

Utvecklingsinsatser för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Slutredovisning av Försäkringskassans och
Socialstyrelsens insatser för en mer ändamålsenlig
sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-10-7601
Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2021

Förord

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har sedan 2018 arbetat tillsammans i regeringsuppdrag för att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för individen. Samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är central för att individen ska få rätt stöd för att behålla eller återfå sin hälsa och förmåga till arbete eller sysselsättning.

Myndigheterna har genomfört en rad utvecklingsinsatser för att förstärka samarbetet kring de medicinska underlagen, stödja hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete och för att utveckla strukturer och samarbetsformer mellan aktörerna. Det övergripande syftet med insatserna är att tillsammans bidra med lösningar på de gemensamma utmaningarna som Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Detta framstår som särskilt angeläget med tanke på att den psykiska ohälsan står för en stor del av sjukskrivningarna och eftersom vi inte vet vilka de långsiktiga konsekvenserna blir av coronapandemin.

Myndigheterna har kommit framåt på flera viktiga områden när det gäller att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Utmaningarna som finns mellan aktörerna kräver dock långsiktiga satsningar och arbetet med utvecklingsinsatserna kommer att fortsätta även efter denna slutrapportering. Förhoppningen är också att de strukturer för samverkan som utvecklats och tydliggjorts under uppdraget, ska underlätta det fortsatta arbetet för en god dialog och ett mer samordnat stöd till Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Nils Öberg
Generaldirektör Försäkringskassan

Olivia Wigzell
Generaldirektör Socialstyrelsen

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 3 |
| Sammanfattning | 7 |
| Inledning | 9 |
| Ett fortsatt regeringsuppdrag | 9 |
| Arbetet med uppdraget | 10 |
| Redovisningens disposition | 12 |
| Omvärldsfaktorer | 12 |
| Samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag | 13 |
| Syftet med försäkringsmedicinskt beslutsstöd är tydliggjort | 13 |
| DFA-kedjan är en analysmodell och inte villkor för rätt till sjukpenning . | 14 |
| Psykiatriska diagnoser och samsjuklighet | 14 |
| Det har blivit tydligare när det är aktuellt att komplettera | 15 |
| Försäkringskassas utredningsskyldighet har förtydligats | 15 |
| Arbetet med att förtydliga vilken medicinsk information som behövs i läkarintyget | 16 |
| Uppgifter om undersökningsfynd inte avgörande | 17 |
| Fokus på begreppet "funktionsnedsättning" och dess syfte | 17 |
| En arbetsprocess som syftar till att skapa dialog och samsyn | 18 |
| En fördjupad analys behövs för att kunna följa kompletteringar | 19 |
| Utbildningsbehovet inom sjukpenninghandläggningen ses över | 19 |
| Läkarintyget kan komma att revideras | 20 |
| Försäkringsmedicinskt beslutsstöd kan på sikt integreras i Försäkringskassans handläggningssystem | 20 |
| Bättre stöd och utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete | 21 |
| Utgångspunkten är den strategiska utvecklingsplanen | 21 |
| Utveckling av försäkringsmedicinskt kunskapsstöd | 23 |
| Kartläggning av målgruppernas behov | 23 |
| Utveckling av en försäkringsmedicinsk vägledning | 24 |
| Utveckling och förvaltning av sjukdomar och andra hälsotillstånd ... | 26 |
| Termer, begrepp, klassifikationer och informationsstruktur | 28 |
| Individens process visualiseras och begrepp tydliggörs | 28 |
| ICF ger en struktur och ett gemensamt språk | 31 |
| Informationsstruktur för intyg som effektiviserar hälso- och sjukvårdens arbete | 32 |
| Uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete | 33 |

| | |
|--|----|
| Behov av uppföljningsmått | 33 |
| Brett samarbete vid arbetet med förstudien | 33 |
| Viktiga uppföljningsområden och -mått | 33 |
| Operationalisering av måtten och utveckling av kunskapsunderlag | 34 |
| Strukturer och arbetsformer för dialog | 36 |
| Utgångspunkter och strukturer för bättre samverkan | 36 |
| Behov av överenskomna arbetssätt i samverkan | 36 |
| Syftar till förbättring av samverkansformerna | 36 |
| Genomförande och förankring av arbetet | 37 |
| Gemensamma utgångspunkter för samverkan | 37 |
| Utvecklad struktur för samverkan | 38 |
| Implementering och uppföljning | 39 |
| Åtgärdernas genomslag i handläggningen vid kriterie- eller symtombaserade diagnoser | 40 |
| Orsaker till att diagnoserna är försäkringsmedicinskt komplexa | 40 |
| Försäkringskassans åtgärder | 41 |
| Förtydliganden gällande intyg | 41 |
| Utredningsskyldighet och helhetsbedömning | 41 |
| Utbildningsinsatser | 42 |
| Utveckling av försäkringsstyrning | 42 |
| Koncentrering och differentiering | 42 |
| Uppföljning av Försäkringskassans åtgärder | 42 |
| Socialstyrelsen stödjer med försäkringsmedicinsk kunskap | 43 |
| Utvecklingen av de generella delarna av försäkringsmedicinskt kunskapsstöd | 43 |
| Socialstyrelsens försäkringsmedicinska arbete kring covid-19 | 44 |
| Bevakar kunskapsläget för ME/CFS och utmattningssyndrom | 45 |
| Avslutande diskussion | 47 |
| Bilaga 1. Uppföljningsområden och -mått | 52 |

Sammanfattning

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra de utvecklingsinsatser som myndigheterna redovisade i regeringsuppdraget *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. Regeringen ändrade i mars 2021 uppdraget till att myndigheterna även ska säkerställa att de åtgärder som vidtagits får avsett genomslag i handläggningen speciellt vid komplexa kriterie- eller symtombaserade diagnoser där det inte alltid går att påvisa avvikande fynd vid undersökning eller där den forskningsbaserade kunskapen i övrigt är begränsad.

Myndigheterna har inom uppdraget genomfört utvecklingsinsatser inom tre områden;

- samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag
- bättre stöd och utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete
- strukturer och arbetsformer för dialog.

Utvecklingsinsatserna syftar till att förbättra dialogen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och till att bidra till en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för individen. Myndigheterna har arbetat tillsammans, men har delat upp huvudansvaret för de olika insatserna. Arbetet har skett i dialog med representanter för hälso- och sjukvården.

För att stärka *samarbetet för bättre försäkringsmedicinska underlag* har Försäkringskassan tydliggjort hur det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska användas i handläggningen av sjukpenning. Försäkringskassan har också förtydligat att den så kallade DFA-kedjan¹ är ett stöd i analysen av medicinsk information och är inte avgörande för om en person har rätt till sjukpenning. Utöver detta har Försäkringskassan utrett vilken medicinsk information som behöver finnas i ett läkarintyg och varför, samt när en komplettering kan vara aktuell och hur den bör utformas för att vara begriplig och ändamålsenlig. Olika former av kompetenshöjande åtgärder har vidtagits inom sjukpenninghandläggningen kopplat till utredningsskyldighet för att höja kvaliteten i sjukpenninghandläggningen, vilket har påverkan på samarbetet kring försäkringsmedicinska underlag. Åtgärder har alltså genomförts både inom och vid sidan av detta regeringsuppdrag som sammantaget har påverkan på hur sjukpenningärenden handläggs och på samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

För att *bättre stödja och utveckla hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete* har Socialstyrelsen tagit fram en strategisk utvecklingsplan som ligger till grund för myndighetens utveckling av stödet inom försäkringsmedicin. I enlighet med planen utvecklar Socialstyrelsen det försäkringsmedicinska beslutstödet till ett försäkringsmedicinskt kunskapsstöd,

¹ DFA står för diagnos (D), funktionsnedsättning (F) och aktivitetsbegränsning (A) och är begrepp som används i läkarintyget för sjukpenning.

som bland annat ska ge bättre stöd när det gäller samsjuklighet, sjukskrivning vid psykiska diagnoser, åtgärder för återgång i arbete och de olika aktörernas roller inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Socialstyrelsen har även fortsatt utvecklingen av stödet inom begrepp, termer, klassifikationer och informationsstruktur. Myndigheten arbetar på detta område med att ta fram en försäkringsmedicinsk ordlista för att underlätta dialogen mellan aktörerna, utveckla ICF-stödet för att underlätta bedömningen av arbetsförmåga och med att ta fram en informationsstruktur för intyg för att underlätta att information kan hämtas från hälso- och sjukvårdens journalsystem till intygen. Socialstyrelsen stödjer även hälso- och sjukvården genom att utveckla uppföljningsmått inom det försäkringsmedicinska området för att underlätta uppföljning av det försäkringsmedicinska arbetet. En ytterligare insats som myndigheten genomför är att ta fram en beskrivning av individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att skapa bättre förutsättningar för dialog och samförstånd bland processens aktörer.

För att *utveckla strukturer och arbetsformer för dialog* har myndigheterna tagit fram utgångspunkter och strukturer för bättre samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Syftet är att tydliggöra och förstärka samverkans- och samarbetsformerna mellan Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Socialstyrelsen och Sveriges regioners nationella system för kunskapsstyrning. Intentionen är att utgångspunkterna och strukturer ska skapa bättre förutsättningar för samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården på alla nivåer där dessa aktörer möts och underlätta för individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Åtgärderna inom detta regeringsuppdrag och i andra uppdrag som syftar till att förbättra kvaliteten i handläggningen av sjukpenningärenden bedöms särskilt angelägna för att skapa en bättre sjukskrivningsprocess för individer som är sjukskrivna i de typer av tillstånd som pekades ut genom ändringen av regeringsuppdraget i mars i år. Det finns dock ett behov av fortsatt arbete och samarbete kring kunskapsutvecklingen gällande dessa typer av diagnoser.

Inledning

Ett fortsatt regeringsuppdrag

I januari 2018 fick Försäkringskassan och Socialstyrelsen i uppdrag att arbeta för att förbättra dialogen mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.² Bakgrunden till uppdraget var bland annat en ökning av sjukfrånvaron mellan 2010 och 2017, där framförallt den psykiska ohälsan stod för en stor del av ökningen. Hanteringen av försäkringsmedicinsk information för dessa tillstånd ställde särskilt stora krav på Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och påverkade samarbetet mellan aktörerna. Utmaningarna i dialogen mellan aktörerna försvårade också för individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Myndigheterna analyserade utmaningarna i dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och presenterade i slutredovisningen i juni 2019 tre utvecklingsområden för en bättre dialog och en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för individen. Dessa var

- samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag
- försäkringsmedicinskt beslutstöd och dess användande
- strukturer och arbetsformer för dialog.

Inom respektive utvecklingsområde redogjorde myndigheterna för gemensamma ställningstaganden och konkreta utvecklingsinsatser som skulle genomföras. [1] Regeringen gav i december 2019 Försäkringskassan och Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra dessa utvecklingsinsatser och vid genomförandet beakta ett jämställdhetsperspektiv och riksdagens tillkännagivande.³ I tillkännagivandet framkom att riksdagen såg ett behov av en översyn av det försäkringsmedicinska beslutstödet och Försäkringskassans modell för försäkringsmedicinsk analys med fokus på handläggningen vid psykiatriska diagnoser och särskilt vid samsjuklighet.⁴

I mars 2021 beslutade regeringen om en ändring av regeringsuppdraget. Ändringen innebär att myndigheterna ska säkerställa att de åtgärder som vidtagits får avsett genomslag i handläggningen i ärenden där den försäkrade har någon av diagnoserna Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) eller postinfektiöst tillstånd efter covid-19 (postcovid) eller någon annan komplex kriterie- eller symtombaserad diagnos där det inte

² Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården S2018/00530. Socialdepartementet. 2018.

³ Uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården S2019-/05192/SF (delvis). Socialdepartementet. 2019.

⁴ Riksrevisionens rapporter om bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa och försäkringsmedicinskt beslutstöd 2018/19: SFU13, rskr.2018/19:145. Socialförsäkringsutskottet. 2018/19

alltid går att påvisa avvikande fynd vid undersökning eller där den forskningsbaserade kunskapen i övrigt är begränsad. Regeringens syfte med ändringen var att öka tryggheten för personer med dessa typer av diagnoser.⁵

Arbetet med uppdraget

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har samarbetat vid genomförandet av utvecklingsinsatserna i detta regeringsuppdrag, även om det huvudsakliga ansvaret för olika insatser är uppdelat mellan de respektive myndigheterna.

För att de insatser som genomförs ska leda till samsyn och bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har myndigheterna även haft en kontinuerlig kontakt med representanter från hälso- och sjukvården. Dialogen har skett i en samrådsgrupp som myndigheterna har sammankallat. Gruppen har bestått av representanter från ett antal regioner med kompetens i försäkringsmedicin som det nationella programområdet rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin har nominerat samt representanter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I arbetet med respektive utvecklingsinsats har myndigheterna haft ett brett deltagande från respektive myndighet och hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen har även fört en dialog med patientföreningar genom Socialstyrelsens funktionshindernämnd och genomfört möte med inbjudna patientföreningar i syfte att diskutera patientperspektivet i utvecklingsinsatserna.

I stycket nedan finns en tabell över de utvecklingsinsatser som myndigheterna har åtagit sig att genomföra. Några av utvecklingsinsatserna kräver ett långsiktigt utvecklingsarbete och arbetet med dessa insatser kommer därför att fortsätta även efter denna slutrapportering.

