

# Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland

En jämförande fallstudie

Utgivare: Försäkringskassan  
Analys och prognos

Upplysningar: Cecilia Eek  
010-116 93 28  
cecilia.eek@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Den här rapporten redovisar en fallstudie av sjukfrånvarons utveckling i två län: Jämtland och Västernorrland. Länen har under en längre tidsperiod haft landets högsta sjukpenningtal men under 2016 minskade plötsligt sjukpenningtalet i Jämtland. Samtidigt fortsatte det att öka i Västernorrland, detta trots att de två länen ingår i samma organisatoriska område inom Försäkringskassan och dessutom liknar varandra vad gäller socioekonomi, demografi och hälsa.

I rapporten undersöks i vilken utsträckning det skett förändringar inom Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvården som kan förklara utvecklingen i de två länen.

Undersökningen har gjorts av Sofia Bill, Cecilia Eek (projektledare), Hanna Hultin, Ann-Catrin Lofvars och Pål Wilkens. Viktiga bidrag har även lämnats av Therese Ljung. Samtliga är verksamma vid Avdelningen för analys och prognos på Försäkringskassan.

Stockholm, juni 2017

Gabriella Bremberg  
Avdelningschef  
Avdelningen för analys och prognos

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>6</b>
<b>Summary</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>9</b>
Bakgrund.....	9
Syfte och genomförande.....	10
Avgränsningar.....	11
Definition av begrepp som används i rapporten.....	12
Disposition.....	13
<b>2. Om de två länen och deras sjukfrånvaro över tid</b> .....	<b>14</b>
Länen är lika varandra i många avseenden.....	14
Tidigare kunskap om län med hög sjukfrånvaro.....	16
Försäkringskassans organisation och arbete i länen.....	17
Två landsting ansvarar för hälso- och sjukvården.....	19
<b>3. Vilken betydelse har Försäkringskassans arbete?</b> .....	<b>22</b>
Sjukpenningtalets utveckling på kontorsnivå.....	22
Förändringar och skillnader i kontorens arbete.....	26
Sammanfattning av kapitlet.....	41
<b>4. Vilken betydelse har hälso- och sjukvårdens arbete?</b> .....	<b>42</b>
Övergripande bild av skillnader mellan landstingen.....	42
Landstingens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.....	43
Bedömningar av arbetsförmåga i läkarintyg.....	45
Kompetens inom försäkringsmedicin.....	48
Läkarbemanning ett problem i båda landstingen.....	50
Längre väntetider i båda landstingen än i riket i stort.....	52
Sammanfattning av kapitlet.....	53
<b>5. Samverkan mellan Försäkringskassan och sjukvården</b> .....	<b>55</b>
Samverkan på övergripande nivå.....	55
Hälso- och sjukvården märker av Försäkringskassans förändrade handläggning.....	56
Samordning i enskilda ärenden uppges fungera bäst när Försäkringskassan finns på plats.....	57
Sammanfattning av kapitlet.....	58
<b>6. Diskussion och slutsatser</b> .....	<b>59</b>
Förändring i Jämtland beror mest på Försäkringskassan.....	59
Andra aktörer är viktiga för att minska sjukfrånvaron.....	63

<b>Referenser .....</b>	<b>66</b>
<b>Bilaga 1. Redovisning av enkät till handläggare .....</b>	<b>69</b>
<b>Bilaga 2. Demografi, arbetsmarknad, socioekonomi och ohälsa .....</b>	<b>73</b>
<b>Bilaga 3. Förändringstakt i inflödet .....</b>	<b>76</b>

# Sammanfattning

I den här rapporten analyserar vi orsaker till skillnaden i sjukfrånvarons utveckling i två län: Jämtland och Västernorrland. Länens sjukpenningtal har legat väsentligt högre än övriga län sedan mer än 10 år tillbaka. Länet liknar dessutom varandra när det gäller demografi och socioekonomi. Under 2016 händer plötsligt något; sjukpenningtalet minskar i Jämtland medan det fortsätter öka i Västernorrland. Hela Försäkringskassan bedriver sedan 2015 ett arbete med att stärka sjukpenninghandläggningen vilket ska bidra till regeringens mål om en låg och stabil sjukfrånvaro. Vi bedömer att erfarenheter och slutsatser av fallstudien, i detta perspektiv, är relevanta även för andra län med höga sjukpenningtal.

Vi har undersökt både Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens betydelse för utvecklingen. Vår bedömning är att den största delen av utvecklingen beror på att Försäkringskassan har förändrat sitt sätt att arbeta med sjukpenningärenden.

Kontoret i Jämtland påbörjade ett arbete med att förändra handläggningen redan under 2013. Vi har identifierat tre viktiga förändringar som vi bedömer är en huvudförklaring till det minskade sjukpenningtalet.

- Kontoret i Jämtland har bedrivit ett arbete för att förbättra kvaliteten i bedömningarna av rätten till sjukpenning. På kontoret uppges att regelverket tidigare tillämpats alltför generöst. Det arbete som bedrivits handlar, enligt intervjupersonerna, om att bedömningarna ska bli mer ”försäkringsmässiga”. Ytterst handlar det om att följa regelverket mer noga än tidigare.
- Kontoret har ändrat sitt sätt att se på Försäkringskassans utrednings-skyldighet. Det handlar om att bedöma om den information som redan finns räcker för att fatta beslut eller om den behöver kompletteras.
- Kontoret har förbättrat sig mer än riket i stort vad gäller andelen bedömningar som görs i tid vid rehabiliteringskedjans tidsgränser.

Efter en omorganisation har ett motsvarande arbete påbörjats även i vid kontoren i Västernorrland. Förändringarna påbörjades under 2016 och vi kan därmed förvänta oss att sjukpenningtalet minskar även i Västernorrland.

Hälso- och sjukvårdens roll för sjukpenningtalet i de två länen är svårbedömd, inte minst mot bakgrund till att tillgången till data är begränsad. Det är inte omöjligt att hälso- och sjukvården har bidragit till det minskade sjukpenningtalet i Jämtland. Regionens politiska ledning förefaller prioritera arbetet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De inom landstinget som arbetar med frågorna upplever att de når ut i organisationen och att frågorna är prioriterade. Regionen erbjuder kompetensutveckling i försäkringsmedicin till samtliga läkare och Försäkringskassans handläggare

upplever att läkarna blivit bättre på att skriva intyg. Å andra sidan ökar fortfarande antalet ansökningar om sjukpenning i Jämtland vilket tyder på att antalet utfärdade läkarintyg ökar.

Fallstudien visar på vikten av att Försäkringskassan för en kontinuerlig dialog med hälso- och sjukvården om hur vi tillsammans kan arbeta med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan måste kontinuerligt informera om vårt uppdrag och regelverk. Målet måste vara att både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gör så korrekta bedömningar som möjligt av de försäkrades arbetsförmåga.

## Summary

This report analyzes the reasons behind the differing developments in sickness benefit occurrence in two Swedish regions over time, namely, Jämtland och Västernorrland. Sickness benefit occurrence in these two regions have been higher than other regions in Sweden for a longer period of time. However, in 2016 sickness benefit occurrence decreased in Jämtland, while still increasing in Västernorrland. These two regions are similar to each other in both in demographic and socioeconomic aspects and are therefore comparable.

We have studied both the Swedish Social Insurance Agency (SSIA) and the health care systems impact on the development of sickness benefit occurrence over time. Our understanding is that the major part of this development is due to the fact that the SSIA has changed its practice in how it processes requests for sickness benefit.

There is an understanding that earlier the SSIA were too generous in granting sickness benefit and the regulations were not applied correctly. Our conclusion is that this change in practice has led to a decrease in sickness benefit occurrences.

We have observed that the office in Jämtland commenced a new practice in processing request for sickness benefit in 2013, while this new practice was implemented only in 2016 in Västernorrland. Therefore we can soon expect similar developments in sickness benefit occurrence in Västernorrland to those we have observed in Jämtland.

The role of the health care system in the development of sickness benefit occurrences is difficult to assess, partly because access to relevant data is limited. However it is not impossible that the healthcare system also has contributed to the decrease in sickness benefit occurrences. The regional political governance appears to prioritize work pertaining to doctors' statement of illness as well as their rehabilitation procedures. The region is offering tutelage on medicinal insurance to all doctors, and the SSIA's administrative officers find that doctors have improved in their issuing of statement of illness. On the other hand the number of applicants for sickness benefit have increased in Jämtland implying that the number of issued statement of illness' have increased.

This case study illustrates the importance for the SSIA to have a continuous dialogue with the health care system on how we can work together with issues pertaining to doctors' statement of illness and rehabilitation procedures. SSIA should continuously inform the health care system on our undertaking and regulations. The goal must be for the SSIA and the health care system to make as correct assessments as possible on people's ability to work.



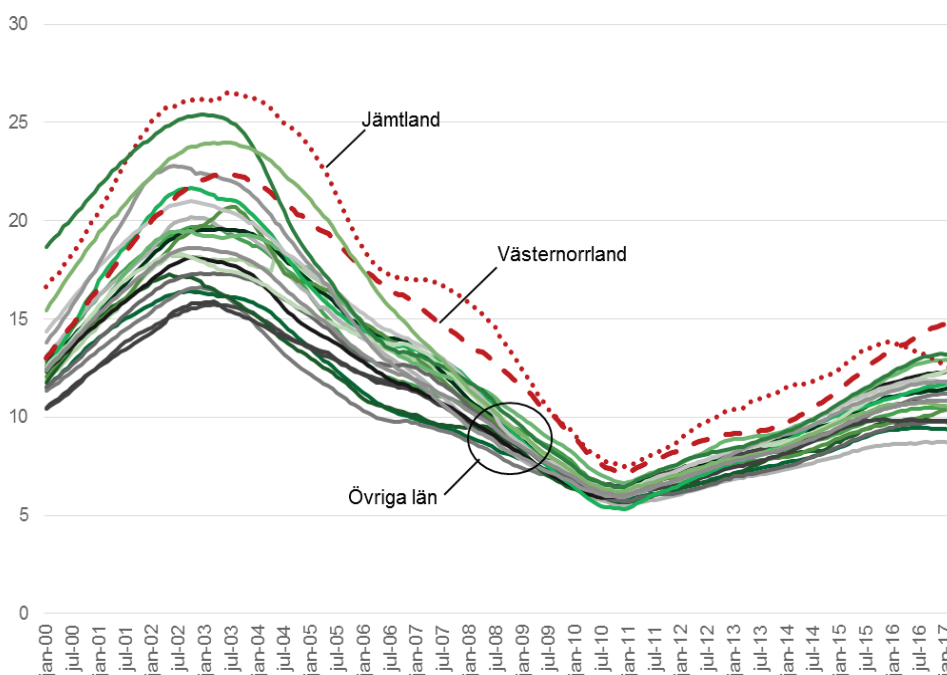
# 1. Inledning

## Bakgrund

Sjukpenningtalet i landet har varierat över tid (Diagram 1). Mellan 2010 och 2016 ökade det och regeringen införde därför ett mål att sjukpenningtalet ska vara högst 9,0 dagar i december år 2020. Målet ingår i regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro (Socialdepartementet 2015).

Det finns vissa mönster som är särskilt intressanta när det gäller sjukpenningtalets utveckling över tid. Oavsett om det skett en ökning eller en minskning har utvecklingen varit densamma i samtliga län. Samtidigt finns det regionala skillnader som tycks vara bestående över tid. Vissa län har haft relativt höga sjukpenningtal sedan länge medan andra har haft låga.

**Diagram 1 Sjukpenningtalet i Jämtland, Västernorrland och övriga län**



Det finns en hel del kunskap om faktorer som påverkar sjukpenningtalet, både över tid och mellan olika delar av landet (t ex Försäkringskassan 2014). Enligt tidigare studier förklarar bakgrundsfaktorer, som exempelvis demografi och socioekonomi, merparten av de regionala skillnaderna men det finns också en ”oförklarad variation”. Den variationen har ibland setts som ett tecken på att det finns regionala skillnader i tillämpningen av regelverket (ISF 2010, Försäkringskassan 2015).

Både Försäkringskassan och regeringen har konstaterat att vi behöver mer kunskap om mekanismer som påverkar sjukpenningtalet (Försäkringskassan 2016a; Socialdepartementet 2015). Försäkringskassan har tidigare konstaterat att ett sätt att få mer sådan kunskap är att studera några väl valda län mer i detalj (Försäkringskassan 2016a). Valet av län kan ha olika utgångspunkter, exempelvis län med likartad befolkningsammansättning och arbetsmarknad men olika nivå på sjukpenningtalet. Genom att välja ut ett begränsat antal län är det möjligt att mer ingående studera olika aktörer och undersöka vilken betydelse de haft för sjukpenningtalets utveckling, åtminstone i de aktuella länen.

I den här rapporten studerar vi utvecklingen i Jämtland och Västernorrland. Länen har valts ut på grund av att de skiljer sig från andra län genom att deras sjukpenningstal har varit betydligt högre och dessutom över en längre tid. Men under 2016 händer plötsligt något. Jämtlands sjukpenningstal minskar påtagligt medan Västernorrlands fortsätter att öka. Befolkningsmässigt finns likheter mellan länen, till exempel vad gäller demografi, hälsa och arbetsmarknad. De två länen är särskilt intressanta då de ingår i samma organisatoriska område inom Försäkringskassan.<sup>1</sup> Därmed har de samma områdeschef. Sammantaget gör detta länen väl lämpade för en fallstudie.

## Syfte och genomförande

Det övergripande syftet med den här rapporten är att undersöka varför sjukpenningtalet utvecklas i olika riktning i Jämtland respektive Västernorrland. Vi undersöker om och i så fall hur Försäkringskassan och hälso- och sjukvården bidragit till utvecklingen. Vi gör också en övergripande beskrivning av likheter och skillnader mellan länen vad gäller demografi, arbetsmarknad, socioekonomi och ohälsa.

Följande frågeställningar kommer att belysas särskilt:

- Vilken betydelse har Försäkringskassans arbete för utvecklingen?
- Vilken betydelse har hälso- och sjukvårdens arbete för utvecklingen?
- Hur fungerar samverkan mellan Försäkringskassan och de två landstingen? Finns det skillnader som kan ha betydelse för sjukpenningtalets utveckling?

Vi studerar Försäkringskassan och hälso- och sjukvården var och en för sig men försöker även göra en sammanvägning – i den mån det är möjligt – av de olika aktörernas relativa betydelse.

Försäkringskassans betydelse analyseras med hjälp av statistik om sjukpenning. Vi har även intervjuat chefer, specialister och samverkansansvariga på de aktuella kontoren samt en försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) som

---

<sup>1</sup> SF Jämtland-Västernorrland ingår tillsammans med fem andra områden i verksamhetsområdet SF Nord.

har erfarenhet från flera län. Totalt intervjuades 15 personer under november–december 2016.

Dessutom har en enkät skickats till personliga handläggare som arbetar med sjukpenning på de aktuella kontoren.<sup>2</sup> En redovisning av tillvägagångssätt och resultat från enkäten finns i bilaga 1.

När det gäller hälso- och sjukvårdens roll använder vi befintlig statistik på landstingsnivå som indikatorer på skillnader mellan landstingen. Statistiken kommer från olika undersökningar som gjorts på länsnivå av till exempel Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vi har också tagit del av strategiska dokument i landstingen. Dessutom har vi gjort intervjuer med processledare och andra personer som arbetar övergripande med sjukskrivningsfrågor. Vi har även intervjuat sju rehabkoordinatorer och två ledamöter i region- respektive landstingsfullmäktige. Totalt har 17 personer intervjuats i de två landstingen.

Det finns en viktig skillnad avseende tillgången till data när det gäller Försäkringskassans roll respektive hälso- och sjukvårdens. När det gäller Försäkringskassan har vi betydligt bättre underlag för att göra månadsvisa jämförelser i en mängd olika avseenden. När det gäller hälso- och sjukvården använder vi oss i stället av årsdata, ofta från urvalsundersökningar. Det finns en risk att det därför är lättare att identifiera och dra slutsatser kring Försäkringskassans betydelse för utvecklingen. Härmed finns också en risk att vi underskattar hälso- och sjukvårdens betydelse.

## Avgränsningar

Inom ramen för fallstudien har vi jämfört länen med varandra och försökt identifiera förändringar som kan förklara förändringar i sjukpenningtalet. Det framgår i rapporten att framför allt Jämtland har förändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning. Vi har dock inte gjort någon granskning av kvaliteten i själva besluten och kan därför inte uttala oss om ifall kontorets bedömningar är korrekta eller inte.

Utöver de förändringar som genomförts i de två länen, och som kan förklara sjukpenningtalets utveckling, arbetar Försäkringskassan kontinuerligt för att på olika sätt säkra likformiga och rättssäkra bedömningar. Det arbetet har inte analyserats i den här rapporten.

När det gäller hälso- och sjukvården försöker vi jämföra befintliga nyckeltal eller utsagor i intervjuer för att skapa oss en bild av om det finns skillnader mellan landstingen eller om det skett förändringar. Vi kan dock inte uttala oss fullt ut om landstingens arbete. Vi kan heller inte uttala oss om dessa två landsting i relation till riket i stort.

---

<sup>2</sup> De beteckningar som används på Försäkringskassan är personlig handläggare med inriktning sjukpenning samt personlig handläggare med inriktning sjukpenning och samordning. Enkäten har skickats till båda kategorierna av handläggare.

Vi har bara undersökt Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens betydelse för sjukpenningtalets utveckling i de aktuella länen. Samtidigt vet vi att även andra aktörer är viktiga och vi kan inte utesluta att exempelvis arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen har gjort någon förändring som påverkat sjukpenningtalet.

## Definition av begrepp som används i rapporten

Begrepp	Förklaring
Försäkringsmedicin	Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkar och påverkas av sjukförsäkringens utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner.
Inflöde	De personer som beviljas sjukpenning under en viss period ingår i inflödet den perioden.
Kundflöde	Handläggningen av sjukpenningärenden är uppdelad i tre kundflöden utifrån vilka insatser den försäkrade bedöms behöva och vilken kontakt hen behöver ha med Försäkringskassan.
Landsting	I studien används begreppet landsting när vi skriver övergripande om landsting eller regioner. Däremot använder vi begreppet region när vi syftar på Region Jämtland Härjedalen.
Processledare	Benämning på landstingens medarbetare som på landstingsledningsnivå leder arbetet med sjukskrivningsprocess och rehabiliteringsgaranti.
Rehabkoordinator	För att möjliggöra en god samverkan kring patienten har landstingen infört en funktion för koordinering. Anställda med denna funktion kallas ofta rehabkoordinatorer. De verkar för att stödja kvinnor och män i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att underlätta för de att återgå i arbete eller vara kvar i arbete. Funktionen arbetar med stöd till patienten, internt stöd och samordning inom hälso- och sjukvården samt extern samverkan gentemot andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.
Samordning	Försäkringskassan har ett ansvar i enskilda ärenden att kartlägga den försäkrades behov och se till att åtgärder genomförs för att underlätta återgång i arbete.
Samverkan	Med samverkan avses i rapporten det övergripande samarbete som sker mellan Försäkringskassan, andra myndigheter, arbetsgivare m.fl. Däremot ingår inte samordning i enskilda ärenden.
Sjukfrånvaro	I den här rapporten mäter vi sjukfrånvaro med hjälp av det så kallade sjukpenningtalet (se nedan).
Sjukpenningtalet	Sjukpenningtalet visar genomsnittligt antal utbetalda nettodagar med sjukpenning och rehabiliteringspenning. Däremot ingår inte sjuk- och aktivitetsersättning i måttet. Inte heller sjukfrånvaro under sjuklöneperioden ingår.
Stafettläkare	Läkare som inte är fast anställda kallas ibland hyrläkare, inhyrd läkare eller stafettläkare. I denna skrift används genomgående beteckningen stafettläkare.
Varaktighet	Med varaktighet avses sjukfallens längd. I rapporten mäter vi varaktighet genom andel sjukfall som passerar 90, 180 respektive 365 dagar.

## Disposition

I nästa kapitel beskrivs de län som ingår i fallstudien, samt hur Försäkringskassan respektive hälso- och sjukvården är organiserad. I kapitel 3 undersöks vilken betydelse Försäkringskassan har för sjukpenningtalets utveckling i de två länen, medan kapitel 4 undersöker hälso- och sjukvårdens betydelse. I kapitel 5 undersöks skillnader i samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Rapporten avslutas med kapitel 6 där vi diskuterar våra övergripande slutsatser.

## 2. Om de två länen och deras sjukfrånvaro över tid

I det här kapitlet beskriver vi översiktligt de två länen demografi, arbetsmarknad, socioekonomi och förekomst av ohälsa. Vi redovisar även kunskapsläget vad gäller de relativt höga sjukpenningtal som återfinns i flera norrlandslän.

Med ”län” avser vi här enbart en geografisk indelning. Inom de två länen har Försäkringskassan en organisation och hälso- och sjukvården en annan. Försäkringskassan har ett kontor i Jämtland och tre i Västernorrland som handlägger sjukpenningärenden. I Jämtland ansvarar region Jämtland Härjedalen för sjukvården medan det i Västernorrland är Landstinget Västernorrland. Även detta beskrivs mer utförligt i kapitlet.

### Länen är lika varandra i många avseenden

Jämtlands län består av åtta kommuner och är Sveriges till ytan näst största län (48 900 km<sup>2</sup>). Länet har lägst befolkningstäthet i landet (tillsammans med Norrbotten). Av de 128 700 invånarna bor 71 procent i en tätort. Residensstaden i Jämtland är Östersund. Under turistsäsong kan antalet personer fördubblas (Regionfakta 2016).

Västernorrlands län består av sju kommuner, med Härnösand som residensstad. Länet har nästan dubbelt så många invånare som Jämtland (245 600), trots att det är knappt hälften så stort till ytan (21 700 km<sup>2</sup>). Västernorrland har följaktligen högre befolkningstäthet än Jämtland och även högre tätortsgrad (79 procent). Båda länen är mer glesbefolkade och har lägre tätortsgrad än riket generellt (Regionfakta 2016).

### Stora likheter i demografi, socioekonomi och arbetsmarknad

Jämtland och Västernorrland är två län vars demografiska och socioekonomiska struktur har stora likheter, men även några skillnader. Samtliga siffror redovisas i tabellform bilaga 2.

Medelåldern är 43 år i båda länen vilket är något högre än i riket och andelen utrikesfödda invånare är lägre (9 procent i Jämtland och 11 procent i Västernorrland) än nationellt (18 procent).

Utbildningsnivån är mycket lika i de två länen, cirka 30 procent av invånarna hade eftergymnasial utbildning 2015, vilket är något lägre än riket

(37 procent). Västernorrland har en något högre arbetslöshet (9,1 procent i februari 2017) än Jämtland (7,4 procent) och riket överlag (7,7 procent).<sup>3</sup>

Näringsgrenstrukturen är även den relativt lika i de två länen (se Tabell 10 i bilaga 2), bortsett från att en högre andel av arbetskraften i Västernorrland arbetar inom tillverkningsindustri och utvinning (13 procent i jämförelse med 8 procent i Jämtland år 2014). I båda länen arbetar ungefär en femtedel av arbetskraften inom vård, omsorg och sociala tjänster. Det är något högre än i riket överlag.

Medianen för den disponibla hushållsinkomsten<sup>4</sup> var 2015 något högre i Västernorrland (322 000 kr) än i Jämtland (299 200 kr), men båda länen ligger under medianen i riket. Det var samma år också en något högre andel av Jämtlands befolkning som definierades ha låg ekonomisk standard (16,1 procent i jämförelse med 13,7 procent i Västernorrland och riket).<sup>5</sup> Andelen mottagare av ekonomiskt bistånd skiljer sig dock endast marginellt mellan länen.<sup>6</sup>

I båda länen har antalet personer i arbetsför ålder minskat något de senaste fem åren, till skillnad mot riket i stort där folkmängden ökat.

