vårdgivare tydliggörs vilka krav som ställs relaterat till sjukskrivning. Detta kan exempelvis gälla vid vårdvalssystem inom primärvården.

Kompetens- och resursförsörjning behöver säkras

Regioner och vårdgivare är ansvariga för att det finns personal med rätt kompetens för att god vård ska kunna ges.[62] Regioner och vårdgivare behöver ta ansvar för att medarbetarna har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Detta innefattar att läkare har kompetens för att göra försäkringsmedicinska bedömningar i samband med sjukskrivning. För att säkerställa detta behöver läkare få möjlighet till kompetensutveckling och möjlighet till handledning och konsultation vid behov med sakkunniga kollegor. Ansvaret omfattar även att verksamheten har tillgång till olika professioner och personal som tillhandahåller koordinerande insatser.

Verksamheten behöver följas upp för systematiskt kvalitetssäkringsarbete

Tillgången till personal, rutiner, processer och insatser behöver följas upp i syfte att kontinuerligt utveckla verksamheten. Uppföljning bör ske både på regionnivå och på klinisk verksamhetsnivå. Socialstyrelsens nulägeskartläggning visar att det på regionnivå saknas uppföljning av regionala data hos 8 regioner.[63]

Vad som ska följas upp och hur, bör bygga på bästa tillgängliga kunskap och nationellt framtagna riktlinjer. Socialstyrelsens uppföljningsramverk är ett viktigt instrument för den regionala och lokala uppföljningen, vilket vi återkommer till i nästa avsnitt.

Exempel på vad som kan följas upp är variationer i sjukskrivningsmönster och insatser mellan olika verksamheter. Variation gällande kvaliteten i läkarintyg (och kompletteringsbehov från Försäkrings-

[62] 5 kap. 2 § HSL.
[63] Socialstyrelsen (2023e).

kassan[64]) kan vara relevant att följa för att identifiera behov av kompetenshöjande insatser. Uppföljning kan också gälla tillgången till personal mellan olika verksamheter.

Åtgärder för ledning och styrning kräver kontinuitet och långsiktighet

Insatser för att integrera försäkringsmedicin och sjukskrivning i ledningssystem har varit ett centralt inslag i överenskommelsen mellan SKR och staten om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En jämförande intervjustudie med chefer inom hälso- och sjukvården mellan åren 2007 och 2013 tydde på att insatserna inom överenskommelsen haft effekt för att cheferna i högre utsträckning skulle uppfatta att de har ansvar att leda och styra arbetet med sjukskrivning likt andra områden inom hälso- och sjukvården.[65] Samtidigt uttrycktes redan då en oro gällande vad som skulle hända när överenskommelsen upphörde.

Brister i ledning och styrning, som att rutiner saknas, tillgången på personal varierar och att uppföljning av arbetet inte alltid sker kvarstår fortfarande. Detta leder till att hälso- och sjukvårdens medarbetare får bristfälliga förutsättningar att ge en god vård och att arbeta på ett kvalitetssäkert sätt. Utredningen vill betona vikten av att dessa frågor kontinuerligt arbetas med som en del av systematiskt kvalitetssäkringsarbete hos regioner och vårdgivare.

5.5.3 Nationell uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser och professionernas förutsättningar

Förslag: Utredningen föreslår att Socialstyrelsen återkommande genomför nationell uppföljning för att följa upp hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivning- och rehabiliteringsprocessen. I synnerhet bör professionernas förutsättningar belysas liksom i möjligaste mån resultatet av insatserna. Socialstyrelsen bör också ansvara för att det finns ett relevant, aktuellt och kunskapsbaserat ramverk för uppföljning.

[64] Komplettering av intyg kan indikera behov av åtgärder hos båda aktörer.
[65] Karolinska Institutet (2013).

Skälen till förslaget

Utredningen bedömer att det är viktigt att det finns en aktuell, sammanhållen och kunskapsbaserad bild gällande vad som fungerar väl och var utmaningarna finns gällande hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. För detta krävs återkommande nationell uppföljning. Resultatet av uppföljningen kan användas som underlag för beslut om nationella åtgärder men kan även bidra till att synliggöra frågor för att driva på utveckling regionalt och på klinisk verksamhetsnivå.

Uppföljning behövs för kunskapsbaserade beslut om åtgärder

Beslut om åtgärder behöver grundas på bästa tillgängliga kunskap och en samlad bild av hälso- och sjukvårdens arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Annars finns risk för att adekvata åtgärder inte vidtas och att förutsättningarna för jämlik vård minskar. Faktabaserat beslutsunderlag behövs för nationella, regionala och lokala åtgärder. Åtgärderna bör ha som utgångspunkt att skapa så goda förutsättningar för professionerna som möjligt att arbeta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Därför är det särskilt viktigt att professionernas förutsättningar blir belysta i uppföljningen.

Uppföljningsmått behöver baseras på kunskap

Uppföljningen ska belysa relevanta områden som är viktiga för att kunna följa verksamhetens resultat och förbättra verksamheten. Valet av vad som ska följas upp behöver därför vara genomtänkt och baserat på kunskap. Uppföljningen behöver avspegla riktlinjer och rekommendationer som finns inom området och bidra till implementeringen av dem.

Socialstyrelsen har genomfört en förstudie gällande uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.[66] Socialstyrelsen planerar att under hösten 2023 publicera en första version av ett ramverk för uppföljning med beskrivning av viktiga mått och hur dessa kan följas upp. Det bygger på det kommande nationella kunskapsstödet för försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården (2023). Ramverket innehåller strukturella mått,

[66] Socialstyrelsen (2021a).

till exempel vilka resurser som finns och processorienterade mått gällande vilka aktiviteter som sker. Målet på sikt enligt Socialstyrelsen är även att kunna presentera resultatorienterade mått gällande utfall.

Exempel på område i ramverket är bedömning av arbetsförmåga. Här fångas aspekter gällande hur läkare uppfattar att göra olika moment i samband med denna bedömning och om de upplever sig ha tillräckligt med tid och kompetens för att göra bedömningarna. Ramverket omfattar även insatser för arbetsåtergång, till exempel hur ofta en sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan upprättas och följs upp samt tillgången till koordinerande insatser. Det finns även mått gällande hur samverkan uppfattas och frekvensen av olika samverkansinsatser. Det finns delar som berör ledning och styrning exempelvis om det finns rutiner för olika moment och om professionerna uppfattar att de används.

En första nationell nulägesbild är publicerad

Socialstyrelsen har publicerat en första nationell nulägesbild i juni 2023 som vi refererat till i detta betänkande. Den bygger på ovan beskrivet ramverk och flera olika datakällor har använts. En enkät har gjorts till läkare och till regionledningskontor. Det finns bristande tillgång till nationella registerdata som belyser olika aspekter av arbetet men en insamling av uppgifter gällande registreringar av så kallade åtgärdskoder har skett via regionerna.

Uppföljning behövs för att stödja utvecklingsarbete regionalt och i kliniska verksamheter

Nationell uppföljning bör utformas så att det bidrar till att synliggöra hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Uppföljning bör bidra till att sjukskrivning blir en integrerad del av ledningssystemet och att regioner och vårdgivare arbetar kontinuerligt och systematiskt med frågorna.

Uppföljningsramverket bör ge vårdgivare och regioner stöd i att följa upp den egna verksamheten genom att det tydliggör hur insatserna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör följas upp.

Nulägesbilden kan visa hur arbetet med sjukskrivning- och rehabiliteringsprocessen förhåller sig till hur det ser ut inom andra regioner. Detta kan stimulera till att belysa utvecklingsområden och vidta åtgärder.

Viktigt att inte skapa merarbete för hälso- och sjukvårdens professioner vid uppföljning

Uppföljningarna kan riskera att medföra ökad administration genom manuella registreringar eller frågor som behöver besvaras av vårdpersonal genom enkäter.

Långsiktigt är det viktigt att uppföljningen utformas så att merarbete minimeras. Utveckling av strukturerad digital information och även utveckling av nationell infrastruktur för hälsodata är viktigt för att kunna hämta information på ett sätt som inte medför administrativt merarbete genom exempelvis manuella registreringar (se avsnitt 5.2.3). Socialstyrelsen lyfter i sin nulägeskartläggning att det finns stora problem gällande registrering av så kallade vårdåtgärd (KVÅ-koder)[67], vilket gör att det i dag är svårt att använda nationella registerdata vid uppföljning inom området.

Flera tjänster har utvecklats inom överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för att stödja uppföljning, exempelvis Intygsstatistik och Rehabstöd som kan användas på flera verksamhetsnivåer.

Uppföljningar behöver göras regelbundet

Det är viktigt att Socialstyrelsen fortsätter att löpande och regelbundet följa upp hälso- och sjukvårdens arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det skapar förutsättningar att se om vidtagna åtgärder leder till avsedda effekter. Uppföljningsramverk behöver vid behov uppdateras för att fortsatt vara relevant.

[67] Socialstyrelsen (2023e).

5.5.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som del av god och nära vård

Bedömning: Regeringen bör tydligt integrera hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i reformarbetet gällande omställningen mot god och nära vård.

I omställningen är det viktigt att professionernas förutsättningar och samarbetet mellan professioner utvecklas. Utredningen bedömer att flera åtgärder som vidtagits inom ramen för omställningen är viktiga för att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner och att förutsättningarna behöver fortsätta utvecklas genom omställningen.

Skälen till bedömningen

Hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska vara en integrerad del i personens vård och vi bedömer att det är viktigt att hälso- och sjukvårdens arbete med dessa frågor tydligare beaktas och integreras i omställningen mot god och nära vård.

Arbetet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen går väl i linje med omställningens intentioner

Viktiga mål med omställningen mot en god och nära vård är ett hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande fokus inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen använder världshälsoorganisationens (WHOs) definition av hälsa som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada.[68]

Hälso- och sjukvårdens uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen går väl ihop med intentionerna i omställningen. Hälso- och sjukvården ska utgå från personens behov och vara personcentrerad. Att ge individer rätt stöd för att kunna arbeta är viktigt för att kunna leva ett självständigt liv och uppnå en så god hälsa som möjligt.

[68] Socialstyrelsens termbank.

Integrera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i omställningen

Hälso- och sjukvårdens uppdrag relaterat till sjukskrivning och rehabilitering för arbetsåtergång bör synliggöras och tydligare integreras i omställningen mot god och nära vård. Det finns flera aspekter där denna integrering är viktig.

När ett personcentrerat arbetssätt som inkluderar flera professioner och kompetenser utvecklas är det viktigt att kompetenser kopplade till insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte glöms bort. Detta kan gälla läkares arbete med sjukskrivning samt rehabiliterande eller behandlande insatser som underlättar arbetsåtergång eller koordineringsinsatser.

Utmaningar i arbetet med sjukskrivings- och rehabiliteringsprocessen som identifieras genom nationell uppföljning kan också föranleda åtgärder inom omställningen.

Skapa förutsättningar för professionerna och för samarbetet mellan professioner

Insatser inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska vara en integrerad del av personens vård och ges vid behov. Samarbetet mellan professioner behöver ha ett personcentrerat helhetsfokus och statliga åtgärder för att skapa förutsättningar och att utveckla samarbetet mellan professioner inom ramen för reformerna kring god och nära vård är därför viktiga.