⁵ Ändring av uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården, S2019/05192 (delvis). Socialdepartementet. 2021.

| Utvecklingsområde och insatser | Status | Beräknas klart | Huvudansvarig myndighet |
|---|------------------|----------------|--------------------------------------|
| Samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag | | | Försäkringskassan |
| Tydliggöra syftet med försäkringsmedicinskt beslutsstöd i sjukpenninghandläggningen | Genomförd | | |
| Tydliggöra att DFA-kedjan är en analysmodell vid handläggning av sjukpenning | Genomförd | | |
| Förtydliga vilken medicinsk information som behövs i läkarintyget | Delvis genomförd | 2022 | |
| Tydliggöra när begäran om komplettering är aktuell och se över hur den utformas | Delvis genomförd | 2022 | |
| Utreda förutsättningarna att följa kompletteringar | Genomförd | | |
| Se över hur Försäkringskassans interna utbildningar i försäkringsmedicinska bedömningar bör utformas | Delvis genomförd | 2021 | |
| Se över och vid behov ändra läkarintygets utformning | Delvis genomförd | 2022 | |
| Utreda förutsättningarna att integrera försäkringsmedicinskt beslutsstöd i Försäkringskassans handläggningssystem | Genomförd | | |
| Bättre stöd och utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete | | | Socialstyrelsen |
| Ta fram en strategisk utvecklingsplan för försäkringsmedicin | Genomförd | | |
| Kartlägga målgruppernas behov av stöd | Genomförd | | |
| Utveckla försäkringsmedicinskt kunskapsstöd (generell del och delen för sjukdomar och andra hälsotillstånd) | Delvis genomförd | 2022 | |
| Tydliggöra begrepp, genomföra processkartläggning och koda åtgärder för arbetsåtergång | Delvis genomförd | 2021/2022 | |
| Utveckla stödet för att beskriva funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning med hjälp av ICF | Delvis genomförd | 2022 | |
| Utveckla informationsspecifikation för intyg | Delvis genomförd | 2022 | |
| Ta fram uppföljningsmått för försäkringsmedicin | Delvis genomförd | 2022 | |
| Strukturer och arbetsformer för dialog | | | Försäkringskassan Socialstyrelsen |
| Ta fram utgångspunkter och strukturer för bättre samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. | Genomförd | | |

Redovisningens disposition

Redovisningen är uppdelad utifrån de utvecklingsområden som beskrevs i regeringsuppdraget i juni 2019 [1]. De insatser som Försäkringskassan har huvudansvar för beskrivs under utvecklingsområdet *Samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag* och de insatser som Socialstyrelsen har huvudansvar för beskrivs under utvecklingsområdet *Bättre stöd och utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete*⁶. Båda myndigheterna genomför dock utvecklingsinsatser inom båda dessa utvecklingsområden och vissa av insatserna spänner över flera områden. Dispositionen har valts för att ge en mer lättöverskådlig presentation över insatserna.

Under avsnittet *Strukturer och arbetsformer för dialog* redogör myndigheterna för den gemensamma insatsen som har genomförts inom utvecklingsområdet och därefter beskrivs de insatser som myndigheterna genomför för att svara upp mot ändringen av regeringsuppdraget. Redovisningen av regeringsuppdraget avslutas med en diskussion kring det fortsatta arbetet med att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Omvärldsfaktorer

Det finns yttre faktorer som påverkar de utvecklingsinsatser som presenteras i denna redovisning.

Den extraordinära situationen som har uppkommit med anledning av pandemin har lett till att Försäkringskassan och Socialstyrelsen har fått prioritera uppdrag relaterade till covid-19 och postcovid. Arbetet med utvecklingsinsatserna har dock fortgått men med viss fördröjning. Dialogen mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och hälso- och sjukvården har också stärkts på grund av behovet av att lösa gemensamma utmaningar kopplade till covid-19. Det gäller bland annat frågor om medicinska underlag, kunskapsstöd och samverkan. Förhoppningen är att dialogen mellan aktörerna kan fortsätta även efter detta regeringsuppdrag och pandemin.

⁶ I svaret på det första regeringsuppdraget beskrevs utvecklingsområdet som *försäkringsmedicinskt beslutstöd och dess användande*. Namnet är ändrat på grund av att Socialstyrelsens insatser innefattar mer än bara det försäkringsmedicinska beslutstödet.

Samarbete för bättre försäkringsmedicinska underlag

Syftet med insatserna inom detta utvecklingsområde är sammanfattningsvis att

- stärka kvaliteten i försäkringsmedicinska underlag och samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården
- utveckla stödet till handläggarna i att värdera informationen i medicinska underlag
- förebygga behovet av kompletteringar av läkarintyg.

Inledningsvis kan nämnas att de utvecklingsinsatser som Försäkringskassan genomför inom ramen för detta regeringsuppdrag avser förmånerna sjukpenning och rehabilitering.

I det här avsnittet beskrivs hur långt Försäkringskassan har kommit i arbetet och vad som planeras för de insatserna som återstår.

Socialstyrelsen genomför också insatser inom detta utvecklingsområde, vilka presenteras samlat i nästa kapitel.

Syftet med försäkringsmedicinskt beslutsstöd är tydliggjort

Försäkringskassan har tydliggjort syftet och användningen av det försäkringsmedicinska beslutsstödet i sjukpenninghandläggningen. Målet var att säkerställa att de handläggare och stödfunktioner⁷ inom Försäkringskassan som arbetar med sjukpenning och samordnad rehabilitering har rätt kunskaper om det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Detta redovisades i delrapporten [2] men återges även här.

Förtydliganden har arbetats in i Försäkringskassans vägledning *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* som publicerades i januari 2020. Där beskrivs hur det försäkringsmedicinska beslutsstödet är uppbyggt och att det har flera användningsområden för Försäkringskassans handläggare. Det kan användas som stöd för att avgöra om det medicinska underlaget är tillräckligt, i dialog med intygsskrivande läkare eller när det är aktuellt att tillsammans med den sjukskrivna planera för återgång i arbete. I vägledningen beskrivs också hur handläggaren ska förhålla sig om sjukskrivningstiden överskrider rekommendationerna eller om det anges flera diagnoser i läkarintyget, vilket kan indikera så kallad samsjuklighet. [3]

Socialstyrelsen fortsätter sitt arbete med att utveckla beslutstödet, vilket beskrivs mer ingående i nästa avsnitt. Försäkringskassan kommer också att fortsätta att utveckla stödet till sjukpenninghandläggningen i takt med att Socialstyrelsens arbete fortskrider. Ambitionen är att det kan bidra till en mer

⁷ Med stödfunktioner avses specialister, försäkringssamordnare, samverkansansvariga och försäkringsmedicinska rådgivare

kvalitativ, konstruktiv och enhetlig användning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet inom myndigheten.

DFA-kedjan är en analysmodell och inte villkor för rätt till sjukpenning

Riksdagen har i ett tillkännagivande till regeringen framfört behovet av att se över Försäkringskassans modell för försäkringsmedicinsk analys, den så kallade DFA-kedjan.⁸ Översynen ska avse handläggningen vid psykiatriska diagnoser och vid samsjuklighet.⁹

Försäkringskassan har utvecklat ett handlägningsstöd för hur DFA-kedjan ska användas vid värdering av uppgifter i läkarintyget. Detta redovisades i delrapporten men återges även här. [2]

I vägledningen *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* som publicerades i januari 2020 har Försäkringskassan tydliggjort vad DFA-kedjan är och hur den ska användas i sjukpenninghandläggningen. Den uppdaterades även i mars 2021 med ytterligare förtydliganden.

I vägledningen beskrivs att DFA-kedjan är ett stöd för att analysera hur den medicinska informationen i läkarintyget hänger ihop. En fullständig och logisk DFA-kedja är *inte* avgörande för om en person har rätt till sjukpenning utan en helhetsbedömning ska alltid göras. Det innebär att alla relevanta uppgifter i ärendet ska vägas in vid bedömningen, och inte bara de uppgifter som framkommer i läkarintyget. [3]

Även om DFA-kedjan redan har varit föremål för förtydligande så fortsätter Försäkringskassan att se över användandet av denna modell inom sjukpenninghandläggning eftersom den hänger samman med det pågående arbetet med att utreda vilken information som behövs i ett läkarintyg. Slutsatserna av den utredningen kommer sannolikt att innebära ytterligare förtydliganden eller revideringar av denna analysmodell.

Psykiatriska diagnoser och samsjuklighet

Det har framförts att DFA-kedjan inte är optimal vid psykiatriska diagnoser eftersom det kan finnas svårigheter för intygsskrivande läkare att beskriva en patients funktionsnedsättningar. Orsaken uppges vara bristen på undersökningsfynd vid läkarbesöket. [4] Försäkringskassan delar bilden av att det vid vissa sjukdomstillstånd kan vara svårt att ange undersökningsfynd.¹⁰ Däremot menar Försäkringskassan att DFA-kedjan fortsatt kan vara ett stöd i analysen av medicinska underlag vid psykiatriska diagnoser och samsjuklighet. Orsakssambandet mellan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning torde finnas i alla sjukdomstillstånd. Det finns heller inte, som nämnts ovan, något krav på att det ska finnas en DFA-kedja för att få rätt till sjukpenning. Utmaningarna handlar istället om vilka undersökningsfynd,

⁸ DFA står för diagnos (D), funktionsnedsättning (F) och aktivitetsbegränsning (A) och är begrepp som används i läkarintyget för sjukpenning.

⁹ Riksrevisionens rapporter om bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa och försäkringsmedicinskt beslutstöd 2018/19: Sfu13, rskr.2018/19:145. Socialförsäkringsutskottet. 2018/19

¹⁰ Läs mer under rubriken ”Kammarrättsdomar slår fast att undersökningsfynd inte är avgörande” längre ned i denna rapport

tester och observationer som är rimliga och möjliga att ange vid vissa psykiatriska eller försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser.

Det har blivit tydligare när det är aktuellt att komplettera

Denna utvecklingsinsats handlar dels om att stärka handläggarnas kompetens i att avgöra behovet av komplettering, dels se över hur breven för komplettering, kommunikering och beslut kan förbättras. Vad gäller utformningen av brevmallarna planerar Försäkringskassan en översyn och revidering med fokus på begriplighet, språk och tonalitet. I arbetet kommer såväl den försäkrades som hälso- och sjukvårdens mottagarperspektiv beaktas.

Vad gäller frågan om att värdera och ta ställning till behov av komplettering av det medicinska underlaget har Försäkringskassan tagit ett brett grepp där även möjligheten att komplettera vissa uppgifter med andra än intygsskrivande läkare har belysts. Mycket av detta har skett inom ramen för Försäkringskassans egeninitierade arbete med att förtydliga och utveckla utredningsskyldigheten. Det har varit en avgörande förutsättning för att kunna utveckla frågan om kompletteringsbehovet.

Försäkringskassans utredningsskyldighet har förtydligats

Hösten 2020 avslutades den översyn av Försäkringskassans utredningsskyldighet som myndigheten inledde ett halvår tidigare. Översynen har lett till en rad vidtagna åtgärder. Den rättsliga styrningen i frågor om utredningsskyldighet, bevisbörda och beviskrav har förtydligats och utvecklats. En närmare beskrivning av vilka åtgärder som har vidtagits inom detta område går att ta del av i Försäkringskassans svar på regeringsuppdraget om förbättrad kvalitet i ärenden om rätt till sjukpenning. [5]

Översynen, och de förtydliganden den lett till, har varit en nödvändig bottenplatta för de insatser som ska genomföras inom detta utvecklingsområde, framförallt i frågan om när det är aktuellt att komplettera ett medicinskt underlag. Här sammanfattas de tre viktigaste förtydligandena som har bäring på frågan om när det är aktuellt att komplettera.

Vikten av helhetsbedömningar

Det har tydliggjorts att alla relevanta underlag i sjukpenningärendet ska värderas och ingå i den helhetsbedömning som ska göras, inte bara uppgifter från läkarintyget. Om uppgifterna i ett läkarintyg i sig inte är tillräckliga för att bedöma arbetsförmågans nedsättning så kan läkarintyget ändå, tillsammans med övriga uppgifter i ärendet, vara tillräckligt vid en helhetsbedömning av allt relevant underlag.

Komplettera med andra än vården

Många gånger kan den försäkrade lämna den information som behövs eller utveckla vissa uppgifter i läkarintyget. Det innebär att en komplettering som berör medicinska frågor inte alltid behöver riktas till hälso- och sjukvården,

utan Försäkringskassan kan ibland även vända sig till den försäkrade och/eller till dennes arbetsgivare.

Utreda oklarheter

Att komplettera uppgifter för att få ett tillräckligt beslutsunderlag syftar till att säkerställa den försäkrades rättssäkerhet. Om läkarintyget inte ger tillräckliga uppgifter för att handläggaren ska kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning, behöver Försäkringskassan hämta in mer uppgifter, dvs. ärendet behöver utredas ytterligare.

Arbetet med att förtydliga vilken medicinsk information som behövs i läkarintyget

En central del i att förbättra samarbetet mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården är att det är tydligt *vilken* medicinsk information som behövs i läkarintyg för att kunna bedöma arbetsförmågans nedsättning och *varför* den behövs. Genom att Försäkringskassan förtydligar både inom myndigheten och för hälso- och sjukvården ökar förståelsen för, och transparensen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Bakgrunden till utvecklingsinsatsen är den analys som gjordes inom ramen för det tidigare regeringsuppdraget. Slutsatsen var att det finns ett behov av att tydliggöra vad ett läkarintyg för sjukpenning bör innehålla för att handläggare ska kunna göra en bedömning och för att minska kompletteringsbehovet. [1]

Försäkringskassan har därför åtagit sig att tydliggöra vad som behöver finnas i ett läkarintyg för att handläggaren ska kunna förstå och bedöma hur sjukdomstillståndet påverkar arbetsförmågan. I arbetet med insatsen väger myndigheten in hälso- och sjukvårdens förutsättningar att lämna de uppgifter som efterfrågas. Det ska också utredas och förtydligas på vilket sätt Försäkringskassan använder uppgifterna om observationer och undersökningsfynd i bedömningen av arbetsförmågans nedsättning, inte minst vid psykisk ohälsa och, vilket nämns i ändringen av regeringsuppdraget, i komplexa symtom- och kriteriebaserade diagnoser.¹¹ Syftet är att det ska bli tydligare för såväl hälso- och sjukvården som för Försäkringskassans sjukpenninghandläggare varför dessa uppgifter behövs och i vilka situationer.

Som beskrivits i delrapporten lägger det här arbetet grunden för en rad andra insatser inom detta utvecklingsområde [2]. Arbetet kan liknas vid en bottenplatta på vilka andra insatser kommer att vila.

Sedan förra årets delrapportering har arbetet med denna insats fortlöpt och flera viktiga åtgärder vidtagits under åren 2020 och 2021. Avsnittet sammanfattar vilket arbete som har bedrivits kopplat till denna utvecklingsinsats och vad som planeras framöver.

¹¹ Ändring av uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården, S2019/05192 (delvis). Socialdepartementet. 2021.

Uppgifter om undersökningsfynd inte avgörande

Försäkringskassan arbetar med att förtydliga vilken medicinsk information som behövs vid prövningen av rätten till sjukpenning. En av utgångspunkterna i arbetet är ett internt styrande dokument vilket bygger på ett antal kammarrättsdomar som meddelats under år 2018 och 2019.

Kammarrättsdomarna behandlar frågan om undersökningsfynd vid prövningen av rätten till sjukpenning, samt hur uppgifterna ska värderas. Eftersom det saknas vägledande avgöranden från Högsta Förvaltningsdomstolen har Försäkringskassan tagit ledning av kammarrättsdomarna i sin tillämpning.

