

Bilaga 8

**Försäkringskassans
ställningstagande till SRS
rapport 2016**

Sammanfattning

Denna bilaga innehåller Försäkringskassans ställningstagande till SRS-projektets förslag till fördelning av ansvar för SRS bedömningsstöd.

SRS-projektets uppdrag under 2016 har varit att utreda frågan om ansvar för ett bedömningsstöd för hälso- och sjukvården som inte utvecklas, drivs eller förvaltas av Försäkringskassan. SKL har varit ensam projektägare. Försäkringskassan har varit deltagare i styrgrupp och referensgrupp, men i övrigt inte medverkat i arbetet. SRS rapporten innehåller projektgruppens beskrivning av hur en ansvarsfördelning för bedömningsstödet skulle kunna se ut. Utifrån olika överväganden har projektgruppen föreslagit en ansvarsfördelning som framförallt berör SKL och Försäkringskassan. I denna bilaga ger Försäkringskassan sin syn på de förslag som berör Försäkringskassan.

Bakgrund

SRS (Stöd för rätt sjukskrivning) har sedan 2014 ingått som ett villkor i sjukskrivningsmiljarden. Idén har varit att skapa ett IT-baserat bedömningsstöd för att förbättra för alla inblandade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inklusive den enskilda individen. SKL och Försäkringskassan har haft ett gemensamt ansvar för projektet.

SRS genomförde under 2014-2015 en förstudie för att utreda förutsättningarna för ett bedömningsstöd för hälso- och sjukvården, myndigheter och arbetsgivare. Under förstudien var Försäkringskassan delaktig i styrgrupp, referensgrupp och olika arbetsgrupper. Våren 2015 meddelade Försäkringskassan första gången att man ansåg att myndigheten inte skulle ansvara för utveckling, drift eller förvaltning av bedömningsstödet, då det främst var ett stöd för hälso- och sjukvården. SKL fick då i uppdrag att utreda ansvarsfrågan i samarbete med Försäkringskassan. Uppdraget skrevs in som villkor sju i överenskommelsen *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016*.

”SKL får använda högst 5 miljoner kronor för att tillsammans med Försäkringskassan och i tillämpliga delar Socialstyrelsen vidta de insatser som bedöms nödvändiga för att utarbeta ett förslag om hur ansvaret för utveckling, drift och förvaltning av bedömningsstödet kan utformas. De juridiska konsekvenserna av förslaget ska redovisas, liksom kostnads-, nytto- och verksamhetsanalyser.”

Under 2016 fattades ett inriktningsbeslut att ansvarsutredningen enligt villkor sju skulle avgränsas till att gälla ett bedömningsstöd för hälso- och sjukvården, som inte utvecklas, drivs eller förvaltas av Försäkringskassan. Beslutet fattades av Socialdepartementet i enlighet med förslag från SRS styrgrupp. SKL och Försäkringskassan har ett gemensamt ansvar för att rapportera till Socialdepartementet 5 oktober. En part som vill reservera sig gör det enligt överenskommelse i särskild bilaga till rapporten.

Denna bilaga är Försäkringskassans ställningstagande till de förslag till ansvarsfördelning som projektet presenterar i sin rapport.

Försäkringskassans utgångspunkter

Försäkringskassan och hälso- och sjukvården har ett gemensamt intresse av en effektiv sjukskrivningsprocess, men det är viktigt att det finns en tydlighet i att aktörerna har skilda roller i uppdraget.

Läkarens bedömning av om en patient ska vara sjukskriven är en del av vård och behandling med samma krav på medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder inom hälso- och sjukvården. Det inledande momentet då en patient sjukskrivs är således hälso- och sjukvårdens ansvar. Hälso- och sjukvården ska sedan dokumentera diagnos, funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar, uppgivna arbetskrav och bedömd arbetsförmåga i ett medicinskt underlag för att patienten ska ha möjlighet att få ekonomisk kompensation för inkomstbortfall under sjukskrivningen.