I kapitel 4 lyftes flera faktorer som är viktiga för att utveckla samarbetet mellan professioner och som bör hanteras inom omställningen. En aspekt är tillgången till kompetens. För att samarbete ska kunna komma till stånd krävs det att det finns tillgång till relevanta professioner och kompetenser. Kartläggningar visar att det råder brist på flera professioner inom hälso- och sjukvården.[69]

En annan aspekt är att det krävs satsningar som gör att medarbetare som ska samarbeta har kunskap om varandras kompetensområden och samverkanskompetens. En ytterligare aspekt är att det bör utvecklas arbetsmetoder, rutiner och processer som stödjer samarbete.

[69] Se till exempel Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet (2022a).

En fjärde aspekt är att samarbete mellan professioner behöver, likt all annan vård, bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetsmetoder gällande samarbete behöver därför utvärderas likt annan vård och utgå ifrån patientens behov.

Samordningsfunktioner är viktiga för vissa personer med sjukskrivningsbehov

Inom omställningen mot god och nära vård har det skett utveckling gällande olika typer av samordnande roller och verktyg, exempelvis avseende patientkontrakt, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och vårdsamordnare. Vissa individer med sjukskrivningsbehov har också omfattande samordningsbehov och insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör beaktas och integreras i utvecklingen av samordningsfunktioner.

Vårdsamordnare ligger i många fall nära den samordning som omfattas av de koordinerande insatserna för sjukskrivna patienter. De koordinerande insatserna bör på ett tydligare sätt beaktas vid utveckling av samordningsfunktioner inom hälso- och sjukvården och det bör vara tydligt hur de koordinerande insatserna ska förhålla sig till andra samordningsinitiativ.

Utveckling av patientkontrakt bör också på ett tydligt sätt omfatta behov av insatser relaterat till sjukskrivning och rehabilitering som underlättar arbetsåtergång. Därmed bör även arbetet med patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan integreras i utvecklingen av patientkontrakt.

Arbetet med sjukskrivning behöver beaktas när primärvårdens uppdrag förändras

En annan central del i omställningen är en förstärkt primärvård som utgör ett nav i personens vård. Utvecklingen av fast läkarkontakt inom primärvården är ett led i denna utveckling och även viktigt för att stärka kontinuitet i personens vård.

Primärvården tar i dag ett stort ansvar för hälso- och sjukvårdens insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Detta är en resurskrävande del av uppdraget och detta ansvar kommer att öka genom de initiativ som tas för att förstärka primärvårdens samord-

nande roll. Ett mer rehabiliterande fokus inom primärvården ger också effekter relaterat till sjukskrivning och arbetsåtergång. Detta behöver beaktas vid utvecklingen av primärvårdens roll och vid bedömningen av behovet av resurser.

Medskicken bör beaktas i överenskommelser och i fortsatta reformer

De aspekter som lyfts i detta avsnitt bör beaktas i det fortsatta reformarbetet kring god och nära vård. Detta gäller exempelvis vid utformning av nya överenskommelser inom området eller vid andra typer av åtgärder.

Utredningen har tidigare lämnat förslag som med fördel kan integreras i överenskommelsen mot god och nära vård. Detta gäller exempelvis förslaget om specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet (avsnitt 5.4.3). Även resultatet av den uppföljning som beskrivits i föregående avsnitt bör kunna ge underlag för åtgärder som kan bli aktuella att ingå i framtida överenskommelser.

5.6 Samarbete för ett ändamålsenligt sjukskrivningssystem

Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har stora beroenden till varandra i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och samspelet mellan aktörerna är avgörande för dess funktionalitet.

Sjukskrivningssystemet är inget statiskt och självspelande piano av aktörer med ”tydliga uppdrag som gör det de ska”. Oavsett tydlighet och ändamålsenlighet i uppdragen och hur regelverk ska tolkas och tillämpas uppstår ständigt nya utmaningar som en naturlig konsekvens av att det är ett område med många faktorer som påverkar utvecklingen och förutsättningarna att utföra uppdragen. Förmågan att hantera variationer i sjukfrånvaron och andra omvärldsförändringar behöver utvecklas gemensamt av aktörerna.

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är så tätt sammanlänkade i sjukskrivningsfrågan att det behövs *gemensam verksamhetsutveckling.*

Lokal och regional samverkan är central för att utveckla förtroendefullt samarbete som fungerar i vardagen. På nationell nivå handlar det om att hantera systemfrågor där det behövs samråd och gemensamma

beslut för att hitta bästa möjliga väg framåt för att sjukskrivningssystemet ska fungera.

Det behövs samarbete för att gemensamt dra nytta av utveckling inom forskning, innovationer och infrastruktur genom solida strukturer med tydliga och överenskomna arbetsformer som är integrerade i verksamheterna och i ledning och styrning.

5.6.1 Förstärkt samarbete kring försäkringsmedicin för gemensam verksamhetsutveckling

Förslag: Gemensam verksamhetsutveckling mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvårdens aktörer är avgörande för att genomföra flera viktiga pågående och planerade initiativ. Det behövs även utvecklade arbetssätt och strukturer för att gemensamt identifiera och hantera oönskade praxisförändringar och avvikelser.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen bör tillsammans med relevanta aktörer från hälso- och sjukvården utveckla solida strukturer och arbetsformer för ett nationellt samarbete som kan driva utveckling av gemensamma frågor av långsiktig och strategisk karaktär. Det är viktigt att det finns en reell förmåga att genomföra gemensam verksamhetsutveckling. Resultatet av samarbetet behöver följas upp av regeringen. I det nationella samarbetet behöver kontaktvägar utvecklas även med arbetsmarknadens parter.

Skälen till förslaget

Utredningen bedömer att formerna för det strukturella samarbetet mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och andra hälso- och sjukvårdsaktörer som regioner, SKR och NPO[70] behöver utvecklas för att sjukskrivningssystemet ska bli mer ändamålsenligt. Nationellt samarbete är viktigt för att undvika och bättre hantera den typ av problem som denna utredning och tidigare uppdrag inom intygsområdet syftat till att åtgärda. Ett strukturerat och målmedvetet samarbete behövs för att skapa de förflyttningar som aktörerna själva och

[70] Nationellt programområde habilitering, rehabilitering och försäkringsmedicin, men i vissa fall kan samarbete behövas även med andra nationella programområden.

regeringen velat åstadkomma genom uppdragen. Solida strukturer behövs för gemensam verksamhetsutveckling.

Flera förslag i detta betänkande innebär behov av samarbete och samråd mellan Socialstyrelsen, andra relevanta företrädare för hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Det rör utveckling av läkarintyg och digital informationsöverföring, informationsuppdrag avseende sjukskrivningsprocessen och metoder, som prövning av förutsättningar för återgång i arbete.

Forsknings- och kunskapsfrågorna kräver också samarbete. Uppföljning av aktörernas förmåga att i samarbete effektivt lösa ut identifierade problem och bedriva gemensam utveckling behövs. Detta arbete bör ligga högt upp på agendan hos de ansvariga aktörerna och följas av regeringen eftersom det är avgörande för sjukförsäkringens funktionalitet. Vissa frågor berör också arbetsgivare och därför behövs uppbyggda samverkansstrukturer med arbetsmarknadens parter och Arbetsförmedlingen.

Befintlig nationell samverkan

Utredningen har talat med representanter från ovan nämnda aktörer om hur det nationella samarbetet ser ut. Det finns en uppfattning att de långsiktiga formerna för samarbetet mellan aktörerna behöver utvecklas och det pågår för närvarande arbete gällande detta.

Utredningen har uppfattat att de behov som vi identifierat går i linje med vad aktörerna själv identifierat. Vår bedömning är att arbetssätt och strukturer som finns har haft svårt att lösa ut och hantera viktiga frågor gällande samarbetet och intygens utveckling. Därför gör vi några medskick i frågan.

Exempel på frågor som kräver samarbete

Här nedan beskriver vi områden som vi bedömer kräver samarbete för att samspelet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska fungera och utvecklas ändamålsenligt. Utmaningar kring läkarintyget och även förståelse för uppdrag och tillit i samarbetet som vi beskrivit i kapitel 3 kopplar på olika sätt till dessa områden.

Identifiera och hantera signaler om avvikelser och problem

Signaler från verksamheterna om att det finns oklarheter, till exempel gällande intygandet och att det uppstått praxisavvikelser, behöver följas upp och analyseras skyndsamt och gemensamt eftersom de kan kräva gemensamma åtgärder. Om aktörerna nationellt inte fångar upp signaler kan de riskera hanteras olika i verksamheterna och leda till icke-önskvärda variationer och ojämlikhet.

Utredningen bedömer att om detta skulle gjorts när signaler började komma från verksamheterna om att det fanns olika uppfattningar kring så kallade ”objektiva fynd” (se kapitel 3) hade den problembild som tornat upp sig kring frågan om vad intygen behöver innehålla för typ av uppgifter och hur de förhåller sig till rätten till sjukpenning kunnat undvikas. Detta är ett exempel som tydligt visar på behovet av försäkringsmedicinskt samarbete på nationell nivå.

Intygens innehåll och infrastruktur kräver samarbete

Under de närmaste åren kommer omfattande utveckling ske gällande informationsöverföring som kräver samordning och gemensam verksamhetsutveckling. Det kan förväntas förändringar både gällande intygens innehåll och gällande infrastrukturen för intygandet.

Med tanke på de utmaningar som funnits med att ta fram ett läkarintyg som får bred acceptans och är ändamålsenligt framstår nära samarbete och gemensamt ägarskap för både utformningen och implementeringen som något som behöver prioriteras.

Andra gemensamma försäkringsmedicinska frågor

Regeländringar som påverkar informationsbehovet från hälso- och sjukvården och rättspraxis (slutsatser från domar som rör läkarintyg och rättsliga begrepp) behöver omsättas till den medicinska kontexten eftersom det är hälso- och sjukvården som ska bidra med informationen. Som vi tidigare nämnt har aktörerna samrått och samarbetat gällande intyget men samsyn saknas trots detta. Det bedöms finnas behov av att organisera samarbetet på ett sätt som möjliggör effektivt samråd, samarbete och implementering. Här behövs nya arbetssätt

för ökad enhetlighet och stöd för både läkare och handläggare att hantera förändringar så att inte variationer i tolkningar och praxis uppstår.

Ett exempel på en nationell strategisk fråga är hur ICF ska hanteras. Vi bedömer att vägval måste göras i frågan med tanke på att begreppen i intyget som kommer från ICF fortfarande inte har satt sig ordentligt och att den potentiella nyttan hos ICF som gemensamt språk och verktyg inte utforskats. Det finns risk för att nyttor inte realiseras om inte utvecklingen samordnas bättre mellan berörda aktörer som Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Analys av ändringar i praxis och sjukskrivningsmönster

Gemensamma uppföljningar och analyser är viktiga redskap för att identifiera behov av strukturella åtgärder. De görs med fördel gemensamt av aktörerna gällande t.ex. sjukskrivningsmönster och praxisvariationer för att upptäcka förändringar och samarbeta kring åtgärder.

Bidra till kunskapstillväxt och användning av kunskap

Aktörerna bör genom dialog och samarbete kunna bidra till att kunskapsluckor inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet identifieras ur ett helhetsperspektiv och föra fram behov av forskning och uppföljningar, tillvarata befintlig kunskap och gemensamt sprida den.

Detta har identifierats som frågor som kräver bättre samordning i utredningens dialoger med forskare och andra experter.

I betänkandet *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* pekar utredningen på att forskningsbaserad kunskap inom detta fält är svårtolkad och att samarbete krävs för att omsätta kunskap så att aktörerna kan arbeta enhetligt utifrån den, vilket även är vår bedömning.