Försäkringskassan konstaterar bland annat att vissa sjukdomstillstånd och besvär kan vara svåra att verifiera objektivt genom undersökningsfynd. Avsaknaden av ”objektiva” undersökningsfynd är inte avgörande för bedömningen av rätten till sjukpenning¹² En ansökan om sjukpenning ska därför inte avslås enbart av den anledningen. Försäkringskassan slår också fast att det ska göras en helhetsbedömning av på vilket sätt arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom genom att beakta alla relevanta uppgifter som framkommit i ärendet. [6] Dessa ställningstaganden har också beskrivits i vägledningen *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* som publicerades i januari 2020 [3] och i samband med det har det hållits nationella seminarier i frågan för alla stödfunktioner inom sjukpenninghandläggningen.

Fokus på begreppet ”funktionsnedsättning” och dess syfte

Försäkringskassan kan konstatera att det finns oklarheter kring vilken information som egentligen efterfrågas i fältet *Funktionsnedsättning* i läkarintyget för sjukpenning och varför den efterfrågas. Signaler kommer från hälso- och sjukvården och andra samverkansaktörer som önskar klargörande av hur Försäkringskassan använder sig av uppgifterna. Även inom myndigheten, och då framförallt avseende sjukpenning, förs en diskussion om begreppets innebörd. Fokus i arbetet har därför legat på att utreda vilken funktion denna uppgift fyller i bedömningen av arbetsförmågans nedsättning.

I fältet för funktionsnedsättning efterfrågas två typer av uppgifter. Dels vilka funktionsnedsättningar som följer av patientens sjukdom/diagnos, dels vilka observationer, undersökningsfynd och testresultat som ligger till grund för bedömningen. [7]

Begreppet funktionsnedsättning kommer från ICF¹³ och är inte synonymt med observationer, undersökningsfynd och testresultat [8]. Detta kan ha bidragit till oklarheter kring vilken information som egentligen efterfrågas och därmed också påverkat behovet av kompletteringar.

Arbetet med denna åtgärd fortsätter och fokuserar nu huvudsakligen på frågan om funktionsnedsättning i läkarintyget behöver omformuleras eller

¹² Det är kammarrätterna ifråga som använder begreppet ”objektiva undersökningsfynd”, inte Försäkringskassan. Myndigheten har redan år 2018 tydliggjort att begreppet inte ska användas. I dagens läkarintyg för sjukpenning efterfrågas uppgifter om ”undersökningsfynd, tester och observationer”.

¹³ Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

förtydligas. I det arbetet behöver en rad perspektiv och omständigheter beaktas. Exempelvis bygger hälso- och sjukvårdens stöd i sjukskrivningsfrågor (bl.a. försäkringsmedicinskt beslutsstöd och ICF ifyllnadsstöd) till viss del på begreppen och sambandet diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Dessa begrepp, och sambandet mellan dem (DFA-kedjan) betraktas som Försäkringskassans begrepp i sjukskrivningssammanhang, men används exempelvis som kliniskt verktyg inom vård och omsorg.¹⁴ Det ömsesidiga beroendet mellan aktörerna kräver att hänsyn tas till flera olika behov innan läkarintyget kan revideras.

Försäkringskassan fortsätter att utreda hur ICF kan användas i analysen av läkarintyget och i den medicinska utredningen. Olika sjukförsäkringsförmåner har olika försäkringsmedicinska frågeställningar och det behöver beaktas i läkarintygets utformning. Inom förmånerna sjukersättning och aktivitetsersättning har exempelvis ett stöd tagits fram för analysen av medicinska underlag utifrån ICF.

Försäkringskassan arbetar därför tillsammans med Socialstyrelsen och representanter från hälso- och sjukvården med att klargöra vilka uppgifter som behöver framgå och vilken funktion de har i bedömningen om arbetsförmågans nedsättning. Ett sådant klargörande ökar förutsättningarna för kompletta läkarintyg och en bättre dialog. Frågan om vilka uppgifter som bör finnas i ett läkarintyg kommer att förtydligas under nästkommande år, men det finns ytterligare behov av förankring och diskussioner innan det är aktuellt att vidta åtgärder gällande utformningen av intyget och dess anvisningar.

En arbetsprocess som syftar till att skapa dialog och samsyn

I arbetet med att utreda de centrala försäkringsmedicinska begreppens betydelse och funktion har Försäkringskassan inlett en process i syfte att testa de hypoteser och överväganden som utredningsarbetet resulterat i. Det ligger inom ramen för uppdraget att insatserna tas fram och genomförs i samråd och nära samarbete med såväl hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen. Båda myndigheterna har därför varit överens om att processen för att landa i vilka uppgifter som behövs i ett läkarintyg ska vara transparent, agilt och involvera flera kompetenser och perspektiv.

Försäkringskassan har under våren 2021 börjat ta fram ett handläggningsstöd, ett så kallat metodstöd, som beskriver vilka medicinska uppgifter som är centrala för att bedöma arbetsförmågans nedsättning. Det ska också ge sjukpenninghandläggarna stöd i hur uppgifterna ska värderas.

Deltagare i samrådsgruppen, Socialstyrelsen samt flera olika yrkesroller och avdelningar inom Försäkringskassan har sedan tagit del av utkastet. Synpunkterna på innehållet i metodstödet har sedan omhändertagits, vid behov utretts och förtydligats för att sedan åter lämnas till synpunktslämnarna. Innehållet och den slutliga utformningen av metodstödet sker alltså i växelverkan, utifrån de reflektioner, frågor och synpunkter som lämnats. Även uppföljande

¹⁴ ICF kan bland annat användas vid bedömning av behov, vid koppling av behandlingar till specifika tillstånd, vid arbetsbedömningar, rehabilitering, habilitering och utvärdering av resultat

möten med de som har lämnat synpunkter har bidragit till att frågorna kan diskuteras mer ingående.

Det är viktigt att denna fråga blir belyst ur flera olika perspektiv och att otydligheter tas om hand. Arbetet ska resultera i ett utvecklat handläggningsstöd men kan vid behov även ligga till grund för externa kommunikationsinsatser. Målet är att handläggningsstödet ska vara klart under våren 2022.

En fördjupad analys behövs för att kunna följa kompletteringar

Försäkringskassan har i samråd med Socialstyrelsen i ett annat regeringsuppdrag utrett förutsättningarna för att på ett systematiskt sätt kunna följa upp läkarintyg. Det finns flera möjliga syften med en sådan uppföljning där ett av syftena som identifierats är att följa kompletteringar. Genom att följa kompletteringar skulle underlag kunna tas fram för att i dialog mellan aktörerna identifiera behov av kompetenshöjande åtgärder hos Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. En sådan insats skulle kunna bidra till bättre beslutsunderlag i handläggningen samt att onödiga kompletteringar undviks, vilket frigör tid hos både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Utredningen av förutsättningarna att systematiskt kunna följa intyg har hittills visat att det i nuläget inte är möjligt för Försäkringskassan att få åtkomst till kompletta data gällande kompletteringar. Dels är det inte möjligt att på ett heltäckande och systematiskt sätt identifiera intygsutfärdaren på basis av identifieringskoden på intyget. Dels kan kompletteringar ske på flera olika sätt än genom den elektroniska informationsöverföringen.

Svaret på regeringsuppdraget gällande uppföljning av intyg gäller även frågan om förutsättningarna att följa kompletteringar. I detta svar framgår att förslaget att följa intyg och kompletteringar av läkarintyg är beroende av att både av att tekniska förutsättningar utvecklas för uppföljning och att en fördjupad analys görs av det samlade behovet och nyttan av uppföljning och aktörernas ansvar gällande detta. Försäkringskassan föreslår därför att en fördjupad analys genomförs med samtliga berörda aktörer. [9]

Utbildningsbehovet inom sjukpenninghandläggningen ses över

Studier som genomförts inom ramen för det tidigare regeringsuppdraget visar att Försäkringskassan har behov av att utveckla och upprätthålla sjukpenninghandläggarnas kompetens i att värdera informationen i medicinska underlag. Här ingår basal medicinsk kunskap, kunskap om olika tillstånd inom psykisk ohälsa samt andra försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser som de symptom- och kriteriebaserade diagnoserna. När det gäller kunskapsbehov avseende psykisk ohälsa har dialog också förts med experter inom området psykisk ohälsa och försäkringsmedicin. Samtalen bekräftar bilden av kunskapsbehovet och har gett viktiga inspel till möjliga åtgärder för att utveckla nödvändig kunskap hos Försäkringskassan och andra berörda aktörer.

Försäkringskassan kommer under hösten 2021 att göra en översyn av utbildningsbehovet inom sjukpenninghandläggningen både för handläggare och stödfunktioner vilken kommer att utgöra underlag för att utforma nya utbildningar. Vid utformningen av utbildningarna kommer jämställdhetsperspektivet att beaktas.

Läkarintyget kan komma att revideras

Som ett led i att klargöra vilken medicinsk information som behövs, ansvarar Försäkringskassan även för att se över hur läkarintyget för sjukpenning kan utvecklas. Utvecklingsinsatsen syftar på kort sikt till att utreda vilka utvecklingsbehov som finns och därmed ha ett underlag för ett fortsatt utvecklingsarbete tillsammans med Socialstyrelsen och hälso- och sjukvården. Arbetet kommer till stor del att bygga på de slutsatser och förtydliganden som görs inom ramen för utvecklingsinsatsen *Förtydliga vilken medicinsk information som behövs i läkarintyget*. Att göra en översyn handlar också om att identifiera oklarheter och problem kopplade till läkarintyget som hälso- och sjukvården upplever. Målsättningen är att läkarintyget ska utformas så att det

- är tydligt för läkaren vilken information som behövs
- underlättar läkarens uppgiftslämnande
- ökar Försäkringskassans förutsättningar att förstå informationen i intyget
- följer Socialstyrelsens föreskrifter på området

Försäkringskassan kommer att avvakta slutsatserna från andra insatser inom detta utvecklingsområde, exempelvis arbetet med vad ett läkarintyg bör innehålla, för att kunna ta ställning till hur läkarintyget bör utformas för att vara mest ändamålsenligt. Målet är att kunna påbörja en eventuell process för att revidera läkarintyget under våren 2022.

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd kan på sikt integreras i Försäkringskassans handläggningssystem

Försäkringskassan har utrett om det finns behov av och förutsättningar för att integrera det försäkringsmedicinska beslutsstödet i myndighetens handläggningssystem för sjukpenning och rehabilitering. För närvarande pågår en omfattande utveckling av handläggningssystemet. Det är inte aktuellt att på kort sikt integrera ytterligare komponenter i det befintliga systemet av kapacitets-skäl. Ett större, långsiktigt grepp kommer att tas gällande utformningen av det nya handläggningsstödet som även kan innebära integrering av bedömningsstöd och andra kunskapskällor. För vissa andra förmåner inom sjukförsäkringen har en teknisk lösning utvecklats och en partiell integrering skett avseende psykiatriska diagnoser och erfarenheterna från detta är positiva.

Bättre stöd och utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete

Syftet med insatserna är att erbjuda ett bättre stöd och att utveckla hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Detta ska:

- underlätta dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och deras dialog med individen
- bidra till en mer ändamålsenlig och god sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

I det här avsnittet beskrivs Socialstyrelsens arbete med att ge bättre stöd för att utveckla hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Även vissa av Försäkringskassans insatser underlättar hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete, men dessa presenteras inom det första utvecklingsområdet.

Utgångspunkten är den strategiska utvecklingsplanen

I juni 2020 beslutade Socialstyrelsen om en strategisk utvecklingsplan för hur myndigheten i egenskap av kunskapsmyndighet kan stödja och utveckla hälso- och sjukvården i arbetet med försäkringsmedicin. Det yttersta målet i utvecklingsplanen är att Socialstyrelsens stöd inom försäkringsmedicin ska göra skillnad för god vård och hälsa. Åtgärder i form av sjukskrivning eller insatser som stödjer återgång i arbete är en viktig del av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete och Socialstyrelsens stöd ska bidra till en god rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess. I utvecklingsplanen beskrivs sex prioriterade utmaningsområden i hälso- och sjukvårdens arbete:

- Samspelet med individen
- Psykisk ohälsa och samsjuklighet
- Försäkringsmedicinskt arbetssätt
- Intygshantering
- Samverkan
- Rehabilitering

Utifrån Socialstyrelsens instruktion¹⁵ lyftes fem insatsområden fram för att stödja och utveckla hälso- och sjukvårdens arbete: *Nationell samverkan, kunskapsstöd, föreskrifter, uppföljning och utvärdering* samt *termer, begrepp, klassifikationer och informationsstruktur*. Socialstyrelsens utveckling av sitt

¹⁵ Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Socialdepartementet. 2015.

stöd inom nämnda insatsområdena ska stödja hälso- och sjukvården i att hantera utmaningsområdena ovan. Insatsområdena är beroende av varandra för att fungera effektivt och göra skillnad för god vård och hälsa. Uppföljningen av hälso- och sjukvårdens arbete bör avspegla det som rekommenderas i kunskapsstödet, men för att uppföljning ska vara möjligt krävs bra och enhetliga termer, begrepp, klassifikationer och informationsstruktur.

Utveckling av försäkringsmedicin mot God vård och hälsa



1 Visualisering av hur olika kunskapsstyrningsinsatser samverkar för att bidra till utveckling av hälso- och sjukvården. Modellen kallas också för kunskapsstyrningshjulet.

I utvecklingsplanen beskrivs även framgångsfaktorer för utvecklingen, där en central del är att utvecklingen behöver drivas med fokus på den nytta som skapas för individen och att individen är medskapare i sin egen process. Stödet behöver också utformas utifrån användarens behov och de möjligheter som digitaliseringen skapar. Socialstyrelsen är en del av ett system och myndigheten behöver samarbeta och samordna sina insatser med andra för att skapa nytta ur ett helhets- och systemperspektiv.

Inriktningen i den strategiska utvecklingsplanen ligger till grund för de insatser som Socialstyrelsen genomfört inom detta regeringsuppdrag. [10]

Utveckling av försäkringsmedicinskt kunskapsstöd

Det försäkringsmedicinska beslutstödet (FMB) består idag av två delar, övergripande principer och beslutsstöd för ca 120 olika sjukdomar och skador. Socialstyrelsen arbetar med att integrera de två delarna till ett digitalt försäkringsmedicinskt kunskapsstöd (FMK) som innefattar stöd både i generella försäkringsmedicinska frågor och vid specifika sjukdomar och andra hälsotillstånd. Utvecklingen av det försäkringsmedicinska kunskapsstödet sker i etapper där den största förändringen presenteras i samband med att en ny webbplats för kunskapsstödet lanseras under 2022.