Försäkringskassans kärnuppdrag i sjukskrivningsprocessen är att utreda och fatta beslut om rätten till sjukpenning. En viktig del i den utredningen rör arbetsförmågans nedsättning. Informationen i det medicinska underlaget från hälso- och sjukvården ligger till grund för bedömning av arbetsförmågans nedsättning. En läkares bedömningar i ett medicinskt underlag medför dock inte automatisk rätt till sjukpenning, utan är endast ett underlag när handläggaren gör de försäkringsjuridiska övervägandena inför beslut. Försäkringskassan ska i sitt uppdrag bedöma arbetsförmågans nedsättning på grund av *sjukdom* och bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden (27:3 SFB). Försäkringskassans handläggare har tillgång även till annan information om den försäkrade än sådant som kommer fram i det medicinska underlaget. Det är redan idag en svår uppgift som handläggaren har, att kunna renodla vad i arbetsförmågans nedsättning som

beror på sjukdom (och därmed kan ge rätt till sjukpenning) och vad som beror på andra faktorer, t.ex. arbetsmarknadsmässiga eller sociala. SRS bedömningsstöd bygger på prediktiva modeller där en mängd faktorer ingår som Försäkringskassans handläggare inte får ta hänsyn till vid bedömningen av rätten till sjukpenning. Modellerna ska i bedömningsstödet kopplas samman med individens sociala, arbetsmarknadsmässiga osv. faktorer för att avgöra risken för lång sjukskrivning för individen. De här icke medicinska faktorerna är av intresse för Försäkringskassan endast för att avgöra vilken grad av samordning ärendet kommer att kräva. Försäkringskassans handläggare har redan idag i befintliga system tillgång till de uppgifter som behövs för att klara sitt uppdrag. Bedömningsstödet skulle inte bidra med något väsentligt för Försäkringskassan i handläggningen av sjukförsäkringen. Att Försäkringskassan är mottagare av de bedömningar som hälso- och sjukvården gör i de medicinska underlagen, och att de bedömningarna möjligen kan bli bättre med SRS bedömningsstöd, medför inte att det är för Försäkringskassan som bedömningsstödet skapas. Det är Försäkringskassans uppfattning att hälso- och sjukvårdens hantering av sjukskrivningar är ett ansvar som vilar på hälso- och sjukvården. Det måste ligga i hälso- och sjukvårdens eget intresse att skapa de stöd de anser sig behöva för att kunna sjukskriva på ett för samhället och individen hållbart och ändamålsenligt sätt.

Sammanfattningsvis är förhoppningen med SRS bedömningsstöd att det ska vara ett verktyg för hälso- och sjukvården för att på ett bättre sätt använda sjukskrivning som del av vård och behandling. Det är Försäkringskassans uppfattning att bedömningsstödet inte skulle tillföra något väsentligt i handläggningen av sjukförsäkringen.

Personuppgiftsansvaret

SRS-projektet föreslår att Försäkringskassan får personuppgiftsansvar för hela bedömningsstödet. Önskemålet är att Försäkringskassan ska lämna ut individspecifika uppgifter om bland annat sjukskrivningshistorik på en fråga från SRS-tjänsten eller annan tjänst, exempelvis journalsystemet. Försäkringskassans rätt att behandla personuppgifter ska också enligt rapportens förslag användas till arbetet med prediktiva modeller. SRS-projektet föreslår att Försäkringskassan får i uppdrag att utreda om och hur personuppgifterna kan tillgängliggöras i bedömningsstödet, ur ett juridiskt, verksamhetsmässigt, etiskt och tekniskt perspektiv.

Enligt den rättsliga granskningen av rapporten som Försäkringskassan har gjort finns det i och för sig inga juridiska hinder för den personuppgiftsbehandling som föreslås i rapporten.

SRS-projektet har kommit fram till att informationen om individens sjukskrivningshistorik bäst hämtas från Försäkringskassan. Hälso- och sjukvården har dock egen information om ordinerad sjukskrivning. SRS-projektet anser att den konsumerade sjukskrivningen ger mer träffsäkra siffror eftersom läkarintygen inte alltid leder till faktisk sjukskrivning. Försäkringskassan avslår dock ansökan om sjukpenning i endast ca 3 % av fallen. 97 % av de ordinerade sjukskrivningarna där det också finns en ansökan om sjukpenning, leder alltså till sjukskrivning enligt ordination. Den tidigare utredningen *E-delegationen* har tagit fram *Vägledande principer för digital samverkan*. Både Försäkringskassan och SKL som dåvarande medlemmar av *e-delegationen* står bakom dessa principer. Huvudprincipen *hämta information vid källan* innebär att information alltid ska hämtas så nära källan som möjligt, dvs. hos den som producerar och tillhandahåller informationen. Eftersom hälso- och sjukvården är sjukskrivande instans bör information om individens sjukskrivningar hämtas från vårdens egna system.