Sammanfattningsvis konstateras att länen liknar varandra i många avseenden som gäller demografi, socioekonomi och arbetsmarknad. Där-  
emot skiljer de sig från riket i stort vilket sannolikt är en viktig förklaring till deras relativt höga sjukpenningtal.

### Inga stora skillnader i ohälsa mellan de två länen

Vi ser inga stora skillnader i ohälsa mellan de två länen. Även här redovisas samtliga resultat i tabellform i bilaga 2.

Befintliga uppgifter om självrapporterad ohälsa visar på små skillnader mellan länen. Detta gäller oavsett om vi tittar på långvarig sjukdom, värk i rörelseorganen, nedsatt psykiskt välbefinnande, eller låg självskattad hälsa under perioden 2013–2016. Skillnaderna är varken entydiga eller statistiskt säkerställda. Uppgifterna baseras på Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät vilken, som alla urvalsundersökningar, innefattar en viss statistisk osäkerhet (Folkhälsoenkäten 2016). I jämförelser mellan två län, krävs därför troligen ganska stora skillnader för att de ska vara statistiskt signifikanta.

---

<sup>3</sup> Månadsdata över andel av registerbaserad arbetskraft som var öppet arbetslösa eller i program med aktivitetsstöd, enligt Arbetsförmedlingen februari 2017.

<sup>4</sup> Disponibel inkomst är summan av alla skattepliktiga och skattefria inkomster minus skatt och övriga negativa transfereringar. Redovisningen är inklusive kapitalvinst/kapitalförlust, det vill säga den vinst/förlust som uppkommer vid försäljning (realisering) av tillgångar, t.ex. aktier, fonder eller fastigheter.

<sup>5</sup> Låg ekonomisk standard definieras som att hushållets disponibla inkomst är lägre än 60 procent av medianen för länets befolkning.

<sup>6</sup> Årsdata för 2015 över andel mottagare (inklusive barn) av befolkningen, enligt Socialstyrelsens statistikdatabas.

Även befolkningens vårdkonsumtion – mätt i läkarbesök, vårdtillfällen och medelvårdtid – visar på små länsskillnader. Både inom Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen hade man något lägre antal läkarbesök i hälso- och sjukvård per 1000 invånare 2015 än i riket. Även i övrigt är skillnaderna små mot riket (SKL 2015).

## Tidigare kunskap om län med hög sjukfrånvaro

Både Jämtland och Västernorrland har under i stort sett hela 2000-talet tillhört de fem län som har landets högsta sjukpenningtal (se Diagram 1). Den höga sjukfrånvaron i norrlandslän har uppmärksammats i flera studier (t ex RFV 2003a; RFV 2003b).

### Socioekonomiska och demografiska faktorer är viktiga

Det finns en del kunskap om faktorer som påverkar sjukpenningtalet regionalt sett. Merparten av de regionala skillnaderna förklaras av socioekonomiska och demografiska faktorer. Det handlar om exempelvis inkomst, utbildningsnivå, ålderssammansättning och födelseland. Även förhållanden på arbetsmarknaden har betydelse (t ex RFV 2004; Försäkringskassan 2006; ISF 2010, Försäkringskassan 2015).

RFV konstaterade att ett 30-tal kommuner skiljde sig från övriga med en betydligt högre sjukfallsfrekvens. De kommunerna skiljde sig även på flera andra områden från riket i stort. Invånarna hade en lägre genomsnittlig inkomst, en lägre genomsnittlig förmögenhet och en relativt sett kortare utbildning. Kommunerna hade en förhållandevis hög arbetslöshet och relativt liten andel privatanställda. Främst hängde detta samman med att de till övervägande del låg i glesbygd och/eller i de nordliga länen (RFV 2003c).

### Tillämpning och attityder kan spela större roll vid hög sjukfrånvaro

Merparten av de regionala skillnaderna beror alltså på demografiska och socioekonomiska faktorer. När man tar hänsyn till detta finns en variation som är oförklarad. De skillnader som då återstår kan antingen bero på olika attityder till sjukskrivningen i befolkningen eller på skillnader i hur arbetsgivare, hälso- sjukvård och Försäkringskassans agerar, både förebyggande och i sjukskrivningsprocessen (t ex Försäkringskassan 2006; ISF 2010; Försäkringskassan 2015).

Den oförklarade variationen mellan län har visat sig vara större i de delar av landet som har högre sjukfrånvaro. Det tyder på att attityder och tillämpning kan spela en större roll i områden med hög sjukfrånvaro (RFV 2003c).

Även fallstudier tyder på att attityder och tillämpning kan förklara regionala skillnader i sjukfrånvaro. I delar av landet används sjukförsäkringen som ett ”försörjningssystem” snarare än ett ”försäkringssystem”. Då kan det hända att försäkringen även i andra sammanhang än sjukdom, exempelvis för att lösa situationer som uppstår i arbetet eller privatlivet (Försäkringskassan 2005; se även Försäkringskassan 2006 och Försäkringskassan 2009).



## Försäkringskassans organisation och arbete i länen

Båda länen ingår i SF område Jämtland-Västernorrland

Rent organisatoriskt ingår båda länen i ett och samma område inom Försäkringskassan: SF område Jämtland-Västernorrland. Inom området finns det fyra kontor som arbetar med sjukpenning. Ett av kontoren finns i Jämtland, närmare bestämt i Östersund. Tre av kontoren finns i Västernorrland: i Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik. Eftersom kontoren ingår i samma område har de en gemensam områdeschef. SF område Jämtland-Västernorrland bildades genom en omorganisation 2015.<sup>7</sup> Tabell 1 visar hur Försäkringskassan är organiserad i respektive län. Östersund och Sundsvall har de två största kontoren. Eftersom Sundsvall är det största kontoret i Västernorrland påverkar det länets sjukpenningstal mer än kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik.

**Tabell 1** Beskrivning av de kontor som ingår i SF område Jämtland-Västernorrland

Län Kontor	Jämtland	Västernorrland		
	Östersund	Sundsvall	Sollefteå	Örnsköldsvik
Kommuner som ingår i kontorets upptagningsområde	Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund, Åre och Östersund	Sundsvall, Timrå, Ånge och Härnösand	Sollefteå och Kramfors	Örnsköldsvik
Andel (%) av befolkningsunderlaget i SF Jämtland-Västernorrland <sup>8</sup>	34	41	10	15
Kontorets andel (%) av befolkningsunderlaget i sitt respektive län	100	62	15	23
Genomsnittligt antal årsarbetande handläggare under 2016 <sup>9</sup>	33,6 handläggare plus två enhetschefer	35,6 handläggare plus två enhetschefer <sup>10</sup>	11,1 handläggare plus en enhetschef	12,8 handläggare plus en enhetschef

<sup>7</sup> I omorganisationen slogs tre lokala försäkringscentra (LFC) samman. I Jämtland hette det LFC Östersund och i Västernorrland fanns två: LFC Sundsvall och LFC Sollefteå-Örnsköldsvik. Den nuvarande områdeschefen för SF område Jämtland-Västernorrland var tidigare områdeschef på LFC Östersund.

<sup>8</sup> Beräknat utifrån folkmängden den 1 december 2016, befolkning 20–64 år.

<sup>9</sup> Beräknat som genomsnitt för varje månad under hela 2016. Siffrorna avser handläggare av sjukpenningärenden inom kundflöde 2 och 3. Utöver handläggarna finns flera gemensamma resurser för hela SF Jämtland-Västernorrland. Det finns bland annat sex specialister (numera med en egen enhetschef) samt tre lokalt samverkansansvariga.

<sup>10</sup> Vid tidpunkten för fallstudien fanns det tre enhetschefer i Sundsvall då en av enhetscheferna i Östersund tillfälligt gick in och avlastade.

## Nyligen genomförda förändringar i sjukpenninghandläggningen

### **Kraftsamling kring den ökande sjukfrånvaron**

I början av 2015 hade sjukfrånvaron ökat sedan 2010 och det fanns inget som tydde på ett trendbrott i närtid. Andelen avslut vid tidsgränserna i rehabiliteringskedjan hade minskat nationellt under flera år. Minskningen sammanföll med att en lägre andel bedömningar genomförts enligt rehabiliteringskedjan. Dessutom hade antalet avslag (både i nya och i pågående ärenden) minskat under flera år.

Mot bakgrund av detta beslutade Försäkringskassan under våren 2015 att kraftsamla kring den ökande sjukfrånvaron och rikta särskilt fokus på bedömningarna i rehabiliteringskedjan, inklusive den initiala bedömningen av rätten till sjukpenning. Antalet genomförda utredningar och bedömningar i rehabiliteringskedjan skulle öka och de skulle i högre grad göras i tid. Vidare skulle kvaliteten i utredningarna och bedömningarna höjas och försäkringstillämpningen förbättras för att vi skulle bidra till ökad återgång i arbete (Försäkringskassan 2016d).

Under 2016 har aktiviteter genomförts på regional och lokal nivå som syftar till att öka kvaliteten i utredning och bedömning av arbetsförmågan, till exempel:

- Temadagar om ökad försäkringsmässighet i bedömning av rätt till ersättning med bland annat enhetschefer, specialister och försäkringsmedicinska rådgivare, som i sin tur fått i uppdrag att genomföra aktiviteter lokalt.
- Kick-off dag med bland annat enhetschefer, lokala försäkringssamordnare och specialister för att öka kvaliteten och användandet av FMU.
- Riktade och behovsanpassade kompetensutvecklingsinsatser för handläggande team.

### **Ny handlägningsprocess för sjukpenning och rehabilitering**

Under hösten 2015 påbörjades införandet av en ny handlägningsprocess för sjukpenning och rehabilitering.<sup>11</sup> Processen har ett tydligt fokus på utredning och bedömning enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser. Den ger också ett utökat stöd för att systematisera handläggningen när förutsättningarna för återgång i arbete är oklara.

Rehabiliteringskedjan, som infördes 2008, anger hur den försäkrades arbetsförmåga ska bedömas vid olika tidpunkter. Rehabiliteringskedjan gäller fullt ut för anställda sjukskrivna och efter dag 180 för egenföretagare. För arbetslösa bedöms arbetsförmågan mot normalt förekommande arbeten från dag 1.

---

<sup>11</sup> En första dallelverans gjordes under hösten 2015 och en andra under våren 2016.

- Under **de första 90 dagarna** som en person är sjukskriven kan Försäkringskassan betala sjukpenning om personen inte kan utföra sitt vanliga arbete eller ett annat tillfälligt arbete hos sin arbetsgivare.
- **Efter 90 dagar** kan Försäkringskassan betala sjukpenning om personen, efter omplacering, inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare.
- **Efter 180 dagar** kan personen få sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden. Det finns två undantag från regeln. Regeln gäller inte vid *särskilda skäl*, det vill säga om Försäkringskassan bedömer att personen med stor sannolikhet kommer att kunna gå tillbaka till ett arbete hos sin arbetsgivare före dag 366. Då bedöms arbetsförmågan i förhållande till ett arbete hos den arbetsgivaren även efter dag 180. Regeln gäller heller inte om det kan anses *oskäligt* att bedöma personens arbetsförmåga i förhållande till arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden.
- **Efter 365 dagar** bedömer Försäkringskassan rätten till sjukpenning i relation till alla normalt förekommande arbeten på arbetsmarknaden. Skillnaden mot 180 dagar är att bestämmelsen om *särskilda skäl* inte längre gäller.

### Differentierad handläggning i tre kundflöden

År 2013 införde Försäkringskassan ”En enklare sjukförsäkringsprocess”. Den innebär att handläggningen av sjukpenningärenden är differentierad. De försäkrade delas in i tre kundflöden utifrån vilka insatser de behöver för att kunna återgå i arbete och vilken kontakt de behöver ha med Försäkringskassan (Försäkringskassan 2016b). De tre kundflödena är:

- Kundflöde 1 består av korta sjukfall. De försäkrade inte har behov av personlig kontakt med Försäkringskassan utan bedöms kunna återgå i arbete med stöd från hälso- och sjukvården och andra aktörer.
- Kundflöde 2 består av längre tillfälliga sjukfall. De försäkrade kan behöva information från Försäkringskassan men kan återgå i sitt vanliga arbete med stöd av insatser från hälso- och sjukvården eller andra aktörer.
- Kundflöde 3 har mer komplexa förutsättningar och behov för att kunna återgå i arbete. De försäkrade har behov av personlig kontakt med handläggare, behov av insatser för att möjliggöra återgång i arbete och behov av att Försäkringskassan är drivande för att planera, initiera och följa upp insatser som behövs för återgång i arbete eller sysselsättning.

Genom att frigöra resurser från enklare ärenden ska det bli möjligt att ge tidigare insatser och stöd för återgång i arbete för dem som har störst behov.

### Två landsting ansvarar för hälso- och sjukvården

I Jämtlands län ansvarar Region Jämtland Härjedalen för hälso- och sjukvården. Regionen har ett sjukhus som är beläget i Östersund. Det finns även

28 för patienten valbara hälsocentraler, varav tre finns i Härjedalen. Av de 28 drivs sex i privat regi.<sup>12</sup>

Inom Landstinget Västernorrland finns tre sjukhus: Länssjukhuset i Sundsvall (med mottagningsverksamhet i Härnösand), Sollefteå sjukhus och Örnsköldsviks sjukhus. Det finns även 32 vård- eller hälsoenheter. Av dem drivs 12 i privat regi.

**Tabell 2 Beskrivning av Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland**

	<b>Region Jämtland-Härjedalen</b>	<b>Landstinget i Västernorrland</b>
Antal sjukhus	1	3
Antal hälsocentraler i egen regi	22	20
Antal vårdcentraler i privat regi	6	12 (varav 6 i Sundsvalls kommun)
Kommuner som ingår i upptagningsområdet	Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund, Åre och Östersund.	Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Timrå, Ånge och Örnsköldsvik
Antal årsarbetare inom hälso- och sjukvården	Ca 2 800 årsarbetare	Ca 5 100 årsarbetare

Källa: Uppgifterna har lämnats av Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland. Det är inte säkert att uppgifter om antal årsarbetare är helt jämförbara.

### Överenskommelser om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess

Sedan 2006 har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) ingått flera överenskommelser för att stimulera landstingen till att ge sjukskrivningsfrågorna högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivningsprocessen, den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Syftet med överenskommelserna har varit att ge landstingen ekonomiska drivkrafter för att verka för en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.

Den senaste överenskommelsen (för åren 2017–2018) består av ett antal villkor som ska vara uppfylla för att landstingen ska få ekonomisk utdelning. Det gäller bland annat kompetenssatsning i försäkringsmedicin, funktion för koordinering och utvecklingsarbetet inom utökat elektroniskt informationsutbyte (SKL 2016c).

Sjukskrivningsmiljardens effekter har studerats av flera aktörer (t ex ISF 2013; Socialstyrelsen & Försäkringskassan 2015). I regleringsbrevet för 2014 hade Försäkringskassan och Socialstyrelsen i uppdrag att göra en systematisk kartläggning av hur de olika landstingen arbetar på sjukskrivningsfrågan på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Ett samlat intryck av kartläggningen var att det pågår mycket inom hälso- och sjukvården.

<sup>12</sup> En av dessa drivs med gemensam nämnd tillsammans med kommunen i Gäddede.

Samtidigt framhålls att sjukskrivningsfrågan ibland ses som ett särskilt spår i relation till övrig hälso- och sjukvård samt att arbetet ofta knyts till individer snarare än en organisatorisk struktur, vilket medför en sårbarhet. Det försäkringsmedicinska kunskapsområdet beskrivs som relativt nytt. Detta, i kombination med överenskommelsernas incitamentsmodell, lyfts fram som en förklaring till att arbetet bedrivs utifrån kortsiktiga behov och förutsättningar (Socialstyrelsen & Försäkringskassan 2015).

### Strategiska planer styr landstingens långsiktiga arbete

Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland formulerar, precis som övriga regioner och landsting i Sverige, långsiktiga mål i politiska styrdokument. De övergripande dokumenten är regionplan, landstingsplan och finansplan. Dessa kompletteras med andra strategiska styrdokument gällande kommande period. Övriga planer anpassas efter dessa och alla fastställs och beslutas av region- eller landstingsfullmäktige.

Vårt intryck är att sjukskrivningsfrågorna är prioriterade i regionplanen för Jämtland Härjedalen. Regionen har formulerat strategiska mål inom områdena samhälle, patient, medarbetare och verksamhetsresultat. (Region Jämtland Härjedalen 2015). Inom samtliga dessa områden finns strategiska mål som kopplar till regionens arbete med sjukskrivning och rehabilitering. Frågorna förefaller härmed vara integrerade inom flera olika områden. Till exempel är ett av regionens strategiska mål inom området samhälle att minska sjukskrivningarna.<sup>13</sup> Här ingår bland annat att skapa rutiner och arbetssätt för samordnad tidig rehabilitering, nå hög kompetens inom försäkringsmedicin samt att minska differensen i sjukpenningdagar mellan regionen och riksgenomsnittet. Inom området medarbetare lyfts bland annat god arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro fram som viktiga strategiska mål (Region Jämtland Härjedalen 2015).

I Västernorrlands landstingsplan uttrycks inte en lika tydlig koppling till frågor som rör sjukskrivning och rehabilitering. Däremot finns ett mer allmänt fokus på hälsa och god tillgång till hälso- och sjukvård. Planen utgår från olika perspektiv: invånarperspektivet, processperspektivet, medarbetarperspektivet och ekonomi. Ett av landstingets mål för länets invånare är exempelvis en god tillgång till hälso- och sjukvård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet. Ett mål för medarbetarna är att medarbetarna är delaktiga och har en bra arbetsmiljö. För att målet ska nås ska den genomsnittliga sjukfrånvaron inom landstinget (som arbetsgivare) inte överstiga 4 procent (Landstinget Västernorrland 2016).

Av planerna framkommer att både Jämtland Härjedalen och Västernorrland står inför ekonomiska utmaningar. Att nå en ekonomi i balans är därför prioriterat i både Jämtland och Västernorrland. Jämtland har emellertid ett något tydligare fokus på sjukskrivningar i sina planer.

---

<sup>13</sup> Se även Mål för gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014–2025 dnr LS/726/2012.

### 3. Vilken betydelse har Försäkringskassans arbete?

I det här kapitlet studerar vi vilken betydelse Försäkringskassans arbete har för sjukpenningtalets utveckling. Utvecklingen studeras på kontorsnivå. Följande frågor behandlas:

- Hur ser sjukpenningtalets utveckling ut på kontorsnivå?
- Vilka skillnader i arbetssätt och handläggning kan vi urskilja mellan kontoren och vilka förändringar har skett i närtid?

Analysen bygger på statistik från Försäkringskassans register och intervjuer med enhetschefer, specialister, lokalt samverkansansvariga och en FMR som arbetar mot båda länen. En enkät har skickats till samtliga handläggare som arbetar med sjukpenning på de aktuella kontoren. Resultaten från handläggarenkäten presenteras på länsnivå, det vill säga för Jämtland (dvs. kontoret i Östersund) och Västernorrland. I Västernorrland skiljer vi särskilt ut kontoret i Sundsvall. Kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik är för små för att deras resultat ska kunna särredovisas. Enkäten redovisas i sin helhet i bilaga 1.

#### Sjukpenningtalets utveckling på kontorsnivå

I det här avsnittet visar vi sjukpenningtalets utveckling över tid på de tre kontor som ingår i Västernorrland (Sollefteå, Sundsvall och Örnsköldsvik) och det kontor som ingår i Jämtland och som är placerat i Östersund.

#### Sjukpenningtalet är högst i Sollefteå och Sundsvall

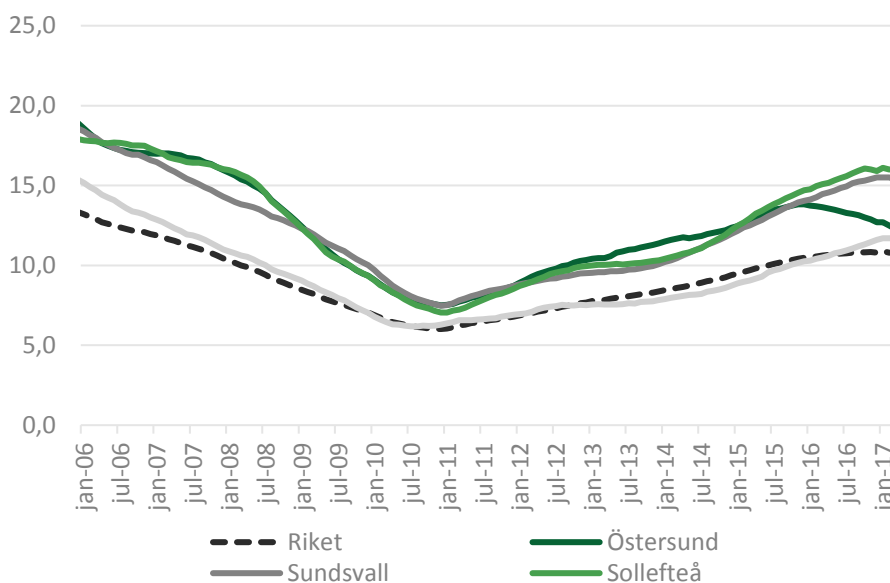
Om vi delar upp sjukpenningtalet på de fyra kontoren framträder vissa skillnader (se Diagram 2). I Östersund (i Jämtland) låg sjukpenningtalet länge på en relativt hög nivå, men under 2016 har det minskat kraftigt.

Samtliga tre kontor i Västernorrland uppvisar en fortsatt ökning av sjukpenningtalet, även om en avmattning kan skönjas de sista månaderna. Medan Sundsvall och Sollefteå ligger klart högre än de andra kontoren så befinner sig Örnsköldsvik på riksgenomsnittet och har gjort det under en lång period.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> I Försäkringskassans statistik framgår inte hur stor andel av ärendena som verkligen handläggs av respektive kontor. Vi har därför utgått från de försäkrades boendekommun.

**Diagram 2 Sjukpenningtalet jan 2006–jan 2017, hela riket och kontoren (utifrån den försäkrades boendekommun)**



Källa: Försäkringskassans databas Store

Det minskade sjukpenningtalet i Östersund beror inte på att fler beviljas sjuk- eller aktivitetsersättning jämfört med de andra kontoren.<sup>15</sup>

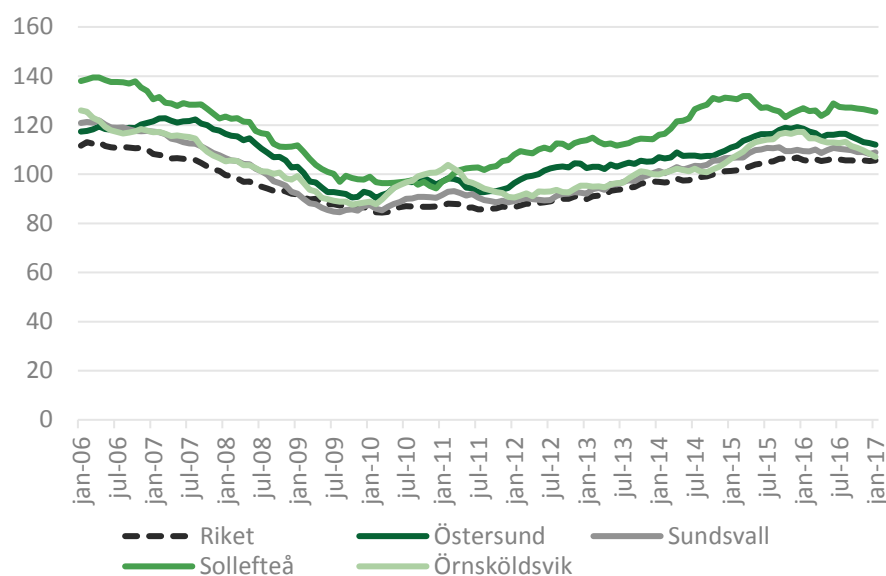
### Inflödet är högst i Sollefteå och lägst i Sundsvall

Sjukpenningtalet bestäms av hur många sjukfall som startar (inflöde) och hur långa dessa blir (varaktighet). Inflödet per 1 000 försäkrade<sup>16</sup> ligger högre på alla fyra kontor än riksgenomsnittet och har gjort så under en lång tid (se Diagram 3). Historiskt har inflödet i Sollefteå och Östersund varit högre medan Sundsvall och Örnsköldsvik har legat lägre. Sundsvall har det lägsta inflödet av de aktuella kontoren, trots att de har ett av de högsta sjukpenningtalen.