Kartläggning av målgruppernas behov

Utvecklingen av kunskapsstödet, både den generella delen och delen som handlar om sjukdomar och andra hälsotillstånd, har utgått från Socialstyrelsens prioriterade målgruppers behov. Dessa är läkare och rehabiliteringskoordinatorer inom hälso- och sjukvården samt sjukpenninghandläggare på Försäkringskassan. Intervjuer och workshops har genomförts med metoden tjänstedesign för att fånga dessa gruppers behov av stöd.

En första övergripande kartläggning

Hösten 2019 genomfördes en första kartläggning av vilka behov målgrupperna har av stöd, kunskap och information inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Kartläggningen resulterade i övergripande insikter kring målgruppernas behov av stöd. I delrapporten till detta regeringsuppdrag beskrevs det mer utförligt vad som framkom i den kartläggningen.

Huvudinsikterna var att en majoritet av de intervjuade läkarna såg arbetet med sjukskrivning- och rehabilitering som en betungande arbetsuppgift och att tillräckliga resurser och kunskap saknades för att kunna genomföra ett tillfredsställande arbete. Kommunikationen kring läkarintyg, kompletteringar och bristfällig samverkan med Försäkringskassan var de faktorer som främst nämndes som problematiska. Stöd från andra roller inom hälso- och sjukvården underlättade dock arbetet och efterfrågades i högre utsträckning, till exempel multiprofessionella team med fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer samt stöd från rehabiliteringskoordinatorer.

Sjukpenninghandläggarna upplevde också att arbetsbördan hade ökat i och med ett ökat inflöde av läkarintyg och därmed också ett ökat behov av att begära och ta emot kompletteringar från hälso- och sjukvården.

Analysen visade att kunskapen om det försäkringsmedicinska beslutstödet var god men det användes i högre utsträckning inom Försäkringskassan än inom hälso- och sjukvården. Synen på hur försäkringsmedicinskt beslutsstöd ska användas skiljde sig åt mellan de intervjuade målgrupperna vilket ofta togs upp som ett problem för dialogen och samverkan. Dessutom framkom att målgrupperna önskade ett bättre stöd i FMB för att kunna hantera och bedöma behovet av sjukskrivning och rehabilitering vid samsjuklighet, komplexa fall och psykisk sjukdom samt stöd i risker med sjukskrivning. [11]

Fördjupad kartläggning

Under hösten 2020 arbetade Socialstyrelsen med att vidareutveckla informationsinnehållet i kunskapsstödet med avstamp i de tidigare insikterna. Idéer testades med målgrupperna och konceptförslag togs fram.

Det övergripande konceptförslaget som togs fram, handlade om att utveckla främst två områden. Det ena området gällde att höja den allmänna kunskapen i försäkringsmedicin i form av till exempel vidareutbildningar. Det andra området gällde att vid utvecklingen av det befintliga försäkringsmedicinska beslutsstödet, utgå från hälso- och sjukvårdens hela försäkringsmedicinska arbetsprocess. Tre olika faser identifierades i hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning, som kan användas som utgångspunkt i utvecklingen av det nya stödet. En av dessa delar var att det försäkringsmedicinska kunskapsstödet bör kunna ge stöd tidigt i sjukskrivningsprocessen, innan beslut om sjukskrivning fattas. Idag används FMB främst vid själva sjukskrivningstillfället, vilket minimerar möjligheterna till stöd vid till exempel förebyggande av sjukskrivning. Det framkom också att det främst är de diagnosspecifika rekommendationerna som används. [12]

Socialstyrelsen arbetar nu med att se hur såväl de generella delarna som delen som handlar om sjukdomar och andra hälsotillstånd bäst presenteras för myndighetens användare på Socialstyrelsens webbplats och andra visningsytor. Ambitionen att bättre stödja hälso- och sjukvården utifrån deras process, men samtidigt även säkerställa andra aktörers vägar in i kunskapsstödet. Nedan beskrivs mer om utvecklingen av de två delarna av det försäkringsmedicinska kunskapsstödet.

Utveckling av en försäkringsmedicinsk vägledning

Den del av det nuvarande försäkringsmedicinska beslutsstödet som kallas *Övergripande principer för sjukskrivning* ska utvecklas till att erbjuda både en bredare och en mer fördjupad försäkringsmedicinsk vägledning. Syftet är att ge kunskapsstöd främst till målgrupper inom hälso- och sjukvården, men även att stödet ska vara användbart för andra aktörer inom det försäkringsmedicinska området. Genom ett förbättrat kunskapsstöd om de generella delarna inom försäkringsmedicin, är målet att bidra till en god och effektiv sjukskrivningsprocess.

Utöver kartläggningen av målgruppernas behov, beskrivet ovan, har en förstudie genomförts för att identifiera inom vilka områden det generella stödet skulle behöva utvecklas. Förstudien genomfördes via intervjuer, workshops och en viss begränsad litteraturgenomgång. I förstudien undersöktes dessutom vilka digitala förutsättningar som fanns för utvecklingen av de övergripande principerna.

Sammanfattningsvis har tretton olika områden identifierats inom vilka det nya försäkringsmedicinska kunskapsstödet skulle kunna utvecklas. Men även de tidigare övergripande principerna kommer att ges plats i det nya stödet.

Kunskap och information kring de olika identifierade områden som de generella delarna i det nya FMK ska ge stöd i tas för närvarande fram och en första version av kunskapsstödet kommer att gå på remiss under hösten 2021. Nedan beskrivs några av de områden där stöd kommer att ges.

Principiellt stöd vid samsjuklighet för rättssäkert intygande
Samsjuklighet är vanligt förekommande vid långtidssjukskrivningar och i dagens FMB ges det inte tillräckligt stöd i dessa situationer. En sjukskrivningsprocess kan komma att bli mer komplex vid samsjuklighet, och om stöd ges på ett principiellt sätt skulle det kunna bidra både till en bättre sjukskrivningsprocess, och till ett mer rättssäkert intygande vid sjukskrivning.

Stöd vid sjukskrivning för psykiska diagnoser

Psykiska diagnoser är den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Det nya kunskapsstödet kommer att ge stöd inom en rad områden vad gäller psykisk sjukdom och sjukskrivning. Det kan gälla beskrivning av psykiatrisk status- tagning i en försäkringsmedicinsk kontext, förståelsen av psykisk ohälsa i relation till socialförsäkringen, samsjuklighet, risker med diagnosglidningar och stöd i hantering av det stigma som fortfarande föreligger vid psykiska diagnoser.

Förtydliganden av olika aktörers roller och ansvar

Stödet kring samverkan handlar till stor del om att i de generella delarna belysa de olika aktörernas roller och ansvar i olika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vissa åtgärder som olika aktörer genomför i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan förväxlas, exempelvis arbetsgivarens plan för återgång i arbete, planering för sjukskrivning och arbetsåtergång från hälso- och sjukvården och Försäkringskassans rehabiliteringsplan. Sådana skillnader ska därför tydliggöras i kunskapsstödet i syfte att förtydliga olika ansvarsförhållanden i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förtydligar processen.

Stöd för att underlätta jämlikhet i sjukskrivningsprocessen

Vad gäller jämlikhet kommer flera aspekter att belysas i kunskapsstödet ur hälso- och sjukvårdens perspektiv. Dels är det viktigt att sjukskrivningsprocessen blir tydlig och förståelig för samtliga grupper i samhället. Det kan ha stor betydelse för ett jämlikt resultat av processen. Därför kommer Socialstyrelsen att försöka belysa hur sjukskrivningsprocessen ser ut för individen i det nya kunskapsstödet (läs mer under rubriken *Kartläggning av individens process*). Detta kan också vara till stöd för läkaren och andra aktörer i sjukskrivningsprocessen.

Dels finns det individer i samhället som inte erhåller sjukpenning vid nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom. Det kan gälla dem som inte har fått en definierad diagnos, saknar SGI, eller inte bedöms ha nedsatt arbetsförmåga i sådan utsträckning att det ger rätt till sjukpenning, men ändå inte klarar av att arbeta på grund av sitt tillstånd. Ur vårdens jämlikhetsperspektiv är det betydelsefullt att kunna möta allas behov på ett kunskapsbaserat sätt. [13]

Stöd till hälso- och sjukvården om informationen i läkarintyget

En utmaning i samarbetet mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har varit förståelsen för vad det är för uppgifter som ska lämnas i intyget, varför Försäkringskassan behöver dessa uppgifter och hur de används. Att förtydliga detta är en av Försäkringskassans utvecklingsinsatser inom detta regeringsuppdrag (se avsnittet *Förtydliga vilken medicinsk information som*

behövs i läkarintyget). Socialstyrelsens utgångspunkt i denna fråga är att ge hälso- och sjukvården stöd i vilken information det är som Försäkringskassan behöver och varför i syfte att öka tydligheten och förutsättningarna för en bättre dialog. Myndigheten för kontinuerligt en dialog med Försäkringskassan och representanter för hälso- och sjukvården för att detta ska tydliggöras och bevakar särskilt frågan om vilka uppgifter som hälso- och sjukvården har förutsättningar att lämna.

Utveckling och förvaltning av sjukdomar och andra hälsotillstånd

De huvudsakliga utgångspunkterna för utvecklingsarbetet är att stödet vid sjukdomar och andra hälsotillstånd¹⁶ ska bidra till att:

- utredningar, bedömningar, rekommendationer om sjukskrivning och rehabiliteringsinsatser ska utföras i enlighet med god vård
- underlätta dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården samt professionernas dialog med patienten
- stärka förståelsen och delaktigheten för individen

Socialstyrelsen har i utvecklingsarbetet kartlagt den information som finns från tidigare genomförda granskningar och rapporter om målgruppers behov av stöd när det gäller diagnosspecifik information. Dessa kunskaper har sedan fördjupats i arbetet med att kartlägga målgruppernas behov (beskrivet ovan). Därefter har en intern rapport tagits fram där målgruppernas behov beskrivs och olika förslag analyseras (rapporten beslutas under oktober/november 2021).

Socialstyrelsen kommer under hösten 2021 väga samman och prioritera bland dessa utvecklings- och förvaltningsförslag med de övriga utvecklingsinsatserna inom det försäkringsmedicinska området. Nedan är en sammanfattning av några av insikterna och förslagen.

Behåll befintligt innehåll och säkerställ att stödet är uppdaterat

Det diagnosspecifika stödet som finns idag är uppskattat men man efterfrågar fördjupat stöd vid samsjuklighet och andra försäkringsmedicinskt komplexa fall. Utgångspunkten för det fortsatta arbetet är därför att behålla stora delar av befintliga rubriker och innehåll men att också se över möjligheten till fördjupat stöd, vilket beskrivs nedan.

Det sågs också som mycket viktigt att den diagnosspecifika delen i kunskapsstödet är uppdaterad utifrån aktuell kunskap för att det ska användas. Socialstyrelsen arbetar med att upprätta en förvaltnings- och utvecklingsplan för att säkerställa att alla diagnosgrupper inom stödet är uppdaterade utifrån aktuellt kunskapsläge.

Under 2021 har Socialstyrelsen arbetat med att uppdatera det diagnosspecifika stödet inom rörelseorganens sjukdomar och inom skador och olycksfall. Rörelseorganen är det näst största diagnosområdet, efter psykiatriska diagnoser, med tillstånd som utgör orsak till sjukskrivning. Stöd omfattar 22

¹⁶ Det som idag benämns som beslutstöd för olika sjukdomar och skador eller diagnosspecifikt stöd.

olika beslutstöd och ett stort antal diagnoser. Uppdateringen är planerad vara klar i december 2021.

Säkerställ individuella bedömningar

Läkare har beskrivit att det finns ett behov av att ytterligare tydliggöra för Försäkringskassans sjukpenninghandläggare att bedömningen av arbetsförmåga ska ske individuellt utifrån individens unika förutsättningar och att det försäkringsmedicinska beslutstödet endast är en rekommendation. Försäkringskassan har i vägledning (2015:1) *Sjukpenning rehabilitering och rehabiliteringsersättning*, som publicerades den 1 januari 2020, förtydligat hur försäkringsutredarna ska använda det försäkringsmedicinska beslutstödet [3] (läs mer under rubriken *Syftet med försäkringsmedicinskt beslutstöd är tydliggjort*). För att ytterligare tydliggöra för användarna hur beslutstödet ska användas planerar Socialstyrelsen att bättre synliggöra detta på den nya webbplatsen för kunskapsstödet och i samband med lanseringen ta fram ett implementeringsmaterial till hälso- och sjukvården och Försäkringskassan där bland annat detta beskrivs.

Diagnosspecifikt stöd vid samsjuklighet

Läkare och sjukpenninghandläggare har uttryckt önskemål om beslutstöd för vanliga kombinationer av diagnoser. I dialog med representanter från hälso- och sjukvården har det identifierats en del risker med en sådan utformning, bland annat risken att underminera de individuella bedömningarna.

Det finns fördelar och nackdelar med att ta fram ett diagnosspecifikt stöd vid samsjuklighet. För att kunna utvärdera dessa finns förslag att genomföra ett försök med att ta fram ett beslutsstöd för en kombination av två diagnoser. Vid ett sådant test kan Socialstyrelsen, tillsammans med medicinska experter, uppmärksamma om det finns utmaningar i framtagandet och också testa stödet på målgrupper för att få deras inspel.

Åtgärder för återgång i arbete eller annan sysselsättning

Det har framkommit önskemål om att utveckla ett stöd för återgång i arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för sjukdomar som är mer försäkringsmedicinskt komplexa och där det finns risk för längre sjukskrivningar. Socialstyrelsen arbetar därför med att utveckla det befintliga stöd som finns i FMB idag när det gäller rehabilitering och åtgärder för återgång i arbete. De delar som förtydligas är bland annat stödet kring vilka arbetsmoment som kan vara svåra att utföra, behovet av anpassning av arbete eller ergonomisk arbetsplatsbedömning inför återgång i arbete och när det kan vara aktuellt med insatser som rehabiliteringskoordinering eller multimodalrehabilitering.

Behov av utveckling av interna processer

I arbetet har Socialstyrelsen uppmärksammat behov av att tydliggöra myndighetens interna processer för att ta fram försäkringsmedicinska kunskapsstöd för sjukdomar och andra hälsotillstånd. Myndigheten ska bland annat arbeta vidare med att säkerställa att instruktionerna för att ta fram kunskapsstöd är tydligare så att innehållet under rubrikerna i de olika kunskapsstöden blir mer enhetligt utformade för att underlätta för användarna.

