



LUND UNIVERSITY

Verksamhet i förändring - Försäkringsmedicinska verksamhetens roll i sjukskrivningsprocessen och på Försäkringskassan

Dackehag, Margareta

2010

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Dackehag, M. (2010). *Verksamhet i förändring - Försäkringsmedicinska verksamhetens roll i sjukskrivningsprocessen och på Försäkringskassan*. (Forskningsprogrammet "Från många till en?" om Försäkringskassans förändringsarbete; Vol. 1). Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Bästa läsare,

Denna rapport har producerats inom ramen för ”Från många till en? Ett forskningsprogram om Försäkringskassans förändring och dess konsekvenser”. Inom programmet studeras Försäkringskassans enmyndighetsreform år 2005 och förändringsarbetet åren därefter. Forskningsprogrammet sträcker sig över åren 2008-2011 och det finansieras av Försäkringskassan, till vilka vi vill rikta ett varmt tack. Forskningen bedrivs av statsvetare, nationalekonomer och företagsekonomer vid Lunds universitet. De som deltar är docent Tomas Bergström, fil dr Louise Bringselius, fil dr Margareta Dackehag, doktorand Tom Karlsson, doktorand Stina Melander, ek dr Gert Paulsson samt undertecknad.

Med förhoppning om intressant läsning,

Fredrik Andersson

Professor och redaktör för rapportserien
Nationalekonomiska institutionen
Lunds universitet
Fredrik.Andersson@nek.lu.se

Verksamhet i förändring

Försäkringsmedicinska verksamhetens
roll i sjukskrivningsprocessen
och på Försäkringskassan

2010/1

Margareta Dackehag

Sammanfattning

Rapporten utvärderar och diskuterar situationen för Försäkringskassans försäkringsmedicinska verksamhet efter de senaste årens stora förändringsarbeten; reformen av sjukskrivningsprocessen och Försäkringskassans fusion. På basis av intervjuer med i första hand försäkringsmedicinska rådgivare, behandlar rapporten konsekvenserna för försäkringsmedicinska verksamheten i allmänhet men aktiviteterna i sjukförsäkringen i synnerhet.

Nyckelord: Försäkringskassan; försäkringsmedicinsk rådgivare; sjukförsäkring; sjukskrivning

Författare:
Margareta Dackehag
margareta.dackehag@nek.lu.se
Nationalekonomiska institutionen
Lunds universitet
Box 7082
220 07 Lund

1 Introduktion

Försäkringsmedicin behandlar gränssnittet mellan områdena medicin och försäkring. Det är ”ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkas och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner” (Socialstyrelsen 2010; Försäkringskassan 2009c). Försäkringskassans försäkringsmedicinska kompetens förväntas bistå handläggare genom att granska och tolka informationen i de medicinska underlag som inkommer från den försäkrades behandlande läkare. Det är en expertresurs som också tilldelas en nyckelposition för kunskapsbildning och kunskapsförmedling internt och gentemot vården (prop. 1994/95:147, prop. 2002/03:89).

Socialstyrelsen och Försäkringskassan fick 2005 ett regeringsuppdrag att ”utforma och komma med förslag till en mer enhetlig, kvalitetssäkrad och rättssäker sjukskrivningsprocess” (Socialdepartementet 2005). Bakgrunden var bland annat det höga ohälsotalet och stora variationer i sjukskrivningspraxis över landet. Som en del av uppdraget initierades en översyn av försäkringsmedicinska kompetensens användning i administrativa sammanhang. Ett viktigt resultat av översynen var en förändring av yrkesrollerna. Försäkringsläkare ersattes av försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) och försäkringsöverläkare, med ett strategiskt ansvar för samordning och fortbildning, ersattes av försäkringsmedicinsk koordinator (FMK). Den försäkringsmedicinska verksamheten regleras fortsatt av förvaltningslagen.

FMR och FMK verkar nu också inom en ny organisation. Förändringsarbetet med Försäkringskassans fusion 2005 och den organisatoriska reformen av myndighetens verksamhet 2008 (se Statskontoret 2008) medförde stora förändringar även för den försäkringsmedicinska verksamheten. I den tidigare länsbaserade strukturen fanns stora variationer i hur försäkringsmedicinska kompetensen organiserades och användes. Nu är det en nationell resurs med en egen organisation inom Försäkringskassan.