Organisering i form av centrum kan övervägas

Utifrån pågående utveckling inom området informationsöverföring och flera av förslagen i detta betänkande behövs en solid struktur för gemensam utveckling under ett antal år framöver.

Utredningen ser behov av att samarbetet utvecklas på ett sätt som möjliggör gemensam verksamhetsutveckling. Ett centrum för samarbete kan övervägas eftersom frågor som rör hur aktörernas uppdrag ska samspela i sjukförsäkringen inklusive frågor om intygandet kräver samråd, specialiserad kunskap inom flera olika kompetensområden och uthållighet. Samverkan och gemensam utveckling kring försäkringsmedicinska frågor behöver ha en tydlig organisatorisk hemvist hos de nationella aktörerna. Det behövs arbetsprocesser där gemensam implementering och uppföljning inkluderas. Ett centrum för samarbete får samtidigt inte medföra att arbetet frikopplas från ordinarie verksamhet och ses som sidovagn.

Nationellt samarbete ska stödja regionalt och lokalt samarbete

Det lokala och regionala samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvårdens verksamheter är viktigt för att komma överens om rutiner och arbetssätt, lära känna varandras verksamheter och för förtroendet. Det nationella samarbetet syftar till att hantera frågor som kräver ett nationellt grepp, när det är viktigt att det blir lika i landet. Samspelet mellan de olika nivåerna är centralt och välfungerande kontaktvägar och arbetssätt behövs som möjliggör att problem lyfts upp snabbt till nationell nivå vid behov. Den struktur som tagits fram för samarbetet behöver efterlevas och det behöver följas upp att så sker.

5.6.2 Nationell samordnare för sjukskrivningsområdet

Förslag: Sjukskrivningsområdet har genomgått stora förändringar och utredningen föreslår ett paket av åtgärder som behöver genomföras samordnat. Utredningen bedömer att det behövs en samlande kraft som kan verka för genomförandet av de åtgärder som föreslås och att utvecklingen inom sjukskrivningsområdet går i en gemensam riktning.

Regeringen bör tillsätta en nationell samordnare för sjukskrivning som ska verka för dialog mellan berörda aktörer, för att de förslag denna utredning presenterat genomförs och bidra till regeringens förutsättningar att följa upp utvecklingen inom området.

Skälen till förslaget

Sjukskrivningsområdet är ett komplext område med stora behov av samordning av utvecklingsprocesser på aktörsövergripande nivå. Det krävs uthållighet och nationell överblick över området som spänner över så olika frågor som utvecklingen av den digitala infrastrukturen på intygsområdet och inkluderingen av sjukskrivningsfrågan i omställningen till en god och nära vård.

Utredningen föreslår ett antal utvecklingsåtgärder som hänger samman och bör genomföras som en helhet. Vi bedömer att åtgärderna får bättre förutsättningar att genomföras ändamålsenligt om det finns en nationell, aktörsövergripande samordnare som agerar utifrån brett systemperspektiv, driver på utveckling och bidrar till löpande dialog mellan de ansvariga aktörerna.

Det behövs en utomstående aktör med ett uttalat uppdrag och mandat att verka utifrån helhetsperspektiv och som har högt förtroende och legitimitet hos aktörer som påverkas av åtgärderna.[71] En nationell samordnare för sjukskrivningsområdet bedöms ha ett viktigt signalvärde och bidra till att hålla frågan aktuell och i fokus.

Hälso- och sjukvårdens komplexa förutsättningar och organisation bidrar till ett stort samordningsbehov, i synnerhet i ett system som genomgått och genomgår stora förändringar. Tidigare finansiella styrmedel för regionernas arbete och SKR har upphört och frågorna har inte fullt ut integrerats i hälso- och sjukvårdens verksamhet, även om åtgärder pågår. Under en begränsad tid bedömer vi att det finns behov av en nationell samordnare för sjukskrivingsfrågan.

Vår bedömning är att regeringen behöver bättre förutsättningar att följa utvecklingen inom sjukskrivningsområdet generellt och specifikt gällande de utvecklingsåtgärder som utredningen föreslår.

Vi föreslår att följande ska ingå i samordnarens uppdrag:

- Genom dialog med myndigheter, regioner och andra centrala aktörer verka för samsyn och samordning på systemnivå gällande åtgärder inom sjukskrivningsområdet i linje med de förslag som denna utredning presenterar.
- Följa upp aktörernas insatser och återföra kunskap till regeringen gällande utvecklingsåtgärder och eventuella behov av nya åtgärder.

[71] Se t.ex. Riksrevisionen (2016).

- Verka för att sjukskrivningsfrågan uppmärksammas och integreras i olika initiativ och uppdrag, till exempel nationella satsningar inom hälso- och sjukvårdsområdet.
- Vara en kommunikativ kraft för att stärka områdets ställning inom hälso- och sjukvården, med hög legitimitet hos läkare, regioner och myndigheter.

6 Konsekvenser

Utredningen föreslår ett paket av åtgärder för att skapa rätt förutsättningar för arbetet med sjukskrivning. Åtgärderna förväntas leda till väl underbyggda bedömningar hos hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt bättre stöd till individen för att återgå i arbete. Vi redogör i detta kapitel för förväntade konsekvenser och bedömda nyttor och kostnader för våra förslag.

Staten betalar ut sjukpenning årligen med närmare 40 miljarder kronor.[1] Det finns ekonomiska vinster för staten i att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen blir mer effektiv och ändamålsenlig. Sjukfrånvaro innebär också stora ekonomiska konsekvenser för individen och arbetsgivare.

Flera förslag syftar till att sjukskrivningar ska ordineras och hanteras med god kvalitet, vilket bedöms medföra stora nyttor för samhället, arbetsgivare, Försäkringskassan och individer.

Vår bedömning är att åtgärderna sammantagna bidrar till att oönskade variationer i bedömningar minskar genom att de blir bättre underbyggda och robusta.

Att individer får rätt stöd för återgång i arbete bedöms bidra till utveckling i riktning mot en mer hållbar och stabil sjukförsäkring och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Förslagen handlar i hög utsträckning om att förmågor ska utvecklas och arbetssätt effektiviseras, inte att aktörerna ska ha ett annat ansvar, göra mer eller anställa fler.

Ett antal förslag gäller tillsättande av utredningar inom områden som vi identifierat som viktiga för välfungerande sjukskrivning. Konsekvensanalyser av de förslag som behöver utredas eller utvecklas vidare behöver genomföras inom respektive föreslagna utredning.

[1] Försäkringskassan (2023b).

6.1 Ekonomiska konsekvenser

6.1.1 Ekonomiska konsekvenser för staten

Tabell 6.1 Uppskattning av direkta kostnader för staten

Post	Uppskattning av ökade kostnad per år	Anslag	Förslag på finansiering
Kostnader hos Försäkringskassan	0*	Utgiftsområde 10 anslag 2:1 Försäkringskassan	Befintligt anslagna medel inom anslagspost
Kostnader hos Socialstyrelsen	12,5 mnkr	Utgiftsområde 9 anslag 1:1 Socialstyrelsen	Utökning av anslagna medel genom överföring från utgiftsområde 10 anslag 1:6 Bidrag till sjukskrivnings-processens aktörer
Kostnader hos Myndigheten för arbetsmiljökunskap	0*	Utgiftsområde 14 anslag 2:5 Myndigheten för arbetsmiljökunskap	Befintligt anslagna medel inom anslagspost
Kostnader hos E-hälsomyndigheten	0*	Utgiftsområde 9 anslag 1:10 E-hälsomyndigheten	Befintligt anslagna medel inom anslagspost
Kostnader för föreslagna utredningar	10,5 mnkr**	Utgiftsområde 1 anslag 4:1 Regerings-kansliet m.m.	Befintligt anslagna medel inom anslagspost
Stöd för utveckling av specialiserad försäkrings-medicinsk verksamhet till regionerna	160 mnkr	Utgiftsområde 9 anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	Befintligt anslagna medel inom anslagspost

* Kostnadsuppskattningar har inte genomförts då dessa förslag ligger i linje med redan påbörjade eller föreslagna åtgärder hos aktuell myndighet och finansieras genom befintligt anslag.

** Kostnadsuppskattningen avser första året om samtliga utredningar startas. Andra året kommer kostnaden att minska till 3 mnkr då endast kostnaden för samordnare återstår.

Kostnader för statliga myndigheter

Utredningen föreslår ett antal utvecklingsåtgärder som Försäkringskassan bör vidta (se avsnitt 6.5). Vi bedömer att dessa faller inom Försäkringskassans befintliga ansvarsområden och att kostnaden ryms inom ramen för myndighetens befintliga förvaltningsmedel (utgiftsområde 10 anslag 2:1 Försäkringskassan).

Socialstyrelsen föreslås få ett antal regeringsuppdrag (se avsnitt 6.7 där en närmare beskrivning av dessa ges). En del uppdrag kommer vid genomförande att innebära långsiktiga åtaganden och ökade kostnader för myndigheten.

Vår bedömning är att förvaltningsanslaget till Socialstyrelsen (utgiftsområde 9 anslag 1:1 Socialstyrelsen) behöver öka med 12,5 miljoner kronor årligen för att möjliggöra den ambitionshöjning och

utveckling av myndighetens uppdrag att stödja hälso- och sjukvården inom området som följer av våra förslag. Vi föreslår att ökningen sker genom överföring av medel från anslagspost 10 anslag 1:6 bidrag till sjukskrivningsprocessens aktörer.

Vi bedömer att nationell infrastruktur för digitaliserad hantering av intyg behövs (avsnitt 5.2.3) samt betonar vikten av att staten säkerställer kompetensförsörjningen av läkare specialiserade inom arbetsmedicin (avsnitt 5.3.4). E-hälsomyndigheten respektive myndigheten för arbetsmiljökunskap har pågående uppdrag gällande detta och våra bedömningar bedöms inte på kort sikt innebära några ökade kostnader.

Kostnader för nya utredningar

Vi föreslår att en utredning ska tillsättas för att skapa juridiska förutsättningar för digitala informationskanaler mellan aktörerna (avsnitt 5.3.2), en utvärdering av lagen om koordineringsinsatser (avsnitt 5.3.1.) samt att det utreds hur prövning av förutsättningar att återgå i arbete kan införas med bibehållen sjukpenning (avsnitt 5.3.3).

Förslaget om att skapa juridiska förutsättningar för informationsbyte och förutsättningar för arbetsprövning kommer med stor sannolikhet att generera författningsförslag varför en statlig utredning, eller en utredning inom Regeringskansliet bör vara lämpliga former. Utvärderingen av lagen om koordineringsinsatser kan ske genom uppdrag till myndighet, exempelvis Myndigheten för vård och omsorgsanalys eller en statlig utredning.

Den samlade kostnaden för föreslagna utredningar beror på form och utformning av utredningsuppdragen. De bedöms kräva en bemanning på 2,5 årsarbetare vardera och en utredningstid på ett år. Utifrån en schablonkostnad på 1 mnkr per medarbetare blir detta en kostnad på 2,5 mnkr per utredning.

Vi föreslår också att regeringen tillsätter en nationell samordnare för sjukskrivningsområdet (avsnitt 5.6.2). Vi bedömer att en sådan funktion bör finnas under minst två år. Kostnaden bör hamna på 3 miljoner kronor per år för samordnaren och medarbetare där vi beräknar på en schablonkostnad på en miljon kronor per år och medarbetare.