I Socialstyrelsens interna arbete kring jämställdhetsfrågor har det tidigare uppmärksammats behov av att säkerställa jämställdhetsaspekter vid framtagandet av beslutstöd vid specifika sjukdomar eller skador. Myndigheten har tidigare utvecklat en granskningsmall för jämställdhetsperspektivet vid framtagandet av nya beslutstöd. Mallen inrymmer dock inte alla de perspektiv som är relevanta idag och ett förslag är att Socialstyrelsen ska se över mallen och uppdatera den för att även i framtiden säkerställa jämställdhetsperspektivet vid framtagandet av nya beslutstöd eller vid uppdatering av befintliga stöd.

Termer, begrepp, klassifikationer och informationsstruktur

Socialstyrelsen utvecklar sitt stöd till hälso- och sjukvården på det försäkringsmedicinska området bland annat genom begrepp, termer, klassifikationer och informationsstruktur. Eftersom flera aktörer verkar inom det försäkringsmedicinska området är det önskvärt att aktörerna har samsyn kring begrepp och deras betydelse och om de olika aktörernas roller och ansvar. Utvecklingen inom detta stödområde kan just bidra till en effektivare kommunikation och samverkan mellan aktörerna, underlätta informations- och inlytningsshanteringen samt öka patientsäkerheten.

Förutsättningarna för ett gott samarbete kan ytterligare förbättras genom att visualisera den sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i vilken aktörerna verkar och individen befinner sig. Genom visualiseringen möjliggörs att aktörerna ser "samma sak" istället för att varje aktör var för sig har en egen bild av processens utformning och innehåll. Med en gemensam process skapas även möjligheten att se den i perspektivet av ett helt system där varje aktör bidrar med sina delar men med ett gemensamt mål.

Individens process visualiseras och begrepp tydliggörs

Socialstyrelsen har initierat ett arbete som syftar till att applicera ett systemsynsätt inom försäkringsmedicin i allmänhet och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i synnerhet. Detta görs genom en processkartläggning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med utgångspunkt från den statliga utredningen *Tillsammans för en väl fungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* definition av början, slut och syfte med processen.¹⁷

[14] Dessutom har Socialstyrelsen påbörjat en begreppsutredning, sammanställning av en försäkringsmedicinsk ordlista samt sammanställning och kodning av ett urval av åtgärder för arbetsåtergång.

¹⁷ Utredningen beskriver början, slut och syfte så här: Att det med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska avses den process som börjar då individens arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom och pågår till dess att individen återfått arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller kan söka, arbete eller då det konstateras att arbetsförmåga inte kan återfås. Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte ska vara att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.

Kartläggning av individens process

Under 2020 genomförde Socialstyrelsen en förstudie inom området begrepp, termer, klassifikationer och informationsstruktur inom försäkringsmedicin. I förstudien uppmärksammades behovet av att fram en processbeskrivning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har flera aktörer. Givet att det inte finns någon tydligt definierad beskrivning kan dessa variera beroende på hur man tolkar processen, men centrala aktörer bör ofta vara individen, sjukskrivande läkare, Försäkringskassans sjukpenninghandläggare och individens arbetsgivare. Aktörernas agerande i processen sker ofta i ”separata rör” och därmed saknas ett helhetsperspektiv. Enligt ett systemsynsätt uppstår då effektivitetsförluster¹⁸ som framförallt drabbar individen. Ineffektivitet kan även uppstå i gränssnitten mellan aktörer och deras ansvar/uppdrag, exempelvis genom att det är oklart vem som ansvarar för vad. Detta kan orsaka en försämrad dialog mellan aktörerna.

Utgångspunkten för Socialstyrelsens processkartläggning är individens ”resa” genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där viktiga händelser och involverade aktörer identifieras. Detta förväntas leda till större förståelse för processen, en mer förutsägbar process för individen och grund för stärkt samverkan och fortsatt dialog mellan processens aktörer. Processkartläggningen kan också utgöra ett stöd när det gäller att identifiera så kallade flaskhalsar eller skav inom processen vilket kan utgöra ett stöd för verksamhetsutveckling samt ledning och styrning.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen används ofta som ett (1) begrepp men det handlar snarare om två olika processer som ibland sammanfaller.¹⁹ Socialstyrelsen kommer därför i visualiseringen av individens process att förtydliga vilka aktiviteter som kan hänföras till respektive process.²⁰ [15]

Begreppsutredning och försäkringsmedicinsk ordlista

Tidigare studier och utredningar har påvisat att en avsaknad av gemensamt språk för hälso- och sjukvården och Försäkringskassan vid sjukskrivning och rehabilitering leder till svårigheter i kommunikationen mellan aktörerna [1] [11]. Genom utveckling av terminologi och klassifikationer kan Socialstyrelsen bidra till att parterna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen använder ett språk som alla inblandade förstår och att de begrepp som används har samma innebörd för alla aktörer.

I ovan nämnda förstudie inom området begrepp, termer, klassifikationer och informationsstruktur inom försäkringsmedicin gjordes en sammanställning av termer och begrepp som saknade entydiga definitioner eller vars definitioner var otydliga. Flera av de termer och begrepp som behöver definieras

¹⁸ Se exempelvis innovationsrådets beskrivning: <https://www.innovationsradet.se/innovation/>

¹⁹ Enkelt förklarar man kan säga att de processer som avses är sjukskrivningsprocessen där målet för individen är att få ekonomisk ersättning för den tid man inte kan arbeta på grund av sjukdom (och därefter återfå arbetsförmåga och komma åter i sysselsättning) samt rehabiliteringsprocessen som syftar till att individen ska genomgå de åtgärder som krävs för att återfå funktion. Ofta följer det ena av det andra men så är inte alltid fallet. Och inom dessa processer kan aktörer utföra en uppgift med syfte att uppnå det ena målet eller det andra eller båda.

eller förtydligas är åtgärder inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Ett begrepp som identifierades var rehabilitering där både dess huvudsakliga definition, men även underkategorier av begreppet, ansågs tvetydiga. Begreppet är centralt i processen men är svår att definiera bland annat beroende på att olika aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen lyder under olika lagstiftningar som i sin tur definierar rehabilitering på olika vis. Begreppet rehabilitering har även fått en innehållslig ”glidning” över åren där nya definitioner som teknisk och psykologisk rehabilitering har tillkommit och överlappat de tidigare definitionerna av rehabilitering som utgick från myndigheters ansvar; social, medicinsk och arbetslivsinriktad.²¹ [16]

Vid sidan av begreppsutredningen av rehabilitering görs även ett arbete med att sammanställa försäkringsmedicinska begrepp, som redan är väl definierade eller kan definieras genom mindre utredningar, i en ordlista. Socialstyrelsen ser en vinning i att centralt ansvara för förvaltning av en sådan ordlista istället för att samma arbete görs på flera håll inom olika regioner eller organisationer.

Kodning av åtgärder för arbetsåtergång

Socialstyrelsen genomförde under 2020 ett uppdrag för att klargöra om den så kallade insatsförteckningens innehåll kunde integreras i myndighetens verktyg för begrepp, termer och klassifikationer. Insatsförteckningen sammanställdes inom ramen för projektet *Stöd för rätt sjukskrivning*²² 2016 och innehåller ett utkast till en förteckning av insatser som syftar till återgång i arbete eller annan sysselsättning. Socialstyrelsen kom fram till att innehållet i förteckningen är värdefullt att vidare med och har därför under 2021 påbörjat ett arbete med att sammanställa och koda ett urval av åtgärder för arbetsåtergång enligt Snomed CT²³ och/eller klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).²⁴ [17] Åtgärderna inbegriper både åtgärder som hälso- och sjukvården ansvarar för och åtgärder som utförs i samverkan mellan olika aktörer.

Dialog och samarbete med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kring detta kommer att ske under hösten 2021. Målet på sikt är att aktörerna inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska vara överens om vad de olika åtgärderna innebär samt att de olika aktörerna använder samma begrepp för samma sak. Kodningen kommer också att underlätta uppföljning av det försäkringsmedicinska arbetet.

²¹ Enligt förarbetena till den så kallade rehabiliteringsreformen omfattade rehabilitering följande: ”Med medicinsk rehabilitering avses att återställa eller förbättra grundläggande funktioner, något som den allmänna sjukvården ansvarar för. Den sociala rehabiliteringen omfattar åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter och är främst en fråga för kommunens socialtjänst. Kommunerna har också ansvar för att missbrukare får den vård och hjälp som de behöver. Den yrkesinriktade rehabiliteringen ligger inom arbetsmarknadsorganens ansvarsområde och innefattar t.ex. arbetsprövning, arbetsträning, fördjupad vägledning, och arbetsmarknadsutbildning”

²² Projektet Stöd för rätt sjukskrivning har utrett, utvecklat och testat ett IT-baserat bedömningsstöd som kan användas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

²³ Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat att användas i elektroniska informationssystem och är översatt till svenska. Snomed CT syftar till att göra den kliniska dokumentationen inom hälso- och sjukvården enhetlig, entydig och ändamålsenlig. Den ger förutsättningar för att information kan kommuniceras och överföras mellan system med bibehållen betydelse.

²⁴ KVÅ är en klassifikation av vårdåtgärder inom hälso- och sjukvården och rapporterade koder ger underlag till en statistisk beskrivning av vårdens innehåll.

ICF ger en struktur och ett gemensamt språk

Socialstyrelsen har sedan 2016 arbetat med att beskriva information om funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i FMB med stöd av ICF.²⁵ Arbetet har bland annat resulterat i ett ifyllnadsstöd med ett urval av kategorier för funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar för respektive diagnos i FMB. Dessa urval kan läkaren ta hjälp av vid intygsutfärdandet för sjukpenning och finns digitalt i regionernas system för intyg, till exempel Webcert.

Urvalen underlättar för läkaren att välja kategorier och att i fritext beskriva vilka konsekvenser sjukdomen får i relation till individens arbete/sysselsättning. ICF erbjuder en struktur och ger användarna ett gemensamt språk som också kan användas i strukturerad digital vårdokumentation för att minska dubbeldokumentation. En tydlig beskrivning av individens nedsättning av arbetsförmågan i läkarintyget underlättar också för Försäkringskassan att bedöma rätten till sjukpenning.

Socialstyrelsen har under 2020 och kommer framöver att fortsätta att utveckla stödet till hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete vid sjukdomar och andra hälsotillstånd, där beskrivning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning ingår.

Vidareutveckling på flera områden

Socialstyrelsen har identifierat flera olika utvecklingsinsatser för att underlätta för läkare att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar i relation till individens arbete/sysselsättning.

Det finns behov av ytterligare information till personal inom hälso- och sjukvård och andra aktörer om att ICF-stödet finns och hur det kan användas. Socialstyrelsen kommer därför att genomföra informations- och kommunikationsinsatser, vilket kan ske i samarbete med Inera, SKR med flera. Ett specifikt informationsmaterial har även tagits fram och kommer att integreras med övriga utvecklingsinsatser i samband med övergången till ett försäkringsmedicinskt kunskapsstöd (FMK), samt anpassas till den nya webbplatsten.

Det finns även behov av utbildning om ICF och ICF-stödet. Arbetet startar hösten 2021 med en förstudie om hur målgruppsanpassade utbildningar för framförallt sjukskrivande läkare och andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården ska utformas. Därefter kommer utbildningar att tas fram.

För att göra ICF-stödet mer individualiserat och träffsäkert behöver läkare ges möjlighet att ange svårighetsgraden av funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar. Myndigheten har tillsammans med Inera tagit fram olika lösningar för att kunna gradera problem respektive svårigheter och även välja ICF-kategorier på olika nivåer i Webcert. Anges svårighetsgraden bidrar det till möjligheten för hälso- och sjukvården att följa upp om givna insatser gett effekt, det vill säga om svårighetsgraden minskar. Det fortsatta arbetet fokuserar på att genomföra användartester för att utvärdera denna del.

Socialstyrelsen har dessutom gjort en sammanställning av de mest använda ICF-kategorierna för funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar i

²⁵ Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).

FMB. Detta urval av ICF-kategorier kan användas för att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar i ett generellt beslutsstöd för sjukdomar som inte finns i FMB idag eller för sjukdomar och andra tillstånd som är försäkringsmedicinskt komplexa (läs mer under rubriken *Utveckling av de generella delarna av försäkringsmedicinskt kunskapsstöd*).

Socialstyrelsen har i sina utvecklingsinsatser uppmärksammat behovet av att samverka med andra aktörer (exempelvis Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och det nationella programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin) gällande om ICF skulle kunna vara en gemensam referensram för att beskriva hälsa med fokus på arbetsförmåga. Myndigheten kommer att föra fortsatta dialoger med dessa aktörer.

Informationsstruktur för intyg som effektiviserar hälso- och sjukvårdens arbete

Socialstyrelsen utvecklar en generell informationsstruktur för intyg. Informationsspecifikationen kommer att beskriva struktur och begrepp för återkommande intygsinformation i ett antal intyg som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) äger. Syftet är att stödja en strukturerad och enhetlig informationshantering vilket skapar förutsättningar för att mer information kan hämtas strukturerat från hälso- och sjukvårdens journalsystem till intyg. Detta kan minska dubbeldokumentation, effektivisera hälso- och sjukvårdens arbete, öka patientsäkerhet och ge bättre förutsättningar för att följa upp både nationellt och lokalt. Dessutom kan arbetet bidra till ökad kvalitet på utfärdade intyg i och med att all relevant journalinformation tas fram som underlag till intygsifyllaren. Därmed missas ingen tidigare känd information och intygifyllaren kan istället fokusera tid på den information som är ny och svårbedömd. Arbetet kan på sikt även bidra till bättre samordnade och mer enhetligt utformade intyg.

Under 2020 genomförde Socialstyrelsen en förstudie gällande informationsstruktur för intyg som visade att det finns förutsättningar och behov av att skapa en generell informationsspecifikation för intyg. [18] I enlighet med förslaget från förstudien utvecklar nu Socialstyrelsen i samverkan med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKR/Inera AB under 2021 en generell informationsspecifikation för intyg av gemensamma informationsmängder som fler intygsälgande aktörer efterfrågar. I arbetet ingår bland annat läkarintyg för sjukpenning FK 7804. Utvecklingen av informationsspecifikationer för respektive intyg samt specifikationer för ifyllnadsstöd planeras vara klart i en första version i december 2021 med fortsatt utveckling därefter.

Uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete

Behov av uppföljningsmått

Hälso- och sjukvården är en viktig aktör i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och behovet av att följa upp hälso- och sjukvårdens arbete inom det försäkringsmedicinska området har varit grunden för flera regeringsuppdrag som Socialstyrelsen och Försäkringskassan fått genom åren. Även det nationella programområdet (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin har i en behovskartläggning identifierat behovet av ändamålsenliga uppföljningsmått på området.