Den försäkringsmedicinska verksamheten har en betydelsefull roll att spela, då kopplingen mellan sjukdom, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning är central i försäkringen. Men precis som forskning och utbildning inom försäkringsmedicin är begränsad (Alexanderson 2009; SBU 2003) tycks också det vetenskapliga intresset för FMR-rollen vara litet (se dock Dackehag 2010). Sammantaget finns det all anledning att göra en första utvärdering på de förändringar som genomförts och diskutera vad de bär med sig för den försäkringsmedicinska verksamheten och dess roll i sjukskrivningsprocessen. Denna rapport, författad inom ramen för forskningsprogrammet *Från många till en?* vid Lunds universitet, har en sådan ansats. Förändringsarbetet är emellertid inte avslutad utan situationen så som den beskrivs här får betraktas som en indikator på förändringsprocessens riktning och inte dess slutresultat. Förhoppningen är att rapporten kan bidra till fortsatt diskussion kring frågan om användningen av den försäkringsmedicinska resursen i Försäkringskassan.

Rapporten baseras på intervjuer i första hand med FMR men även med FMK. Fokus ligger alltså det operationella planet, hur FMR upplever förändringarna av den försäkringsmedicinska verksamheten. Synpunkterna från FMK är avsedda att vara ett komplement till bilden FMR ger. Rapporten behandlar konsekvenserna för försäkringsmedicinska verksamheten i allmänhet men aktiviteterna i sjukförsäkringen i synnerhet.

2 Material och metod

I samband med uppdraget att göra sjukskrivningsprocessen mer enhetlig, kvalitetssäkrad och rättssäker, inrättades Hälso- och sjukvårdsprogrammet på Försäkringskassan. Inom ramen för programmet bedrevs totalt åtta delprojekt. Delprojektet med ansvar för användningen av medicinsk sakkunskap i administrativa sammanhang, hädanefter kallat försäkringsläkarprojektet, lade fram en nulägesbeskrivning 2006 och en slutrapport 2007 (Gustafsson och Espiritu-Olsson 2006 och 2007). Observationer och förslag från dessa skrifter utgör grunden för intervjuguiden till både FMR och FMK.

Intervjuerna med FMR syftade till att fånga deras perspektiv på den försäkringsmedicinska verksamheten förändringar i termer av organisation, arbetsuppgifter och arbetssätt. HR-avdelningen på Försäkringskassans huvudkontor gav kontaktuppgifter på fyra FMR som kunde tänka sig ställa upp på intervju. För att kvalificera för intervju gällde att han eller hon skulle ha arbetat som försäkringsmedicinsk expert på Försäkringskassan även före omorganisationen 2008. Tre av de fyra intresserade FMR intervjuades. Dessa rekommenderade i sin tur nya intervjupersoner. Genom denna snöbollsmetod insamlades synpunkter från tio FMR, varav hälften tillhör den västra och hälften södra regionen (i geografisk bemärkelse). För att i någon mån kontrollera att åsikterna inte gällde specifikt för FMR verksamma i de områdena, kontaktades även, efter ett slumpmässigt urval två FMR från östra regionen och två FMR från norra regionerna. Intervjuerna genomfördes under mars 2009 till årsskiftet 2009/2010. I april och maj 2010 gjordes en uppföljning. 12 av de 14 FMR deltog i andra intervjuomgången. Intervjuerna i första omgången varade i genomsnitt en timme. Uppföljningsintervjuns längd var i genomsnitt 20 minuter. Majoriteten av intervjuerna genomfördes per telefon och några enstaka i direkt möte på den försäkringsmedicinske rådgivarens arbetsplats.

Intervjuerna med de åtta FMK syftade till att komplettera FMR-perspektivet. Intervjuguiden behandlade samma områden men hade ett mer strategiskt inslag. Intervjuerna genomfördes per telefon under oktober och november 2009 och tog i genomsnitt 45 minuter. Margareta Dackehag har genomgående varit intervjuare. Samtliga intervjuer har spelats in. Genomlysningar av inspelningarna och anteckningar gjorda i samband med genomlysning har utgjort basen för en kvalitativ analys.

Forskningsprogrammet har i nuläget samlat in över 100 intervjuer som fokuserar på olika aspekter av Försäkringskassans omorganisation. Här används endast material från de intervjuer som direkt relaterar till den försäkringsmedicinska verksamheten. Intervjupersonerna benämns FMR 1, FMR 2 etc.