<sup>15</sup> I Jämtland beviljades sjuk- eller aktivitetsersättning till 4,7 individer per 1000 försäkrade under 2015. Motsvarande siffra år 2016 var 4,0. I Västernorrland beviljades sjuk- eller aktivitetsersättning till 4,8 individer per 1000 försäkrade under 2015. Motsvarande siffra år 2016 var 4,2.

<sup>16</sup> Med ”försäkrad” avses alla inrikes och utrikesfödda medborgare i åldrarna 16–64 år som är bosatta eller arbetar i Sverige.

**Diagram 3** Inflöde per 1000 försäkrade, hela riket och kontoren (utifrån den försäkrades boendekommun), jan 2006–jan 2017



Källa: Försäkringskassans databas Store

När vi studerar *förändringstakten* visar det sig att förändringen i inflödet är likartad på de fyra kontoren (se bilaga 3). Med förändringstakt avses här den procentuella förändringen en viss månad i jämförelse med 12 månader tidigare. Samtliga fyra kontor uppvisar snabbare minskningstakt än riket i stort. Sollefteå är först ut, där vänder inflödet redan i april 2016. För de andra kontoren kommer vändningen i juni 2016. Att det ändå finns en skillnad i sjukpenningtalets utveckling på länsnivå talar för att varaktigheten har en stor betydelse.

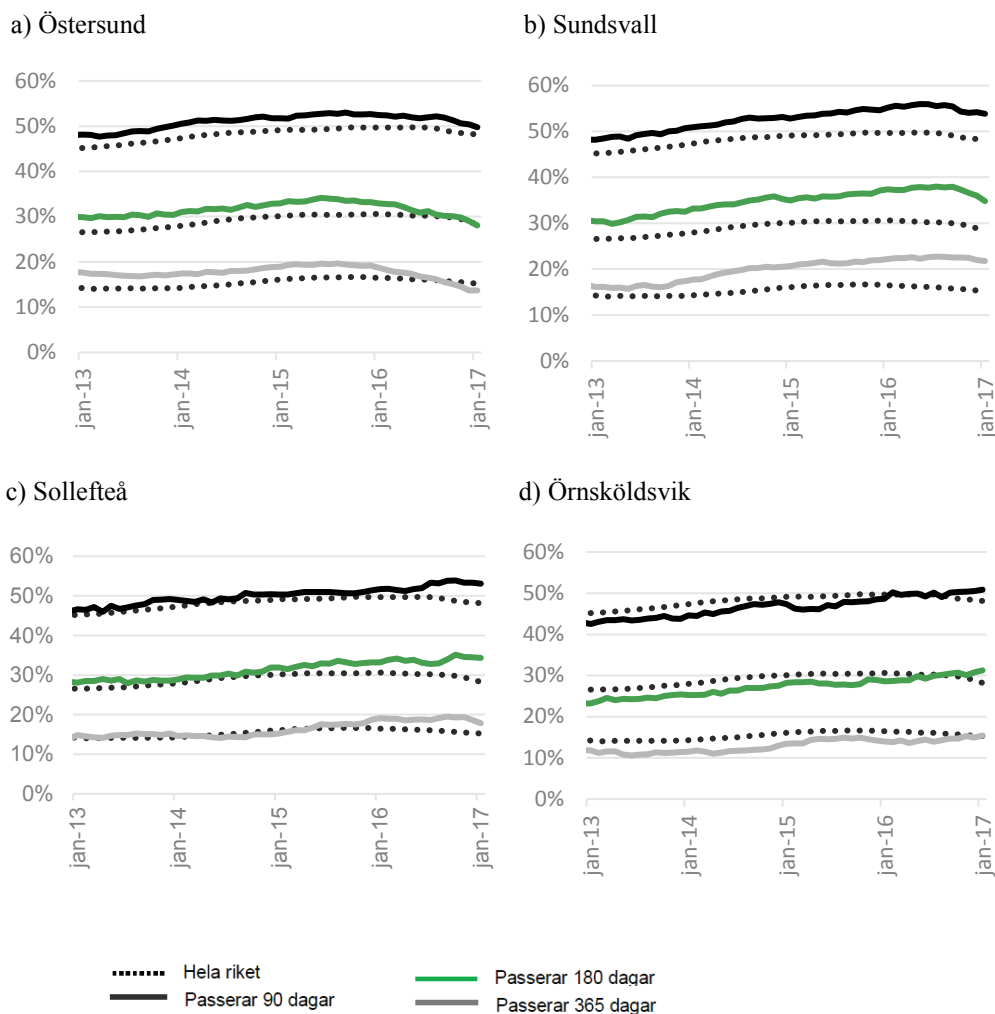
### Minskad varaktighet i Östersund

Sjukpenningtalet påverkas även av hur långa sjukfallen blir, det vill säga varaktigheten. Varaktighet mäts här som andelen sjukfall som passerar 90, 180 respektive 365 dagar.

Diagram 4 visar att en stor del av förklaringen till sjukpenningtalets utveckling finns i varaktigheten. Östersund, det vill säga Jämtland, har minskat andelen sjukfall som blir långa. Kontoren i Västernorrland uppvisar däremot fortsatt ökad varaktighet, även om det i Sundsvall syns en tendens till en minskning av andel sjukfall som passerar 180 dagar.



**Diagram 4 Andelen sjukfall som passerar 90, 180 och 365 dagar, jan 2013–jan 2017**



Källa: Försäkringskassans databas MIDAS

I Östersund börjar varaktigheten minska redan i slutet av 2015. Det gäller då andelen sjukfall som passerar 180 respektive 365 dagar. Minskningen vid dessa tidsgränser fortsätter under 2016 till en nivå som ligger något under riket i stort. Mot slutet av 2016 minskar även andel sjukfall som passerar 90 dagar men det är främst för de längre sjukfallen som vi ser en tydlig förändring.

Även i Sundsvall minskar varaktigheten från och med andra halvan av 2016. Minskningen är tydligast för andelen sjukfall som passerar 180 dagar respektive 90 dagar. Samtidigt är andelen fortfarande högre än i riket i stort vid samtliga tidsgränser. Eftersom inflödet är lägre i Sundsvall än på de andra kontoren finns en viktig förklaring till deras höga sjukpenningtal i den höga andelen långa sjukfall.

De två andra kontoren i Västernorrland – Sollefteå och Örnsköldsvik – uppvisar däremot fortsatt ökad varaktighet. I Sollefteå syns vad som kan vara en avmattning de sista månaderna. Örnsköldsvik, som tidigare legat

lägre än riksgenomsnittet, uppvisar under 2016 en ökning som gör att de passerar riket. Utvecklingen skiljer sig därmed från riket i stort.

## Förändringar och skillnader i kontorens arbete

Vid kontoret i Östersund uppger man sig ha förändrat sitt sätt att arbeta med sjukpenning. Vår bedömning är att genomförda förändringar i stor utsträckning kan förklara den utveckling som beskrivits ovan. Även på kontoren i Västernorrland har ett förändringsarbete påbörjats. Nedan beskrivs de förändringar som genomförts på de olika kontoren.

### Pågående arbete för att förbättra handläggningen

#### **Lokal ledning i länen anser att bedömningarna behöver förbättras**

Som framgått tidigare har de aktuella länen sjukpenningstal som historiskt är betydligt högre än i övriga län. I intervjuer uttrycks att sjukförsäkringen använts på ett alltför generöst sätt. Det beskrivs bland annat i termer av att det finns handläggare som aldrig avslår en ansökan eller ”som läser mellan raderna” för att kunna bevilja.

Chefer och specialister använder uttrycket ”försäkringsmässighet” för att beskriva behovet av att förbättra bedömningarna av rätten till sjukpenning. Det som avses är att kvaliteten ska öka i bedömningarna av rätten till sjukpenning. Exempel som nämns är att arbetsförmågan ska vara nedsatt till följd av sjukdom och inte av andra omständigheter, men även att de försäkrade ska ställa om vid dag 181 i rehabiliteringskedjan. Om man inte kan återgå till sitt nuvarande arbete ska man byta jobb, givet att man bedöms ha arbetsförmåga i ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete.

Det uppges även att länen behöver förbättra sitt arbete vid rehabiliteringskedjans tidsgränser. Samtidigt betonas att fokus ska vara på kvalitet framför ”pinnar i statistiken”. Det handlar om att handläggarna ska bedöma rätten till sjukpenning på ett korrekt sätt, att de ska få ett bra beslutsunderlag och att de fattar rättssäkra beslut. Det handlar om att rätt person ska ha rätt ersättning.

Både chefer och specialister uttrycker att en ökad kvalitet i bedömningarna i sig kan bidra till att minska sjukpenningtalet. Även om det verkar finnas samsyn kring behovet att öka kvaliteten i bedömningarna finns det olika uppfattning om hur stort behovet är på de olika kontoren.

Bland handläggarna anser ungefär hälften att deras kontor (i hög grad eller i viss grad) behöver förändra sitt sätt att arbeta med sjukpenning. Andelen var betydligt lägre i Östersund (33 procent) än i Västernorrland (61 procent). Den relativt låga andelen i Östersund beror på sannolikt på att kontoret redan har genomfört stora förändringar medan kontoren i Västernorrland påbörjade det arbetet senare.

### **Östersund påbörjade arbetet att förbättra handläggningen 2013**

Ledningen i det dåvarande LFC Östersund insåg redan under 2013 att det fanns ett behov av att öka kvaliteten i bedömningarna och frågan diskuterades internt. Jämtlands sjukpenningtal ansågs vara orimligt högt i jämförelse med övriga riket.<sup>17</sup> Att sjukpenningtalet då ökade uppges också vara en orsak till att frågan uppmärksammades. LFC Östersund tog kontakt med samtliga politiska församlingar för att få draghjälp och sätta frågan om sjukfrånvaron högre på dagordningen i länet.

Flera medarbetare har varit viktiga i arbetet att öka kvaliteten i bedömningarna. Bland andra nämns en handläggare som tidigare arbetat i en annan del av landet och därför hade andra erfarenheter av att bedöma rätten till sjukpenning. Ledningen var intresserad av handläggarens iakttagelser och hen fick därför ett mandat att delge kollegorna sina reflektioner kring deras ärenden. Hösten 2014 rekryterades en ny specialist som, enligt flera intervjupersoner, varit en viktig motor i arbetet. Specialisten och ledningen pratade tidigt ihop sig så att de höll en gemensam linje.

Flera exempel nämns på åtgärder som har genomförts. Kontoret har under en längre period arbetat för att förbättra kvaliteten i bedömningarna, framför allt vid dag 1 och dag 180. Kontorets specialist har fört mycket dialog med handläggarna och uppges vara tydlig i tillämpningsfrågor. Det finns även ett fokus på att genomföra tidiga aktiviteter i sjukfallen och att öka andelen prövningar av arbetsförmåga som genomförs i tid vid dag 180.

Under en period tog kontoret konsekvent alla nya intyg till FMR före beviljande av sjukpenning. Då blev det tydligt att handläggarnas första fråga var ”vad ska kompletteras” i stället för att ta ställning till om de hade tillräckligt med information för att fatta beslut. Det har föranlett att kontoret har förändrat sitt sätt att se på utredningsskyldigheten (se sid 32–33).

Enligt intervjuerna är det ett helt annat fokus på regelverket i dag. En person beskriver det som att kontoret i har gått från att vara ”omsorgsorienterade” till att bli lite mer ”regelstyrda och byråkratiska”.

### **Västernorrland påbörjade arbetet med förbättrad handläggning 2016**

I samband med en omorganisation 2015 slogs LFC Östersund ihop med LFC Sundsvall och LFC Sollefteå-Örnsköldsvik i ett gemensamt område. Därmed fick samtliga kontor en gemensam områdeschef, den chef som tidigare ansvarat för LFC Östersund. Samma områdeschef driver nu alltså ett arbete för att öka kvaliteten i bedömningarna av rätten till ersättning även vid kontoren i Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik. Även här uttrycks att bedömningarna tidigare har varit alltför generösa.

På områdeschefens initiativ pågick ett projekt med medbedömningar i Sundsvall vid tidpunkten för intervjuerna. Projektet påbörjades i september 2016 och ska pågå under hela 2017. Det innebär att en handläggare från

---

<sup>17</sup> Chefen för dåvarande LFC Östersund är numera – efter en omorganisation – områdeschef för hela SF Jämtland-Västernorrland.

Östersund kvalitetssäkrar positiva beslut vid dag 180 och beviljanden av sjukpenning till personer som är arbetslösa.

Genom medbedömningarna får handläggarna återkoppling på sina bedömningar. Projektet uppges ha inneburit att handläggarna börjat tillämpa regelverket mer korrekt. På kontoret pratar man mer om hur man bedömer arbetsförmåga och vad som är ett tillräckligt beslutsunderlag. ”Nu bollar vi mer och ifrågasätter mer”. I och med projektet har det uppstått behov av att diskutera olika tillämpningsfrågor. Därför har kontoret nyligen börjat med frukostmöten där specialisterna tar upp frågor som handläggarna vill diskutera.

Innan medbedömningarna har kontoret försökt öka kvaliteten i bedömningarna genom information och utbildning. Men även om många varit överens om att det behövdes en förändring uppges att det var först i och med medbedömningarna som ”det blev verkstad”.

Vid tidpunkten för intervjuerna hade Sollefteå och Örnsköldsvik ännu inte gjort några insatser för att förändra sina bedömningar av rätten till sjukpenning. Även om det inte genomförts några stora förändringar uppgavs att kontoren arbetar löpande med kvalitetsutveckling. På kontoret i Örnsköldsvik uppgavs till exempel att de arbetar kontinuerligt med utredningsmetodik och kompetensutveckling. Statstjänstemannarollen och Försäkringskassans uppdrag diskuteras återkommande. Ett liknande projekt med medbedömningar genomfördes i Sollefteå och Örnsköldsvik under våren 2017. Vid tidpunkten för intervjuerna (dvs. nov–dec 2016) hade det ännu inte påbörjats.

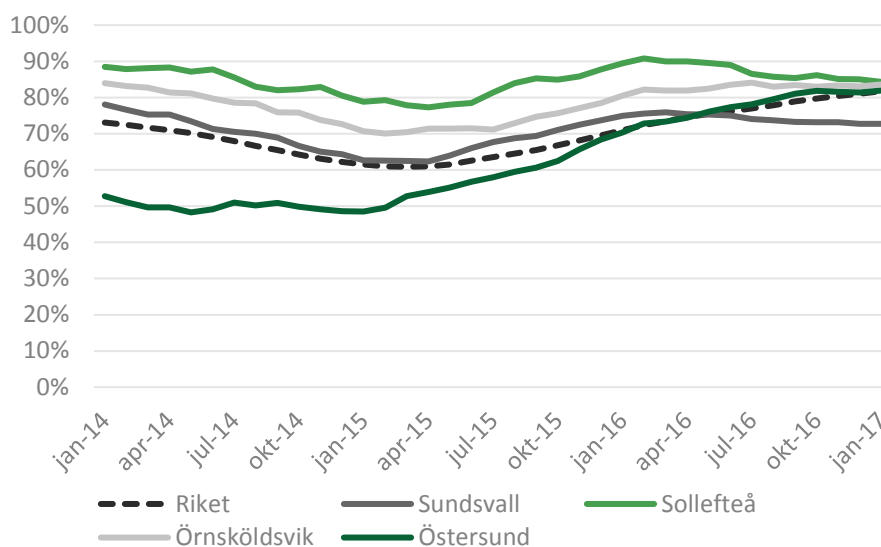
### Fler bedömningar görs vid rehabiliteringskedjans tidsgränser

Hösten 2015 införde Försäkringskassan en ny handlägningsprocess som har ett tydligt fokus på utredning och bedömning enligt rehabiliteringskedjans tidsgränser (se kapitel 2). I intervjuer framkommer att den nya handlägningsprocessen har bidragit till ett ökat fokus på rehabiliteringskedjan vilket medfört en ökad andel bedömningar som görs i tid.

Diagram 5 visar att andelen ärenden där Försäkringskassan har gjort en bedömning i tid vid dag 90 har ökat i riket i stort, från 2015 och framåt. Det verkar med andra ord som att det arbete som bedrivits nationellt och som beskrevs i kapitel 2 har haft en effekt.

Även på de studerade kontoren har andelen bedömningar som görs i tid ökat. Kontoret i Östersund har ökat mest och gör nu en bedömning i tid i lika stor utsträckning som kontoren i Västernorrland. Ökningen görs från en nivå som innan var betydligt lägre än på de andra kontoren.

**Diagram 5 Andel bedömningar gjorda före rehabiliteringskedjans bedömningsgräns vid dag 90, kontor utifrån enhet**



Anm. Inkluderar endast ärenden där läkarintyg finns inskickat i tid. Egenföretagare har ingen arbetsgivare och är därför exkluderade från redovisningen av 90-dagarsbedömningen.

Källa: Försäkringskassans databas Store

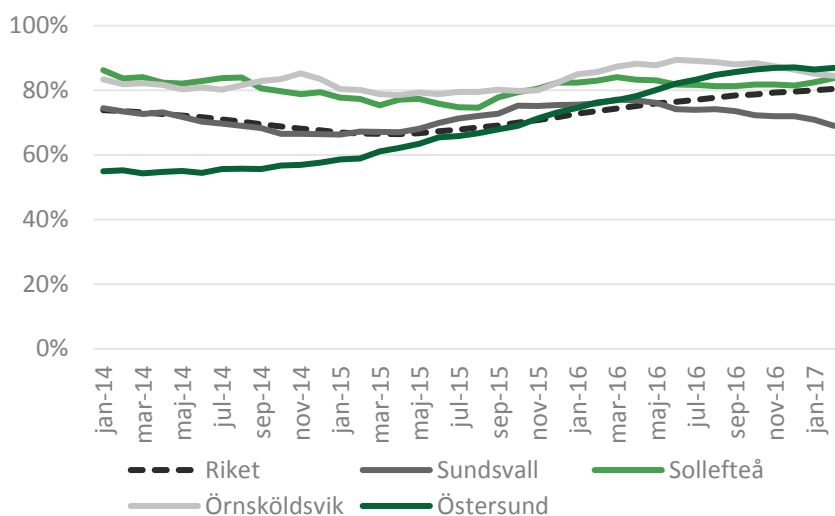
I Sundsvall minskade andelen genomförda bedömningar vid dag 90 under 2016. Intervjuer bekräftar att det går trögt med bedömningen vid dag 90. Handläggarna uppges ha svårt att se varför de ska ta kontakt med arbetsgivarna för utredning inför bedömningen, ”de har ju ändå så svårt att hitta andra arbetsuppgifter”.

Sollefteå och Örnsköldsvik är de kontor som bäst uppfyller lagkraven vid dag 90 och som har gjort det under en längre period. I Sollefteå minskade dock andelen ärenden där bedömningar gjorts under 2016. Vid båda kontoren har handläggarna gjort en bedömning i tid i 80 procent av de ärenden som passerar 90 dagar.

Även när det gäller andel bedömningar som gjorts i tid vid dag 180 har Östersund ökat mest. Östersund är nu det kontor som bäst uppfyller rehabiliteringskedjans krav vid dag 180 (Diagram 6). Även här har ökningen skett från en nivå som låg betydligt under övriga kontor under 2014.

Både diagram 5 och 6 bekräftar att Östersund påbörjade sitt förändringsarbete tidigare än de övriga kontoren. Dock började de från en nivå som var betydligt lägre, åtminstone när det gäller andelen sjukfall där bedömningarna görs i tid. Att arbetet i enlighet med rehabiliteringskedjan har stärkts är sannolikt en viktig förklaring till att den minskade varaktigheten i Östersund.

**Diagram 6 Andel bedömningar gjorda före rehabiliteringskedjans bedömningsgräns vid dag 180, kontor utifrån enhet**



Anm. Inkluderar endast ärenden där läkarintyg har skickats in i tid. Sjukfall där särskilda skäl tillämpats eller där det är oskäligt att göra denna bedömning är exkluderade.

Källa: Försäkringskassans databas Store

Både i Sollefteå och Örnsköldsvik har andelen bedömningar som görs i tid hela tiden legat kring 80 procent, vilket har varit högt ur ett nationellt perspektiv.

Sundsvall är det kontor som har svårast att uppfylla kraven, både vid dag 90 och dag 180. Andelen genomförda bedömningar – vid båda tidsgränserna – har dessutom minskat under 2016. På kontoret uttrycks en förhoppning om att det projekt med medbedömningarna som beskrivits ovan ska bidra till att andelen ärenden där bedömningar görs i tid ska öka. Medbedömningarna uppges ha inneburit ett större fokus på rehabiliteringskedjan än tidigare.

Efter förändringar i handläggningen har färre rätt till sjukpenning

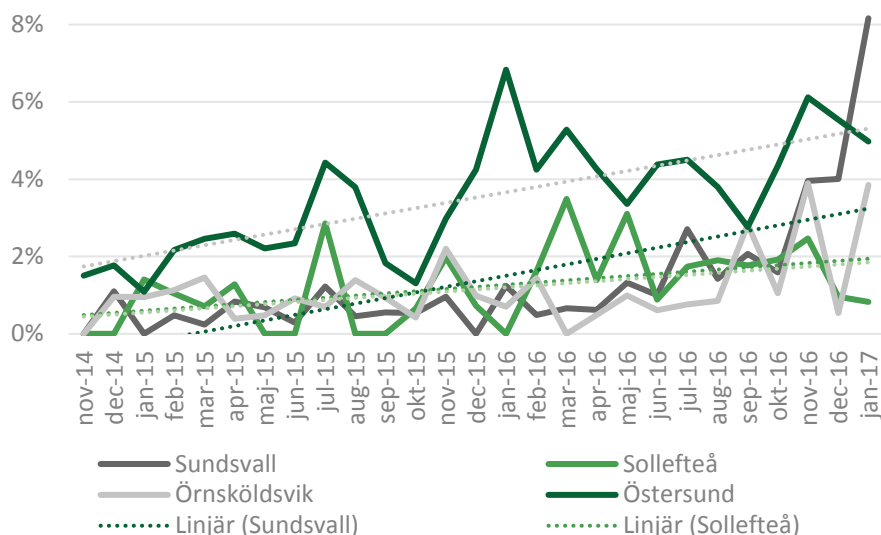
Ovan har det framgått att Försäkringskassan har förändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning. Det framgår även att samtliga kontor gör fler bedömningar i tid vid rehabiliteringskedjans tidsgränser. Som en följd har andelen avslag ökat, framför allt i Östersund. Under de senaste månaderna syns även en förändring i Sundsvall, åtminstone när det gäller andelen avslag.