Den samlade kostnaden för utredningar och nationell samordnare blir 10,5 mnkr första året och 3 mnkr andra året (då endast samord-

narens uppdrag löper). Vi föreslår att kostnaderna för utredningarna finansieras inom ramen av befintligt anslagna medel för utredningsväsendet i utgiftsområde 1 anslag 4:1 Regeringskansliet m.m.

Kostnader för överenskommelser med regionerna

Utredningen föreslår att samarbetet mellan professionerna utvecklas inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård (avsnitt 5.5.4). Vidare föreslår utredningen att frågor gällande sjukskrivning på ett tydligare sätt integreras i omställningen och överenskommelsen.

Vi föreslår att statligt stöd för utveckling av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet (avsnitt 4.4.3) integreras i överenskommelsen om god och nära vård. Detta eftersom hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen går väl i linje med omställningens intentioner och den specialiserade verksamheten bedöms vara viktig för att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Regeringen har avsatt 1999 mnkr inom överenskommelsen 2023 för övergripande insatser inom området att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare[2], och vi föreslår att stödet till den specialiserade verksamheten bör införas som en del av dessa medel. Detta innebär minskade medel för andra insatser som skulle ha genomförts inom överenskommelsen men utredningen bedömer att utvecklingen av sådan specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet är viktig för att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner och bör prioriteras.

Utredningen föreslår att 160 mnkr av medel i framtida överenskommelser används för utveckling av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet (utgiftsområde 9 anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård). Kostnadsuppskattningen baseras på bedömningen att verksamheterna bör ha tillgång till en viss kärnuppsättning av kompetens. Detta innefattar tillgång till minst två personer med läkarkompetens specialiserad inom försäkringsmedicin, samt minst två personer från vardera professionen fysioterapeut, arbetsterapeuter och psykolog. Vidare bör även koordinerande insatser kunna erbjudas inom verksamheten och det kommer att behövas administrativ personal/chef. Om vi uppskattar att samtliga personer ovan arbetar heltid

[2] Regeringskansliet och SKR (2022).

(nio personer) och att kostnaden per heltid motsvarar en schablonkostnad på 1 mnkr blir detta en kostnad på 10 mnkr per enhet/verksamhet (10 heltider). Vi uppskattar att det kan behövas två enheter/verksamheter per hälso- och sjukvårdsregion för de två minsta sjukvårdsregionerna och tre enheter för de fyra största sjukvårdsregionerna, vilket i så fall skulle innebära en kostnad på 160 mnkr för 16 verksamheter per år.

Konsekvenser gällande välfärdsbrottslighet

Staten betalar ut stora belopp inom sjukförsäkringen. Det finns risk för att sjukpenning betalas ut felaktigt eller till personer med brottsligt uppsåt. Utredningen bedömer att stärkt försäkringsmedicinsk kompetens hos läkare och utvecklat stöd för utredning och bedömning av arbetsförmågans nedsättning hos Försäkringskassan bör bidra till att minska risken för att ersättning betalas ut felaktigt. Det är dock inte möjligt att närmare beräkna de minskade sjukpenningutgifterna till följd av detta.

6.2 Ekonomiska konsekvenser för regionerna

Vi bedömer att förslagen om att utveckla informations- och intygshanteringen kommer att leda till stora potentiella effektiviseringar för regionerna (se avsnitt 6.3 nedan).

Förslag om att stimulera specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet innebär att regionerna får ekonomisk stimulans för att utveckla och testa specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet. Utredningen bedömer att kostnader kommer finnas för regionerna för att etablera verksamheten, vilket staten bör ekonomiskt stödja med 160 mnkr (se avsnitt 6.1.1). Fortsatt statligt stöd till verksamheten efter denna fas bör övervägas. En risk när riktade statsbidrag upphör är att verksamheten påverkas negativt. Staten bör långsiktigt ha intresse av att säkerställa denna verksamhet.

De specialiserade verksamheterna bedöms inte långsiktigt öka regionernas kostnader eftersom uppgifterna som dessa verksamheter ska utföra ligger inom regionernas befintliga uppdrag. Regionerna har i varierande utsträckning delvis sådan verksamhet redan i dag och utvecklingen behöver ta vara på de resurser och funktioner

som finns inom regionen. Förslaget innebär att vissa personer erbjuds vård inom specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet vilket innebär att ansvaret försvinner från en annan del av hälso- och sjukvården. De specialiserade enheterna bör ha förutsättningar att hantera komplexa behov på ett mer effektivt sätt än ordinarie vårdgivare. Detta bör innebära att verksamheterna inte kommer öka de samlade kostnaderna för regionerna om arbetet organiseras på detta sätt. Antalet sjukskrivningsfall som är aktuella är beroende av inklusions- och exklusionskriterier som behöver fastställas av verksamheterna utifrån förutsättningar, arbetssätt och hur regionerna väljer att organisera vården. Omfattningen av bemanningen och organisering av den specialiserade verksamheten får regionerna avgöra.

Eftersom regionerna i dag har personer som arbetar med försäkringsmedicinska frågor gällande utbildning och som medicinskt sakkunniga i försäkringsmedicin bör dessa kunna integreras i verksamheten och de specialiserade verksamheterna skulle därför i realiteten kunna bli större än i vår beräkning i avsnitt 6.1.1. där varje verksamhet omfattade 10 personer. Möjligheten för regionen finns även att samordna verksamheterna med utförandet av försäkringsmedicinska utredningar som beställs och betalas av Försäkringskassan, och verksamheterna skulle då kunna bli större och mindre sårbara. Regeringen anslog 244 mnkr till regionerna för dessa utredningar 2023.[3]

Som jämförande exempel finns i Västra Götalandsregionen två enheter med multiprofessionell kompetens som erbjuder multiprofessionell bedömning av personer som är eller riskerar att bli långtidssjukskrivna. Enheterna har tillsammans 41,4 heltidstjänster med olika professionskompetens samt administrativ personal. 70 procent av verksamheten innebär att genomföra AFU-utredningar på beställning av Försäkringskassan.

Västra Götalandsregionen är en stor region med en befolkning på strax över 1,7 miljoner invånare. Dessa bedömningsenheter har inte samma uppdrag som den specialiserade verksamhet vi föreslår men ger en bild av kostnaden för en multiprofessionell enhet med ett liknande uppdrag.

Utredningen föreslår att samarbetsformer utvecklas exempelvis genom nationellt kompetenscentrum (avsnitt 6.4.1) och utvecklad nationell samverkan (avsnitt 6.6.1). Det kan medföra ett ökat behov att avsätta personalresurser för dessa samverkansformer men detta

[3] Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 10 anslag 1:6.

bedöms ligga inom ramen för den samverkan som regionerna behöver ha med andra aktörer, exempelvis inom ramen för regionernas system för kunskapsstyrning.

6.3 Konsekvenser för enskilda personer

Förslagen sammantagna syftar till att utveckla förutsättningarna hos hälso- och sjukvården och Försäkringskassan att arbeta med god kvalitet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En förväntad konsekvens av att den försäkringsmedicinska kompetensen utvecklas är att risken minskar för bristfälliga bedömningar gällande arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning. Det förväntas bidra till att individer sjukskrivs när det är till gagn för hälsan vilket bör innebära att fler individer får en i högre grad patient – och rättssäker sjukskrivning och bättre stöd för att återfå arbetsförmåga. Det kan också leda till mer jämlik sjukskrivning.

Försäkringskassans arbete för att utveckla stöd gällande bedömningen av arbetsförmågans nedsättning bedöms innebära att oönskade variationer i bedömningar minskar både gällande enskilda fall och över tid, och att förutsättningarna förbättras att identifiera rehabiliteringsbehov och initiera åtgärder för arbetsåtergång så snart det är möjligt.

Utredningen lämnar förslag som syftar till att öka kunskapen om sjukskrivning, sjukpenning samt aktörernas uppdrag hos sjukskrivna och allmänheten (avsnitt 4.1.2). Det kan förväntas öka tryggheten, när individen vet vad som gäller. Det kan även innebära att personer blir mer medvetna och sina rättigheter och skyldigheter, vilket bör kunna öka förmågan att ställa rätt krav på stöd och åtgärder för att återgång i arbete ska bli möjligt.

Flera förslag syftar till att stärka individens stöd för återgång i arbete. Detta gäller exempelvis utveckling av koordinerande insatser i förhållande till arbetsgivaren (avsnitt 5.3.1), behovet av företagshälsovård vid arbetsanpassning och rehabilitering på arbetsplatsen (avsnitt 5.3.4) och att pröva förutsättningar för arbetsåtergång (avsnitt 5.3.2). Att individer får bättre förutsättningar att återgå i arbete förbättrar deras ekonomiska situation.

Åtgärderna syftar sammantagna till att systemet ska bli mer stabilt och mindre utsatt för faktorer som kan leda till oönskade varia-

tioner i användandet av sjukskrivning och sjukpenning. Ett stabilt system kan upplevas som mer förutsägbart, det kan skapa en tryggare process och högre legitimitet för systemet, en tilltro till att det fungerar.

6.4 Konsekvenser för huvudmän och vårdgivare

Att stärka hälso- och sjukvårdens förutsättningar att hantera sjukskrivningsuppdraget har varit centralt i utredningen vilket innebär att många förslag påverkar huvudmän och vårdgivares verksamhet.

Utredningen presenterar inga förslag på författningsändringar och förslagen syftar inte till att förändra hälso- och sjukvårdens uppdrag. Syftet är att skapa förutsättningar för verksamheterna att på bästa sätt klara av det uppdrag de har. Förslagen bedöms inte innebära någon inskränkning av det kommunala självstyret.

Förslagen bedöms inte öka hälso- och sjukvårdens samlade arbetsbörda.

Effektivisering gällande hantering av intyg

Utredningen lämnar förslag som på sikt förväntas effektivisera hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning, i synnerhet administrativa delar kring informations- och intygshantering. Hälso- och sjukvården utfärdar nästan 2,5 miljoner digitala läkarintyg om sjukskrivning per år.[4] Svenska företagsläkarföreningen har undersökt hur mycket tid olika moment tar i samband med intygsutfärdande.[5] Uppskattningen var att det tog ungefär 17 minuter att fylla i ett läkarintyg och att besvara en komplettering tar ungefär 45 minuter.

Andelen intyg för sjukpenning som kompletteras ligger runt 3 procent vilket motsvarar cirka 72 000 kompletteringar per år.[6]

Förslag om att tydliggöra vilken information som behövs i intyget (avsnitt 5.2.1) förväntas leda till att hälso- och sjukvården lättare kan lämna rätt information från början vilket bör minska behovet av kompletteringar.

[4] Ineras intygsstatistik.
[5] Svenska företagsläkarföreningen (2016).
[6] Ineras intygsstatistik, hämtad 2023-05-24.

Förslag om förenklat intygande vid kortare sjukskrivningar förväntas leda till minskad administration. Det är svårt att exakt uppskatta i hur många fall intygandet kan förenklas eftersom det beror på vilka ramar och avgränsningar som väljs, t.ex. avseende tid och diagnoser. Vi ger ett exempel nedan för att få en bild av ett tänkbart utfall.