Socialstyrelsen har därför under 2020 genomfört en förstudie i syfte att utreda hur myndigheten kan stödja uppföljningen av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete genom utveckling av uppföljningsmått. Med utgångspunkt i förstudien har myndigheten sedan under 2021 fortsatt arbetet med uppföljningsmått.

Brett samarbete vid arbetet med förstudien

Syftet med förstudien var att utreda hur myndigheten kan stödja uppföljningen av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete genom utveckling av uppföljningsmått. Förstudien har utgått från två ramuppdrag som delvis överlappat varandra, detta regeringsuppdrag och *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*. [19]

Uppdraget avgränsades till hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen.

Arbetet med förstudien bedrevs i form av en workshopserie som Socialstyrelsen bjöd in till under våren och hösten 2020. Vid samtliga sammankomster har försäkringsmedicinska experter från SKR, Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin samt fyra regioner deltagit. Dessa har utgjort förstudiens expertgrupp.

För att få in synpunkter från en bredare gruppering har referenspersoner vid ett tillfälle fått möjlighet att bedöma de föreslagna uppföljningsmått. Referenspersonerna var rehabiliteringskoordinatorer och försäkringsmedicinskt sakkunniga i regionerna samt representerade patienter genom deltagare från föreningen Funktionsrätt Sverige.

Resultaten från förstudien avrapporterades i början av 2021 i slutredovisningen av Socialstyrelsens utvecklingsinsatser inom överenskommelsen mellan staten och SKR och, mer ingående, i en särskild rapport.

Viktiga uppföljningsområden och -mått

I förstudien identifierades ett antal viktiga uppföljningsområden för rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen och förslag på utformning av mått för dessa områden togs fram. Uppföljningsområdena och de olika måtten speglar grundläggande strukturer och processer samt väsentliga resultat. Avsikten är också att de ska ge stöd för nationell, regional och lokal uppföljning.

Av de sju uppföljningsområdena rör de fem första mer eller mindre väl avgränsade komponenter inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen som till exempel *Vårdens bedömning och utlåtanden om patientens tillstånd och behov*. Det sjätte området behandlar patientperspektivet som innebär att vården ska vara personcentrerad. Detta perspektiv skär genom alla delar av rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. Slutligen har resultatet av alla insatser i hela rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen fått utgöra ett eget uppföljningsområde. I bilaga 1 listas uppföljningsområdena och mått.

Datatillgången skiftar för de mått som föreslås. Flera av måtten betecknas som utvecklingsmått vilket innebär att datakällorna behöver utvecklas och måtten behöver operationaliseras.

Förstudien anger också ett antal viktiga fördelningsvariabler för uppföljningsmåtten. Förutom indelningar baserade på region och vårdgivare bör man kunna fördela på vårdnivåer och specialiteter, till exempel primärvård, specialiserad somatisk vård och psykiatrisk vård. Dessutom är det en fördel om måtten kan redovisas med fördelning på diagnos vid sjukskrivning och patientkategorier efter sjukdomsbörda och vårdbehov. För att undersöka om vården är jämlik behövs också tillgång till sociodemografiska indelningar inbefattande exempelvis födelseort och utbildningsnivå.

För varje utvecklingsmått har möjliga datakällor föreslagits. Eftersom vårdens patientadministrativa system inte är heltäckande föreslås även data från Ineras intygsstatistik, SKR:s Nationell patientenkät och Försäkringskassans register. Även SKR:s insamling av data som rör nyckeltal för funktionen för koordineringsinsatser är intressant.

Idag finns mycket liten tillgång till patientrapporterade data om hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Det finns ett behov av uppföljningsmått för patientens upplevelse av och delaktighet i vården inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen. [20–21]

Operationalisering av måtten och utveckling av kunskapsunderlag

Socialstyrelsen avser att fortsätta arbetet med uppföljningsmått med utgångspunkt i de förslag som förstudien presenterar. Resultatet av arbetet ska bland annat vara en rapport som kan utgöra underlag för regionernas implementering/införande av uppföljningsmåtten. En delrapportering ska göras i december 2021 och huvudsaklig avrapportering kommer att ske i juni 2022.

Projektet ska omfatta samma patientpopulationer som i förstudien och de föreslagna uppföljningsområdena och uppföljningsmåtten utgör utgångspunkten för det fortsatta arbetet.

Flera aktörer följer redan idag upp eller avser att följa upp olika aspekter av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Exempel på dessa är SKR, nationella programområdet (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin och regionerna. Socialstyrelsen avser därför att samverka med sådana närliggande arbeten.

I arbetet ingår två parallella aktiviteter som beskrivs närmare nedan. En aktivitet utgörs av en datadriven del där data för att skapa måtten undersöks, operationaliseras och redovisas närmare. En annan del består i att ta fram ett fördjupat kunskapsunderlag för de centrala uppföljningsområdena.

Säkerställa att måtten mäter det som önskas

De föreslagna måtten i de olika uppföljningsområdena behöver operationaliseras bättre med hjälp av tillgängliga data. Myndigheten ska även säkerställa att måtten mäter det som önskas så att de försäkringsmedicinska frågeställningarna kan besvaras, samt att uppföljningsmått kan jämföras på regional och verksamhetsnivå. Projektet ska också ge en aktuell lägesbild över utfallet på de uppföljningsmått där det idag finns dataunderlag.

För en del av uppföljningsmått som föreslås i förstudien finns i nuläget inga självklara datakällor utan dessa mått kan kräva att frågeformulär skickas ut till huvudmän och vårdgivare. Eventuellt kan några av uppföljningsmått behöva kompletteras eller ändras.

Vid beställning och hantering av data från andra nationella eller regionala aktörer avser Socialstyrelsen att samverka med sakkunniga från bl.a. Försäkringskassan, SKR och Inera.

Under 2020 och 2021 har Socialstyrelsen inlett arbetet med revidering av relevanta åtgärds-koder. För framtiden blir det viktigt att stödja en etablering i hälso- och sjukvården av en liten men effektiv uppsättning av åtgärds-koder (KVÅ och Snomed CT) avsedda att spegla vårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen.

Beskrivning av faktaunderlaget och förtydligande av syftet

I projektet ingår också att ta fram ett fördjupat kunskapsunderlag för förstudien uppföljningsområden och uppföljningsmått. Kunskapsunderlaget ska närmare beskriva faktaunderlaget för områdena och varför det är viktigt att följa upp dessa ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv och ur ett patientperspektiv. Evidensen för föreslagna åtgärder ska redovisas. Kunskapsunderlaget ska också ge en vägledning om i vilken utsträckning uppföljningsmått är bra indikatorer för uppföljningsområdena och på god vård och omsorg. Arbetet med att ta fram och mäta de olika mått kommer också att beskrivas i kunskapsunderlaget. Arbetet görs i samarbete med vidareutvecklingen av det försäkringsmedicinska kunskapsstödet (se avsnitt *Försäkringsmedicinskt kunskapsstöd*) för att ge hälso- och sjukvården ett sammanhållet och konsistent kunskapsunderlag.

Strukturer och arbetsformer för dialog

Den utvecklingsinsats som har genomförts är att ta fram utgångspunkter och strukturer för bättre samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Utgångspunkter och strukturer för bättre samverkan

Behov av överenskomna arbetsätt i samverkan

I arbetet med det tidigare regeringsuppdraget konstaterades att den strukturella samverkan mellan Försäkringskassan och regionerna, Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) till stora delar fungerar väl. Ett identifierat utvecklingsbehov var dock att det behöver finnas överenskomna arbetsätt för att fånga problem och friktion i samarbetet i ett tidigt stadium.

De utmaningar som uppmärksammades i samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården var bland annat att det saknades en gemensam strategi för Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens arbete kring sjukskrivningar framförallt vid psykisk ohälsa, att det fanns svårigheter att uppmärksamma och hantera gemensamma problem samt brister i att informera om förändringar som någon av aktörerna planerar att genomföra och som kan påverka de andra aktörernas verksamhet. Dessutom lyftes det fram att Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens olika organisering har lett till utmaningar i att hitta tydliga samverkansvägar. Försäkringskassan är en statlig myndighet som verkar nationellt, regionalt och lokalt medan huvudansvaret för hälso- och sjukvården finns på regional nivå. [1]

Avsaknaden av tydliga strukturer för att fånga utmaningar i samarbetet, eskalera problem och forum för dialog gällande hur problem kan hanteras påverkar det dagliga arbetet hos båda parter professioner och därmed även individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Gemensamt överenskomna utgångspunkter för samverkan och strukturer för dialog mellan aktörerna skapar förutsättningar för att kunna vidta åtgärder tidigt när frågor uppstår. En bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården på alla nivåer bidrar också till en mer välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för individen.

Syftar till förbättring av samverkansformerna

Eftersom hälso- och sjukvården bedrivs på regional nivå blir de aktörer som stödjer hälso- och sjukvården på nationell nivå, samverkanspartners till Försäkringskassan. Dessa aktörer är Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som är en medlems- och arbetsgivarorganisation, Socialstyrelsen som är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg och NPO rehabilitering, habi-

litering och försäkringsmedicin som är en del av systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Aktörerna har olika roller, men stödjer hälso- och sjukvården utifrån sina olika områden och mandat.

Syftet är att tydliggöra och förstärka samverkans- och samarbetsformerna mellan Försäkringskassan, SKR, Socialstyrelsen och Sveriges regioners nationella system för kunskapsstyrning. Intentionen är att detta ska skapa bättre förutsättningar för samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvård på alla nivåer där dessa aktörer möts och underlättar för individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

De effekter som myndigheterna önskar uppnå är att aktörernas dialog med varandra förstärks så att:

- Utmaningar i samverkan uppmärksammas, diskuteras och hanteras gemensamt i de överenskomna strukturerna.
- Information och kunskap enkelt kan spridas mellan aktörerna.

Genomförande och förankring av arbetet

En arbetsgrupp på Försäkringskassan och Socialstyrelsen har lett arbetet med att ta fram utgångspunkter och strukturer för samverkan. För att säkerställa ett bredare hälso- och sjukvårdsperspektiv och möjliggöra inspel från olika yrkesgrupper på Försäkringskassan bildades en referensgrupp med representanter från Försäkringskassan, SKR, Socialstyrelsen, regionerna och Nationella programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Referensgruppen har under arbetets gång löpande bidragit med kompetens och kunskap utifrån sin yrkesroll.

För att få in synpunkter från fler håll och för en vidare förankring av arbetet har myndigheterna även diskuterat utgångspunkterna och strukturerna för samverkan i interna forum på Socialstyrelsen och Försäkringskassan samt i olika externa nätverk. Dialoger har förts med regionernas processledare inom försäkringsmedicin, strategiska samverkansgruppen²⁶, patientföreningar samt samverkansgrupp inom försäkringsmedicin bestående av representanter från Socialstyrelsen, SKR och nationella programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Sveriges Företagshälsor har informerats och fått möjlighet att lämna synpunkter.

De överenskomna utgångspunkterna och strukturerna har sammanställts i ett dokument. Försäkringskassan, SKR, Socialstyrelsen och Nationella programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin avser att samverka med varandra i linje med det som beskrivs i dokumentet.

Gemensamma utgångspunkter för samverkan

Den huvudsakliga utgångspunkten för samverkan som aktörerna har enats om är att alla utifrån sina roller ska underlätta för individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Aktörerna ska också skapa förutsättningar för

²⁶ Strategiska samverkansgruppen är består idag av representanter från SKR, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Inera. Gruppen hanterar gemensamma frågor inom effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Grupperingen kommer byta namn under hösten och beskrivs längre fram som *Samverkansgruppen för försäkringsmedicin*.

en konstruktiv dialog och verka för samsyn kring uppdrag och roller. De gemensamma utgångspunkterna innefattar även att uppmärksamma och gemensamt analysera behov i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där flera aktörer behöver bli inblandade för att identifiera vilka insatser som behöver vidtas samt följa upp de vidtagna insatserna. Aktörerna ska också i god tid informera och diskutera förändringar som kan påverka de andra aktörernas verksamhet, sprida kunskap och verka för att uppkomna frågor hanteras i de överenskomna strukturerna.

Utvecklad struktur för samverkan

Intentionen i arbetet har varit att använda och utveckla de befintliga strukturer för samverkan som finns på nationell nivå och skapa ett ramverk med de lokala och regionala strukturerna som finns.

Samverkan nationellt bedrivs både på strategisk nivå och på mer operativ nivå i *Samverkansgruppen för försäkringsmedicin*. I de utvecklade strukturerna ska regionala samverkansforum kunna eskalera frågor till *Samverkansgruppen för försäkringsmedicin* där frågorna diskuteras, analyseras och hanteras eller fördelas till rätt organisation och nivå. Frågor av mer strategisk karaktär förs vidare till den strategiska samverkansnivån som i sin tur kan formulera och delegera uppdrag till *Samverkansgruppen för försäkringsmedicin*. En annan viktig del av utvecklingen av strukturerna för samverkan är den tydligare kopplingen till systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården i och med att det nationella programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin är ny deltagare i *Samverkansgruppen för försäkringsmedicin* och att den strategiska nivån har kopplingar in i *Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården*²⁷. Nedan beskrivs de olika samverkansnivåerna.

Strategisk samverkan på nationell nivå

Det finns ett behov av att på strategisk nivå skapa en samsyn kring gemensamma frågor i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet med den strategiska samverkan är att diskutera och besluta om gemensamma samverkansfrågor av strategisk karaktär och att följa upp att samverkan ger önskade effekter. Den strategiska samverkan på nationell nivå leds av avdelningschefer, eller den nivå som respektive aktör finner lämplig, från Försäkringskassan, SKR och Socialstyrelsen. Frågor kan också lyftas in i befintliga mötestrukturer inom *Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården*. Det kan också finnas behov av att lyfta samverkansfrågor till högsta ledningsnivån inom organisationerna, till de så kallade GD/VD-mötena.

Samverkansgrupp för försäkringsmedicin på nationell nivå

Syftet med samverkansgruppen är att diskutera och hantera aktuella samverkansfrågor på initiativ från den strategiska nivån, egna organisationen eller regionala samverkansnivån. I frågor som rör samverkan mellan hälso- och

²⁷ Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård är en modell för långsiktig samverkan på nationell nivå i kunskapsstyrningsfrågor. I partnerskapet ingår Styrgruppen (SKS) för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård samt myndigheter i Rådet för att styra med kunskap (Rådet)

sjukvården och Försäkringskassan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen deltar representanter från Försäkringskassan, det nationella programområdet för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, SKR och Socialstyrelsen.