**Ökad andel avslag – framför allt i Östersund men de senaste månaderna även i Sundsvall**

Andelen avslag i nya ärenden har ökat kontinuerligt över tid på samtliga fyra kontor (Diagram 7). Ökningen har varit betydligt större i Östersund än på de andra kontoren under nästan hela den period som redovisas i diagrammet. I Sundsvall har dock något hänt de sista tre månaderna. Från att ha haft en relativt låg andel avslag ökar Sundsvalls andel plötsligt, från 2 procent i oktober 2016 till över 8 procent tre månader senare. Eftersom det

finns variationer mellan månader kommer ökningen sannolikt inte att fortsätta i samma takt men den är ändå anmärkningsvärd.

**Diagram 7 Andel avslag i nya ärenden, nov 2014–jan 2017, kontor utifrån enhet**

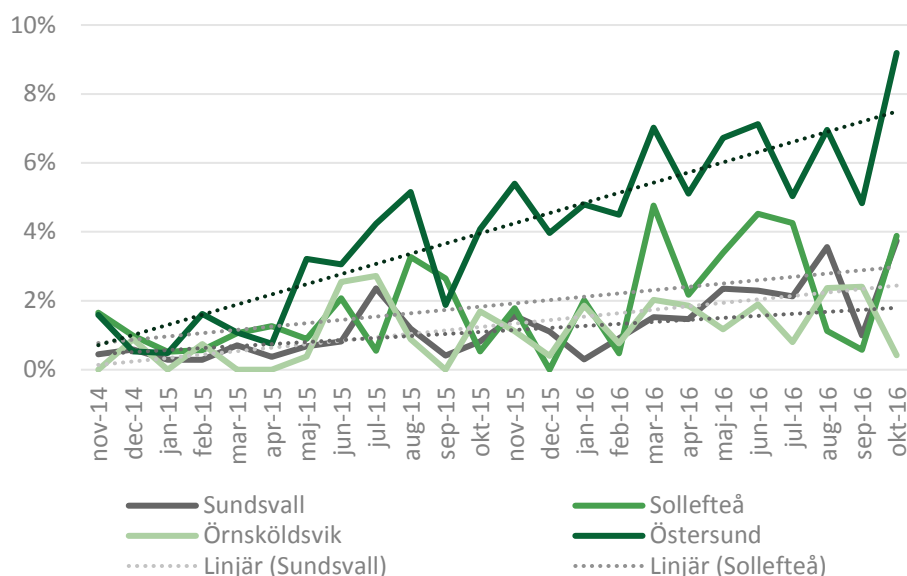


Källa: Försäkringskassans databas Store

Även i pågående ärenden har andelen avslag ökat (Diagram 8). I slutet av 2014 var andelen avslag i pågående ärenden låg på de fyra kontoren. Därefter har Östersunds avslagsandel ökat betydligt kraftigare än på de andra kontoren, även om det skett en gradvis ökning även där. Andelen avslag i pågående ärenden är något lägre i Sundsvall än vid de andra kontoren i Västernorrland.

Ovan konstaterades att Sundsvall ökat sin avslagsfrekvens i nya ärenden betydligt de sista tre månaderna. Diagrammet över avslag i pågående ärenden sträcker sig bara till och med oktober 2016 vilket beror på att Försäkringskassan därefter har ändrat sin definition.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Tidigare användes begreppet indrag i stället för avslag i pågående ärenden. Förändringen har inneburit att siffror för november 2016 är något osäkra. Därför redovisas bara utfall till och med oktober i diagrammet.

**Diagram 8 Andel avslag i pågående ärenden, nov 2014–okt 2016, kontor utifrån enhet**

Källa: Försäkringskassans databas Store

### Östersund har ändrat sitt sätt att se på utredningsskyldigheten

Myndigheter har en utredningsskyldighet som innebär ett ansvar för att deras ärenden blir tillräckligt utredda. Det betyder att Försäkringskassan ska se till att det underlag finns som behövs för utredningen. Om underlaget inte räcker ska handläggaren begära in kompletterande information. Ofta handlar det om att det saknas information i läkarintyget.

Ovan framgick att andelen sökande som får avslag har ökat i Östersund liksom även andelen som får sjukpenningen indragen. Något som sannolikt har betydelse är att kontoret uppger att de har förändrat sin syn på utredningsskyldigheten. Handläggarna har inte slutat komplettera men det uppges ske mindre ofta nu än tidigare. Nu kompletterar de bara om de inte redan har tillräckligt med information för att fatta ett beslut. Chefer och specialist menar att handläggarna inte ska ”utreda fram” rätten till sjukpenning. Det handlar, enligt intervjuerna, om att avgöra hur mycket information som behövs i ett ärende. Samtidigt betonar intervjupersonerna att det är viktigt att Försäkringskassan uppfyller utredningsskyldigheten.

Resultaten från handläggarenkäten styrker att det finns skillnader i vilken grad kontoren har förändrat sitt sätt att arbeta med kompletteringar. Handläggarna fick ta ställning till ett påstående om att de begär kompletteringar *oftare* i dag än för ett år sedan. I Östersund var andelen som instämde helt eller delvis i påståendet lägre än på kontoren i Västernorrland. Den största skillnaden gällde andel som tog avstånd från påståendet. I Östersund var det 38 procent som inte instämde alls. På kontoren i Västernorrland var motsvarande andel 15 procent (se bilaga 1).

Kontoren i Västernorrland uppger att de känner till att Östersund har ändrat sitt sätt att se på utredningsskyldigheten. Någon motsvarande förändring



uppges inte ha skett i Västernorrland. Det framkommer i några intervjuer att det inte är självklart hur mycket information som behövs för att Försäkringskassan ska uppfylla utredningsskyldigheten. Avvägningen mellan att bedöma utifrån befintligt underlag eller att komplettera uppges vara svår.

Utifrån den undersökning som gjorts kan vi inte avgöra om det förändrade synsättet i Östersund är korrekt eller inte. Sannolikt behöver Försäkringskassan nationellt förtydliga hur avvägningen ska göras mellan att komplettera eller avslå på befintligt underlag.

### Ännu tidigt att avgöra om förändrad handläggning är korrekt

I Östersund har förändringar gjorts i bedömningarna av rätten till sjukpenning och i synen på utredningsskyldigheten. För att avgöra om bedömningarna är korrekta skulle vi behöva göra en granskning av den rättsliga kvaliteten. Någon sådan har inte gjorts inom ramen för fallstudien. Ett annat sätt att få en indikation på avvikelser är att studera domar eller omprövningar.<sup>19</sup> Hittills har få domar kommit som visar om de förändrade bedömningarna i Östersund är rätt eller fel i de enskilda ärendena.

Däremot har vi tittat på omprövningar som gäller beslut om sjukpenning som fattas under åren 2013–2016 (se Tabell 3). Siffrorna ska tolkas med försiktighet men antyder ändå – åtminstone preliminärt – inte finns några stora avvikelser när det gäller omprövningar av beslut som fattats vid Östersundskontoret. Andelen beslut som ändras vid en omprövning skiljer sig inte på något anmärkningsvärt sätt, varken i jämförelse med kontoren i Västernorrland eller riket i stort. Andelen beslut som ändras har dessutom minskat under 2016.

**Tabell 3**      **Antal inkomna omprövningar och andel som leder ändring**

År för grundbeslut	Andel omprövningar som innebär ändrat beslut, %			Totalt antal omprövningsbeslut		
	Östersund	Kontoren i Västernorrland	Riket	Östersund	Kontoren i Västernorrland	Riket
2013	12,8	13,1	12,4	86	153	6 938
2014	14,3	8,2	11,6	56	97	5 671
2015	10,3	15,7	10,9	156	102	7 461
2016	8,0	7,8	7,2	299	192	11 638

Anm. År för grundbeslut avser det år då Försäkringskassans ursprungliga beslut fattades. Själva omprövningsbeslutet kan ha fattats nästkommande år.

Samtidigt finns en osäkerhet i siffrorna, bland annat eftersom det finns en eftersläpning i tid. På grund av väntetider kan det fortfarande finnas ärenden där Försäkringskassan ännu inte fattat beslut vid omprövning, framför allt i

<sup>19</sup> Den som är missnöjd med ett beslut kan begära att Försäkringskassan omprövar beslutet. Det innebär att Försäkringskassan tar del av den försäkrades synpunkter och gör en ny prövning i ärendet. Omprövningarna görs av en särskild omprövningsenhet som är placerad i Stockholm.

ärenden där grundbeslutet fattades under 2016.<sup>20</sup> Siffrorna i tabellen kan därför komma att förändras.

Intressant att notera är även att det skett en ökning av totalt antal omprövningar under 2016, både i Östersund och vid kontoren i Västernorrland. Antalet inkomna omprövningar är betydligt högre i Östersund än i Västernorrland, trots att deras andel av befolkningsunderlaget bara är en tredjedel av hela SF Jämtland-Västernorrland (se kapitel 2). Att antalet inkomna omprövningar är större i Östersund än i vid kontoren i Västernorrland tyder på att fler är missnöjda med besluten. Det är inte så konstigt eftersom andelen som får avslag är högre (åtminstone fram till oktober 2016).

### **I Östersund ökar inte längre de psykiatriska diagnoserna**

Personer med psykiatriska diagnoser utgör en stor och ökande andel av sjukskrivningarna i riket i stort. Enligt flera studier är det svårt att avgöra vad som är symptom orsakade av sjukdom i medicinsk bemärkelse och symptom som har andra orsaker (Socialförsäkringsutredningen 2006). Det finns även stöd för att läkarintyg har sämre kvalitet just vid psykiska diagnoser än vid övriga diagnoser (Goine, H. m.fl. 2009). Att det handlar om svåra bedömningar framkommer också i flera intervjuer.

Vid Östersundskontoret uppges att handläggarna har förändrat sina bedömningar av rätten till sjukpenning vid psykiatriska diagnoser. Psykisk ohälsa uppges ofta bero på så kallad livsstilsproblematik i kombination med påfrestningar i livet. Förändringen uppges ha inneburit att all psykisk ohälsa inte ger rätt till sjukpenning. Enligt en intervjuperson ska det framgå att det finns en funktionsnedsättning, till exempel koncentrationssvårigheter, för att den försäkrade ska kunna beviljas sjukpenning. I intygen uppges att det ofta står att allmäntillståndet är bra.

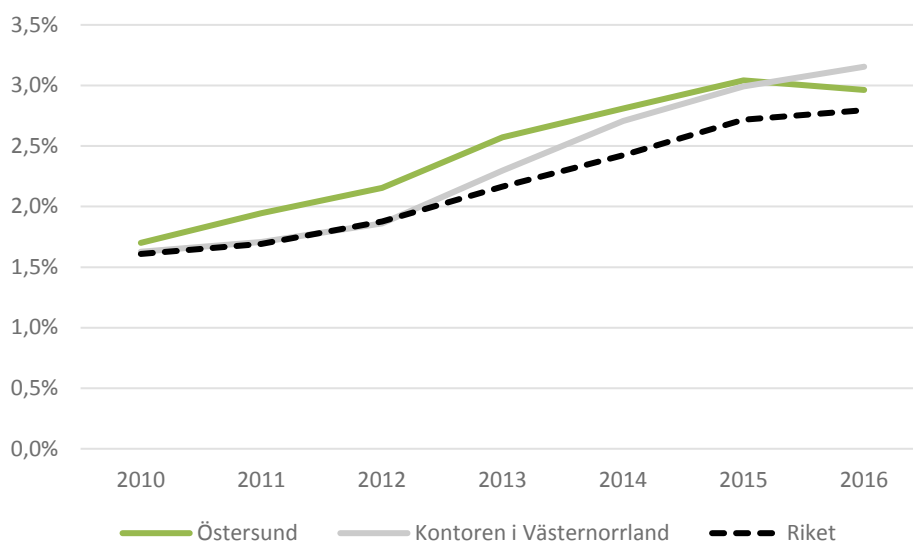
Vid Sundsvallskontoret uppges att det möjligen kan ha skett en förändring i bedömningarna av psykiska diagnoser efter sommaren, framför allt till följd av medbedömningarna inför dag 180 men även till följd av att fler konsultationer görs med FMR. Vid kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik uppges däremot att de inte har gjort någon förändring i bedömningarna av rätten till ersättning när det gäller psykiatriska diagnoser.

Den förändring som beskrivs vid Östersundskontoret kan vara en förklaring till att utvecklingen sedan 2016 skiljer sig från både kontoren i Västernorrland och från riket i stort (Diagram 9). I Östersund ökar inte längre andelen i befolkningen som startar en period med sjukpenning med en psykiatrisk diagnos. Tvärtom kan man skönja en svag tendens till en minskning.

---

<sup>20</sup> Genomsnittlig tid från att ett grundbeslut fattas till att ett omprövningsbeslut fattas var 83 dagar 2013, 79 dagar 2014 och 95 dagar 2015. År 2016 har väntetiderna ökat, sannolikt på grund av att det totala antalet omprövningsbeslut ökat betydligt. Genomsnittligt antal dagar var 160 år 2016. Då kan det fortfarande kvarstå ärenden där omprövningsbeslut ännu inte har fattats så siffran kan förändras.

**Diagram 9** Andel i befolkningen som någon gång under året startat en period med sjukpenning med en psykiatrisk diagnos, årsdata 2010–2016



Anm. Siffrorna avser inflödet till sjukpenning och summerar månadsdata årsvis. Samma person kan ingå flera gånger under ett år om personen blivit sjukskriven, återgått i arbete och därefter blivit sjukskriven igen under ett och samma kalenderår. I nämnaren ingår antal personer i befolkningen i åldern 20–64 år.

## Alla handläggare har inte förändrat sina bedömningar

### Majoriteten uppger att de har ändrat sina bedömningar

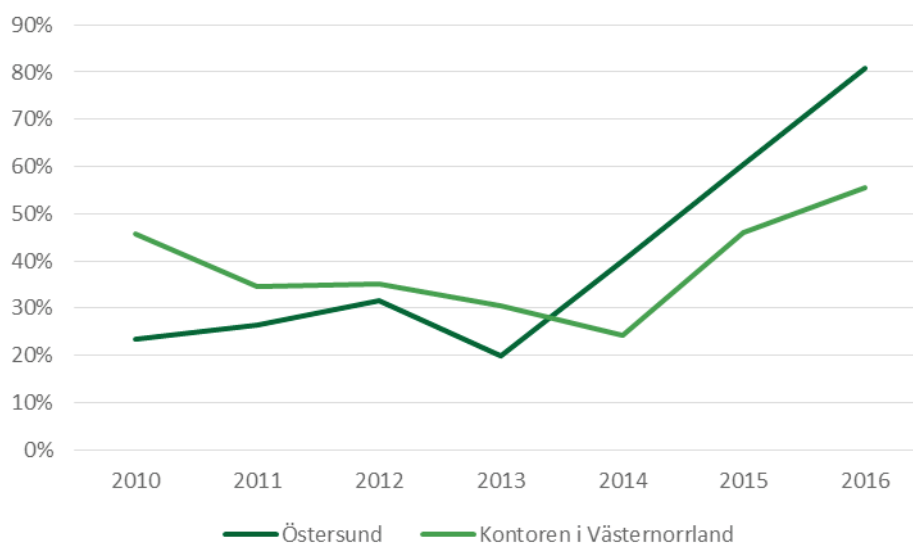
En majoritet av handläggarna uppger att de har ändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning. Andelen som helt eller delvis instämmer i detta påstående är högre i Östersund (77 procent) än vid kontoren i Västernorrland (65 procent). Det är intressant att andelen är så pass hög i Västernorrland, trots att deras förändringsarbete påbörjades senare. En del av förklaringen finns troligen i diagrammet nedan, som visar att andelen handläggare som gör avslag har ökat, både i Östersund och vid kontoren i Västernorrland.

### Andelen handläggare som gör avslag har ökat

I Diagram 7 konstaterades att andelen avslag har ökat på samtliga kontor men framför allt i Östersund. I Sundsvall har andelen avslag ökat betydligt de senaste månaderna, men det är ännu oklart hur den långsiktiga utvecklingen kommer att se ut.

Samtidigt som andelen avslag har ökat har även andelen handläggare som gör avslag ökat, både i Östersund och vid kontoren i Västernorrland (Diagram 10). I Östersund syns en ökning från 2014 och vid kontoren i Västernorrland ökar andelen från 2015. Det tyder på att handläggarna i Västernorrland började förändra sina bedömningar redan innan projektet med medbedömningar som påbörjades under hösten 2016.

**Diagram 10 Andel handläggare som gjort minst ett avslag, årsdata 2010–2016**



Anm. Diagrammet inkluderar handläggare som handlagt minst 5 ärenden under respektive år. Vi har även testat att bara inkludera handläggare som handlagt minst 25 respektive minst 50 ärenden per år. Det har inte förändrat resultatet i diagrammet. Endast bedömningar vid dag 1 ingår.

Källa: Försäkringskassans databas Store.

Att vissa handläggare inte gjort något avslag under ett år behöver inte betyda att de har fattat felaktiga beslut. Vi kan inte utesluta att det finns en slumpmässighet som gör att enstaka handläggare faktiskt bara har handlagt ärenden där den försäkrade har rätt till sjukpenning. Men när andelen handläggare som inte har gjort något avslag är stor – så som det var innan kontoren påbörjade sitt förändringsarbete – så tyder det på att vissa handläggare undviker att fatta avslagsbeslut. I flera intervjuer bekräftas att det finns (eller har funnits) handläggare som inte fattar avslagsbeslut och att vissa försäkrade därför felaktigt har beviljats sjukpenning. Här har chefer, men även stödfunktioner, ett viktigt ansvar att uppmärksamma brister i handläggningen och säkerställa att regelverken efterlevs.

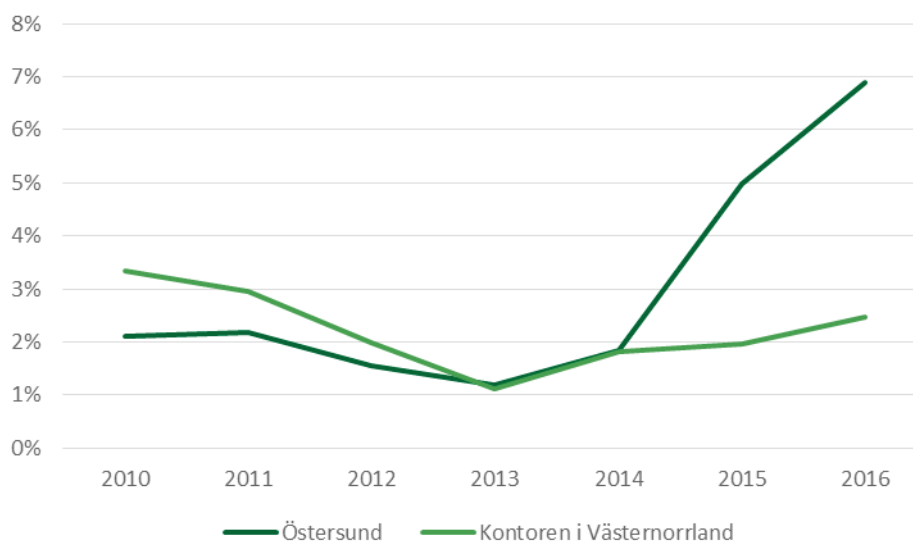
### **Minskad likformighet när andelen som gör avslag ökar**

Det arbete som kontoren bedrivit för att öka kvaliteten i bedömningarna har medfört att andelen handläggare som gör avslag har ökat. Den ökade fokuseringen på rättstillämpningen har dock inte medfört en ökad likformighet, tvärtom. Diagram 11 visar att variationen mellan handläggare har ökat betydligt i Östersund, det kontor som var först med att påbörja arbetet för att förändra sina bedömningar av rätten till sjukpenning. Att variationen ökar betyder handläggarna gör mer olika bedömningar, det vill säga att likformigheten har minskat.

Den minskade likformigheten i Östersund beror sannolikt på att det fortfarande finns handläggare som inte gjort något avslag under året, samtidigt som det nu är fler som gör avslag. När det fortfarande var ovanligt med avslag gjorde handläggarna mer likformiga bedömningar, men sanno-

likt på en felaktig nivå. Troligen är den ökade variationen ett övergångsproblem som är förknippat med att alla handläggare ännu inte har förändrat sitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning.

**Diagram 11 Variation mellan handläggare i avslagsandelar, årsdata 2010–2016**



Anm. Diagrammet inkluderar handläggare som handlagt minst 5 ärenden under respektive år. Vi har även testat att bara inkludera handläggare som handlagt minst 25 respektive minst 50 ärenden per år. Det har inte förändrat resultatet i diagrammet. Endast bedömningar vid dag 1 ingår. Variationen mäts som ett värde mellan 0 och 100 procent, där värden nära 0 procent innebär liten spridning medan 100 procent betyder maximal spridning. Diagrammet visar variation i avslagsandel mellan handläggare inom respektive kontor. Spridningsmättet som används definieras som: faktisk spridning som andel av maximal möjlig spridning givet genomsnittlig andel, antal olika enheter som jämförs och hur många ärenden de hanterat. För mer detaljerad beskrivning se Försäkringskassan 2016c.

Källa: Försäkringskassans databas Store

### Handläggarna har olika syn på hur bedömningar ska göras

I enkäten uppger många handläggare att det finns olika syn på deras kontor vad gäller hur rätten till sjukpenning ska bedömas. Andelen som instämmer helt eller delvis i det påståendet är störst i Östersund (83 procent) och i Sundsvall (85 procent). Genomsnittet för samtliga kontor i Västernorrland är 69 procent vilket betyder att motsvarande andelar är lägre i Sollefteå och Örnsköldsvik.

Även i intervjuer bekräftas att det finns olika syn bland handläggarna, framför allt i Sundsvall. Vissa handläggare uppgavs acceptera det nya sättet att göra bedömningar men inte alla. Det pågående förändringsarbetet i Sundsvall uppgavs även ha gett upphov till en ”kulturkrock” mellan handläggare som har olika syn på hur rätten till sjukpenning ska bedömas. I flera intervjuer framkom också att vissa handläggare upplevde det som negativt att någon hade synpunkter på deras bedömningar, vilket var fallet i det pågående projektet med medbedömningar.

Varken i Sollefteå eller Örnsköldsvik uppges någon motsvarande kulturkrock finnas. Vid tidpunkten för intervjuerna hade projektet med medbedömningar ännu inte påbörjats vid kontoren. Örnsköldsvik arbetar sedan länge teambaserat och kontorets ärenden uppges vara ”allas ärenden”.

### **Många handläggare anser att bedömningarna är alltför restriktiva**

En majoritet av handläggarna instämmer helt eller delvis i påståendet att vi numera är för restriktiva i bedömningarna av rätten till sjukpenning. I Östersund är andelen 53 procent medan den är högre vid kontoren i Västernorrland, 64 procent.

I rapporten har det framgått att Försäkringskassans bedömningar tidigare har varit alltför generösa. Om Försäkringskassan tidigare har beviljat sjukpenning på felaktiga grunder är det troligt att en förändring upplevs som att bedömningarna har blivit mer restriktiva. Att så många handläggare uppger att de numera är *för* restriktiva tyder på att de inte fullt ut har accepterat förändringen.

Av enkäten framkommer också att det inte är så lätt att fatta beslut om att avslå eller dra in sjukpenning. I enkäten framgår att det är fler handläggare i vid kontoren i Västernorrland som tycker att det är jobbigt att avslå eller dra in sjukpenning. I Östersund instämde 22 procent av handläggarna (helt eller delvis) i påståendet att det är jobbigt att avslå. Motsvarande andel vid kontoren i Västernorrland var 37 procent. När det gäller indrag i pågående ärenden instämde ungefär 19 procent (helt eller delvis) i Östersund, i jämförelse med 39 vid kontoren i Västernorrland.