En majoritet av sjukskrivningarna är kortvariga. 60–70 procent av sjukskrivningarna avslutas inom 60 dagar.[7] Att många sjukskrivningar avslutas inom kort tid pekar på att förenklat intygande bör kunna användas i många fall. Om vi uppskattar att en tredjedel av 2,5 miljoner intyg kan utfärdas med förenklat intygande, att tiden för att utfärda dessa intyg halveras i förhållande till vad det vanligtvis tar att utfärda ett intyg (17 minuter), skulle detta motsvara ungefär 117 000 arbetstimmar för läkare. Vid en kostnad på 1 000 kronor per timme för läkare skulle detta motsvara en besparing på 117 mnkr årligen. Detta kommer kunna skapa möjlighet för läkare att lägga mer tid på patientmötet och bedömningar.

Om en nationell infrastruktur för intyg (avsnitt 2.2.3) utvecklas bedömer vi att det kommer skapa nytta och frigöra tid även vid annat intygsutfärdande inom hälso- och sjukvården än vid sjukskrivning.

Förslaget om att utreda de juridiska förutsättningarna för informationsutbyte mellan aktörer kan leda till minskat behov av dubbeldokumentation och att hälso- och sjukvården på ett mer effektivt sätt får del av nödvändig information och dialog med andra parter i processen. De potentiella vinsterna beror på hur system utvecklas som realiserar möjligheten till effektivt informationsutbyte.

Bättre kvalitet och förutsättningar för verksamheterna

I avsnitt 5.1.1 tydliggör vi hur bedömning av arbetsförmågans nedsättning förhåller sig till hälso- och sjukvårdens uppdrag. Tydlighet i hälso- och sjukvårdens uppdrag kommer skapa bättre förutsättningar för att verksamheterna effektivt ska kunna arbeta med uppdraget.

Utredningens förslag bedöms stärka hälso- och sjukvårdens kompetens inom området. Regioner och vårdgivare kommer få stöd för kompetensutveckling genom det nationella kompetenscentret (avsnitt 5.4.1). De nationella uppföljningarna bedöms skapa möjligheter för att utveckla verksamheten (avsnitt 5.5.3).

[7] Se kapitel 2.

Socialstyrelsens utredning om specialisering inom försäkringsmedicin (avsnitt 5.4.2) bedöms på sikt skapa förutsättningar för stärkt kompetens inom området liksom det statliga stödet för utveckling och testning av specialiserad försäkringsmedicinsk verksamhet (se avsnitt 6.1.2).

För vårdgivare kommer detta innebära möjlighet att få stöd vid mer komplicerade sjukskrivningar. Enligt beräkningar i avsnitt 6.1.2 skulle grundbemanningen för enheterna totalt bli cirka 160 personer. Dessa skulle regionerna kunna rekrytera eller omplacera från andra delar av verksamheten. Många regioner har i dag personal med liknande arbetsuppgifter som skulle kunna integreras i verksamheten som utbildare och medicinskt sakkunniga läkare i försäkringsmedicin.

6.4.1 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens professioner

Utredningens förslag handlar i hög utsträckning om att skapa goda förutsättningar för hälso- och sjukvårdens professioner i arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Konsekvenser för läkare

Många läkare upplever utmaningar i arbetet med sjukskrivning, bland annat på grund av tidsbrist. Vissa upplever det som ett arbetsmiljöproblem. Flera förslag syftar till att vårdgivare, regioner och staten ska ge läkare rätt förutsättningar att arbeta med sjukskrivning. Vi bedömer att förslag om effektivisering av intygandet (till exempel digitalisering och förenklat intygande) kommer att skapa bättre förutsättningar för läkare att kunna ägna mer tid till patientmötet och till patienter med större behov.

Vi bedömer att läkares samarbete med arbetsgivare underlättas genom flera av utredningens förslag (avsnitt 5.3).

Flera förslag bedöms bidra till att utveckla läkarens kompetens samt att vid behov ha möjlighet att ta hjälp av läkare med specialiserad kompetens eller andra professioner.

Utredningen bedömer inte att förslagen medför att den samlade arbetsbelastningen för läkare ökar utan att de skapar bättre förutsättningar för läkare att klara av uppdraget de nu har.

Konsekvenser för övriga professioner inom hälso- och sjukvården

Förslagen bedöms bidra till att samtliga professioners kompetens tas tillvara på bästa sätt i arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Andra professioner än läkare kommer påverkas av kompetenshöjande insatser vilket underlättar deras arbete i processen. Vi betonar även vikten av att tillgången till professioner med olika kompetens säkras (avsnitt 5.4.4). Läkarens ökade försäkringsmedicinska kompetens liksom tydligare ledning, styrning och rutiner för arbetet med sjukskrivning bör medföra ökad precision för när och utifrån vilka frågor läkaren tar hjälp av andra professioner och involverar koordinerande insatser. Den samlade arbetsbelastningen för professioner inom hälso- och sjukvården bedöms inte öka med anledning av förslagen.

6.5 Konsekvenser för Försäkringskassan

Utredningens bedömningar och förslag handlar om fortsatt utveckling inom områden som myndigheten ansvarar för och har pågående utvecklingsarbeten kring, t.ex. samverkan och utveckling av stöd för bedömningar.

Förslag som syftar till att utveckla intygshantering och informationsöverföring (avsnitt 5.2) bedöms kunna effektivisera handläggningen av sjukpenningärenden. När intygen blir tydligare ökar förutsättningarna för att det blir ”rätt från början”, vilket bör minska behovet av kompletteringar. Flera förslag syftar till att stärka hälso- och sjukvårdens förutsättningar i arbetet med sjukskrivning (avsnitt 5.2, 5.4, 5.5). När den försäkringsmedicinska kompetensen och övriga förutsättningar stärks är vår bedömning att Försäkringskassan kommer få bättre medicinska underlag för sina beslut och att även arbetet med samordning underlättas.

Förslaget att utveckla strukturerna för samarbetet med relevanta hälso- och sjukvårdsaktörer kring sjukskrivning och försäkringsmedicin (avsnitt 5.6.1) bedöms leda till ökad effektivitet i samverkansarbetet och till att signaler om problem i samarbetet fångas och åtgärdas snabbare. Detta bedöms bidra till minskad risk för oönskade variationer i hanteringen av uppkomna problem och till att samverkansarbetet kan bedrivas mer effektivt. Förslagen som rör hälso- och sjukvården förstärker inriktningen om ett delat ansvar gällande

sjukskrivningsfrågan. Förbättrade samarbetsrelationer mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvårdens verksamheter kan leda till att arbetsmiljön blir bättre för medarbetare och chefer.

Utredningen lämnar flera förslag för att stärka individens möjligheter att återgå i arbete. Det handlar om stärkt dialog mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren (avsnitt 5.3.1), möjlighet att pröva förutsättningar för återgång i arbete (avsnitt 5.3.3) och behov av företagshälsovård (avsnitt 5.3.4). Dessa åtgärder bör i förlängningen underlätta Försäkringskassans arbete.

Särskilt om konsekvenser av förenklat intygande

Förenklat intygande medför möjliga risker och möjlig effektiviseringspotential som i hög grad hänger ihop med det omfång för intygen som väljs och hur de ansvariga aktörerna arbetar med implementering och uppföljning. Vår bedömning är att det inte är i den typ av sjukskrivningar som förväntas bli kortvariga utifrån ett känt medicinskt förlopp som det föreligger risk för felaktigt nyttjande av sjukförsäkringen.

En förenkling av intygsadministrationen innebär att resurser kan frigöras för att arbeta med mer krävande fall. Utveckling avseende detta är på gång inom Försäkringskassan och läkarintyget är bara en pusselbit i en större förändring. Effektiviseringsvinster uppstår inte för Försäkringskassan enbart genom att intyget blir enklare i vissa ärenden, utan när arbetssätt och även systemstöd för handläggning anpassats till detta.

6.6 Konsekvenser för Socialstyrelsen

Utredningen föreslår en förstärkning av Socialstyrelsens roll som nationellt samordnande kunskapsmyndighet inom försäkringsmedicin i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som stöd för hälso- och sjukvården. En del av våra förslag behöver utredas vidare och en närmare uppskattning av resursbehov och ekonomiska konsekvenser som förverkligandet av förslagen innebär behöver göras av myndigheten i samband med fortsatt utredning. Nedan gör utredningen en preliminär skattning av kostnader och behovet av resurser.

Utredningen uppskattar att kostnaden för att utreda förutsättningarna att etablera ett nationellt kompetenscentrum kommer uppgå till 2 mnkr för två helårsarbetare med en schablonkostnad på 1 mnkr per person. De långsiktiga kostnaderna vid etablerande av centret och dess verksamhet kommer bli högre (se nedan).

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska arbeta med uppföljning (avsnitt 5.5.3), vilket vi bedömer kommer innebära en kostnad på 2,5 mnkr per år för två heltidsarbetare samt kostnader för datainsamling och för experter.

Socialstyrelsen ska vidare utreda specialisering inom försäkringsmedicin och se över utbildningsmål inom försäkringsmedicin (avsnitt 5.4.2). Vi uppskattar kostnaden för dessa utredningar till 2 mnkr för två helårsarbetare.

Myndigheten föreslås även samarbeta med Försäkringskassan gällande informationsinsatser (avsnitt 5.1.2), tydliggörande av behov av medicinsk information i intyg (avsnitt 5.2.1) och att utveckla de nationella samarbetsformerna (avsnitt 5.6.1). Vi bedömer att dessa förslag kommer kräva motsvarande en heltid till kostnad av 1 mnkr per år.

Socialstyrelsen föreslås utveckla det försäkringsmedicinska beslutsstödet avseende förenklat intygande (avsnitt 5.2.2). Vi uppskattar att detta initialt är ett mer omfattande arbete till en kostnad av 5 mnkr för fyra helårsarbetare samt experter. Långsiktigt kommer det uppstå förvaltningskostnader.

Vi bedömer att Socialstyrelsen initialt behöver resursförstärkning med 12,5 mnkr. Vissa insatser är tillfälliga och upphör efter genomförande. Samtidigt bedömer vi att det finns ett långsiktigt behov av resurser för att Socialstyrelsen ska ha långsiktiga förutsättningar att ge ett nationellt stöd till hälso- och sjukvården inom området, utan att detta ska innebära undanträngningseffekter inom andra områden av myndighetens verksamhet. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen permanent får en ökning av sitt förvaltningsanslag med 12,5 mnkr för att täcka kostnaderna för initiala utredningsuppdrag och långsiktiga kostnader vid införandet av exempelvis ett nationellt kompetenscentrum samt för finansieringen av Socialstyrelsens verksamhet som sker inom ramen för centret.

Som jämförelse har Socialstyrelsen tilldelats anslag på 19 miljoner kronor årligen för arbetet med nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg. Vi bedömer att det finns stora likheter med detta kompetenscentrum där myndighetens insatser inom området samlas.

Med vår föreslagna ökning på 12,5 mnkr och de 6 mnkr myndigheten redan tilldelats för att stödja hälso- och sjukvården gällande arbetet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skulle det totala anslaget till Socialstyrelsen för ändamålet bli 18,5 mnkr årligen. Som ytterligare jämförelse kan nämnas att detta är i närheten av den nivå med sammanlagda anslag på 19,2 mnkr som myndigheten fick 2020 genom överenskommelsen om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (14,2 mnkr) och förvaltningsanslag för arbete med FMB detta år (5 mnkr).[8]

6.7 Konsekvenser för högskolor och universitet

Utredningens förslag om att stärka försäkringsmedicin som kunskapsområde (avsnitt 5.4) bedöms förbättra förutsättningarna för universitet och högskolor att arbeta med försäkringsmedicinska frågor såväl vad gäller utbildning- och kompetensutveckling som forskning.