Inom *Samverkansgruppen för försäkringsmedicin* bereder en beredningsgrupp frågor till samverkansmötena och hanterar impulser som kommer in från hälso- och sjukvården, Försäkringskassan eller från regionala eller nationella samverkansforum. Vid behov kan beredningsgruppen samråda med patientnära, lokala eller regionala roller eller nätverk inom hälso- och sjukvården och Försäkringskassan samt med företrädare för patientorganisationer.

Lokal och regional samverkan

Den lokala och regionala samverkan beskrivs inte specifikt i de framtagna utgångspunkterna och strukturerna, då utformningen av dessa forum styrs av de regionala och lokala förutsättningarna. Det är dock av stor vikt att såväl vägen in till respektive aktör som återkopplingsstrukturen är tydliggjord och överenskommen även på lokal och regional nivå. Utgångspunkten är att samverkansfrågor så långt som möjligt ska hanteras på den nivå där de uppstår men med möjligheten att eskalera frågor via den egna organisationens eskaleringsordning eller via gemensamma regionala samverkansforum.

Implementering och uppföljning

De ingående aktörerna ska under hösten 2021 börja använda de utvecklade strukturerna för samverkan. Det är av stor vikt att följa upp effekterna av samverkan och beslut om detta ska tas i de nya strukturerna. Effekterna skulle exempelvis kunna följas genom att fortsätta med den läkarenkät om läkares arbete med sjukskrivning som genomförts av Karolinska institutet med kompletterande frågor till handläggare på Försäkringskassan.

Respektive aktör kommer också under hösten 2021 att, utifrån sitt ansvarsområde, sprida informationen om utgångspunkterna och strukturerna för samverkan i sina kanaler.

Åtgärdernas genomslag i handläggningen vid kriterie- eller symtombaserade diagnoser

Regeringen ändrade den 24 mars 2021 uppdraget till Försäkringskassan och Socialstyrelsen att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården. Ändringen innebar att myndigheterna ska säkerställa att de åtgärder som vidtagits får genomslag i handläggningen i ärenden där den försäkrade har någon av diagnoserna Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) eller postinfektiöst tillstånd efter covid-19 (postcovid) eller någon annan komplex kriterie- eller symtombaserad diagnos.²⁸

Åtgärderna som genomförts, pågår och planeras inom detta regeringsuppdrag bedöms ha stor betydelse för att utveckla handläggningen och samarbetet runt individer som har dessa typer av tillstånd, som myndigheter har valt att kalla försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser. Flera av åtgärderna har redan beskrivits tidigare i rapporten men här lyfts några av de som bedöms som särskilt viktiga i detta sammanhang. Som tidigare nämnts har andra betydelsefulla åtgärder genomförts parallellt med detta uppdrag som lagt en viktig bottenplatta för övriga åtgärder. Ingen enskild åtgärd kan pekas ut som avgörande för handläggningen av försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser. Det är snarare summan av alla åtgärder som är av betydelse för att öka kvaliteten i handläggningen och därmed tryggheten i sjukskrivningsprocessen för individer med denna typ av diagnoser. I kommande avsnitt beskrivs vad försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser kan innebära. I det efterföljande avsnittet beskrivs åtgärderna som Försäkringskassan vidtagit och därefter Socialstyrelsens åtgärder.

Orsaker till att diagnoserna är försäkringsmedicinskt komplexa

I detta avsnitt görs en ansats till att beskriva och utveckla vad det försäkringsmedicinskt komplexa innebär och vad som kan rymmas i begreppet för att tydligare rama in problematiken, identifiera rätt lösningar och skapa förståelse för de åtgärder som vidtas.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen gör tolkningen att benämningen komplexa diagnoser i detta sammanhang i första hand åsyftar komplexa diagnoser ur ett försäkringsmedicinskt perspektiv, dvs i relation till sjukförsäkringen. Utöver ME/CFS och postcovid finns det andra försäkringsmedicinskt komplexa kriterie- eller symtombaserade diagnoser, såsom exempelvis utmattningssyndrom som är en vanlig orsak till sjukskrivning.

²⁸ Ändring av uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården, S2019/05192 (delvis). Socialdepartementet. 2021.

En orsak som bidragit till utmaningarna i handläggningen i de diagnoser myndigheterna valt att kalla för försäkringsmedicinskt komplexa, är frågan om hur läkaren ska underbygga bedömningen av funktionsnedsättningar i intyget. Gemensamt för de funktionsnedsättningar som är vanliga vid dessa former av diagnoser är svårigheten att vid en läkarundersökning påvisa avvikande observationer, undersökningsfynd och testresultat. Detta har inneburit att läkarintyget ibland varit svårvärderat för Försäkringskassan.

En annan orsak till att ME/CFS [22–23], postcovid [24–25] och utmattningssyndrom [26–27] kan uppfattas som försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser är att den forskningsbaserade kunskapen om dessa diagnoser är begränsad. Detta innebär att kunskapen om effektiv behandling (inklusive sjukskrivning) och prognos är begränsad. Uppgifter om behandling och prognos efterfrågas i läkarintyget men till följd av den begränsade forskningsbaserade kunskapen kan exempelvis prognosen vara svår att ta ställning till av intygsskrivande läkare.

Sammanfattningsvis kan det således vid diagnoserna ME/CFS, postcovid och utmattningssyndrom vara svårt för intygsskrivande läkare att förse Försäkringskassan med de medicinska uppgifter som efterfrågas i läkarintyget och som behövs för att bedöma arbetsförmågans nedsättning och rehabiliteringsbehov. Detta gör att diagnoserna kan anses vara försäkringsmedicinskt komplexa, för såväl intygsskrivande läkare som för Försäkringskassans handläggare.

Försäkringskassans åtgärder

Förtydliganden gällande intyg

Det pågående arbetet med att förtydliga vilken medicinsk information som behövs i läkarintyget kommer att ha stor betydelse i handläggningen av sjukpenningärenden med försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser. Frågan om *hur* intygsskrivande läkare ska underbygga sin bedömning, dvs. vad som är tillräckliga uppgifter för att Försäkringskassan ska kunna bedöma om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, kommer vara av särskild betydelse. Även förtydligandet gällande att DFA är en analysmodell, samt att undersökningsfynd inte är avgörande för bedömningen av rätten till sjukpenning har stor betydelse för denna form av diagnoser.

Utredningsskyldighet och helhetsbedömning

Som tidigare nämnts har förtydligandet av utredningsskyldigheten inneburit att mer fokus läggs på att beakta alla relevanta uppgifter när rätten till sjukpenning ska bedömas. Försäkringskassan har förtydligat att samtliga uppgifter i ärendet ska värderas och vägas in i bedömningen. Detta är kanske den mest centrala bottenplattan för att utveckla handläggningen gällande de mer komplexa, symptom- och kriteriebaserade diagnoserna. Genom att säkerställa att oklarheter utreds och öka fokus på vikten av helhetsbedömningar ökar förutsättningarna att få en mer heltäckande bild av hur individens arbetsförmåga är nedsatt och vilka rehabiliteringsåtgärder som kan skapa förutsättningar för återgång i arbete.

Utbildningsinsatser

Försäkringskassan har genomfört utbildningar för stödfunktioner och handläggare avseende covid och postcovid för att öka kunskapen om sjukdomstillstånd och deras påverkan på funktion och aktivitet. Ytterligare medicinskt orienterade utbildningar planeras för det myndigheterna kallar försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser, psykisk ohälsa och andra tillstånd som kan vara svårbedömda avseende arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov. För närvarande utvecklas också de försäkringsmedicinska rådgivarnas stöd till handläggningen där de försäkringsmedicinskt komplexa diagnoserna kommer att vara ett viktigt fokusområde.

Utveckling av försäkringsstyrning

Försäkringskassans avdelning för sjukförsäkring har utvecklat arbetssättet för att föra ut tillämpnings- och lagändringar för att öka enhetligheten och följsamheten. Bland annat kommer tätare dialog föras med handläggande verksamhet efter införandet av ändringar för att följa upp dess genomslag i verksamheten och det eventuella behovet av ytterligare förstärkning. Försäkringskassan har även beslutat att förstärka och renodla den rättsliga styrningen samt utveckla det rättsliga stödet på försäkringsavdelningarna. [5]

Koncentrering och differentiering

För att möjliggöra utvecklingen av kvaliteten i handläggningen och förstärkning avseende samordning pågår organisatoriska förändringar inom avdelningen för sjukförsäkring. Det handlar bland annat om koncentrerat av arbetsuppgifter vilket möjliggör att mer resurser kan läggas på resurskrävande utredningar. Detta innebär bättre möjligheter att ge sjukskrivna individer ett mer omfattande stöd i rehabiliteringsprocessen, vilket individer med mer svårbedömd arbetsförmåga sannolikt kan ha större behov av. Detta möjliggör också en kompetensmässig differentiering avseende handläggningen och möjligheter till specialisering gällande mer komplexa bedömningar.

Uppföljning av Försäkringskassans åtgärder

Försäkringskassan följer upp genomslaget av åtgärder som vidtas inom ramen för detta uppdrag, dels i löpande kvalitetsuppföljning, dels i uppdraget att följa upp åtgärder avseende förbättrad kvalitet i ärenden för sjukpenning [5]. Myndigheten planerar även för uppföljning specifikt gällande försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser med utgångspunkt i den nämnda uppföljningen avseende kvalitet. Därtill planeras kartläggningar för att få mer kunskap om sjukskrivningar inom denna form av diagnoser. Det kan handla om förekomst av sjukskrivning, sjukfallslängder, rehabiliteringsåtgärder mm. Kunskapen generellt om dessa diagnostyper i sjukförsäkringen behöver öka.

Socialstyrelsen stödjer med försäkringsmedicinsk kunskap

Försäkringskassan har ovan beskrivit ett flertal åtgärder som vidtagits och kommer att vidtas för att förbättra kvaliteten i handläggningen av sjukförsäkringen för försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser, som exempelvis ME/CFS, postcovid och utmattningssyndrom. Socialstyrelsens ansvarsområde är att genomföra utvecklingsinsatser för att stödja hälso- och sjukvården i deras försäkringsmedicinska arbete med individer som har dessa typer av diagnoser. Tillsammans kan myndigheternas åtgärder underlätta arbetet med bedömning av arbetsförmåga, rätten till sjukpenning och behov av rehabilitering.

Utvecklingen av de generella delarna av försäkringsmedicinskt kunskapsstöd

Tidigare i rapporten har Socialstyrelsen redogjort för myndighetens arbete med utvecklingen av det försäkringsmedicinska kunskapsstödet (se avsnitt *Försäkringsmedicinskt kunskapsstöd*). Redan idag ska de övergripande principerna i FMB ge ett generellt stöd för all sjukskrivning, vilket även inkluderar de fall där det inte finns diagnosspecifikt stöd. Vid utvecklingen av kunskapsstödet är målsättningen att ge hälso- och sjukvården ett ännu bättre stöd i att utreda och bedöma funktionstillstånd och aktivitetsnivå samt att ge individen relevant stöd för återgång i arbete. De försäkringsmedicinska kunskaperna ska kunna användas oavsett diagnos till exempel när kunskapsläget är begränsat och det därför inte finns ett diagnosspecifikt kunskapsstöd.

I FMB finns ca 120 diagnoser, vilket innebär att det saknas diagnosspecifikt stöd för en mängd sjukdomar och andra tillstånd. Därutöver finns det tillstånd som består av flera olika symtom ofta i komplexa kombinationer med påverkan på personers funktionsförmåga och möjligheter att utföra aktiviteter, arbetsuppgifter eller annan sysselsättning. För dessa tillstånd finns det ofta ett bristfälligt vetenskapligt underlag, osäkerhet kring orsak och diagnosättning, samt svårigheter att hitta en verksam behandling eller lämplig rehabilitering.²⁹

I samband med att beslutsstödet för postcovid togs fram (se avsnitt *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska arbete kring covid*), väcktes tanken på om det finns möjligheter att ta fram ett generellt försäkringsmedicinskt beslutsstöd som innehåller i stort sett samma rubriker som de diagnosspecifika beslutstöden. Ett sådant beslutsstöd skulle kunna användas exempelvis då det saknas diagnosspecifikt stöd vid sjukskrivning, eller när det tar tid att ställa diagnos på grund av en mängd symtom. Det finns delar i dagens övergripande principer i FMB och annan information som skulle kunna ligga till grund för ett sådant generellt beslutsstöd.

Möjligheten att ge en detaljerad vägledning om sjukskrivning är begränsad i ett generellt beslutsstöd eftersom det finns stora individuella skillnader i behovet av sjukskrivningens längd och grad hos patienter med dessa typer av

²⁹ Även vid flera av diagnoserna som finns i det försäkringsmedicinska beslutsstödet saknas vetenskaplig evidens för sjukskrivningsgrad och -tid. Rekommenderad sjukskrivningsgrad- och tid tas fram med hjälp av expertkunskap.

försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser. Fokus kommer då att istället ligga på symtombeskrivning, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och rehabilitering.

Den kunskap som finns om symtom för försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser idag (exempelvis ME/CFS, postcovid, utmattningssyndrom) kan visa på det spektrum av symtom som förekommer hos patienter med denna typ av diagnoser. Tidigare i rapporten finns beskrivet att det gjorts en sammanställning av de mest förekommande funktionsnedsättningarna och aktivitetsbegränsningarna i FMB³⁰. Dessa generella urval av ICF-kategorier kan användas av läkare att beskriva arbetsförmåga i relation till den enskilda patientens arbetsuppgifter. För att ge information om rehabilitering i det generella beslutsstödet är det viktigt att tänka på att vid försäkringsmedicinskt komplexa sjukdomar eller andra tillstånd måste fokus ligga på den enskilda individens förutsättningar.

Socialstyrelsen kommer att påbörja en utredning om det är möjligt att ta fram ett sådant generellt beslutsstöd och om det kommer att utgöra en del i de generella delarna eller som ett separat beslutsstöd.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska arbete kring covid-19

Innan sommaren 2020 publicerades ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för patienter med covid-19 som fått intensivvård med respiratorbehandling. Kunskapen om covid-19 och dess konsekvenser var bristfällig och för just denna specifika patientgrupp behövdes ett beslutsstöd om hur länge arbetsförmågan kunde vara nedsatt. Detta beslutsstöd ansågs för smalt då många människor, även dem med från början lindrig covid-19-infektion, fick svåra symtom som krävde sjukskrivning. Samtidigt uppmärksammades en patientgrupp med kvarstående eller sena symtom efter genomgången covid-19-infektion, så kallad postinfektiöst tillstånd efter covid-19 (postcovid). Socialstyrelsen tog då initiativet till att ta fram två försäkringsmedicinska beslutsstöden, ett för akut covid-19-infektion och ett för postcovid som publicerades i två faser under våren 2021. I den första fasen publicerades följande information för de båda försäkringsmedicinska beslutsstöden:

- Symtom, prognos, behandling
- Funktionsnedsättning
- Aktivitetsbegränsning
- Information om rehabilitering
- Försäkringsmedicinsk information

För både covid-19 och postcovid finns framtagna urval av ICF-kategorier för att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar.