I öppna svar knutna till dessa påståenden framgår att den försäkrades reaktion upplevs svår att hantera. Många handläggare beskriver sin medkänsla med den försäkrade. Men det framgår även en frustration över situationer där handläggningen inte fungerat optimalt (dragit ut på tiden) samt över undermåliga läkarintyg.

### **Arbetsbelastning och personalomsättning uppges försvåra arbetet, särskilt i Sundsvall**

Både i enkäten till handläggare och i intervjuer uppges att arbetsbelastningen är hög. Handläggarenkäten tyder på att problemet är störst på kontoret i Sundsvall och minst i Östersund. Hela 55 procent av handläggarna i Sundsvall instämmer inte alls i påståendet att arbetsbelastningen är hanterbar. Genomsnittet vid samtliga kontor i Västernorrland är 50 procent. I Östersund är motsvarande andel 17 procent.

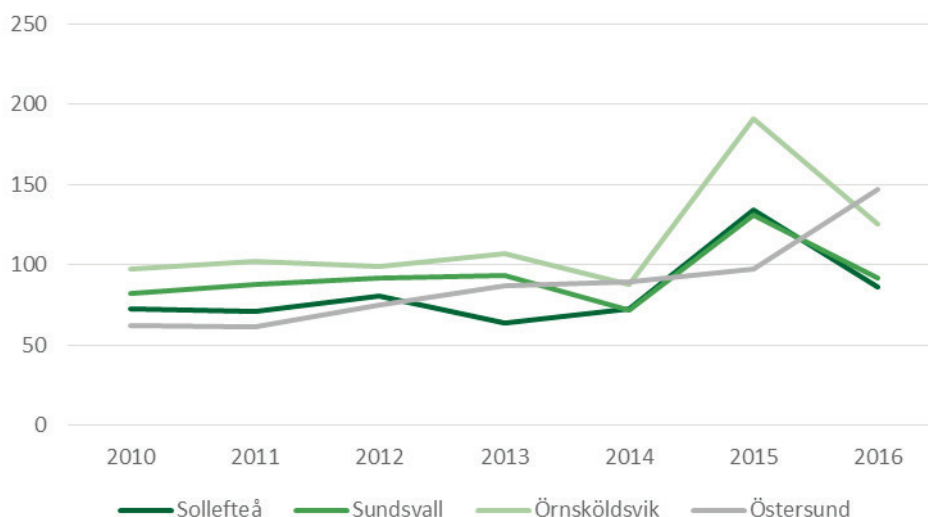
I öppna enkätsvar beskriver flera handläggare i Sundsvall den höga arbetsbelastningen som den största svårigheten i det pågående förändringsarbetet. Vissa handläggare uppger att de inte hinner utreda ärendena ordentligt. Även i intervjuer lyfts den höga arbetsbelastningen fram som en av förklaringarna till det ökande sjukpenningtalet i Sundsvall. Kontoret har inte märkat med att arbeta så mycket med tillämpningen som de skulle vilja.

Även i Örnsköldsvik och Sollefteå uppges att arbetsbelastningen är hög. I intervjuer uppges situationen vara hanterbar även om det förekommer att handläggare arbetar övertid.

Av intervjuer framkommer att Östersund numera har en mer hanterbar arbetsbelastning. I intervjuer uttrycks uppfattningen att arbetet mot ökad kvalitet i bedömningarna har medfört färre ärenden och därmed en mer hanterbar arbetsbelastning för handläggarna. Man kan även tänka sig att det ändrade förfarandet vid Östersundskontoret när det gäller kompletteringar har bidragit till att arbetsbelastningen är mer hanterbar. När färre ärenden kompletteras minskar sannolikt handläggarnas arbetsbörda.

Mot bakgrund av att arbetsbelastningen uppges vara så hög i Sundsvall är det intressant att titta på genomsnittligt antal beslut per handläggare. Diagram 12 visar att genomsnittligt antal beslut per handläggare var lägre i Sundsvall än både i Östersund och i Örnsköldsvik.

**Diagram 12 Genomsnittligt antal beslut per handläggare, årsdata 2010–2016**



Anm. Antal beslut avser samtliga beslut inför dag 1, det vill säga både bifall och avslag. I diagrammet ingår bara handläggare som hanterat fler än 5 ärenden under ett år.

Källa: Försäkringskassans databas Store

Den upplevt höga arbetsbelastningen i Sundsvall verkar med andra ord inte bero på att antalet beslut per handläggare är fler. Det kan finnas andra faktorer som bidrar till en hög arbetsbelastning. I intervjuerna uppges att den höga arbetsbelastningen i Sundsvall beror på en hög personalomsättning.

Siffror bekräftar att personalomsättningen är högre i Sundsvall än på de andra kontoren. Under 2016 var det 13 handläggare som slutade eller var tjänstlediga (t ex på grund av föräldradighet) vid Sundsvallskontoret. Vid Östersundskontoret, som är nästan lika stort, var det åtta handläggare som slutade. På de mindre kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik var det en respektive tre personer som slutade eller var tjänstlediga.

I Sundsvall beskrivs den höga personalomsättningen som ett stort problem. Många handläggare uppges ha slutat och kontoret har därför gjort många nyrekryteringar. Att många medarbetare är nyanställda uppges innebära att de som är mer erfarna får dra ett tyngre lass. Introducering av nyrekryterade medarbetare tar tid från handläggningen vilket uppges minska kontorets produktivitet. Att få nya medarbetare på plats beskrivs som den viktigaste frågan på kontoret.

Även på de andra kontoren uppges att personalomsättningen är hög. Det handlar om pensionsavgångar, anställda som går vidare till nya tjänster och om behov av förstärkning. Men det är framför allt på Sundsvallskontoret som arbetsbelastning och personalomsättning nämns som orsaker till det höga sjukpenningtalet.

Samtidigt finns det även fördelar med att många handläggare är nyanställda. Både chefer och specialister uttrycker att de nyanställda handläggarna ofta har lättare att ta till sig det förändrade sättet att bedöma rätten till sjukpenning. De är inte fast i någon uppfattning om hur man ska arbeta och behöver därför inte ”lära om”.

### Aktiv samordning har prioriterats ner på samtliga kontor

I kapitel 2 beskrevs den differentiering av handläggningen som genomfördes 2013. En tanke med den differentierade handläggningen var att Försäkringskassan ska prioritera insatser och samordning i ärenden där behovet av stöd är som störst, det vill säga ärenden i kundflöde 3.

I intervjuer uppges att samordningsuppdraget har prioriterats ner på de aktuella kontoren. Det gäller framför allt externa möten. Orsaken uppges vara en hög arbetsbelastning. Att samordningsuppdraget har prioriterats ner är inte unik för de studerade kontoren utan har skett även på många andra kontor.

Det finns en uppfattning bland chefer att Försäkringskassan tidigare har tagit en för stor del av rehabiliteringsansvaret. Det uppges ha gjort arbetsgivare och hälso- och sjukvården passiva. Nu försöker Försäkringskassan i stället få andra att agera, vilket också ligger i linje med lagstiftningen. Handläggarna ska prioritera vilka möten de går på i stället för att gå slentrianmässigt.

På grund av arbetsbelastningen har handläggarna inte kunnat lägga extra tid på ärenden i kundflöde 3 och arbetet uppges därför inte alltid ha blivit vad de förväntade sig. Även det förändrade sättet att göra bedömningar uppges ha förändrat rollen som handläggare. Flera personer ger uttryck för uppfattningen och en av dem formulerar sig såhär:

”Arbetet som personlig handläggare är inte vad det har varit tidigare, det är betydligt större inslag av försäkringsmässighet nu och då ingår att ha samtal med personer som inte längre får behålla sjukpenning, jobbiga samtal. Jag tror att en hel del handläggare



tycker att det blir för jobbigt, de känner att det är en stor förändring i jämförelse med hur de har jobbat tidigare.”

## Sammanfattning av kapitlet

Vår bedömning är att förändringar i Försäkringskassans arbete med sjukpenninghandläggningen är en viktig förklaring till sjukpenningtalets utveckling i länen.

Det finns en uppfattning inom samtliga kontor att arbetet med sjukpenninghandläggningen behöver förbättras. Det gäller såväl att öka kvaliteten på bedömningarna av rätten till sjukpenning som att öka andelen ärenden som bedöms inom rehabiliteringskedjans tidsgränser. I intervjuer uppges att kontoren håller på att göra en omsvängning mot vad som benämns mer ”försäkringsmässiga” bedömningar.

I kapitlet har vi identifierat tre förändringar som sannolikt bidragit till det minskade sjukpenningtalet vid Östersundskontoret (Jämtland):

- Kontoret har bedrivit ett arbete för att öka kvaliteten i sina bedömningar av rätten till sjukpenning. Det har bidragit till att andelen avslag ökar.
- Kontoret har förändrat sin syn på Försäkringskassans utredningsskyldighet och kompletterar nu bara om de inte har tillräckligt underlag för beslut. Tidigare uppges att man kompletterade för att kunna bevilja sjukpenning.
- Kontoret har ökat andelen bedömningar som görs inom rehabiliteringskedjans tidsgränser. Det är sannolikt en viktig förklaring till att sjukfallens varaktighet har minskat.

Arbetet med att förändra handläggningen vid Östersundskontoret påbörjades under 2013. Vi bedömer att de förändringar som redan har gjorts förklarar en stor del av sjukpenningtalets minskning under 2016. Vid kontoren i Västernorrland påbörjades ett arbete för att förändra handläggningen under 2015 och 2016. Det arbetet har sannolikt bidragit till att sjukpenningtalet börjat minska sedan årsskiftet 2016/2017.

## 4. Vilken betydelse har hälso- och sjukvårdens arbete?

Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll för sjukfrånvaron. En väl fungerande hälso- och sjukvård är en förutsättning för att kunna behandla sjukdomar och skador i ett tidigt skede och på så sätt minska eller förebygga sjukfrånvaron. Hälso- och sjukvården bidrar till att sjuka eller skadade återfår hela eller delar av arbetsförmågan. Hälso- och sjukvården utfärdar också läkarintyg och påverkar härigenom antalet personer som ansöker om sjukpenning. Läkarintygen är även viktiga underlag för Försäkringskassans bedömning.

I det här kapitlet undersöker vi vilken betydelse hälso- och sjukvården har för sjukpenningtals utveckling i Jämtland och Västernorrland. Det handlar både om att kartlägga skillnader mellan landstingen och – i den mån det är möjligt – förändringar över tid. Följande frågor behandlas:

- Hur arbetar landstingen med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen?
- Finns det några skillnader i läkarintygen eller i läkarnas tillgång till kompetensutveckling när det gäller försäkringsmedicin?
- Finns det några skillnader i läkarbemanningen eller i befolkningens tillgång till vård?

Vi har använt oss av befintlig data från SKL och från enkäter som olika aktörer har genomfört med läkare. Vi har även intervjuat processledare<sup>21</sup> samt andra personer som är involverade i landstingens övergripande arbete med sjukskrivningsfrågor. Vi har dessutom intervjuat ett antal rehabkoordinatorer i respektive landsting. Totalt har åtta personer intervjuats i Region Jämtland Härjedalen och sju personer i Landstinget Västernorrland.

### Övergripande bild av skillnader mellan landstingen

I Tabell 4 sammanfattas skillnader och likheter i de båda landstingen. I kommande avsnitt redovisar vi mer ingående resultat från var och ett av de områden som ingår i kartläggningen.

---

<sup>21</sup> Processledare är den yrkesroll som ansvarar för landstingens arbete med överenskommen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, även kallad ”sjukskrivningsmiljarden”.

**Tabell 4 Övergripande skillnader och likheter mellan landstingen**

	<b>Region Jämtland Härjedalen</b>	<b>Landstinget Västernorrland</b>
Arbetet med sjukskrivningsprocessen	Uppfyller villkor inom sjukskrivningsmiljarden  De som driver frågorna har ett mandat och arbetet har tagit fart	Uppfyller villkor inom sjukskrivningsmiljarden  Frågan är inte förankrad i verksamheten och de som driver frågorna har svårt att nå ut  Har en försäkringsmedicinsk kommitté
Läkarintygen	Ökat antal utfärdade läkarintyg  Kortare längd på sjukskrivningarna i utfärdade läkarintyg 2015–2016	Minskat antal utfärdade läkarintyg  Oförändrad längd på sjukskrivningarna i utfärdade läkarintyg 2015–2016
Utbildningar till läkare i försäkringsmedicin	Utbildningar till AT- och ST-läkare samt läkare med utländsk utbildning, men även till andra läkare och stafettläkare	Utbildningar till AT- och ST-läkare samt läkare med utländsk utbildning. Inga utbildningar till andra läkare eller stafettläkare
Läkarbemanning	Ungefär lika många läkarvakanser som i riket i stort 2015  Många stafettläkare  Psykolog finns på 66 % av vårdcentralerna  Delad sistaplats när det gäller väntetider i vården	Fler läkarvakanser än riket i stort 2015  Många stafettläkare  Psykolog finns på 91 % av vårdcentralerna  Delad sistaplats när det gäller väntetider i vården

## Landstingens arbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Båda landstingen bedriver ett arbete för att höja kvaliteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I den senaste uppföljningen framgick att båda landstingen uppfyllde kriterierna för att få maximal ersättning genom överenskommelsen om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess (SKL 2017).

### Större fokus på frågorna i Region Jämtland Härjedalen

I Region Jämtland Härjedalen uppges sjukskrivningsfrågan ha kommit upp på den politiska dagordningen 2014. Det uppges att regionens politiska ledning prioriterar frågorna betydligt mer än innan. Processledaren<sup>22</sup> uppges att ”vi har ett uppdrag i regionen att jobba med de här frågorna.” Arbetet finansieras visserligen med hjälp av sjukskrivningsmiljarden, men det är regionen själv som styr över arbetet. Även på Försäkringskassan märker

<sup>22</sup> Processledarens uppdrag är att ha ett övergripande ansvar för den nationella överenskommelsen.

man av att region Jämtland Härjedalen satsar på sjukskrivningsfrågan och att frågan är prioriterad.

Drivande i regionens arbete är en processledare och en utvecklingsstrateg för arbetet inom sjukprocessen. De bedriver ett omfattande arbete för att sprida frågorna inom olika delar av hälso- och sjukvården. De uppger att regionens arbete med sjukskrivningsfrågor tagit fart under 2015. I början av 2015 påbörjades arbetet med en långsiktig utvecklingsplan som regionfullmäktige fastställde i oktober 2015 (se kapitel 2). Den långsiktiga utvecklingsplanen utgör ett startskott. Dessförinnan uppges arbetet ha legat lite ”lite i träda”.

”Vi har jobbat väldigt *lite* med det här under många år. Det är först senaste året som vi dragit upp tempot.”

I Landstinget Västernorrland verkar inte sjukskrivningsfrågan vara lika uppmärksammas som i Region Jämtland Härjedalen. Sjukskrivningsfrågan förefaller inte ha varit på dagordningen i den politiska ledningens olika forum lika tydligt som i Region Jämtland Härjedalen.

I Västernorrland finns en enhet för försäkringsmedicin som ska utveckla och förenkla processerna kring sjukskrivning och rehabilitering. På enheten finns bland annat två procesledartjänster varav den ena var vakant vid tidpunkten för fallstudien. I processledarens roll ingår bland annat att arbeta strategiskt med sjukskrivningsprocessen, att stötta rehabkoordinatorerna, ordna utbildningar, se till att nätverk fungerar. Samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är också en prioriterade fråga.

De som arbetar med frågorna uppger att det är svårt att nå fram till landstingsledningen och att frågorna är dåligt förankrade i den ordinarie organisationen. Landstingets arbete med sjukskrivningsprocessen beskrivs som ”en egen ö” eller ”en bubbla”. Nedskärningar och omorganisationer inom hälso- och sjukvården uppges ha försvårat arbetet att nå ut. Sjukskrivningsfrågorna uppges ha kommit i skymundan på grund av detta.

Landstinget Västernorrland har sedan 2008 en försäkringsmedicinsk kommitté som ska bidra till att öka kvalitet, effektivitet och rättssäkerhet i sjukskrivningsprocessen. Kommittén ska även underlätta effektivisera samarbetet mellan olika aktörer i sjukskrivningsprocessen.<sup>23</sup>

### Rehabkoordinatorer har funnits länge i Västernorrland

Ett av villkoren i den så kallades ”sjukskrivningsmiljarden” är att landstingen ska ha en funktion för koordinering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Funktionen arbetar med stöd till patienten, intern samordning och stöd inom hälso- och sjukvården samt extern samverkan gentemot andra aktörer såsom arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

---

<sup>23</sup> Då hette kommittén Sjukskrivningskommittén.

Landstinget Västernorrland var tidiga med att införa rehabkoordinatorer. Funktionen har funnits ända sedan 2007, det vill säga innan det angavs som ett villkor inom sjukskrivningsmiljarden. I dag har landstinget 25 rehabkoordinatorer inom primärvården. Tjänsterna som rehabkoordinatorerna varierar mellan 10 och 100 procent av en heltid. Det finns rehabkoordinatorer i någon utsträckning på samtliga hälso- och vårdcentraler. I Region Jämtland Härjedalen finns 15 rehabkoordinatorer som arbetar på samtliga 28 vårdcentraler.

Rehabkoordinatorerna arbetar bland annat med att stötta patienterna, att samverka med olika aktörer runt omkring patienterna och att stötta läkare med kunskap, både vad gäller om Försäkringskassans arbete och om hur läkarintygen ska skrivas. I många intervjuer framgår att rehabkoordinatorernas arbete är uppskattat. Det gäller i både i Västernorrland och Jämtland Härjedalen. Även från Försäkringskassans sida framgår att rehabkoordinatorerna har en nyckelroll och att de innebär en ”enorm draghjälp”. Det gäller såväl samordningsbiten, att hålla ihop rehabteamen på vårdcentralen och att bidra med kompetens till läkarna vad gäller försäkringsmedicin och intyg.

### Faktorer som försvårar arbetet

Det finns vissa faktorer som försvårar arbetet inom Region Jämtland Härjedalen. Geografin nämns som en sådan. Regionen har 28 hälsocentraler som patienter kan lista sig på och dessutom några filialer. Dessutom är ekonomin svag.

”Vi är en procent av befolkning i Sverige som ska serva en yta som är 12 procent, svåra förutsättningar, långa avstånd och många enheter, det är dyrt. När resurser ska fördelas får vi en procent, allt kommer befolkningsbaserat, t ex miljarden”.

I Västernorrland uppges att omorganisationer har försvårat arbetet att nå ut liksom att den politiska ledningen inte prioriterar frågorna. Men bilden är inte enhetlig. En person uppger att ”politikerna är intresserade och dom satsar. Vi har inga problem att få använda pengarna”. Sjukskrivningsmiljarden uppges vara viktig och ligger till grund för Landstinget Västernorrlands arbete med sjukskrivningsfrågor.

### Bedömningar av arbetsförmåga i läkarintyg

Hälso- och sjukvården ansvarar för att bedöma arbetsförmåga och utfärda medicinska underlag. Dessa underlag ingår i Försäkringskassans bedömning av rätten till sjukpenning. En läkares bedömning i ett läkarintyg innebär ingen ovillkorlig rätt till sjukpenning utan är ett underlag för Försäkringskassans beslut.

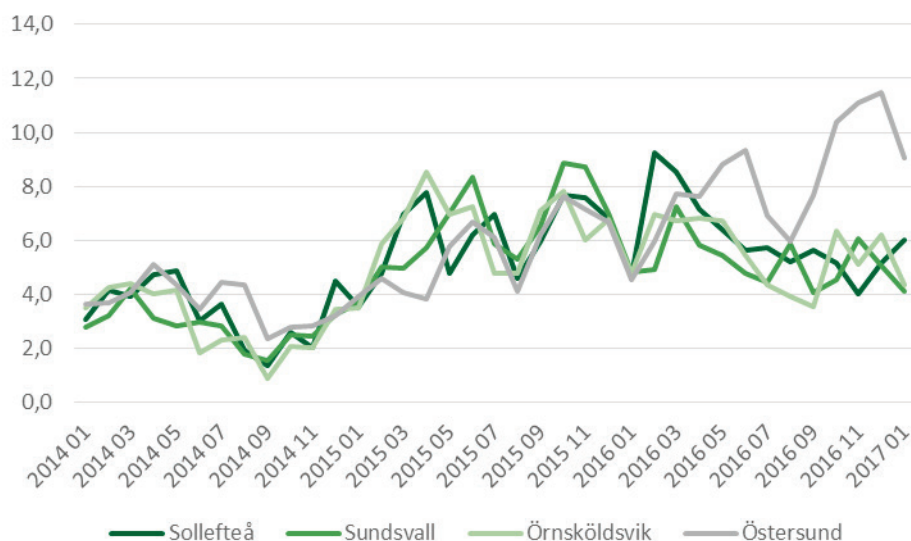
Framför allt vid kontoret i Östersund skiljer sig Försäkringskassans bedömningar från läkarnas, vilket visar sig i den höga andelen avslag på ansökningar om sjukpenning (se kapitel 3).

### Antal läkarintyg längre än 14 dagar ökar i Jämtland

Vi har ingen bra uppgift om antalet läkarintyg som utfärdats vid de två landstingen. Därför använder vi antal ansökningar om sjukpenning som approximation. Antal ansökningar om sjukpenning är sannolikt ett tillräckligt bra mått på antalet utfärdade läkarintyg, även om det inte är självklart att alla som fått ett läkarintyg utfärdat ansöker om sjukpenning. Det kan också finnas en eftersläpning i tid.<sup>24</sup>

Med detta sagt indikerar Diagram 13 att antalet utfärdade läkarintyg vid nya sjukfall ökar över tid i Jämtland medan det under 2016 har minskat vid kontoren i Västernorrland. Minskningen i Västernorrland syns vid alla tre försäkringskasskontor.

**Diagram 13** Antal ansökningar om sjukpenning vid dag 1 per 1000 invånare i åldern 20–64 år, utifrån beslutdatum



Källa: Försäkringskassans databas Store

Att antalet ansökningar ökar i Jämtland (Östersund) tyder på att det minskade sjukpenningtalet i länet huvudsakligen beror på Försäkringskassans arbete. Sjukpenningtalet har med andra ord minskat under 2016 *trots* att antalet ansökningar fortsätter att öka.

<sup>24</sup> Bara de läkarintyg ingår som medfört att den försäkrade ansöker om sjukpenning. Läkarintyg som bara omfattar sjuklöneperioden – dvs. fram till dag 14 – ingår inte. Både bifalls- och avslagsbeslut ingår. Tidsaxeln anger när Försäkringskassan fattade beslut om sjukpenning, inte när hälso- och sjukvården utfärdade läkarintyget eller när ansökan inkom till Försäkringskassan.

## Rekommenderade sjukfallslängder har blivit kortare i Jämtland Härjedalen

Vi har tagit del av data<sup>25</sup> som tyder på att de rekommenderade sjukskrivningslängderna är ungefär lika långa i Jämtland och Västernorrland. I Jämtland har de rekommenderade sjukskrivningslängderna minskat något mellan 2015 och 2016.

**Tabell 5**      **Rekommenderat antal sjukskrivningsdagar i läkarintyg**

	Genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar i elektroniska läkarintyg		
	2015	2016	Förändring i %
Jämtland	36	32	-11
Västernorrland	33	33	0
Genomsnitt i riket	34	29	-15

Tabellen visar elektroniska förstagångsintyg. Samtliga läkarintyg är inte elektroniska i dag vilket medför en osäkerhet i data. Både Jämtland och Västernorrland har dock en relativ hög andel elektroniska intyg – över 80 procent – vilket minskar osäkerheten i data avseende dessa län.