6.8 Konsekvenser för arbetsgivare

Vi bedömer att utredningens förslag sammantagna kommer att förbättra Försäkringskassans, arbetsgivarens och hälso- och sjukvårdens bedömningsprocesser och förutsättningar att stödja individer tillbaka till arbete. Arbetsgivarnas kostnader för sjukfrånvaron kan förväntas minska med ett mer effektivt arbete för återgång i arbete.

Utredningen bedömer att ökad försäkringsmedicinsk kompetens hos läkare bör leda till mer informativa intyg.

Ökat informationsutbyte mellan aktörerna (avsnitt 5.3.2) och bättre dialog mellan arbetsgivare- och hälso- och sjukvård (avsnitt 5.3.1) och möjlighet till att pröva förutsättningarna för återgång i arbete (avsnitt 5.3.2) bedöms förbättra möjligheterna för arbetsgivare att få ändamålsenlig information för att kunna ta sitt ansvar gällande arbetsplatsinriktad rehabilitering, och därmed underlätta för medarbetaren att komma tillbaka till arbete.

Förslag om att säkerställa kompetensförsörjning gällande läkare som är specialiserade i arbetsmedicin bedöms innebära att arbetsgivare får bättre förutsättningar att vid behov ta hjälp av företagshälsovården.

[8] Prop. 2019/20:1 utgiftsområde 9.

Arbetsgivarföreträdare har i dialog med utredningen lyft oro för att enklare intyg kan innebära att det blir fler felaktiga sjukskrivningar och att arbetsgivaren inte får den information de behöver. Utredningens uppfattning att förslagen sammantagna ger arbetsgivare mer ändamålsenlig information och förbättrar kommunikationen mellan parter. Informationsbehovet varierar mellan olika typer av sjukskrivningar.

Även i de fall intygen är enklare bör det finnas motivering till sjukskrivningsbehovet. Förstärkt försäkringsmedicinsk kompetens hos läkaren och tydliggörande av läkarens ansvar vid sjukskrivning (avsnitt 5.1.1) bör leda till att risker för felaktig sjukskrivning minskar. Utveckling av kunskapsbaserat stöd för vilka tillstånd som förväntas ha kortvarigt förlopp bör minska risken för att enklare intyg används i fel situation. Intygen ger arbetsgivaren en signal om att sjukskrivningen förväntas att bli kortvarig, vilket har betydelse för arbetsgivarens planering och kan ha betydelse för arbetsgivarens skyldighet gällande att upprätta plan för återgång i arbete.

Utredningen bedömer inte att våra förslag får påverkan på små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag.

6.9 Konsekvenser för jämställdheten

Det finns starka jämställdhetsaspekter när det gäller sjukskrivning. Kvinnor är i högre utsträckning sjukskrivna än män. Av de som 2021 fick sjukpenning var 62 procent kvinnor och 38 procent män.[9]

Åtgärder som bidrar till ökad kvalitet i försäkringsmedicinska bedömningar kan leda till minskad risk för eventuella snedvridningar i sjukskrivningsmönster som har att göra med föreställningar och attityder gällande könen. Enligt en studie genomförd av Riksrevisionen bedöms kvinnors arbetsförmåga mer ofta nedsatt än mäns vid samma funktionsnedsättningar.[10]

Förutsättningarna för att män och kvinnor i högre utsträckning sjukskrivs mer jämlikt bör öka genom ökad kompetens avseende bedömningar och effektivt stöd för återgång i arbete. Detta bör bidra till en mer jämställd hälsa och ökad ekonomisk jämställdhet.

[9] Försäkringskassan (2023a).
[10] Riksrevisionen (2019).

6.10 Övriga konsekvenser

Sjukfrånvaron är högre bland utrikesfödda som varit i Sverige ett tag jämfört med personer födda i Sverige.[11] Utrikesfödda är även överrepresenterade i grupper där anknytningen till arbetsmarknaden är svagare, exempelvis grupper med lägre utbildning och lägre inkomst. Utredningen bedömer att mer kunskapsbaserade arbetssätt, väl underbyggda bedömningar och bättre stöd till individer för att återfå arbetsförmåga skulle kunna bidra till det integrationspolitiska målet om lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk eller kulturell tillhörighet.

Det finns regionala variationer i sjukfrånvaro.[12] Utredningen bedömer att åtgärderna samlat bör bidra till att variationerna minskar. I övrigt bedömer vi inte att förslagen har påverkan på sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet.

[11] Försäkringskassan (2021).
[12] Försäkringskassan statistikdatabas, Antal personer som är sjukskrivna per 1 000 skattade försäkrade uppdelad per län, hämtad 2023-05-25.

Referenser

Regeringens propositioner och skrivelser

Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

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

Prop. 1996/97:60 *om prioriteringar i hälso- och sjukvården.*

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

Prop. 2013/14:106 *Patientlag.*

Prop. 2019:20/164 *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

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

Prop. 2022/23:1 *Utgiftsområde 10.*

Prop. 2022/23:99 *Vårändringsbudget för 2023.*

Regeringen (2022) *Framställan från Sveriges kommuner och regioner om författningsändring avseende hantering av vissa intig i hälso- och sjukvården.* dnr S2018/03005.

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

Regeringskansliet och SKL (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2020*.

Regeringskansliet och SKR (2022), *God och nära vård 2023 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav – Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner.*

Statens offentliga utredningar och departementsserien

Ds 2018:5, *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.*

SOU 2016:2 *Effektiv vård.*

SOU 2018:39 *God och nära vård – en primärvårdsreform.*

SOU 2018:80 *Samspel för hälsa.*

SOU 2020:6 *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering.*

SOU 2020:24 *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

SOU 2022:22 *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.*

Publikationer från myndigheter och organisationer

Akademikerförbundet SSR (2020), *Policy för hälso- och sjukvårdskuratorer.*

Arbetsmiljöverket (2020), *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2020:2*, arbetsmiljön.

E-hälsomyndigheten (2020), *Elektroniska läkarintyg – förstudie.*

Fysioterapeuterna (2019), *fysioterapi – profession och vetenskap.*

Försäkringskassan (2017a), *Sjukskrivningsmönster Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter*, Socialförsäkringsrapport 2017:3.

Försäkringskassan (2017b), *Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland. En jämförande fallstudie*. Socialförsäkringsrapport 2017:11.

Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa.* Socialförsäkringsrapport 2018:10.

Försäkringskassan (2019), *Kunskapsunderlag: Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården – Analyser framtagna inom ramen för ett regeringsuppdrag*. Socialförsäkringsrapport 2019:3.

Försäkringskassan (2020a), *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*, Socialförsäkringsrapport 2020:8.

Försäkringskassan (2020b), *Svar på regeringsuppdrag, Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling.*

Försäkringskassan (2021a), *Sjukfrånvaro i grupper där färre arbetar*, Korta analyser 2021:1.

Försäkringskassan (2021b), *Svar på regeringsuppdrag – Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*.

Försäkringskassan (2021c), *Årsredovisning 2020.*

Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2021d), Slutrapport. *Utvecklingsinsatser för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*.

Försäkringskassan (2022a), *Skillnader i avslag för sjukpenning mellan olika grupper En registerstudie om avslagsbeslut på initial ansökan och efter dag 180 i rehabiliteringskedjan*. Socialförsäkringsrapport 2022:1.

Försäkringskassan (2022b), *PM 2022:1. Kvalitetssäkring av och bedömning mot normalt förekommande arbete.*

Försäkringskassan (2022c), *Slutrapport. Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*.

Försäkringskassan (2023a), *Årsredovisning 2022.*

Försäkringskassan (2023b), *Socialförsäkringen i siffor 2023.*

Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

Försäkringskassan (2023), Vägledning 2015:1 Version 17. *Vägledning för sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning.*

IFAU (2008), *Samverkan i Resursteam: effekter på organisation, hälsa och sjukskrivning.*

Inera (2017), *Samverkansytan – en fördjupad förstudie.*

Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan.*

Inera (2020), *Intygstjänster 2020 – slutrapport december 2020.*

Inspektionen för Socialförsäkringen (2012), *Rehabiliteringsgarantin.*

Inspektionen för Socialförsäkringen (2014), *Leder utredning av sjukskrivna till ökad återgång i arbete?*

Inspektionen för Socialförsäkringen (2016), *Förenklat läkarintyg. Försäkringskassans hantering av införandet.* Rapport 2016:14.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2018a), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning* 2018:16.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2018b), *Regeringens mål på ett sjukpenningtal om 9,0, En redovisning av hur regeringen styr Försäkringskassan och hur myndigheten arbetar för att bidra till att målet uppnås* (2018:17).

Inspektionen för Socialförsäkringen (2021a), *Försäkringskassans utredningsskyldighet. En granskning av Försäkringskassans tillämpning av utredningsskyldigheten i ärenden om sjukpenning och aktivitetsersättning där ansökan har avslagits.*

Inspektionen för Socialförsäkringen (2021b), *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete.*

Karolinska Institutet (2011), *Studier om kvinnors och mäns sjukfrånvaro*. Huvudrapport.

Karolinska Institutet (2013), *Ledning och styrning av hälso- och sjukvårdens arbete med patienters sjukskrivning.*

Karolinska Institutet (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter.*

Karolinska Institutet (2020), *Läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan – kvalitativa och kvantitativa analyser av enkätsvar år 2017 och jämförelser med tidigare år.*

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2019), *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning.*

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2021), *Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete för integrering i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.*

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (2022), *Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet.*

Riksrevisionen (2015), *Rehabiliteringsgarantin fungerar inte – tänk om eller lägg ner* (RiR 2015:19).

Riksrevisionen (2016), *Nationella samordnare som statligt styrmedel* (RiR 2016:5).

Riksrevisionen (2016), *Är sjukskrivning bra för hälsan?* (RiR 2016:31).

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

Riksrevisionen (2019), *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* (RiR 2019:19).

Socialstyrelsen (2005), *Säkerställd Socialmedicinsk kompetens inom hälso- och sjukvården.*

Socialstyrelsen (2007), *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.*

Socialstyrelsen (2012), *Ledningssystem för systematiskt Kvalitetsarbete – Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*

Socialstyrelsen (2012), *Övergripande principer för sjukskrivning.*

Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2017), *Sjukskrivningsmönster och praxis – skillnader i vårdens arbete.*

Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer Utvärdering 2019 – vård vid depression och ångestsyndrom.*

Socialstyrelsen (2020), *Utvecklingsplan för försäkringsmedicin.*

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges kommuner och regioner (2020), PM *Begrepp inom området psykisk ohälsa version 2020.*

Socialstyrelsen (2021a), *Uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen – en förstudie.*

Socialstyrelsen (2021b), *Insatser för att stärka läkarspecialiteten socialmedicin.*

Socialstyrelsen (2021c), *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – målbeskrivningar 2021.*

Socialstyrelsen (2022a), *Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa* (ICF).

Socialstyrelsen (2022b), *Nationellt kompetenscentrum för vård och omsorg för äldre – inrättande av centrum vid Socialstyrelsen.*

Socialstyrelsen (2023a), *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/ [hämtad 2023-02-03].

Socialstyrelsen (2023b), *Processmodell – hälso- och sjukvård* https://informationsstruktur.socialstyrelsen.se/ref/processmodell/Halso-och-sjukvard-enkel_20221130 [hämtad 2023-02-03].