I den andra fasen publicerades vägledning om sjukskrivning vid vanliga situationer för de båda försäkringsmedicinska beslutsstöden. [25] [28]

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd baseras på idag tillgänglig kunskap och kan komma att ändras allt efter vi lär oss mer om covid-

³⁰ Dessa urval av ICF-kategorier kan eventuellt valideras mot exempelvis ICF Core Sets for Vocational Rehabilitation

19 och postcovid. Arbetet med beslutsstödet har skett parallellt med framtagning av Socialstyrelsens kunskapsstöd till hälso- och sjukvården för vård av patienter med postcovid och kunskapsstöd om rehabiliterande insatser och arbetssätt, för att patienterna ska återfå sin hälsa och funktions- och aktivitetsförmåga [29–31].

Bevakar kunskapsläget för ME/CFS och utmattningssyndrom

När det gäller försäkringsmedicinskt stöd för ME/CFS och utmattningssyndrom har Socialstyrelsen tidigare gjort genomlysningar av kunskapsläget på dessa två områden och fortsätter att följa utvecklingen.

Socialstyrelsen har i ett regeringsuppdrag 2018 gjort en översyn av kunskapsläget för ME/CFS och bedömt förutsättningarna för att stödja hälso- och sjukvården med kunskapsstöd och försäkringsmedicinskt beslutstöd (FMB)³¹. Under samma tidsperiod fick också statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag till Socialstyrelsen om ME/CFS.

De diagnosspecifika delarna i det försäkringsmedicinska beslutstödet ger vägledning om sjukskrivningsgrad och sjukskrivningslängd för olika sjukdomar och rekommendationerna bygger på vetenskap eller beprövad erfarenhet. Socialstyrelsens utredning visade att de grundläggande förutsättningarna för att ta fram ett diagnosspecifikt försäkringsmedicinskt beslutstöd för diagnosen ME/CFS saknades. Den systematiska översikten från SBU gav indikationer på långvariga förlopp, men det fanns inga studier som undersökte prognostiska faktorer för arbets- och funktionsförmåga som diagnostiseras enligt Kanadakriterierna³². Det fanns inte heller underlag för att ge generella rekommendationer via ett konsensusförfarande med experter.

I svaret på regeringsuppdraget underströk dock Socialstyrelsen att sjukskrivning kan vara rätt behandlingsåtgärd, men att inga generella rekommendationer kan ges. Det poängterades också att det är av central betydelse att de insatser som görs för varje patient med diagnosen ME/CFS eller liknande symtombild individanpassas och utvärderas. [22]

Socialstyrelsen genomför sedan svaret på regeringsuppdraget regelbundna dialogmöten med företrädare för kliniker som tar emot patienter med ME/CFS och patientföreningen för ME/CFS för att bevaka kunskapsutvecklingen inom området.

Socialstyrelsen har också tidigare sett över det försäkringsmedicinska beslutstödet för utmattningssyndrom (UMS) [26]. 2017 uppdaterades stödet och de största förändringarna efter uppdateringen var att det blev två rekommendationer om sjukskrivning; förslag om när hel eller partiell sjukskrivning är lämpligt; komplettering av information om funktionsnedsättning; och att information om aktivitetsbegränsning och rehabiliteringsinformation tillkom. I beslutsstödet hänvisas till Socialstyrelsens rapport *Utmattningssyndrom -*

³¹ Uppdrag att se över kunskapsläget och bedöma förutsättningarna för att stödja vården med kunskapsstöd och försäkringsmedicinskt beslutstöd (FMB), avseende myalgisk encefalomyelit/kroniskt trötthetssyndrom (ME/CFS). Socialdepartementet. 2018.

³² Kanadakriterierna är sammanställning av en rad kliniska kriterier för att kunna ställa diagnosen ME/CFS. Till skillnad från tidigare kriterier är ansträngningsutlöst försämring (PEM) ett obligatoriskt symptom i Kanadakriterierna

Stressrelaterad psykisk ohälsa som innehåller kriterier för att ställa diagnosen UMS [27]. I dagsläget pågår ett arbete med att revidera kriterierna för UMS. Arbetet genomförs av en arbetsgrupp som leds av Marie Åsberg, professor emeritus i psykiatri. Socialstyrelsen är inte involverad i detta arbete, men bevakar arbetet ifall det eventuellt kommer att påverka myndighetens beslutsstöd.

Avslutande diskussion

Att den psykiska ohälsan ökat som andel av sjukskrivningarna har inneburit att samarbetets betydelse i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen blivit tydligare. Det tog relativt lång tid för aktörerna att uppmärksamma att professionerna närmast individen hade svårt att hantera dessa förändringar i diagnospanoramats inom sjukskrivningar, som bland annat påverkade vilken medicinsk information som kan förmedlas i ett intyg. Detta exempel illustrerar tydligt hur viktigt det är att utmaningar fångas upp tidigt och analyseras gemensamt. Den psykiska ohälsan har varit ett återkommande tema i samtal om sjukförsäkringen mellan Försäkringskassan, arbetsgivarparterna, hälso- och sjukvårdens aktörer och andra experter under det gångna året. Aktörerna delar bilden av utmaningarna och en önskan att med gemensamma insatser förbättra processen för de individer som sjukskrivs på grund av psykisk ohälsa.

De utmaningar som uppstår i samarbetet i sjukskrivningsprocessen vid psykisk ohälsa finns också i flera andra former av tillstånd och vid så kallad samsjuklighet. Ändringen i regeringsuppdraget syftade till att säkerställa att individer med försäkringsmedicinskt komplexa diagnoser får en rättssäker sjukskrivningsprocess och att synliggöra de särskilda utmaningar som kan finnas i bedömningar kring sjukskrivning, rehabilitering och samarbete.

Samarbetet mellan aktörerna inom det försäkringsmedicinska området påverkas av flera faktorer, som interna förutsättningar inom myndigheterna och regionerna, förändringar i arbetslivet, förskjutningar i diagnospanoramats, reformer av sjukförsäkringen och kunskapsutveckling. Förändringarna innebär att det finns ett behov för aktörerna att löpande och gemensamt arbeta med de försäkringsmedicinska frågorna.

Även rättspraxis förändras och påverkar de aktörer som arbetar inom sjukskrivningsprocessen. För att praxis ska landa på ett bra sätt i den individnära verksamheten behöver ett gemensamt ansvar tas av aktörerna i processen för att omsätta förändringar i praktiken.

Försäkringsmedicinsk kunskap hos läkare och handläggare och medvetenheten om de olika komplexa samband som påverkar sjukskrivningar är centralt för att individer ska få en såväl rättssäker som patientsäker sjukskrivningsprocess, där oönskade skillnader mellan kvinnor och män och övriga oönskade variationer minskar. Detta är en av de viktiga målsättningarna för det försäkringsmedicinska utvecklingsarbetet.

De strukturer för dialog och samarbete mellan myndigheterna och andra berörda aktörer som vi påbörjat utvecklingen av syftar till att bidra till att aktörerna närmast individen ska ha goda förutsättningar att utföra sitt arbete inom sjukskrivningsprocessen.

Vår förhoppning är att åtgärderna inom ramen för detta regeringsuppdrag bygger långsiktiga förutsättningar för att upptäcka utmaningar i samarbetet så att de kan hanteras så tidigt som möjligt och för att möta den ständiga utvecklingen som sker inom sjukskrivningsprocessen och det försäkringsmedicinska området proaktivt och gemensamt.

Referenser

1. Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Artikelnummer 2019-6-621. Stockholm. Försäkringskassan och Socialstyrelsen. 2019.
2. Utvecklingsinsatser för en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Delredovisning av Försäkringskassans och Socialstyrelsen insatser för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Artikelnummer 2020-6-6788. Stockholm. Försäkringskassan och Socialstyrelsen. 2020.
3. Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning. Vägledning 2015:1 version 12. Stockholm. Försäkringskassan. 2020.
4. Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa- en process med stora utmaningar. RIR 2018:11. Riksrevisionen. 2018.
5. Svar på regeringsuppdrag: Uppdrag om förbättrad kvalitet i ärenden om rätt till sjukpenning. Dnr 2020/001876. Försäkringskassan. 2021.
6. Domsnytt 2019:014. Försäkringskassan. 2019.
7. Läkarintyg för sjukpenning 7804. Försäkringskassan. Hämtad 2021-08-31 från <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/def06bb9-268f-47bd-a99d-2aa3dd75f855/fk7804-004-f-001.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
8. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Artikelnr 2021-3-7283. Socialstyrelsen. Mars 2021.
9. Svar på regeringsuppdrag: Att skapa förutsättningar för uppföljning av läkarintyg. Dnr: 2021/000474. Försäkringskassan. 2021.
10. Utvecklingsplan för försäkringsmedicin. Socialstyrelsens strategiska utvecklingsplan för att stödja och bidra till utveckling av hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska arbete. Artikelnummer 2020-6-6788-bilaga 1. Socialstyrelsen. 2020
11. FMB Behovsanalys. Dnr: 13796/2020-1. Designit. 2020.
12. Det nya kunskapsstödet. Hur kan Socialstyrelsen ta ett helhetsgrepp för att utveckla ett nytt försäkringsmedicinskt kunskapsstöd utifrån användarnas behov och logik? Dnr: 13798/2020-4. Expedition Mondial. 2020.
13. Förstudie av innehållsmässig och digital utveckling av de övergripande principerna, FMB. En sammanställning inför utveckling av ett försäkringsmedicinskt kunskapsstöd. Dnr:13769/2020-2 Socialstyrelsen. 2020.
14. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Betänkande av Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess (SOU 2020:24) s 299-300.
15. Förstudie, begrepp, termer, klassifikationer och informationsstruktur inom försäkringsmedicin. Dnr: 4.5-13780/2020. Socialstyrelsen. 2020.

16. Rehabilitering till arbete en reform med individen i centrum (SOU 2000:78) s 410.
17. Förstudie kring råd och åtgärder samt insatsförteckningen från ”stöd för rätt sjukskrivning” (SRS), Förutsättningar att integrera innehållet i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska arbete. Dnr: 5.7-13773/2020. Socialstyrelsen. 2020.
18. Förstudie, informationsstruktur för intyg. Dnr: 13782/2020-15. Socialstyrelsen.2020.
19. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020. Regeringskansliet och Sveriges kommuner och regioner. 2020.
20. En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Slutredovisning av Socialstyrelsens utvecklingsinsatser inom överenskommelsen mellan staten och SKR. Artikelnummer: 2020-12-7053. Socialstyrelsen. 2020Sjukskrivningsmönster och praxis. Socialstyrelsen och Försäkringskassan. 2017.
21. Uppföljningsmått för hälso- och sjukvårdens insatser i rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen – En förstudie. Artikelnummer: 2021-1-8183. Socialstyrelsen. 2021.
22. Översyn av kunskapsläget för ME/CFS. Aktuellt kunskapsläge och förutsättningar för att stödja vården med kunskapsstöd eller försäkringsmedicinskt beslutstöd. Artikelnummer: 2018-12-48. Socialstyrelsen. 2018.
23. Myalgisk encefalomyelit och kroniskt trötthetssyndrom (ME/CFS) Systematisk översikt. SBU. 2018.
24. Långvariga symtom vid covid-19. Statens beredning för medicinskt och social utvärdering, publikation nr 319. SBU. 2020.
25. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Post infektiöst tillstånd efter covid-19. Hämtad 2021-08-31 från: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/postinfektiost-tillstand-efter-covid-19/713>
26. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Utmattningsyndrom. Hämtad 2021-08-31 från: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>
27. Utmattningsyndrom. Stressrelaterad psykisk ohälsa. Artikelnummer: 2003-123-18 Socialstyrelsen. 2003.
28. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. Covid-19 (inklusive de patienter som fått intensivvård med respiratorbehandling. Hämtad 2021-08-31 från: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/covid-19-inkl-de-patienter-som-fatt-intensivvard-med-respiratorbehandling/707>
29. Postcovid – kvarstående eller sena symtom efter covid-19 Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2). Artikelnummer: 2021-4-7351. Socialstyrelsen. 2021.
30. Rehabilitering i samband med covid-19 i slutenvården Praktiskt kunskapsstöd till personal i intensivvård och på vårdavdelning. Artikelnummer: 2020-11-70-19. Socialstyrelsen. 2020.

31. Rehabilitering i samband med covid-19 i primärvården. Praktiskt kunskapsstöd till vård- och omsorgspersonal i regioner och kommuner. Artikelnummer: 2020-11-7017. Socialstyrelsen.2020.

Bilaga 1. Uppföljningsområden och -mått

Denna bilaga listar de uppföljningsområden och -mått för rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen som föreslås i en förstudie som genomfördes år 2020.

1. Vårdens bedömning och utlåtanden om patientens tillstånd och behov.
Föreslagna mått:
 - Begäran om komplettering av läkarintyg
 - Påminnelse till vårdgivaren från Försäkringskassan
2. Koordinerande insatser och stöd från rehabiliteringskoordinator
Föreslagna mått:
 - Rehabiliteringskoordinator finns tillgänglig i verksamheten
 - Andel av patienterna som fick koordinering i primärvården
3. Försäkringsmedicinsk kunskap inom vården
Föreslagna mått:
 - Tillgång till läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin
 - Tillgång till försäkringsmedicinsk utbildning
4. Tydlig plan för patientens återgång i arbete eller annan sysselsättning
Föreslaget mått:
 - Upprättande av sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan för återgång i arbete eller annan sysselsättning (KVÅ-kod DV077)
5. Vårdens samverkan med andra aktörer
Föreslagna mått:
 - Arbetsgivarens involvering
 - Antal impulser till Försäkringskassan och därav antal av dessa som leder till en åtgärd
6. Patientens upplevelse av vården och delaktighet under rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen
Föreslagna mått:
 - Upplevelse av vårdens bemötande under sjukskrivningsprocessen
 - Upplevt behov av och hjälp från rehabiliteringskoordinator med rehabilitering eller sjukskrivning
7. Utfallsmått som avser att spegla patientnära resultat av hela rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen
Föreslagna mått:
 - Antal sjukskrivningsdagar per sjukskriven person
 - Andel långa sjukskrivningsfall
 - Andel återsjukskrivningar
 - Andel deltidssjukskrivna av alla sjukskrivna
 - Andel kvinnor av alla sjukskrivna personer.