Försäkringskassan anser att det är positivt om hälso- och sjukvården utvecklar sina egna system för insamling av de uppgifter som vården behöver i bedömningsstödet. Att vissa landsting inte är anslutna till Ineras intygstjänst eller att journalsystem mellan landstingen ser olika ut är ett problem som bäst löses genom utveckling inom hälso- och sjukvården. Det är i vart fall inte skäl till att istället hämta informationen från Försäkringskassan. SRS-projektet har inte på något tillfredsställande sätt undersökt möjligheterna att lösa problemet med informationen inom hälso- och sjukvården istället för genom Försäkringskassan.

Kunskapsdatabasen

Projektet föreslår att i första hand Försäkringskassan och i andra hand Socialstyrelsen ska ansvara för utveckling, drift och förvaltning av SRS kunskapsdatabas. Bakgrunden till förslaget är att Försäkringskassan har lagstöd för personuppgiftshanteringen och även tillgång till merparten av de data som projektet anser behövs för bedömningsstödet första tänkta versioner. Projektet framhåller att Försäkringskassan dessutom har specialistkompetens inom dataanalys och modellering på enheten för urvalsanalys, avdelningen för gemensamma försäkringsfrågor. I ansvaret för kunskapsdatabasen skulle ingå

att utveckla, förbättra och förvalta prediktiva modeller för sjukskrivningslängd och -omfattning.

Försäkringskassan påtalade redan under våren 2015 och senare igen våren 2016, i SRS styrgrupp och för Socialdepartementet att Försäkringskassan ansåg att ansvaret för ett bedömningsstöd som stödjer och vägleder sjukskrivande läkare inom hälso- och sjukvården inte lämpligen bör läggas på Försäkringskassan. Myndigheten påtalade samtidigt att man utöver detta inte hade resursmässigt utrymme att ansvara för bedömningsstödet. Försäkringskassan konstaterar att SRS-projektet trots beslutet nu föreslår att ansvaret för kunskapsdatabasen, som är en stor del av bedömningsstödet, ska ligga på Försäkringskassan.

Det är Försäkringskassans uppfattning att myndigheten inte bör åläggas ansvaret för att vidareutveckla och förbättra prediktiva modeller för sjukskrivningslängd och -omfattning i ett bedömningsstöd som inte ska användas av Försäkringskassan. Uppdraget kan förväntas vara både omfattande och komplext då det innefattar att utveckla och förvalta en mängd prediktiva modeller som används utanför den egna organisationen, i en teknisk miljö som ligger utanför Försäkringskassans kontroll. Myndigheten har också knappa resurser på området och behöver prioritera utifrån det uppdrag den har. Försäkringskassan anser att det är tveksamt om det överhuvudtaget är görligt att utveckla olika modeller för olika diagnoser. Det blir en mycket stor mängd modeller att förvalta.

I rapporten föreslås att Försäkringskassan och Socialstyrelsen får ett uppdrag att tillsammans utreda vilken av myndigheterna som är lämpad och har möjlighet att ansvara kunskapsdatabasen. Eftersom Försäkringskassan redan i detta skede ser att det varken vore lämpligt eller resursmässigt möjligt att myndigheten åläggs ansvaret för kunskapsdatabasen, anser Försäkringskassan att det inte finns skäl till ytterligare utredning av frågan från Försäkringskassans sida.

Statistikutlämning och lagring av diagnoskoder

SRS-projektet föreslår att statistik över sjukskrivningar ska hämtas från Försäkringskassan. Försäkringskassan har inget att invända mot en samlad statistikutlämning några gånger per år. Projektet önskar dock att Försäkringskassan ska lämna ut statistik baserad på fyr- eller helst femställiga diagnoskoder. Med anledning av det föreslås också att Försäkringskassan får

ett uppdrag att utreda hur diagnoskoder lagras idag och hur de kan lagras framöver.