Socialstyrelsen (2023c), *Remissversion Grunderna för ett systematiskt arbete med försäkringsmedicin – Nationellt kunskapsstöd om försäkringsmedicin i hälso- och sjukvården.*

Socialstyrelsen (2023d), *Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården.*

Socialstyrelsen (2023e), *Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – En lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022.*

Socialstyrelsen (2023f), *Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården*, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/kompetensforsorjning/ [hämtad 2023-03-17].

Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet (2022a), *Kompetensförsörjning inom primärvården – delredovisning.*

Socialstyrelsen och nationella vårdkompetensrådet (2022b), *Kompetensförsörjning inom primärvården – slutrapport.*

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering *(2022), Insatser i vården vid långtidssjukskrivning.*

Statskontoret (2019), *Den statliga värdegrunden – gemensamma principer för en god förvaltning*.

Svensk sjuksköterskeförening (2017), *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.*

Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017), *Teamarbete och förbättringskunskap i vården*.

Svenskt näringsliv (2015), *Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling.*

Svenskt näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen.*

Sveriges arbetsterapeuter (2018a), *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*.

Sveriges arbetsterapeuter (2018b), *Etisk kod för arbetsterapeuter.*

Svenska företagsläkarföreningen (2016), *Kompletteringsträsket – en rapport från företagsläkarna.*

Sveriges kommuner och regioner (2020), *Kompetensutveckling i Försäkringsmedicin.*

Sveriges kommuner och regioner (2021a), *Att leda det försäkringsmedicinska arbetet.*

Sveriges kommuner och regioner (2021b), *Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården – En nationell kartläggning 2021 och jämförelse med 2018.*

Sveriges kommuner och regioner (2021c), *Riskorienterat arbetssätt.*

Sveriges läkarförbund (2017), *Läkarförbundets etiska regler.*

Sveriges läkarförbund (2021), *Läkares arbete med sjukskrivningsärenden. En policy från Sveriges läkarförbund.*

Vårdanalys (2018), *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.*

Internetpublikationer, artiklar och övriga publikationer

Arbetsförmedlingen (2023), *Hjälp för arbetssökande med funktionsnedsättning eller ohälsa*, https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssokande/extra-stod/funktionsnedsattning [hämtad 2023-02-02].

Bertilsson M, et al. (2018), *The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders.*

Carlsen B, Nyborg K. (2017), *Healer or Gatekeeper? Physicians' Role Conflict When Symptoms Are Non-Verifiable.*

Carlsson, L et al (2012), *Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: A randomized controlled trial in a primary health care centre.*

Cederberg, J. (2018), *Särskilda team ska ge bättre sjukskrivningar*, Läkartidningen. 2018;115:E3HF.

Englund, L (2008), *Hur har distriktsläkares sjukskrivningspraxis förändrats under 11 år? Resultat från tre praxisundersökningar i ett svenskt landsting åren 1996, 2001 och 2007, 2008* Arbetsrapport: Centrum för klinisk forskning Dalarna, Falun.

Eskilsson, T, el al. (2017), *Metodstöd ADA+ – arbetsplatsdialog för arbetsåtergång,* Umeå universitet.

Eskilsson, T, el al. (2018), *Strukturerad metod för hälso- och sjukvården som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa.* Slutrapport AFA, Umeå universitet.

FHV metodik (2023a), *ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång (ADA)*, https://fhvmetodik.se/arbetsmiljo/stress-och-mental-belastning-atgard/arbetsplatsdialog-for-atergang-i-arbete-ada/ [hämtad 2023-02-02].

FHV metodik (2023b), *Work Ability Index (WAI)*, https://fhvmetodik.se/kontroller-halsobedomningar/arbetsformaga/wai/ [hämtad 2023-02-02].

Finlands läkarförbund (2023), *Försäkringsmedicin*, https://www.laakariliitto.fi/lakaretik/lakare-patient-och-tredje-part/forsakringsmedicin/ [hämtad 2023-05-04].

FINSAM (2023), *Detta är FINSAM* https://www.finsam.se/om-finsam [hämtad 2023-07-06].

Försäkringskassan (2020), *Försäkringskassans etiska principer.*

Försäkringskassan (2023), *Försäkringsmedicinska utredningar*, www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/forsakringsmedicin/forsakringsmedicinska-utredningar [hämtad 2023-02-02].

Grahn B, et al. (2016*), WorkUp – Tidig strukturerad vård med arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid akut/subakut nack och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvården med 1 års uppföljning,* REHSAM Research Report.

Mannelqvist, R (2012*), Möten mellan juridik och medicin i sjukförsäkringen.* Förvaltningsrättslig tidskrift 2, s. 189.

Moldvik I (2019), *Sjukskrivnas upplevelser kring rättigheter och ansvarsfördelning i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*, Socialmedicinsk tidskrift 2019, Volym 96 nr 5 2019.

Nationella Rådet (2023), *Detta är FINSAM*, www.finsam.se/om-finsam [hämtad 2023-08-14].

Nordling P, Priebe G, Björkelund C, Hensing G. (2020), *Assessing work capacity – reviewing the what and how of physicians' clinical practice*. BMC Fam Pract. 2020 Apr 27;21(1):72.

Nordling, P. (2021) *Physicians' practices in sickness certification for common mental disorders – assessment of work capacity and communication with the patient's workplace.* Doktorsavhandling, Göteborgs universitet.

Region Jönköping (2023), *Utveckling av PR-team*, folkhalsaochsjukvard.rjl.se/vardstod/forsakringsmedicin/forsakringsmedicin/utvecklingen-av-pr-team/ [hämtad 2023-02-03].

Region västra Götaland (2023), *Bedömningsteam*, www.vgregion.se/halsa-och-vard/riktade-mottagningar/bedomningsteam/ [hämtad 2023-02-03].

Shutzberg, M. (2021), *Tricks of the Medical Trade: Cunning in the Age of Bureaucratic Austerity.*

Starzmann K. (2018). *The physician and the sickness certification*, doktorsavhandling, Göteborgs universitet.

Sveriges företagshälsor (2023a), *Om företagshälsovård,* www.foretagshalsor.se/sv/om-foretagshalsovard [hämtad 2023-02-02].

Sveriges företagshälsor (2023b), *Branschfakta,* https://www.foretagshalsor.se/sv/branschfakta [hämtad 2023-03-17].

Sveriges kommuner och regioner (2023), *Överenskommelser om sjukskrivning och rehabilitering upphör*, www.skr.se/skr/halsasjukvard/forsakringsmedicin/nyheterforsakringsmedicin/arkivforsakringsmedicin/overenskommelseromsjukskrivningochrehabiliteringupphor.53534.html [hämtad 2023-03-17].

Tengland, P. (2011), *The concept of work ability. Journal of Occupational Rehabilitation,* 21(2), 275-85. doi:https://doi.org/10.1007/s10926-010-9269-x.

Vårdhandboken (2023), *Teamarbete och kommunikation* https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/oversikt/ [hämtad 2023-03-17].

Kommittédirektiv 2022:63

Utredning om läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden

Beslut vid regeringssammanträde den 9 juni 2022

Sammanfattning

Rätt till sjukpenning förutsätter att det i ett läkarintyg intygas att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom och läkarintyget är centrala delar vid bedömningen om rätt till ersättning. En särskild utredare får i uppdrag att utreda om sjukskrivande läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden. Utredaren får även i uppdrag att utreda betydelsen av samarbete mellan flera professioner i hälso- och sjukvården vid sjukskrivning för att underlätta läkares arbete med sjukskrivning.

Utredaren ska bl.a.

- analysera orsakerna till att sjukskrivande läkare och Försäkringskassan i vissa fall gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning,
- analysera och bedöma om läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden, och vid behov lämna förslag på åtgärder,
- analysera om arbetssätt som innebär att flera professioner inom hälso- och sjukvården samarbetar kan stärka bedömningen av patientens arbetsförmåga, behov av sjukskrivning och behov av rehabiliterande insatser,

- analysera om, och i så fall hur, kvaliteten i läkarintygen ytterligare kan förbättras, exempelvis genom att flera professioner samarbetar i arbete med sjukskrivning, och
- vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 7 juni 2023.

Bakgrund

För att Försäkringskassan ska kunna bedöma om en person har rätt till sjukpenning krävs att hon eller han styrker arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom med ett läkarintyg från den 15:e dagen i sjukperioden. I läkarintyget anger läkaren bl.a. på vilket sätt sjukdomen sätter ned personens arbetsförmåga och hur länge arbetsförmågan bedöms vara nedsatt. Av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd framgår att läkares bedömning av funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning och påverkan på arbetsförmåga är ett verktyg vid vård och behandling och att det innebär att bedömningen ska ske med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder inom hälso- och sjukvården.

När Försäkringskassan bedömer rätten till sjukpenning ska en persons förmåga eller oförmåga att arbeta på grund av sjukdom fastställas. Läkarintyget är ett viktigt underlag för denna bedömning. Av Försäkringskassans vägledning (2015:1 version 15) framgår att innebörden av att styrka arbetsförmågans nedsättning med ett läkarintyg ska tolkas som synonymt med visa, bekräfta eller intyga. Enligt vad som framgår av Försäkringskassans vägledning ska bestämmelsen inte förstås som att Försäkringskassan inte ska ta hänsyn till även andra uppgifter än läkarintyg. Försäkringskassan ska värdera alla uppgifter som gäller omständigheter vilka har betydelse för bedömningen i ärendet.

Uppdraget att utreda om sjukskrivande läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden

I sjukskrivningsprocessen har läkaren och Försäkringskassan olika, men i delar snarlika, uppdrag. Tidigt i ett sjukfall gör Försäkringskassan i regel samma bedömning som läkaren om arbetsförmågans nedsättning. Ju längre ett sjukfall pågår desto fler uppgifter om sjukfallet finns som kan påverka Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågans nedsättning. Sådana uppgifter kan till exempel vara uppgifter från arbetsgivaren om kraven i arbetet. Genom rehabiliteringskedjans lagstadgade tidsgränser förändras också bedömningsgrunderna för vad arbetsförmågan ska bedömas emot efter viss tids sjukskrivning. Detta kan leda till att Försäkringskassan gör en annan bedömning av arbetsförmågans nedsättning än läkaren, och avslår en ansökan om förlängd period med sjukpenning.

I mars 2021 genomfördes en lagändring i socialförsäkringsbalken som innebär att bedömningen av arbetsförmågan vid dag 180 i rehabiliteringskedjan kan skjutas upp om övervägande skäl talar för att en sjukskriven person kan återgå i arbete hos sin arbetsgivare före den tidpunkt hon eller han har haft nedsatt arbetsförmåga i 365 dagar (prop. 2020/21:78, bet. 2020/21:FiU41, rskr. 2020/21:214). Före denna lagändring fick många personer avslag på sin ansökan om sjukpenning vid denna tidpunkt i rehabiliteringskedjan, med anledning av att Försäkringskassan bedömde att de hade arbetsförmåga i ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden. I dag får färre personer avslag på ansökan om sjukpenning vid dag 180 i rehabiliteringskedjan. Försäkringskassan bedömer att det minskade antalet avslag beror dels på den lagändring som gäller dag 180, dels på att Försäkringskassan nu utreder ärendena mer noggrant, efter att Inspektionen för socialförsäkringen i en granskningsrapport 2021 visat på brister i Försäkringskassans utredningsskyldighet. Regeringen har, utöver regeländringen om vad som gäller dag 180 i rehabiliteringskedjan, genomfört andra förändringar i sjukförsäkringen för att öka den ekonomiska tryggheten och för att fler ska få det stöd de behöver för att återgå till arbete.