3 Förändringar av och förutsättningar för försäkringsmedicinska verksamheten

3.1 Yrkeskårens sammansättning och roll

I den länsbaserade organisationen uppgick antalet försäkringsläkare till ca 400 med allmänmedicin, ortoped- eller invärtesmedicin som största specialistområden (Gustafsson och Espiritu-Olsson 2006). Ungefär hälften var anställda på Försäkringskassan och hälften arbetade som försäkringsläkare på konsultbasis. Vid kartläggningen 2006 var över 90 procent av läkarna mellan 50 och 60 år eller äldre. 70 procent var män. Tjänstgöringsgraden varierade i omfattning mellan 10 och 60 procent med vissa undantag med högre tjänsteomfattning. Många av dem med få arbetstimmar anlätades för sina medicinska specialistkunskapers skull.

Försäkringsläkarprojektet identifierade en potential för en effektivare användning av resursen genom att dra ned på antal tjänster och istället öka tjänstgöringsgraden. Observationen att en stor

andel av de medicinska underlagen var ofullständigt ifyllda föranledde förslaget att öka försäkringsmedicinska verksamhetens preventiva insatser såväl internt som externt. I mötet med handläggaren fanns ett behov av mer dialog och mindre skriftlig envägskommunikation via IT-stödet. Detta för att öka kvaliteten i enskilda bedömningar men även för att förbättra lärandeprocessen (Gustafsson och Espiritu-Olsson 2007, s. 7). I mötet med vården såg man försäkringsläkaren i rollen som ”ambassadör och länk” mellan Försäkringskassan och vården (ibid., s. 9). Ett tydliggörande av rollen motiverades också av de missuppfattningar som finns bland allmänheten och vården om försäkringsläkarens roll i handlägningsprocessen.

I nya organisationen ersätter försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) och försäkringsmedicinsk koordinator (FMK) yrkesrollerna som försäkringsläkare respektive försäkringsöverläkare. Titelbytet ska signalera en större betoning av informationsspridning, utbildning och rådgivning inom Försäkringskassan och gentemot hälso- och sjukvården (Försäkringskassan 2008). Ambitionen är en förskjutning i fördelningen mellan extern verksamhet och intern verksamhet från 20/80 till 40/60 (Gårdestig 2009).

Förändringen innebär också en kapacitetsreduktion på 40 procent i förhållande till situationen före omorganisationen, vilket motsvarar en halvering av yrkeskåren. Kapacitetsreduktionen vilar på att behovet av försäkringsmedicinsk expertis halveras jämfört med tidigare situation (Försäkringskassan 2009a). Konsultkontrakten har slopats och istället är alla försäkringsmedicinska experter anställda på Försäkringskassan. Inriktningen för rekryteringen är en anställningsgrad på mellan 20 och 50 procent men undantag finns både uppåt och nedåt (Carlsson 2009). De sökandes specialistområde har inte varit vägledande för rekryteringen utan man har istället eftersökt goda generalister (Gårdestig 2009). Efter en inledande rekryteringsvåg var en fjärdedel helt nyrekryterade. Övriga var tidigare anställda försäkringsläkare eller konsultläkare. Varken köns- eller åldersfördelningen verkar ha förändrats märkbart, inte heller fördelningen mellan specialistområden.

I den nya sjukskrivningsprocessen vill man se till att det blir ”rätt från början”. Med bättre underlag underlättas berednings- och beslutsprocessen för handläggaren. För en reell kvalitetshöjning fordras satsningar på försäkringsmedicinsk utbildning, för både läkare och handläggare (Socialstyrelsen & Försäkringskassan 2006). Syftet är att ”integrera det försäkringsmedicinska synsättet inom hälso- och sjukvården”, bland annat med hjälp av det försäkringsmedicinska beslutsstödet (Försäkringskassan 2009a). Beslutsstödet innehåller detaljerade riktlinjer för flertalet vanligt förekommande diagnoser i sjukskrivningsärenden gällande bl.a. förväntad konsekvens för funktionstillståndet, förväntad läkningstid och rekommendationer beträffande bedömning av arbetsförmåga, inklusive sjukskrivningstid och sjukskrivningsgrad. Det är avsett att vara en gemensam referenspunkt för patienter, läkare och försäkringskassans handläggare (Socialstyrelsen & Försäkringskassan, 2006).