Antalet rekommenderade sjukskrivningsdagar har visserligen minskat mer i Jämtland än i Västernorrland men minskningen har skett från en högre nivå. I region Jämtland uppges att man utbildar samtliga läkare i försäkringsmedicin. Möjligen kan det ha påverkat genomsnittligt antal rekommenderade sjukskrivningsdagar i intygen.

## Handläggarna i Jämtland uppper att intygen har förbättrats

Vi har inte studerat kvaliteten i de utfärdade läkarintygen. I en granskning som gjordes 2013 fanns en liten (men statistiskt säkerställd) skillnad vad gällde andel intyg som bedömdes ha tillräckligt god kvalitet. Andelen var då 54,8 procent i Jämtland Härjedalen och 52,8 procent i Västernorrland (Försäkringskassan 2013).<sup>26</sup> Någon motsvarande granskning har inte gjorts de senaste åren och vi vet därför inte om kvaliteten har förändrats eller inte.

Handläggarnas uppfattning är dock att så är fallet. Enkäten visar att en högre andel handläggare i Jämtland (Östersund) upplever att läkarna blivit bättre på att skriva medicinska underlag det senaste året. I Jämtland instämde 58

<sup>25</sup> Vi har fått tillgång till data från landstingen genom Inera som har utvecklat en statistik-tjänst med information om läkarintyg på uppdrag av SKL. Täckningsgraden varierar mellan olika län men bedöms vara god i Jämtland och Västernorrland. Genom statistik-tjänsten har vi fått tillgång till aggregerad data om läkarintyg. Se [www.inera.se](http://www.inera.se) för mer information.

<sup>26</sup> Kvaliteten bedömdes utifrån ett antal kriterier som diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, bedömning av arbetsförmåga, vad läkaren baserar sin uppgifter på och motivering till överskriden tid i relation till det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Dessutom krävdes att hela läkarintyget skulle vara läsligt för att kvaliteten skulle bedömas som god.

procent av handläggarna helt eller delvis i det påståendet medan motsvarande andel i Västernorrland var 18 procent. På kontoret i Sundsvall var det lägst andel som instämde i påståendet, 12 procent.<sup>27</sup>

I Örnsköldsvik och i Sollefteå tycker sig flera intervjupersoner se att kvaliteten i läkarintygen har förbättrats något över tid. Man lyfter då fram den dialog som Försäkringskassan har med hälso- och sjukvården, bland annat genom att handläggare sedan flera år tillbaka är placerade på vårdcentralerna vissa dagar i veckan. Handläggarnas närvaro upplevs ha medfört förbättrad kvalitet i läkarintygen, även om förbättringen inte är så stor som man skulle önska. Den upplevda förbättringen gäller läkare som är fastanställda, däremot inte stafettläkare.

Läkarintygen i Sundsvall upplevs vara sämre än läkarintyg både i andra delar av Västernorrland och i Östersund (Jämtland). Vid flera tillfällen har andra kontor hjälpt till med Sundsvallsärenden och i samband med det har synpunkter framförts att intygen från Sundsvall var sämre än deras egna.

## Kompetens inom försäkringsmedicin

### Skillnader i kunskap och intresse mellan läkare

Kunskapen inom försäkringsmedicin är en viktig grund för att uppnå god kvalitet inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Fortbildningen inom försäkringsmedicin är därför en viktig del i den så kallade sjukskrivningsmiljarden (se kapitel 2). Landstingen ska verka för att det finns läkare med fördjupad kunskap i försäkringsmedicin som ett stöd till kollegor och medarbetare i det praktiska försäkringsmedicinska arbetet. Minst hälften av specialistläkarna (ST) ska ha utbildning och handledning.

I intervjuer i de aktuella länen uppges att det finns stora skillnader i läkarnas kunskaper i försäkringsmedicin och även i de utfärdade läkarintygens kvalitet. Uppfattningen framkommer både i intervjuer med hälso- och sjukvården och med Försäkringskassan. Läkarnas arbetsbelastning uppges vara hög och det tar tid att skriva läkarintyg. Att skriva intyg beskrivs som ett ”nödvändigt ont”. Inom hälso- och sjukvården finns en uppfattning att Försäkringskassans krav på läkarintygen har höjts och att det därför blivit svårare för läkarna fylla i intygen och att bedöma hur diagnosen påverkar arbetsförmågan.

Genomgående beskrivs de yngre läkarna som bättre på att skriva intyg. De uppges vara mer insatta och intresserade av försäkringsmedicin. Den uppfattningen finns inom både Försäkringskassan och hälso- och sjukvården, och både i Västernorrland och Jämtland Härjedalen:

”I primärvården är de yngre läkarna betydligt mer intresserade, de flesta har gått vår utbildning. Har man gått utbildningen förstår man att det är en del i den vård och behandling vi ska ge. De äldre

---

<sup>27</sup> Resultatet gäller enbart handläggare som arbetat minst ett år med sjukpenning.



tycker inte det är så kul, de vill framför allt sköta det mesta själv, det är ett bekymmer för våra koordinatörer.”

I Jämtland Härjedalen uppger personer som arbetar övergripande med sjukskrivningsprocessen att de generellt har en bra dialog med både yngre och äldre läkare. Läkarna uppges ha ”stor förståelse för frågorna” även om vissa uppges tycka att sjukskrivningsprocessen är svår och bölig.

**Utbildningar i försäkringsmedicin når inte alla läkare i Västernorrland**  
Försäkringskassan är aktiv i utbildningar i försäkringsmedicin, både i Region Jämtland Härjedalen och inom Landstinget Västernorrland. En viktig skillnad finns i vilka läkare som erbjuds möjlighet att gå utbildning i försäkringsmedicin. I både Region Jämtland Härjedalen och Landstinget Västernorrland ges utbildningen till AT-läkare, ST-läkare och läkare med utländsk examen. De flesta läkare tillhör dock inte någon av de grupperna.

I Jämtland Härjedalen bedrivs ett arbete för att nå ut även till andra läkare. Under 2016 åkte processledare och utvecklingsstrateg ut till Jämtland Härjedalens hälsocentraler. Hälsocentralerna såg till att alla läkare och andra medarbetare som hade möjlighet att delta. Det var obligatoriskt vid alla hälsocentraler. Läkare som hade akut verksamhet kunde dock inte delta.

För att nå seniora läkare har regionen under även påbörjat en pilot med sjuktalsdialog där hälsocentralens läkargrupp tillsammans med processledning och rehabkoordinator analyserar sjukskrivningsdata. Tanken är att arbetssättet ska bidra till att läkarna lär av varandra och att analys av sjukskrivningsdata på sikt ska bli en del i ordinarie uppföljningsverksamhet. En särskild satsning görs även på att ta fram en webbutbildning till regionens stafettläkare.

I Västernorrland däremot erbjuds ingen utbildning till andra grupper än de som nämndes ovan. Det finns en plan men resurserna saknas. Försäkringskassan har lyft det som ett problem i den Försäkringsmedicinska kommittén. Försäkringskassan vill nå även läkare som inte är nya – ”de som inte är så intresserade” – men upplever inte att frågan fått gehör i den Försäkringsmedicinska kommittén. Hälsa- och sjukvården i Västernorrland medger att de skulle kunna göra mer för att nå även de äldre läkarna. Läkarbrist anges som en orsak till att denna grupp av läkare inte har erbjudits utbildning i försäkringsmedicin.

### Rehabkoordinatorer bidrar med kompetens i försäkringsmedicin

Det framkommer i intervjuer att rehabkoordinatorerna har en viktig roll när det gäller läkarnas kompetens och kompetensutveckling inom försäkringsmedicin. Vi har sett exempel på det både från Jämtland och Västernorrland. En rehabkoordinator uppger att de diskuterar sjukskrivningar mycket på de hälsocentraler där hen arbetar. Hen uppmuntrar också läkarna att gå in i statistiken<sup>28</sup> och själva titta på sina ärenden och sina sjukskrivningar.

---

<sup>28</sup> Det som avses här är den statistiktjänst som Inera tillhandahåller.

Läkarna uppges ha blivit bättre på att bedöma om en person ska vara sjukskriven eller om det snarare behövs någon annan behandling.

Att bidra med kunskap i försäkringsmedicin och kunskap om att skriva läkarintyg nämns bland rehabkoordinatorernas arbetsuppgifter. Flera koordinatörer berättar att de har dialoger med läkare om sjukintyg och att de ordnar interna, ibland informella, utbildningar. En rehabkoordinator uppger att samtliga läkare på mottagningen konsulterar hen när de ska skriva sjukintyg.

Samtidigt som det är positivt att rehabkoordinatorerna bidrar med kompetens finns det en risk för sammanblandning när det gäller ansvar och roller. Enligt lag är det läkarna som ska beskriva patientens arbetsförmåga och utfärda läkarintyg. Läkarna kan samråda med andra kompetenser och göra bedömningar i team men ytterst är det läkarna som har ansvaret.

## Läkarbemanning ett problem i båda landstingen

Många landsting har i dag svårt att bemanna vakanta läkartjänster (Sveriges läkarförbund 2015). Flera landsting och regioner klarar sina uppdrag till stor del med hjälp av stafettläkare, en lösning som riskerar att bli kostnadsdrivande.

### Fler läkarvakanser på vårdcentralerna i Västernorrland

I en enkät ombads specialistläkare bedöma den aktuella bemannings-situationen på den vårdcentral där de arbetar. Enkätfrågan innebar att relatera det aktuella antalet fasta läkare (inklusive längre vikariat) till vad som krävs för att vårdcentralen skulle kunna anses vara fullt bemannad.

Enligt läkarnas uppskattning såg läkarbemanningen i Jämtland ut ungefär som i riket i stort. Däremot var det betydligt fler vakanser i Västernorrland (Tabell 6). I Västernorrland var det hela 29 procent som uppgav att de arbetar på en vårdcentral med många vakanser. Bara två län i Sverige hade en högre andel läkare som arbetar på en vårdcentral med många vakanser.

**Tabell 6** Andel läkare som instämmer i olika uppfattningar om läkarbemanningen på deras vårdcentral 2015

	Jämtland	Väster-norrland	Riket
Fullbemannad (100 % bemannad), andel i %	30	17	34
Några vakanser (>80 % besatta), andel i %	26	27	28
Flera vakanser (50–80 % besatta), andel i %	30	27	26
Många vakanser (<50% besatta), andel i %	13	29	12

Källa: Sveriges läkarförbund 2015. Enkäten genomfördes februari – april 2015 och skickades till samtliga läkare inom primärvården, totalt 6 578 läkare. Av dessa var 4 599 specialistläkare och 1 979 ST-läkare i allmänmedicin. Svarsfrekvensen var 60,1%.

### Många stafettläkare försvårar arbete med sjukskrivningsprocessen

Vi har inte tillgång till data över hur vanligt det är med stafettläkare i de två landstingen. I intervjuer både med Försäkringskassan och med hälso- och

sjukvården framkommer att det råder läkarbrist och att det är därför är vanligt med stafettläkare. På vissa vårdcentraler uppges samtliga läkare vara stafettläkare.

I en undersökning gjord av Konkurrensverket rangordnas länen utifrån sin kostnad per invånare för stafettläkare.<sup>29</sup> Både Jämtland och Västernorrland återfinns bland de fem län som hade högst kostnader för hyrläkare år 2014. Kostnaden var något högre i Jämtland (315 kr per invånare och år) i jämförelse med Västernorrland (260 kr) (Konkurrensverket 2015).

Vi har ingen kunskap om huruvida användandet av stafettläkare bidrar till ett ökat eller minskat sjukpenningtal. Däremot framkommer i intervjuer att den höga andelen stafettläkare påverkar landstingens arbete med sjukskrivningsprocessen.

### **Svårt att komplettera när inte läkaren finns kvar**

Något som däremot framkommer i flera intervjuer är att vårdcentraler med många stafettläkare har bekymmer med kompletteringar. När ett intyg måste kompletteras finns kanske den läkare som skrivit intyget inte längre kvar på vårdcentralen. Ibland finns det uppgifter i journalen som kan användas vid komplettering, men annars måste utredningen göras om och ett nytt besök bokas hos en ny läkare.

En annan risk som lyfts fram när det gäller stafettläkare är att patienten sjukskrivs och att uppföljningen därefter fördröjs. Här lyfts koordinatorens uppdrag fram som särskilt viktigt.

Samtidigt framkommer att det finns ”två kategorier av stafettläkare”: de som återkommer med regelbundenhet och de som inte gör det. Ibland förekommer det att stafettläkarna har långtidskontrakt.

”När de återkommer kan man boka patienter på ett annat sätt. De andra dyker bara upp och sen ser man dem inte mer”.

### **Svårare att arbeta med kompetensutveckling för stafettläkare**

Det framkommer i intervjuer att det är svårt att arbeta långsiktigt och metodiskt med kompetensutveckling när det gäller stafettläkare. Landstinget Västernorrland uppger att deras utbildningar riktar sig till specifika målgrupper och att stafettläkare inte är en sådan.

En rehabkoordinator som arbetar på en vårdcentral med många stafettläkare menar att hen hade kunnat arbeta mer metodiskt med läkarna om de vore fastanställda, exempelvis genom att gå igenom kompletteringsärenden och härigenom lära upp läkarna.

---

<sup>29</sup> Konkurrensverket använder begreppet hyrläkare i sin rapport medan vi har använder begreppet stafettläkare.

Men det finns sätt att nå även stafettläkare. Region Jämtland Härjedalen ska snart påbörja en webbutbildning som samtliga läkare ska gå, även stafettläkare.

## Längre väntetider i båda landstingen än i riket i stort

Sedan den 1 januari 2015 är den så kallade vårdgarantin, en lagstadgad rättighet och del av patientlagen. Vårdgarantin innebär att det ska ta max 7 dagar att få en tid hos allmänläkare, max 90 dagar för första besök hos specialist och max 90 dagar för en åtgärd eller operation efter att beslutet fattats.

Både Jämtland Härjedalen och Västernorrland tillhör de län i Sverige som har längst väntetider. Tabell 7 visar att det är en högre andel patienter som får vänta på läkarbesök och operation i Jämtland Härjedalen och i Västernorrland än i riket i stort. Däremot är skillnaden länen emellan liten.

**Tabell 7** Väntetider inom vården, hösten 2016

	Jämtland Härjedalen	Väster- norrland	Riket
Telefonsamtal primärvård, andel som besvarades samma dag	83	90	89
Läkarbesök primärvård, andel inom 7 dagar	85	80	89
Första besök i specialiserad vård, andel inom 90 dagar	68	67	80
Operation/åtgärd, andel inom 90 dagar	67	64	77

Källa: SKL 2016a. Resultaten avser hösten 2016

I en sammanvägning av olika mått på väntetider framgår att Jämtland Härjedalen och Västernorrland ligger på delad sistaplats i riket (SKL 2015b).

Det finns heller ingen stor skillnad mellan länen i andel i befolkningen som helt eller delvis instämmer i påståendet att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Jämtland Härjedalen ligger något under Västernorrland (se Tabell 8).

**Tabell 8** Andel som helt eller delvis instämmer i följande påståenden

	Jämtland Härjedalen	Väster- norrland	Riket
Jag har tillgång till den vård jag behöver	80	83	84
I mitt landsting/region är väntetider vid vård och behandling på sjukhus rimliga	45	44	52
I mitt landsting/region är väntetider vid besök på hälso-/vårdcentraler rimliga	60	63	65

Källa: SKL 2016b

Båda länen ligger strax under rikets genomsnitt när det gäller befolkningens upplevelse av att ha tillgång till den vård och att ha rimliga väntetider till besök på hälsocentral eller vårdcentral. Däremot är andelen i båda länen betydligt lägre än i riket vad gäller synen på väntetider vid vård och behandling på sjukhus.

Bland Försäkringskassans handläggare är det fler i Västernorrland än i Jämtland som tror att väntetider i vården är en viktig anledning till att sjukfall blir långa. I Jämtland instämmer 67 procent helt eller delvis i detta påstående. Motsvarande andel i Västernorrland är 86 procent. Det är inga stora skillnader mellan olika kontor i Västernorrland.

### Sämre tillgång till psykolog på vårdcentraler i Jämtland

På vårdcentralnivå är tillgången till psykolog sämre i region Jämtland Härjedalen än i landstinget i Västernorrland. Sveriges psykologförbund har vid tre tillfällen kartlagt tillgången till psykologer på landets vårdcentraler. Den senaste kartläggningen gjordes 2015. I Jämtland Härjedalen uppgav 66 procent av vårdcentralerna att de hade tillgång till psykolog. I Västernorrland uppgav en högre andel vårdcentraler att de hade tillgång till psykolog: 91 procent (Sveriges psykologförbund 2015).<sup>30</sup>

Kartläggningen redovisar tillgången till psykolog på vårdcentralnivå. Vi vet inte hur stor del av *befolkningen* i respektive landsting som har behov av eller tillgång till psykolog.

## Sammanfattning av kapitlet

Utifrån vår kartläggning verkar det finnas vissa skillnader mellan de två landstingen men även flera likheter. Bilden är dock motstridig och det är svårt att dra slutsatser kring landstingens bidrag till det minskade sjukpenningtalet.

Båda landstingen har problem med ekonomin, bristande tillgång till läkare och långa väntetider till vård och behandling.

De skillnader som identifierats gäller arbetet med sjukskrivningsprocessen och läkarnas tillgång till kompetensutveckling inom försäkringsmedicin, där frågorna förefaller vara mer prioriterade i Region Jämtland Härjedalen än i Landstinget Västernorrland. Vissa tecken finns även på att de rekommenderade sjukskrivningstiderna i läkarintygen har förkortats i Jämtland Härjedalen. Å andra sidan ökar antalet rekommenderade sjukskrivningar från hälso- och sjukvården i Jämtland Härjedalen över tid. I Västernorrland syns däremot en minskning under 2016.

---

<sup>30</sup> År 2015 fanns det enligt Psykologförbundets uppgifter 1 178 vårdcentraler. Kartläggningen gjordes genom telefonintervjuer och mejlutskick under maj 2015. Av vårdcentralerna svarade 1 159 vilket motsvarar 98 procent.

I kapitlet har vi även sett att antalet utfärdade läkarintyg över 14 dagar verkar öka, mätt som antal ansökningar som inkommer till Försäkringskassan. Att antalet ansökningar ökar i Jämtland (Östersund) tyder på att det minskade sjukpenningtalet i länet huvudsakligen beror på Försäkringskassans arbete. Sjukpenningtalet har med andra ord minskat under 2016 *trots* att antalet ansökningar fortsätter att öka.

## 5. Samverkan mellan Försäkringskassan och sjukvården

Försäkringskassan ansvarar för att samordna den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inom sjukförsäkringsområdet. För att kunna utföra vårt uppdrag som samordnare av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen behöver Försäkringskassan ha ett nära samarbete med bland annat hälso- och sjukvården, kommunen, Arbetsförmedlingen och arbetsgivare.

I det här kapitlet fokuserar vi på samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

- Hur samverkar Försäkringskassan och hälso- och sjukvården?
- Finns det skillnader mellan samverkan med Region Jämtland Härjedalen respektive Landstinget Västernorrland som kan förklara sjukpenningtalets utveckling?

### Samverkan på övergripande nivå

Samverkan sker på högre nivå i Jämtland

En skillnad mellan Östersundskontoret och kontoren i Västernorrland är att kontoret har lyft sjukskrivningsfrågan till de politiska församlingarna i länet. Det tidigare LFC Östersund (nuvarande Östersundskontoret) vände sig redan 2013 till de politiska församlingarna i både landstinget och kommunerna. Kontakterna uppges ha medfört att sjukskrivningsfrågan kom upp på den politiska agendan. Någon motsvarande kontakt har inte tagits när det gäller de politiska församlingarna i Västernorrland.

Sedan 2016 ingår Försäkringskassans områdeschef i Region Jämtland Härjedalens styrgrupp för sjukskrivningsprocessen. Även innan Region Jämtland Härjedalen bildades fanns ett strategiskt och regelbundet samarbete mellan LFC Östersund och den dåvarande landstingsledningen. Det samarbetet har pågått åtminstone sedan 2008. Någon samverkan på motsvarande nivå finns inte när det gäller landstinget i Västernorrland. Det sker med andra ord en samverkan på högre nivå mellan Försäkringskassan och Region Jämtland Härjedalen än vad som är fallet i Landstinget Västernorrland.

Områdeschefen på Försäkringskassan har sedan tidigare regelbundna möten med primärvårdschefer i Jämtland. Motsvarande kontakter har nyligen initierats även i Västernorrland.

Försäkringskassan har tre samverkansansvariga i området

Samverkan mellan Försäkringskassan och landstingen sker på olika nivåer. På Försäkringskassan i SF Jämtland-Västernorrland finns tre anställda som

är lokalt samverkansansvariga. Två samverkansansvariga täcker Landstinget Västernorrland medan en arbetar mot Region Jämtland Härjedalen. Av de två som arbetar gentemot Västernorrland är en placerad i Sundsvall medan den andra fördelar sin tid mellan Sollefteå och Örnsköldsvik. Den samverkansansvarige som arbetar gentemot Region Jämtland Härjedalen är placerad på Försäkringskassans kontor i Östersund.

Rollen som samverkansansvarig innebär att försöka skapa ett gott samarbetsklimat med hälso- och sjukvården, med arbetsgivare, kommuner och andra aktörer, för att på så sätt underlätta handläggarnas arbete. Det handlar om att skapa metoder och vägar för att Försäkringskassan och de andra aktörerna ska nå varandra. Det innebär även att informera om regelverket så att andra förstår hur Försäkringskassan arbetar och varför.

De samverkansansvariga besöker olika enheter inom hälso- och sjukvården för att diskutera sjukskrivningsfrågor. Hälso- och sjukvården i Sundsvall uppges bestå av så många enheter att arbetet är svårt att hinna med alla. Inom området finns 20 vårdcentraler varav hälften är privata. I Sollefteå och Örnsköldsvik har Försäkringskassan gruppkonsultationer med FMR dit läkare bjuds in. Det gör man på vårdcentralerna ett par gånger om året.

En handläggare från Östersundskontoret har tillsammans med lokalt samverkansansvarig varit ute och informerat alla hälsocentraler i Region Jämtland om Försäkringskassans uppdrag. Arbetet har pågått under 2016 och våren 2017. Informationen har syftat till att öka kunskapen inom vården om Försäkringskassans möjligheter och begränsningar men också om vad som krävs för att läkarintygen ska hålla tillräcklig kvalitet. Syftet har också varit att väcka diskussion i frågorna. Ett motsvarande arbete planeras för närvarande även i Landstinget Västernorrland.

## Hälso- och sjukvården märker av Försäkringskassans förändrade handläggning

### Ökat antal avslagsbeslut skapar missnöje i Västernorrland

Intervjupersonerna inom hälso- och sjukvården i Västernorrland märker av att Försäkringskassans bedömningar har förändrats sedan hösten 2016. Det gäller framför allt Sundsvallskontoret. Av intervjuerna framkommer att relationen till Sundsvallskontoret har försämrats i och med att kontoret började göra fler avslag. Flera uppger att kontakterna på handläggarnivå fungerar bra men att Försäkringskassans bedömningar skapar problem. Sundsvallskontorets tidigare bedömningar var, enligt vad som uppges, inte något problem. Nu måste fler intyg än tidigare kompletteras. Läkarna undrar vad Försäkringskassan håller på med och flera uppges vara upprörda.

I intervjuer framkommer att hälso- och sjukvården hade önskat mer information från Försäkringskassan om den förändrade handläggningen. Nu kom det i stället ”som en chock”. Flera betonar att det är viktigt att Försäkringskassan och sjukvården följs åt.