Det faktum att läkaren och Försäkringskassan kan göra olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning behöver, som framgår ovan, inte betyda att vare sig läkaren eller Försäkringskassan gör fel

utifrån sina respektive uppdrag. För den enskilde som nekas sjukpenning, för dennes ombud och för den sjukskrivande läkaren, kan det dock i vissa fall vara svårt att förstå hur bedömningarna kan skilja sig åt. Det är Försäkringskassan som fattar beslut om rätten till ersättning från sjukförsäkringen. Vad som framgår i läkarintyget har, och ska ha, en central roll i bedömningen. Regeringen anser att det är angeläget att säkerställa att så är fallet och vill därför utreda om läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden. En allmän acceptans och förståelse för Försäkringskassans beslut är centralt för sjukförsäkringens legitimitet. De eventuella förslag som utredaren lämnar ska ligga inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

Utredaren ska därför

- analysera orsakerna till att sjukskrivande läkare och Försäkringskassan i vissa fall gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom i sjukpenningärenden, och
- analysera och bedöma om sjukskrivande läkares bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden, och vid behov lämna förslag på sådana åtgärder.

Uppdraget att utreda betydelsen av samarbete mellan flera professioner i hälso- och sjukvården vid sjukskrivning

För att öka den vetenskapligt baserade kunskapen om läkares roll i sjukskrivningsprocessen har Karolinska Institutet genomfört fyra datainsamlingar via enkäter under 2004, 2008, 2012 och 2017. Av enkäterna framgår att många läkare anser att arbetet med sjukskrivning är problematiskt ur flera perspektiv. Av enkäten från 2017 framgår att läkare framför allt anser det problematiskt att bedöma arbetsförmåga, att hantera de två rollerna som både behandlande läkare och medicinskt sakkunnig, att göra en prognos för arbetsoförmågans varaktighet samt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning när en annan läkare skrivit tidigare intyg. Av enkäten framgår även att läkare upplever tidsbrist i sjukskrivningsarbetet, något som även framgår av Riksrevisionens rapport Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa (RiR 2018:11). Läkarenkäten från 2017 visade att andelen läkare som upplever att arbetet med sjukskrivningar är

problematiskt hade ökat i jämförelse med resultatet av den enkät som genomfördes 2012, framför allt bland vårdcentralsläkare.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att främja utvecklingen inom området försäkringsmedicin och för att förbättra sjukskrivningsprocessen. Mellan 2006 och 2020 ingick staten och Sveriges Kommuner och Regioner överenskommelser för att stimulera regionerna till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen. Syftet med överenskommelserna har varit att ge regionerna ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och därigenom bidra till en stabil sjukfrånvaro. Socialstyrelsen och Försäkringskassan har getts i uppdrag att ytterligare förbättra och stärka samarbetet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan (S2018/00530), och myndigheterna gavs i december 2019 ett nytt uppdrag med liknande innehåll (S2019/05192). Inom ramen för uppdraget beslutade Socialstyrelsen 2020 om en strategisk utvecklingsplan som anger hur myndigheten i egenskap av kunskapsmyndighet kan stödja och utveckla hälso- och sjukvården i arbetet med försäkringsmedicin. Målet med utvecklingsplanen är att Socialstyrelsens stöd inom försäkringsmedicin ska göra skillnad för god vård och hälsa. Regeringen har tillfört Socialstyrelsen ökade medel för arbetet med att stödja hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning, rehabilitering och försäkringsmedicin.

De svårigheter som läkare vittnar om i arbetet med sjukskrivningar behöver fortsatt adresseras i syfte att säkra förutsättningarna för arbete med sjukskrivningar inom hälso- och sjukvården. I betänkandet Samspel för hälsa (SOU 2018:80) konstaterar utredaren att befintlig kunskap talar för att kvaliteten i det direkta arbetet med sjukskrivningar kan stärkas, och utredaren pekar på utvecklingsinsatser som bl.a. handlar om att skapa mer tid till mer krävande bedömningar av behov av sjukskrivning. Utredaren lyfter fram arbetssätt som innebär inrättandet av speciella team för sjukskrivningar, vilket har provats i vissa regioner. Utredaren anser att det finns skäl att utreda om uppgifterna i läkarintyget om arbetsförmågans nedsättning blir tydligare om flera professioner medverkar vid bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.

Inspektionen för socialförsäkringen har granskat reformen om förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (ISF 2021:9). Av granskningen framgår att läkarintyg sällan innehåller information om lämp-

liga rehabiliteringsåtgärder som kan användas av arbetsgivaren när denne ska göra anpassningar på arbetsplatsen. Inom ramen för granskningen har Inspektionen för socialförsäkringen intervjuat arbetsgivare som uppger att de skulle vilja ha bättre samverkan med Försäkringskassan och hälso- och sjukvården för att få mer information om vad som är en meningsfull och träffsäker rehabilitering och för att säkerställa att planeringen av en sådan rehabilitering går att kombinera med arbetstagarens sjukskrivning. Regeringen anser att det för arbetsgivare är viktigt med en god samverkan med Försäkringskassan och med hälso- och sjukvården. Bland annat har de rehabiliteringskoordinatorer som finns inom regionerna och som ska främja sjukskrivna patienters återgång i arbete en viktig roll för den enskilde och för arbetsgivaren. Det kan samtidigt konstateras att arbetsgivaren, utifrån de krav som arbetsförhållandena ställer, har skyldighet att svara för att det finns tillgång till en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Hälso- och sjukvården varken kan eller ska ersätta en sådan expertresurs.

Utredaren ska därför

- analysera om arbetssätt som innebär att flera professioner inom hälso- och sjukvården samarbetar kan stärka bedömningen av patientens arbetsförmåga, behov av sjukskrivning och behov av rehabiliterande insatser,
- föreslå hur arbetssätt som innebär att flera professioner inom hälso- och sjukvården samarbetar, i den mån sådana arbetssätt bedöms ha positiv inverkan på sjukskrivningsarbetet, kan utvecklas och främjas,
- analysera om, och i så fall hur, kvaliteten i läkarintygen ytterligare kan förbättras, exempelvis genom att flera professioner samarbetar i arbete med sjukskrivning,
- analysera om arbetsgivare kan få mer ändamålsenliga uppgifter för att kunna ta ställning till anpassning och rehabilitering, när flera professioner medverkar i sjukskrivningsarbetet, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska särskilt redovisa förslagens konsekvenser för enskilda personer och för läkare och andra professioner som medverkar i sjukskrivningsarbetet. Utredaren ska även beakta förslagens konsekvenser för hälso- och sjukvårdens samlade arbetsbörda. Utredaren ska också redovisa förslagens konsekvenser för Försäkringskassan. Utredaren ska vidare bedöma förslagens konsekvenser för det jämställdhetspolitiska målet och relevanta delmål, främst ekonomisk jämställdhet och jämställd hälsa. Förslagens administrativa och ekonomiska konsekvenser ska analyseras och redovisas. I 14 kap. 3 § regeringsformen anges det att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver dess konsekvenser, också de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas. Om något av förslagen medför ökade kostnader för stat, region eller kommun, ska förslag till finansiering lämnas.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta andra utredningar och annat pågående arbete som är relevant för utredningen. Utredaren ska föra dialog med och inhämta synpunkter från företrädare för hälso- och sjukvårdens professioner. Utredaren ska även föra dialog med och inhämta synpunkter från Försäkringskassan och Socialstyrelsen, och vid behov från andra berörda myndigheter. Utredaren ska även föra dialog med andra organisationer, till exempel Sveriges Kommuner och Regioner. En parlamentariskt sammansatt referensgrupp ska inrättas till stöd för utredarens arbete.

Uppdraget ska redovisas senast den 7 juni 2023.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2023:45

Tilläggsdirektiv till Utredningen om läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden (S 2022:06)

Beslut vid regeringssammanträde den 30 mars 2023

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 9 juni 2022 kommittédirektiv om att utreda läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden (dir. 2022:63). Enligt direktiven skulle uppdraget redovisas senast den 7 juni 2023.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 1 september 2023.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2023

Kronologisk förteckning

1. Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. Ju.
2. En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. Fi.
3. Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. Ju.
4. Posttjänst för hela slanten. Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. Fi.
5. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. S.
6. En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. Fi.
7. På egna ben. Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. A.
8. Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. A.
9. Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. S.
10. Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. S.
11. Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. KN.
12. Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. Ju.
13. Patientöversikter inom EES och Sverige. S.
14. Organisera för hållbar utveckling. KN.
15. Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en stärkt bioekonomi. LI.
16. Staten och betalningarna. Del 1 och 2. Fi.
17. En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. Ju.
18. Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. KN.
19. Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. U.
20. Förbud mot bottentrålning i marina skyddade områden. LI.
21. Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. U.
22. Datalagring och åtkomst till elektronisk information. Ju.
23. Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. S.
24. Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. A.
25. Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. Ju.
26. Översyn av entreprenörsansvaret. A.
27. Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. LI.
28. Samhället mot skolattacker. U.
29. Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? S.
30. Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. S.
31. Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. U.
32. Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. Ju.
33. Ett förbättrat resegarantisystem. Fi.
34. Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. Ju.
35. Nya regler om hållbarhetsredovisning. Ju.
36. Genomförande av minimilönedirektivet. A.

37. Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldsintyg och oskuldsingrepp samt omvändelseförsök. Ju.
38. Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldsättning. Fi.
39. En inre marknad för digitala tjänster – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Fi.
40. Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. S.
41. Förutsättningarna för en ny kollektivavtalad arbetslöshetsförsäkring. A.
42. Ett modernare regelverk för legaliseringar, apostille och andra former av intyganden. UD.
43. En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. Fi.
44. En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. Ju.
45. Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. Fi.
46. Jakt och fiske i renbetesland. LI.
47. En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. Fi.
48. Rätt förutsättningar för sjukskrivning. S.

Statens offentliga utredningar 2023

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

På egna ben. Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. [7]

Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. [8]

Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. [24]

Översyn av entreprenörsansvaret. [26]

Genomförande av minimilönedirektivet. [36]

Förutsättningarna för en ny kollektivavtalad arbetslöshetsförsäkring. [41]

Finansdepartementet

En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. [2]

Posttjänst för hela slanten. Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. [4]

En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. [6]

Staten och betalningarna. Del 1 och 2. [16]

Ett förbättrat resegarantisystem. [33]

Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldsättning. [38]

En inre marknad för digitala tjänster - kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [39]

En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. [43]

Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. [45]

En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. [47].

Justitiedepartementet

Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. [1]

Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. [3]

Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. [12]

En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. [17]

Datalagring och åtkomst till elektronisk information. [22]

Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. [25]

Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. [32]

Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. [34]

Nya regler om hållbarhetsredovisning. [35]

Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldsintyg och oskuldsingrepp samt omvändelseförsök. [37]

En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. [44]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. [11]

Organisera för hållbar utveckling. [14]

Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. [18]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en stärkt bioekonomi. [15]

Förbud mot bottentrålning i marina skyddade områden. [20]

Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. [27]

Jakt och fiske i renbetesland. [46]

Socialdepartementet

Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. [5]

Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. [9]

Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. [10]

Patientöversikter inom EES och Sverige. [13]

Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. [23]

Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? [29]

Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. [30]

Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. [40]

Rätt förutsättningar för sjukskrivning. [48]

Utbildningsdepartementet

Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. [19]

Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. [21]

Samhället mot skolattacker. [28]

Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. [31]

Utrikesdepartementet

Ett modernare regelverk för legaliseringar, apostille och andra former av intygande. [42]