Försäkringskassan begär idag in diagnoskoder med tre eller fyra positioner i intygen från hälso- och sjukvården (fyra positioner vid psykiska diagnoser). När det kommer in medicinska underlag med diagnoskod om fem positioner till Försäkringskassan så registreras samtliga fem. Även i framtiden när lagring sker automatiskt genom IFV (Informationsväg Försäkringskassan Vården), kommer alla inkomna positioner att lagras. Försäkringskassans minimikrav på tre- respektive fyrställiga diagnoskoder innebär dock att det oftast är det som inkommer från vården.

Den lagrade informationen tankas över till MiDAS som är det system varifrån sjukskrivningsstatistik hämtas och visas för parter utanför organisationen. Det är när statistiken plockas ut från MiDAS som trunkering sker ner till tre positioner. Det görs av kvalitets skäl. Det skulle bli missvisande och svårt att jämföra statistik om redovisning gjordes med olika detaljeringsgrad. MiDAS har redan idag potential att visa statistik utifrån fem diagnospositioner, under förutsättning att fem positioner inkommer från vården på regelbunden basis.

Ett utökat krav på diagnospositioner skulle innebära att Försäkringskassan begär in mer information i läkarintygen än vad myndigheten anser sig behöva för att bedöma rätten till ersättning. Myndigheten ska inte begära in mer information i enskilda ärenden än vad som är nödvändigt för ärendets utredning. Oavsett det nu nämnda bör Försäkringskassan inte i dagsläget ändra kravet på antal diagnospositioner då det skulle innebära risker för införandet av IFV (Informationsväg Försäkringskassan Vården). Det skulle kräva en förändring av de nya läkarintygen, vilket skulle påverka såväl Försäkringskassan som hälso- och sjukvården. Sådana ändringar skulle riskera förseningar av en redan pressad tidsplan.

Utveckling av insatsförteckningen

Projektet önskar att Försäkringskassan deltar i det fortsatta arbetet med att utveckla bedömningsstödet insatsförteckning.

Idén med insatsförteckningen är att man ska kunna lagra information om vilka insatser som används i specifika sjukfall och därigenom på sikt kunna utläsa vilka insatser som har goda effekter för olika typer av ärenden. Lagring i sig leder dock inte till ökad information om insatsernas effekter. Information om

vem som har fått vilken insats gör det möjligt att säga hur det har gått för olika grupper, inte hur insatserna påverkat grupperna.

Man vet tyvärr väldigt lite om vilka insatser som påverkar tidpunkten för återgång i arbete. De flesta av de insatser som listas i förstudiens insatsförteckning är inte validerade, vilket gör att det inte är möjligt att följa upp vilka av dem som eventuellt har goda effekter på tiden till arbetsåtergång. Insatser som exempelvis "trepartsmöten" och "avstämningsmöten" är löst hållna konstruktioner som rymmer stor variation i planering, genomförande och uppföljning. Arbetet med insatser för snabbare återgång i arbete bör ligga på kvalitet och möjlighet till uppföljning. I det arbete som Försäkringskassan bedriver inom ramen för regeringens åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro, ingår ett arbete med att se över befintliga metoder och verktyg för utredning av arbetsförmågans nedsättning och förutsättningar för återgång i arbete. Syftet är att kunna utveckla befintliga metoder eller ta fram nya. Försäkringskassans arbete med metodutveckling, eventuell validering och uppföljning av interna insatser för snabbare återgång i arbete behöver få göras i enlighet med Försäkringskassans planerade arbete enligt uppdraget i regeringens åtgärdsprogram.

Risker med ett uppdrag i enlighet med SRS-projektets förslag

Det är Försäkringskassans uppfattning att för många samtida IT-projekt i större skala, som har beroenden till samma tekniska plattform, generellt bör undvikas. Detta med anledning av att stor komplexitet i arbetena medför både tekniska och tidsmässiga risker för projekten. Om Försäkringskassan åläggs ett ansvar för ytterligare utredningar och fortsatt arbete i enlighet med SRS-projektets förslag, kommer andra initiativ som Försäkringskassan tagit med anledning av regeringens åtgärdsplan, med stor sannolikhet att få stå åt sidan. Även om Försäkringskassan får extern finansiering för ett arbete enligt projektets förslag, finns beroenden till myndighetens resurser och kapacitet.

Ann-Marie Begler
Generaldirektör