De rehabkoordinatorer vi har intervjuat är oroliga över att flera handläggare slutat. De nya handläggarna uppges vara mer regelstyrda och ”fyrkantiga”. Det handlar exempelvis om hur man formulerar sig i kontakt med sårbara personer. De äldre handläggarna uppges vara mer nyanserade i sina bedömningar och bättre på att kommunicera sina beslut.

### I Jämtland Härjedalen uttrycks en förståelse för Försäkringskassan

Även Region Jämtland Härjedalen märker av Försäkringskassans ändrade arbetssätt och har fått anpassa sig till det. Och även här finns en uppfattning att Försäkringskassan har glömt bort hälso- och sjukvården när man genomfört förändringar. Samverkan behövs för att inte individer ska ”ramla mellan stolarna”. På central nivå uttrycks ett önskemål om att Försäkringskassan ska ha mer dialog med sjukvården.

”Det kan bli så att man ändrar arbetssättet på FK och så glömmar man bort att det finns en vårdapparat som också måste ställa om, särskilt vid dag 180. Individer hamnar plötsligt utan ersättning och ibland får man veta det i efterskott”.

Att hälso- och sjukvården behöver information för att kunna ställa om är rimligt. Intervjupersoner vid kontoret i Östersund uppger dock att frågan tagits upp i de olika samverkansorgan som då fanns i regionen. Däremot uppges att det tog för lång tid mellan att informationen gavs och förändringen genomfördes i praktiken.

Även rehabkoordinatorer märker av Försäkringskassans nya arbetssätt och tillämpningen vid dag 180 nämns även här. Samtidigt uttrycks en förståelse för Försäkringskassans uppdrag och att regelverket måste följas.

”Jag har jättebra kontakt med handläggarna på Försäkringskassan, jag är säker på att man har fullt sjå att göra det man ska, jag vet att man har sina lagar att förhålla sig till. Men ibland tycker jag att man går väldigt fort, plötsligt har personen inte rätt till sjukpenning längre”.

En annan rehabkoordinator menar att handläggarna i Östersund är bra på att hantera svåra beslut och att även patienten kan få en viss förståelse för det beslut som fattats.

## Samordning i enskilda ärenden uppges fungera bäst när Försäkringskassan finns på plats

Både i Västernorrland och i Jämtland finns flera exempel på att handläggare vissa dagar i veckan är placerade på vårdcentraler och hos stora arbetsgivare. Arbetet bedrivs i projektform och finansieras av samordningsförbunden. Det ingår alltså inte i Försäkringskassans ordinarie verksamhet.

I intervjuer med både Försäkringskassan och landstingen uppges att det är lättare att samarbeta när handläggarna finns på plats. Från hälso- och sjukvården i Västernorrland uppges att samarbetet med Försäkringskassan

fungerar bättre i länets norra delar (där Sollefteå och Örnsköldsvik ingår) än i de södra delarna (där Sundsvall ingår). Att handläggare finns på plats uppges vara en anledning till detta. Där handläggare finns på plats ”flyter det på”.

”I de norra delarna finns handläggarna ute i vården, de kan snabbt komma in på ett team-möte, möta läkarna och ha en dialog.”

Förutom att handläggarnas närvaro gör det lättare att få tag i varandra uppges det också medföra ”ett gemensamt lärande”. Handläggare och läkare kan kommunicera direkt om intyg och kompletteringar. Från hälso- och sjukvårdens sida uppges till exempel att handläggarna har fått både mer kunskap och mer samsyn kring psykiatriska diagnoser genom ett projekt där handläggare vid Sundsvallskontoret ibland finns på sjukhusets psykiatriska klinik.

Inom ramen för fallstudien har vi inte haft möjlighet att undersöka vilka faktiska effekter handläggarnas närvaro på vårdcentralerna har haft på sjukskrivningsprocessen eller sjukpenningtalet. Några intervjupersoner inom Försäkringskassan tror att närvaron bidragit till att läkarintygen förbättrats. Andra menar däremot att effekterna inte blivit så stora som de hade önskat. I sammanhanget bör det påpekas att det också finns risker med att handläggare är placerade på vårdcentralerna. Det kan skapa en otydlighet vad gäller roller och ansvar. Det finns även risker att det skapas informella band som bidrar till konsensusbeslut som inte nödvändigtvis är rättsligt korrekta.

## Sammanfattning av kapitlet

Vår bedömning är att samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården på en övergripande nivå fungerar bäst i Jämtland. Här har Försäkringskassan väl inarbetade samverkansvägar sedan flera år tillbaka.

Samarbetet på handläggarnivå verkar dock snarare handla om andra saker. I intervjuerna uttrycks att samarbetet fungerar bäst när Försäkringskassans handläggare finns på plats ute på vårdcentralerna. Det gäller både i Jämtland och Västernorrland. Vi har begränsad kunskap om och hur det förfarandet påverkar sjukskrivningsprocessen. Det tycks finnas vissa fördelar, såsom ett gemensamt lärande och att kontaktvägarna underlättas. Samtidigt finns det risker med otydliga roller och ansvarsgränser.

## 6. Diskussion och slutsatser

Den här fallstudien omfattar två län som har haft de allra högsta sjukpenningtalen under åtminstone en tioårsperiod. Under 2016 gick länens utveckling plötsligt åt olika håll. I Jämtland minskade sjukpenningtalet kraftigt och är nu inte längre ett av landets högsta. I Västernorrland fortsatte ökningen under 2016, för att minska under de första månaderna av 2017.

### Förändring i Jämtland beror mest på Försäkringskassan

Vi bedömer att sjukpenningtalets minskning i Jämtland framför allt beror på det arbete som Försäkringskassan bedrivit lokalt för att förändra sjukpenninghandläggningen. Slutsatsen baseras bland annat på att antalet ansökningar om sjukpenning (och därmed antalet utfärdade läkarintyg) har fortsatt att öka i Jämtland under 2016. Därmed framstår hälso- och sjukvårdens arbete inte som en huvudorsak till det minskade sjukpenningtalet.

#### Arbetet med att förändra handläggningen initierades lokalt

I Jämtland påbörjades ett arbete för att minska sjukpenningtalet under 2013. Arbetet motiverades av en lokal bedömning att sjukpenningtalet låg alltför högt i relation till riket i stort. Bedömningarna ansågs vara alltför generösa och det har funnits en kultur av att ”läsa mellan raderna” för att kunna bevilja sjukpenning. Uppfattningen styrks av att endast en femtedel av handläggare hade gjort något avslag under 2013.

Vi kan urskilja framför allt tre förändringar i handläggningen som framstår som centrala för det minskade sjukpenningtalet i Jämtland. För det första har kontoret bedrivit ett arbete för att handläggarna ska bli bättre på att tillämpa regelverket. Det arbete som bedrivits har handlat om att bedömningarna ska bli vad som kallas mer ”försäkringsmässiga”. För det andra har kontoret i Jämtland ändrat sin syn på utredningsskyldigheten. Det handlar om att inte komplettera om den information som redan finns räcker för att bedöma rätten till sjukpenning. För det tredje har kontoret förbättrat sig mer än riket i stort vad gäller andelen bedömningar som görs i tid vid rehabiliteringskedjans tidsgränser.

Under 2015 genomfördes en omorganisation som innebar att samma områdeschef tog över även kontoren i Västernorrland. Därefter har ett motsvarande arbete med att förändra handläggningen startats även här. Arbetet har, åtminstone initialt, framför allt handlat om ett en handläggare från Jämtland har gjort medbedömningar av beviljandebeslut, detta för att säkerställa korrekta bedömningar.

Vi bedömer att ledningen på lokal nivå har haft en viktig roll för arbetet men det finns även andra nyckelpersoner, bland annat en specialist som flera

intervjupersoner uppger vara en viktig motor. Något som också förefaller ha varit viktigt är att chefer och specialist har pratat ihop sig och hållit en gemensam linje i kommunikationen med handläggarna.

### Minskad likformighet i samband med förändrade bedömningar

I rapporten framgår att det verkar finnas skillnader bland handläggarna i synen på hur rätten till sjukpenning ska bedömas. Tre fjärdedelar av handläggarna i de två länen instämmer (helt eller delvis) i påståendet att det finns olika uppfattning på kontoret om hur rätten till sjukpenning ska bedömas. Enligt våra analyser har likformigheten minskat i och med att andelen avslag har ökat. Det gäller framför allt i Jämtland. Sannolikt beror det på att kontoret befinner sig i ett pågående förändringsarbete. Det finns fortfarande handläggare som inte gör avslag samtidigt som många handläggare har fattat en högre andel avslagsbeslut. Härmed ökar också spridningen mellan handläggare.

I intervjuer har det framgått att alla handläggare inte har accepterat det förändrade sättet att bedöma rätten till sjukpenning. Vid tidpunkten då intervjuerna genomfördes gällde det framför allt kontoret i Sundsvall. Även i enkäten framkommer att 60 procent instämmer (helt eller delvis) i påståendet att bedömningarna är alltför restriktiva.

Här är det viktigt att komma ihåg att det var ovanligt att handläggarna i de två länen fattade avslagsbeslut då arbetet med att förbättra bedömningarna påbörjades. I statistiken syns det att andelen handläggare som gör avslag har ökat, framför allt i Jämtland men även vid kontoren i Västernorrland. I intervjuer framkommer dock att det fortfarande finns handläggare som inte fattar avslagsbeslut. Här har chefer, men även stödfunktioner, ett viktigt ansvar att uppmärksamma brister i handläggningen och säkerställa att regelverken efterföljs.

Försäkringskassan nationellt arbetar kontinuerligt för att stödja handläggarna att utreda och bedöma arbetsförmågans nedsättning med ökad systematik och kvalitet. Ambitionen är att göra detta genom att ge handläggarna mer vägledning i vad som är nödvändig och tillräcklig information om medicinska förutsättningar och arbetets innehåll, hur informationen ska värderas samt vilka slutsatser som kan dras utifrån den om arbetsförmågans nedsättning. Det interna arbete för att förbättra handläggarnas förmåga att värdera och dra slutsatser utifrån den information som finns i ärendet är också nära sammankopplat med det arbete som genomförs för att höja kvaliteten i läkarintygen.

Försäkringskassan kommer också att se över de metoder och verktyg som i dag finns för utredning av arbetsförmågans nedsättning och behovet av rehabilitering. Syftet med översynen är att ta reda på om det stöd som finns i dag är ändamålsenligt och tillräckligt eller om det behöver utvecklas.

Under hösten 2016 har också en ny utbildning i utredningsmetodik som särskilt riktar sig till sjukpenninghandläggare testats. Syftet med utbildningen är att ge handläggare stöd i att tänka systematiskt vid inhämtandet av information i ärenden.

**Insatser på nationell nivå har gett draghjälp åt arbetet i de två länen**  
Hösten 2015 formulerade regeringen ett mål att sjukpenningtalet ska minska till 9,0. Försäkringskassan har sedan dess arbetat med att stärka kvaliteten i handläggningen av sjukpenningen i hela landet. Fokus har legat på bedömningarna vid framför allt rehabiliteringskedjans tidsgränser, inklusive den initiala bedömningen av rätten till sjukpenning. Vidare började en ny handlägningsprocess användas under våren 2016 och därtill ett arbete för att öka användningen av försäkringsmedicinska utredningar.

Arbetet med att förändra handläggningen i Jämtland påbörjades redan innan frågan uppmärksammades nationellt. Men även om arbetet påbörjades tidigare framkommer i intervjuer att länen har haft ”draghjälp” av det arbete som Försäkringskassan bedriver med anledning av regeringens mål och för att stärka sjukförsäkringshandläggningen. Bland annat uppges att den nya handlägningsprocessen för sjukpenning och rehabilitering ha bidragit till att länen har förbättrat sitt arbete vid rehabiliteringskedjans tidsgränser.

Utöver de förändringar i handläggningen som genomförts lokalt och som beskrivits i rapporten så arbetar Försäkringskassan kontinuerligt för att på olika sätt skapa likformiga och rättssäkra bedömningar. Det arbetet har inte analyserats i rapporten.

### Styrkor och potentiella problem med prövade arbetsätt

I det pågående förändringsarbetet arbetar de studerade kontoren för att förbättra kvaliteten i besluten och öka rättssäkerheten i bedömningarna. Det har bland annat gjorts genom medbedömningar där en särskilt utsedd person kvalitetssäkrat besluten. På de aktuella kontoren har det uppgetts vara positivt att handläggarna får återkoppling på sina bedömningar. Metoden kan möjligen fungera även i andra delar av landet – åtminstone som en tillfällig insats – för att öka kvaliteten i bedömningarna. Viktigt är dock att den eller de personer som gör medbedömningar har den kompetens som krävs så att bedömningarna blir rättssäkra och att de blir likformiga även ur ett nationellt perspektiv.

I de aktuella länen har det framkommit att det funnits ett åtminstone upplevt problem med ”överutredning” och att handläggarna ibland utreder fram rätten till sjukpenning. Samtidigt har Försäkringskassan en utrednings-skyldighet som innebär att vi ska säkerställa att vi har den information vi behöver för att kunna fatta beslut. I Jämtland har en justering gjorts av hur mycket ärendena utreds och kompletteras. Justeringen har inneburit att länet numera kompletterar mindre ofta än tidigare. Någon motsvarande förändring uppges inte ha gjorts vid kontoren i Västernorrland.

Sammantaget har de genomförda förändringarna medfört att andelen avslag ökat, både vid dag 1 och vid senare bedömningar av rätten till sjukpenning. Samtidigt kan vi konstatera att beslut som fattats i Jämtland inte ändras vid omprövningar i högre utsträckning än i riket i stort. Andelen ändrade beslut har, liksom i riket, minskat över tid. Med tanke på att länens sjukpenningtal länge varit väsentligt högre än i riket i stort är det troligt att bedömningarna nu är mer korrekta än tidigare.

Samtidigt är det viktigt att fortsätta följa utvecklingen framöver, både vad gäller ändringsbeslut genom omprövningar och ändringsbeslut i domstol. De prövningar som då görs kommer att visa om Försäkringskassans bedömningar är korrekta eller inte, åtminstone i de enskilda fallen. Mot bakgrund av att andelen avslag har ökat – både i Jämtland och Väster-norrland liksom i riket i stort – finns det även anledning att följa upp den rättsliga kvaliteten i avslagsärenden. En sådan uppföljning skulle också kunna visa om Försäkringskassan uppfyller sin utredningsskyldighet.

I fallstudien har det framkommit att Försäkringskassans handläggare vissa dagar är placerade på vårdcentraler, vilket då finansieras med medel från samordningsförbunden. Det förekommer i båda de län som studerats och har lyfts fram som en positiv del i samarbetet med hälso- och sjukvården. Både de aktuella kontoren och hälso- och sjukvården är positiva till samarbetet, som uppges leda till mer kunskap om varandras verksamheter och uppdrag samt snabbare kontaktvägar. I sammanhanget är det viktigt att lyfta fram att kunskapen är begränsad vad gäller konkreta resultat av samarbetet. Det kan även finnas en risk att ansvarsgränser och roller blir otydliga och att samarbetet bidrar till konsensusbeslut som inte nödvändigtvis är rättsligt korrekta.

### Vilka lärdomar kan dras för resten av landet?

Försäkringskassan är en stor myndighet med ett stort avstånd mellan den högsta ledningen och det arbete som bedrivs lokalt. Det arbete som beskrivits i rapporten har bedrivits utifrån en lokal analys och med åtminstone delvis lokalt framtagna arbetssätt. Vår bedömning är att arbetet övergripande verkar ligga i linje med det arbete som numera bedrivs nationellt inom myndigheten. Det är ändå angeläget att betona vikten av att vi inom myndigheten arbetar samstämmigt, såväl nationellt som regionalt och lokalt, för att åstadkomma mer rättssäkra och likformiga bedömningar. Vi behöver ha en gemensam problembild, och hitta lösningar tillsammans får att nå önskade resultat. Allra viktigast är att vår utredningsmetodik är densamma oavsett var i landet ett ärende handläggs.

Det kan finnas andra delar av landet som har höga sjukpenningtal och som kan dra lärdomar av arbetet i Jämtland och Västernorrland. Dock är det viktigt att i så fall göra en noggrann analys av orsaker bakom dessa höga sjukpenningtal. Jämtland och Västernorrland har sannolikt gjort alltför generösa bedömningar tidigare. Härigenom har det funnits ett utrymme att minska sjukpenningtalet genom att stärka arbetet med bedömningarna. På kontor där bedömningarna redan i dag sker på ett korrekt sätt finns, av naturliga skäl, inte samma utrymme.

En lärdom som framstår som överförbar även i andra delar av landet gäller ärendediskussion, som verkar vara en bra metod för att arbeta med tillämpningsfrågor. I fallstudien har vi sett flera exempel på att detta. Det gäller både den handläggare som haft med sig erfarenheter från en annan del av landet och det projekt med medbedömningar där handläggarna fått återkoppling på sina beslut.

Eftersom Försäkringskassan är en stor myndighet finns det en risk att det bildas olika kulturer eller synsätt i olika delar av landet. Därför är det viktigt att vi hittar arbetsformer som underlättar att skillnader uppmärksammas och adresseras. Att jämföra sig med varandra och att diskutera ärenden kan vara ett sätt att uppnå mer likformiga bedömningar. Sådana jämförelser behöver göras både mellan handläggare och mellan kontor.

Ytterligare en fråga att fundera över är de svängningar över tid som skett vad gäller nyttjandet av sjukförsäkringen. Även om de två studerade länen har legat väsentligt högre i nyttjande av sjukförsäkringen än riket i stort under drygt 10 års tid, så har svängningarna *över tid* varit väsentligt större än de skillnader som vid en given tidpunkt finns *mellan* olika län. Denna aspekt av likformighet kan vara minst lika viktig att följa och hantera.

## Andra aktörer är viktiga för att minska sjukfrånvaron

Flera aktörer behöver arbeta tillsammans för att nå regeringens mål om en låg och stabil sjukfrånvaro. I de län som ingått i fallstudien har Försäkringskassans förändrade handläggning varit en huvudorsak till att sjukpenningtalet minskat. Att det har kunnat ske beror på att det funnits ett stort utrymme för Försäkringskassan att förbättra sina bedömningar. Som nämndes ovan är det inte en väg som är tillämpbar i alla delar av landet.

Både hälso- och sjukvården och arbetsgivarna är helt avgörande för att sjukfrånvaron i riket i stort ska minska och fler ska komma tillbaka i arbete. Hälso- och sjukvården har betydelse både genom utfärdandet av läkarintyg, och genom befolkningens tillgång till vård och rehabilitering. Arbetsgivare har möjlighet att fånga tidiga tecken på ohälsa och ska vidta åtgärder för att undvika sjukskrivning. Om den anställde trots detta blir sjukskriven, ska arbetsgivaren skapa förutsättningar för att personen ska kunna komma tillbaka till jobbet.

### Hälso- och sjukvården i Jämtland kan ha haft en viss betydelse

I fallstudien har vi kartlagt faktorer inom hälso- och sjukvården som kan ha bidragit till sjukpenningtalets utveckling i Jämtland och Västernorrland. Vi har försökt identifiera förändringar över tid liksom andra skillnader mellan landstingen som kan ha bidragit. Den bild vi får är motstridig och det är svårt att dra entydiga slutsatser om huruvida hälso- och sjukvården har bidragit till det minskade sjukpenningtalet i Jämtland.

Vi kan konstatera att hälso- och sjukvården i de två länen har flera likheter. Till exempel har båda problem vad gäller läkarbemannning och väntetider

inom vården. De genomsnittliga rekommenderade sjukskrivningslängderna är ungefär samma i båda länen.

Några skillnader finns dock mellan länen. En sådan är att de som driver arbetet med sjukskrivning och rehabilitering i Region Jämtland upplever att de når ut i verksamheten och att de har ett mandat att driva frågorna. Regionen förefaller även satsa på läkarnas kompetensutveckling inom försäkringsmedicin. De genomsnittliga rekommenderade sjukskrivningslängderna i läkarintygen har minskat något, men är inte lägre än i Väster-norrland.

Vi kan inte utesluta att hälso- och sjukvården har haft en viss betydelse för det minskade sjukpenningtalet i Jämtland. Men mot bakgrund av att antalet ansökningar om sjukpenning *ökar* i Jämtland bedömer vi ändå att det minskade sjukpenningtalet till största del beror på förändringar i Försäkringskassans handläggning. Samtidigt finns en risk att vi underskattar hälso- och sjukvårdens betydelse då tillgången till data är mer begränsad än när det gäller vårt eget arbete på Försäkringskassan.

### Viktigt att läkarintygen är korrekta från början

För att sjukskrivningsprocessen ska präglas av likformighet och rättssäkerhet är försäkringsmedicinsk kunskap en nödvändig grund för både läkaren och Försäkringskassans handläggare. Sjukskrivning och utfärdande av läkarintyg ska vara en integrerad del av vård och behandling. Det är jämförbart med andra medicinska åtgärder och ska övervägas på liknande sätt som exempelvis ordination av läkemedel.

Försäkringskassan ansvarar för att rätt person ska få rätt ersättning, vilket förutsätter att vi gör korrekta bedömningar av rätten till sjukpenning. Hälso- och sjukvårdens beskrivningar i läkarintygen är ett centralt i Försäkringskassans bedömningar.

Om både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan gör korrekta bedömningar kommer sannolikt våra bedömningar att bli mer samstämmiga. Det underlättar i så fall det fortsatta arbetet, både för Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Sannolikt skulle då både andelen avslag och antalet kompletteringar minska.

För att höja kvaliteten i läkarintyget behövs tydliga krav på vad intygen ska innehålla. Kraven måste också kommuniceras till vården på ett pedagogiskt sätt. Men i vilka ärenden Försäkringskassan kompletterar läkarintygen och vilka frågor vi ställer påverkar också kvaliteten i intygen. Med en god systematik i utredningen kommer vi att i större utsträckning komplettera läkarintyg i rätt ärenden och de frågor vi riktar till läkarna kommer att vara mer specifika vilket bidrar till ett lärande för vården. Försäkringskassan genomför därför ett arbete för att kommunicera vilka krav som ställs på ett läkarintyg. Försäkringskassan har också tagit fram ett inspirationspaket till handläggarna som bland annat innehåller förslag på hur frågor till vården kan formuleras. Materialet kan användas som ett underlag för dialog i de handläggande teamen.



### Viktigt med kontinuerlig dialog med hälso- och sjukvården

Både från Försäkringskassans sida och från hälso- och sjukvårdens uppges att sjukskrivningsprocessen fungerar bättre när samverkan fungerar. Flera betonar att det är viktigt att Försäkringskassan och sjukvården följs åt. Samverkan behövs för att inte individer ska ”ramla mellan stolarna”. Både i Västernorrland och Jämtland framgår att sjukvården hade önskat mer information från Försäkringskassan innan ”förändringen” vid dag 180. Det ökade antalet avslag vid dag 180 kom som en överraskning för hälso- och sjukvården.

Båda landstingen upplever att de inte fått information om Försäkringskassans förändrade handläggning. Resultatet är intressant mot bakgrund av att kontoret i Östersund tog upp frågan i de olika samverkansorgan som då fanns i regionen. Motsvarande uppges däremot inte ha gjorts i Västernorrland.

Vi kan konstatera att det är svårt med information och kommunikation i stora och komplexa verksamheter. Från Försäkringskassans sida visar resultaten att vi aldrig kan släppa fokus på att informera om vårt uppdrag och regelverk. Informationen måste upprätthållas kontinuerligt. I stora organisationer är det lätt att tappa information, till exempel när anställda byter tjänster. Det är heller inte säkert att information som ges på ledningsnivå når ner till den nivå som påverkas av en förändring.

För närvarande pågår ett arbete inom Försäkringskassan för att stärka dialogen med hälso- och sjukvården. Som en del i det arbetet besöker Försäkringskassans högsta ledning samtliga region- och landstingsledningar i landet. Dialogen med landstingen syftar till att lyfta fram och diskutera vilka lokala och regionala framgångsfaktorer och utmaningar som Försäkringskassan respektive landstingen ser när det gäller sjukskrivningsfrågan. Det blir sannolikt en större kraft i frågan när kommunikationen sker på flera nivåer samtidigt.

## Referenser

- Folkhälsoenkäten 2016. *Teknisk rapport. En beskrivning av genomförande och metoder. "Hälsa på lika villkor"*, Nationellt urval. Datum 2016-06-01
- Försäkringskassan 2005. *Att leva på kassan. Allmän försäkring och lokal kultur*. FK Analyserar 2005:4
- Försäkringskassan 2009. *Trygghetens variationer – om hälsa och lokal kultur*. Socialförsäkringsrapport 2009:2
- Försäkringskassan 2006 (red. Palmer, E.). *Sjukförsäkring, Kultur och Attityder*. Försäkringskassan analyserar 2006:16
- Försäkringskassan 2013. *Kvalitet på läkarintyg – En del av sjukskrivningsmiljarden*. Svar på regleringsbrev för 2012. Beslut 2013-04-02
- Försäkringskassan 2014. *Analys av sjukfrånvaron. Väsentliga förklaringar till upp- och nedgång över tid*. Socialförsäkringsrapport 2014:17
- Försäkringskassan 2015. *Lågt och stabilt? Indikatorer på politisk måluppfyllelse inom sjukförsäkringsområdet*. Socialförsäkringsrapport 2015:2
- Försäkringskassan 2016a. *Sjukfrånvarons utveckling 2016*. Socialförsäkringsrapport 2016:7
- Försäkringskassan 2016b. *Sjukpenning och rehabilitering*. Process 2009:07, version 9,0. Beslutad 2016-11-22
- Försäkringskassan 2016c. *Mer likformiga beslut inom sjukersättning*. Internt PM 2016:3
- Försäkringskassan 2016d. *Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Svar på regeringsuppdrag 2016-04-29. Dnr 056546-2015
- Försäkringskassan 2017. *Försäkringskassans uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Svar på regeringsuppdrag 2017-02-21. Dnr 072523-2016
- Goine, H. m.fl 2009. *Effekter av information om förstärkt granskning av medicinska underlag*. Institutet för arbetsmarknadspolitisk utvärdering (IFAU). Rapport 2009:14
- ISF 2010. *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2010:6

ISF 2010. *Regionala skillnader i sjukförsäkringens utfall*. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2010:6

ISF 2013. *Sjukskrivningsmiljarden. Landstingets syn på ekonomiska incitament för att påverka sjukfrånvaron*. Inspektionen för socialförsäkringen. Rapport 2013:11

Konkurrensverket 2015. *Hylläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader*. Rapport 2015:10

Landstinget Västernorrland 2016. *Liv, hälsa och hållbar utveckling i Västernorrland*. Landstingsplan 2016–2018. Beslutad 2015-04-29

Region Jämtland Härjedalen (2015). *Reviderad Regionplan 2016–2018. Vision, mål och inriktningar*. Version 2, beslutad 2015-11-23. DnrRS/494/2015

Regionfakta 2016. *Statistik från län och regioner i Sverige*. <http://www.regionfakta.com/>

RFV 2003a. *Regionala skillnader i sjukskrivningar – kommun och bransch*. Riksförsäkringsverket. RFV analyserar 2003:4

RFV 2003b. *Regionala skillnader i sjukskrivning – hur ser de ut och vad beror de på?* Riksförsäkringsverket. RFV analyserar 2003:12

RFV 2003c. *Sjuka kommuner? Skillnader i sjukfrånvaro mellan Sveriges kommuner år 2000*. Riksförsäkringsverket. RFV analyserar 2003:17

RFV 2004. *Regionala skillnader i utgifter för sjukpenning och förtidspension En studie av utbetalade belopp i rikets kommuner 1993–2000*. Riksförsäkringsverket. RFV analyserar 2004:12

SKL 2015. *Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden*. Jämförelse mellan landsting och regioner baserat på ett urval av indikatorer i vården.

SKL 2016a. *Väntetider i vården Hösten 2016*. Sveriges Kommuner och Landsting

SKL 2016b. *Hälso- och sjukvårdsbarometern. Befolkningens attityder till kunskaper och erfarenheter av hälso- och sjukvården*. Sveriges Kommuner och landsting

SKL 2016c. *Frågor och svar om Överenskommelsen sjukskrivning och rehabilitering 2017–2018*. Avdelningen för Vård och omsorg, 2016-12-16

SKL 2017. *Sammanställning utfall Sjukskrivningsmiljarden*. Tabellbilaga till EkonomiNytt 2016.

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

Socialförsäkringsutredningen 2006. *Sjuk eller ledsen. Samtal om socialförsäkringen nr 7*

Socialstyrelsen & Försäkringskassan 2015. *Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Kartläggning och analys*

Sveriges läkarförbund 2015. *Läkarförbundets primärvårdsenkät 2015. Metodbeskrivning och basuppgifter om primärvårdens läkarverksamheter.*  
Stockholm: Sveriges läkarförbund

Sveriges psykologförbund 2015. *Vårdcentralundersökning 2015. Patienters tillgång till psykolog på landets vårdcentraler*

# Bilaga 1. Redovisning av enkät till handläggare

## Tillvägagångssätt

En web-enkät skickades till samtliga personliga handläggare med inriktning sjukpenning eller samordning på de aktuella kontoren. Enkäten gick ut via e-post i två omgångar under januari och februari 2017. Först skickades enkätfrågorna som en del av en större enkät som gick ut till samtliga sjukpenninghandläggare vid Försäkringskassan. Den större enkäten samordnades med ett annat utredningsprojekt. I nästa led gick en påminnelseenkät ut enbart till de handläggare i Jämtland och Västernorrland som ännu inte svarat. Enkäten var nu nedkortad och innehöll bara frågor specifikt kopplade till denna fallstudies syfte.

Totalt tillfrågades 130 handläggare, varav 15 visade sig inte tillhöra urvalsramen. Detta på grund av att de inte arbetade inom Jämtland/Västernorrland, inte arbetade med sjukpenning eller att de hade avslutat sin anställning. Totalt svarade 92 personer, vilket ger en svarsfrekvens på 80 procent.

## Resultat

I rapporten har vi redovisat en del av resultaten från enkäten. Tabellen nedan redovisar resultat från enkäten i sin helhet. Kontoren i Västernorrland redovisas gemensamt med undantag för Sundsvall som även redovisas separat. Kontoren i Sollefteå och Örnsköldsvik är för små för att kunna särredovisas.

Fråga/Påstående	Svarsalternativ	Jämtland (n=36)	Västernorrland (n=56)	– varav Sundsvall (n=33)	Totalt
Svarsfrekvens		87 %	78 %	79 %	81 %
Arbetar i kundflöde 1	Ja	18 %	4 %	..	..
Arbetar i kundflöde 2	Ja	32 %	42 %	39 %	38 %
Arbetar i kundflöde 3	Ja	53 %	60 %	57 %	57 %
Kön	Kvinna	78 %	88 %	88 %	84 %
	Man	..	13 %	12 %	..
	Annat	..	0 %	0 %	..
Åldersgrupp	Yngre än 25 år	..	..	..	..
	25–35 år	22 %	25 %	33 %	24 %
	36–45 år	31 %	30 %	21 %	30 %
	46–55 år	..	..	..	..
	Äldre än 55 år	28 %	23 %	21 %	25 %

Fråga/Påstående	Svarsalternativ	Jämtland (n=36)	Västernorrland (n=56)	– varav Sundsvall (n=33)	Totalt
Anställningsår vid Försäkringskassan.	Mindre än 1 år	17 %	23 %	..	..
	1–5 år	22 %	..	21 %	..
	6–10 år	17 %	..	..	9 %
	Mer än 10 år	44 %	55 %	61 %	52 %
Anställningsår på aktuellt kontor.	Mindre än 1 år	33 %	30 %	27 %	32 %
	1–2 år	19 %	..	..	15 %
	2–5 år	..	..	..	10 %
	5–8 år	..	..	..	..
	mer än 8 år	28 %	43 %	39 %	37 %
	[Inget svar]	..	..	..	..
Tycker du att ditt kontor behöver förändra ert sätt att arbeta med sjukpenning?	Ja, i hög grad/ Ja, i viss mån	33 %	61 %	75 %	50 %
	Nej, inte direkt/ Nej, inte alls	56 %	27 %	..	38 %
	Vet ej	..	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	..
Min närmaste chef är tydlig med att vi ska bli mer restriktiva än vad vi har varit tidigare i våra bedömningar av sjukpenningärenden.	Instämmer helt/delvis	72 %	77 %	73 %	75 %
	Instämmer inte alls	19 %	..	..	12 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	11 %	..	9 %
	Inget svar	..	..	..	..
Jag tycker att vi numera är för restriktiva i bedömningarna av sjukpenningärenden.	Instämmer helt/delvis	53 %	64 %	67 %	60 %
	Instämmer inte alls	39 %	25 %	21 %	30 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	.. %
	Inget svar	..	..	..	..
På mitt kontor finns det olika åsikter om hur vi ska bedöma rätten till sjukpenning.	Instämmer helt/delvis	83 %	69 %	85 %	75 %
	Instämmer inte alls	..	20 %	..	15 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	0 %	5 %
	Inget svar	..	..	..	..
Jag har ändrat mitt sätt att bedöma rätten till sjukpenning under senaste året. (Endast svaranden som arbetat mer än ett år visas.)	Instämmer helt/delvis	77 %	65 %	64 %	69 %
	Instämmer inte alls	..	12 %	..	11 %
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	..

Fråga/Påstående	Svarsalternativ	Jämtland (n=36)	Västernorrland (n=56)	– varav Sundsvall (n=33)	Totalt
Jag begär oftare kompletteringar av medicinska underlag nu är för ett år sedan. (Endast svaranden som arbetat mer än ett år visas.)	Instämmer helt/delvis	58 %	72 %	71 %	69 %
	Instämmer inte alls	38 %	15 %	..	24 %
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	8 %
Personer med utmattningssyndrom har sällan rätt till sjukpenning.	Instämmer helt/delvis	31 %	36 %	42 %	33%
	Instämmer inte alls	58 %	50 %	39 %	53 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	7 %
	Inget svar	..	.. %	..	7 %
Jag har tillgång till det stöd jag behöver från mina teamkollegor.	Instämmer helt/delvis	92 %	87 %	75 %	89 %
	Instämmer inte alls	..	..	..	..
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	0 %	0 %	0 %
	Inget svar	..	..	..	7 %
Jag har tillgång till det stöd jag behöver från vår FMR.	Instämmer helt/delvis	86 %	78 %	76 %	81 %
	Instämmer inte alls	..	13 %	..	12 %
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	0 %	0 %	0 %
	Inget svar	..	9 %	..	7 %
Min arbetsbelastning är hanterbar.	Instämmer helt/delvis	81 %	36 %	27 %	53 %
	Instämmer inte alls	17 %	50 %	55 %	37 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	..
	Inget svar	..	9 %	..	7 %
Jag tycker det är jobbigt att avslå en ansökan om sjukpenning vid första anspråket.	Instämmer helt/delvis	22 %	37 %	42 %	31 %
	Instämmer inte alls	75 %	46 %	36 %	58 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	..
Jag tycker det är jobbigt att göra avslag vid dag 180.	Instämmer helt/delvis	19 %	39 %	42 %	..
	Instämmer inte alls	64 %	41 %	30 %	50 %
	Vet ej/ej aktuellt	14 %	11 %	15 %	12 %
	Inget svar	..	9 %	.. %	7 %
Läkarna har blivit bättre på att skriva medicinska underlag det senaste året. (Endast svaranden som arbetat mer än ett år visas.)	Instämmer helt/delvis	58 %	18 %	..	33 %
	Instämmer inte alls	38 %	69 %	67 %	57 %
	Vet ej/ej aktuellt	0 %	0 %	0 %	0 %
	Inget svar	..	13 %	21 %	10 %

Fråga/Påstående	Svarsalternativ	Jämtland (n=36)	Västernorrland (n=56)	– varav Sundsvall (n=33)	Totalt
Väntetider i vården är en viktig anledning till att sjukfall blir långa.	Instämmer helt/delvis	67 %	86 %	85 %	78 %
	Instämmer inte alls	17 %	..	0 %	8 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	0 %	5 %
	Inget svar	..	11 %	15 %	9 %
Hälso- och sjukvården måste jobba annorlunda för att sänka sjukfrånvaron i vårt län.	Instämmer helt/delvis	94 %	87 %	85 %	90 %
	Instämmer inte alls	0 %	0 %	0 %	0 %
	Vet ej/ej aktuellt	.. %	0 %	0 %	..
	Inget svar	..	11 %	15 %	9 %
Arbetsgivarna måste jobba annorlunda för att sänka sjukfrånvaron i vårt län.	Instämmer helt/delvis	94 %	86 %	82 %	89 %
	Instämmer inte alls	0 %	0 %	0 %	0 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	..	..
	Inget svar	..	..	..	..
Försäkringskassan bär huvudansvaret för att sänka sjukfrånvaron i vårt län.	Instämmer helt/delvis	28 %	29 %	30 %	28 %
	Instämmer inte alls	64 %	57 %	55 %	60 %
	Vet ej/ej aktuellt	..	..	0 %	..
	Inget svar	..	..	15 %	9 %



## Bilaga 2. Demografi, arbetsmarknad, socioekonomi och ohälsa

**Tabell 9 Demografiska karaktäristika**

	Jämtland	Väster-norrland	Riket	Kommentar
a) Antal folk-bokförda invånare	128 673	245 572	–	Båda länen är små i jämförelse med resten av länen i riket.
b) Medelålder, år	43,2	43,5	41, 2	Ingen skillnad mellan länen. Båda länen har något högre medelålder än riket.
c) Andel (%) av befolkningen som bor i tätort	71	79	87	Högre tätortsgrad i Väster-norrland än i Jämtland. Båda länen har en lägre tätorts-grad än riket.
d) Andel (%) utrikesfödda	9	11	18	Ingen skillnad mellan länen. Båda länen har lägre andel utrikesfödda än riket.
e) Folkmängd 20–64 år, utveckling (%) mellan 2011 och 2016	–0,7	–0,9	3,5	Ingen skillnad mellan länen. Båda länen skiljer sig från riket i stort där folkmängden ökar.

a) Årsdata 2016, SCB; b) Årsdata 2016, SCB; c) Årsdata 2015, SCB; d) Årsdata 2016, SCB; e) Egen beräkning utifrån årsdata 2011 och 2016, SCB

**Tabell 10 Andel (%) av förvärvsarbetande i olika näringsgrenar 2014**

Näringsgren	Jämtland	Väster- norrand	Riket
Företag inom jordbruk, skogsbruk och fiske	4,0	2,5	1,5
Tillverkningsindustri; gruvor och mineral- utvinningsindustri	8,0	12,8	12,5
Företag inom energi och miljö	1,4	1,3	1,1
Byggindustri	7,4	7,4	6,9
Handel; serviceverkstäder för motorfordon	9,8	10,0	12,2
Transport- och magasineringsföretag	4,6	5,1	5,0
Hotell och restauranger	4,7	2,6	3,3
Informations- och kommunikationsföretag	2,3	3,6	4,0
Kreditinstitut och försäkringsbolag m.m.	1,3	2,7	2,1
Fastighetsbolag och fastighetsförvaltare	1,3	1,4	1,5
Företag inom juridik, ekonomi, vetenskap och teknik; företag inom uthyrning, fastighetservice, resetjänster och andra stödtjänster	9,9	8,5	11,5
Civila myndigheter och försvaret	7,8	7,5	6,0
Utbildningsväsendet	11,4	10,5	10,7
Enheter för vård och omsorg, socialtjänst	20,5	18,7	16,7
Enheter för kultur, nöje och fritid; service- företag m.m.	4,7	4,2	4,4

Källa: SCB 2014. Statistiken redovisar dagbefolkningen, dvs. antalet förvärvsarbetande som har sina arbetsställen i regionen. Följer Standard för svensk näringsgrensindelning, SNI2007. Grupperat enligt SCB:s standard för 15 näringsgrensgrupper.

**Tabell 11 Socioekonomiska karaktäristika**

	Jämtland	Väster- norrand	Riket	Kommentar
a) Median för disponibel hushållsinkomst	299 200	322 000	345 800	Jämtland har lägre medianinkomst än Västernorrland. Båda länen har lägre medianinkomst än övriga riket.
b) Andel av hushåll med en disponibel inkomst som är < 60 % av medianinkomsten i riket.	16,1	13,7	13,7	Jämtland ligger under Västernorrland, som ligger i nivå med riket.
c) Andel av befolkningen (%) som mottagit ekonomiskt bistånd.	4,3	4,5	4,2	Båda länen ligger i nivå med riket.
d) Andel av registrerad arbetskraft (%) som är öppet arbetslösa eller i program med aktivitets- stöd.	7,4	9,1	7,7	Jämtland ligger något under och Väster- norrand något över riket.
e) Andel av befolkningen (%) med eftergymnasial utbildning.	30	30	37	Båda länen har lägre andel än riket

a) SCB 2015; b) SCB 2015; c) Socialstyrelsen 2015; d) Arbetsförmedlingen, månadsdata februari 2017; e) Årsdata för 2015, SCB

**Tabell 12 Vårdkonsumtion och självrapporterad ohälsa**

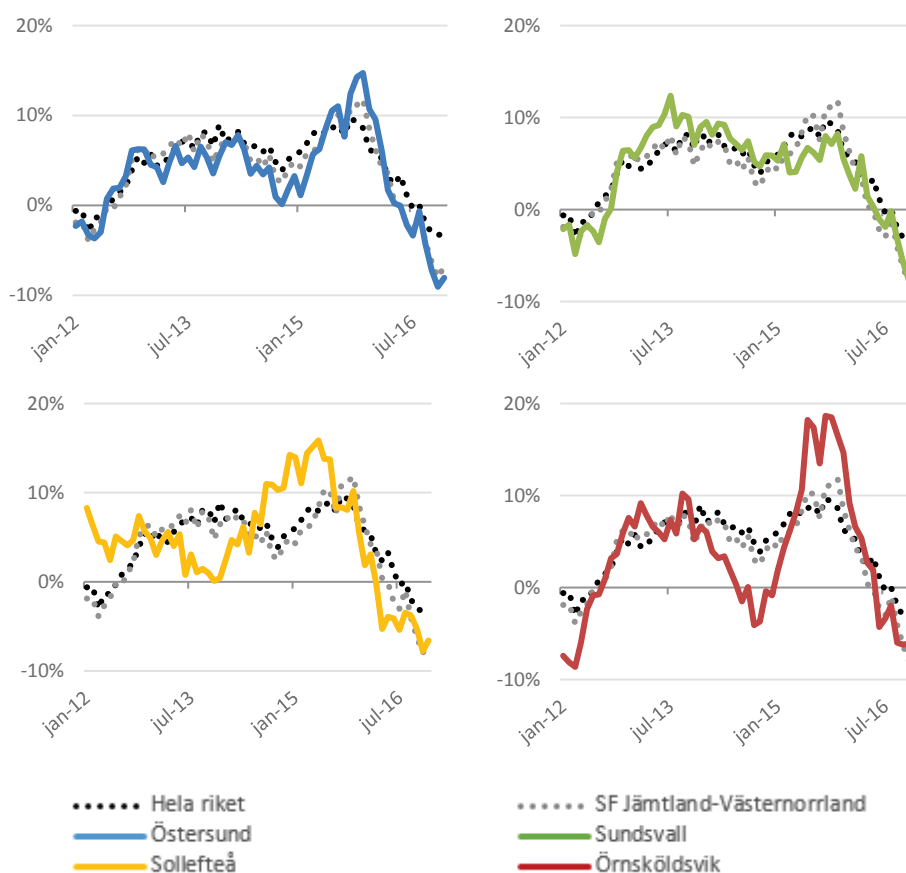
	Jämtland	Väster- norrand	Riket	Kommentar
a) Läkarbesök i hälso- och sjukvård per 1 000 invånare.	2 047	2 150	2 742	Inga skillnader mellan länen. Båda länen har lägre antal besök än riket.
b) Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare.	16 289	16 585	16 191	Inga skillnader mellan länen. Inga stora skillnader mot medel för alla landsting.
c) Medelvårdtid hälso- och sjukvård, antal dagar.	5,67	5,43	5,30	Inga skillnader mellan länen. Inga stora skillnader mot medel för alla landsting.
d) Andel (%) med dålig eller mycket dålig självskattad hälsa.	5	6	5	Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan länen. Inga skillnader mot riket.
e) Andel (%) med långvarig sjukdom.	40	36	36	Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan länen. Inga skillnader mot riket.
f) Andel (%) med självrapporterad värk i rörelseorganen.	13	16	14	Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan länen. Inga skillnader mot riket.
g) Andel (%) med självrapporterad psykisk ohälsa, andel nedsatt psykiskt välbefinnande.	12	12	14	Inga statistiskt signifikanta skillnader mellan länen. Inga skillnader mot riket.

a) Årsdata 2015, SKL och SCB; b) Årsdata 2015, Socialstyrelsen och SCB; c) Årsdata 2015, Socialstyrelsen; d–g) Folkhälsoenkäten 2013–2016

## Bilaga 3. Förändringstakt i inflödet

I Diagram 14 visas inflödets förändringstakt, det vill säga hur inflödet har förändrats jämfört med ett år tidigare. När kurvan är ovanför noll sker en ökning i inflödet och när den ligger under noll sker en minskning.

**Diagram 14** Inflödets förändringstakt



Inflödet minskar hos samtliga fyra kontor och vändningen sker ungefär samtidigt, i mitten av 2016. Eftersom Östersund är det enda kontoret som uppvisar ett minskande sjukpenningtal kan vi förmoda att arbetet med befintliga sjukfall, och därmed varaktigheten, har varit en betydande faktor där.

På totalen ser vi att inflödet börjar minska något tidigare i SF Jämtland-Västernorrland än i riket som helhet även om man följer utvecklingen väl. Sollefteå är först ut, där vänder inflödet redan i april 2016. För de andra kontoren kommer vändningen i juni 2016. Samtliga fyra kontor uppvisar snabbare minskningstakt än riket som helhet. Trots det ökar sjukpenningtalet i Västernorrland fortfarande i relativt hög takt. Svaret går således förmodligen att finna i varaktigheten.

**I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2017:**

- 2017:1 En sjukförsäkring att lita på? Rapport från forskarseminarium i Umeå 14–15 januari 2015
- 2017:2 Arbetslivet och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 13–14 januari 2016
- 2017:3 Sjukskrivningsmönster. Skillnader mellan län, kommuner och vårdenheter
- 2017:4 Assistansersättningens utveckling
- 2017:5 Effektutvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning
- 2017:6 Migration och socialförsäkringen. Rapport från forskarseminarium i Umeå 18–19 januari 2017
- 2017:7 Sjukfrånvaro efter invandring. Utrikes föddas tillgång till och nyttjande av sjukpenning
- 2017:8 Avslag inom assistansersättningen. Hur kan vi förstå den senaste tidens ökning?
- 2017:9 Barnhushållens ekonomi. Resultatindikatorer för den ekonomiska familjepolitiken 2017
- 2017:10 Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka överutnyttjande och bedrägeri med statligt tandvårdsstöd? Analys och förslag
- 2017:11 Sjukfrånvaro i Jämtland och Västernorrland. En jämförande fallstudie