Förändringen i arbetssättet syftar också till att stärka handläggaren i hans eller hennes roll som självständig beslutsfattare och begränsa behovet av försäkringsmedicinskt stöd till svårare, mer komplicerade ärenden (Försäkringskassan 2009a). En viktig del i förändringen är arbetsmetodiken. Enskilda konsultationer ska nu vara undantag och gruppdiskussioner regel. På gruppmötena föredrar handläggaren ärendet inför kollegor, FMR och en försäkringspecialist, därefter diskuteras ärendet av mötesdeltagarna för att hjälpa handläggaren framåt i ärendet. Deltagarnas specifika bidrag till diskussionen ska inte dokumenteras, inte heller den försäkringsmedicinske rådgivarens bidrag. Endast i fall FMR tillför något nytt i sak ska han eller hon göra ett skriftligt yttrande (se Försäkringskassan 2009b). Arbetssättet innebär för FMR en större betoning av muntlig kommunikation och en mindre betoning av skriftliga yttranden.

3.1.1 En kontext i utveckling

Förutsättningarna för den försäkringsmedicinska verksamheten påverkas även på andra sätt. Det pågår utvecklingsarbete på flera olika fronter. En viktig satsning gäller introduktionen av försäkringsmedicinsk utbildning på akademisk nivå, för att öka kunskapsnivån men även öka status på försäkringsmedicinska ämnet (Gårdestig och Alner Liljedahl 2009). Sedan 2007 erbjuds ett masterprogram i försäkringsmedicin på Karolinska institutet. Det har också inrättats en professur i försäkringsmedicin vid Göteborgs universitet. Utvecklingsarbetet av Försäkringskassans engagemang i försäkringsmedicinsk utbildning, både internt och gentemot vården, fortskrider (Alner Liljedahl 2010).

Initiativet att genom ekonomiska drivkrafter göra vården till en aktiv deltagare i utvecklingen av sjukskrivningsprocessen, den så kallade "Sjukvårdsmiljarden", kan ha effekter på omfattningen av den utåtriktade verksamheten för FMR, i synnerhet då överenskommelserna mellan staten och Sveriges kommuner och landsting (SKL) för 2010 delvis villkorar utbetalning av medel på de medicinska underlagens kvalitet (SKL 2010). Rehabiliteringskedjan (se proposition 2007/08:136) innebär också en ny kontext för alla parter i försäkringen. Med explicita tidsgränser vid vilka de försäkrades (kvarvarande) arbetsförmåga bedöms och en explicit bortre parentes blir kraven på en snabb och effektiv handläggning högre (Gårdestig & Alner Liljedahl 2009). Utvecklingen av handlägningsprocessen fortgår också enligt Arbetsförmågeutredningens (SOU 2009:89) tankegångar om DFA-kedjan. En större fokus ska läggas på att slå fast huruvida de medicinska underlagen innehåller information som klarlägger länken mellan diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Detta i linje med ansträngningarna att förbättra underlagens kvalitet (se RiR 2009:07).

3.2 Organisation

I den tidigare länsbaserade organisationen fanns stora variationer i hur den försäkringsmedicinska verksamheten organiserades och hur stort strategiskt inflytande man hade. Försäkringsläkarprojektets slutrapport efterlyste ett nationellt grepp om försäkringsmedicinska verksamheten i fråga om resursanvändning men även om "ledning, styrning och uppföljning" (Gustafsson och Espiritu-Olsson 2007, s. 5). Vidare såg man ett behov att synliggöra och öka inflytandet för försäkringsmedicinsk kompetens i organisationen.

Försäkringskassans nationella, processorienterade organisation infördes under 2008 (se Statskontoret, 2008). I den nya strukturen kom den försäkringsmedicinska resursen att få en egen organisation. Verksamheten koncentreras till nivåerna för Lokala Försäkringscenter (LFC) och Nationella Försäkringscenter (NFC). Sjukförsäkringens processuppdelning i tidig bedömning och fördjupad utredning kopplades först till olika organisationsnivåer, NFC respektive LFC. Sedan 1 juni 2010 ligger emellertid även Tidig bedömning som eget verksamhetsområde på LFC-nivå. FMR som är aktiva inom arbetsskadeförsäkringen tillhör fortsatt verksamhetsområde NFC. Återgivningen av den organisatoriska strukturen gäller i dagsläget men det är inte uteslutet att ytterligare förändringar kommer att ske framöver. Regeln är en försäkringsmedicinsk enhet per verksamhetsområde. Sammanlagt finns sju enheter, varav sex stycken på LFC: LFC Nord, LFC Syd, LFC Öst respektive LFC Väst och undantaget Tidig bedömning med två enheter. Varje enhet har en enhetschef med personaladministrativt ansvar. Enhetscheferna är i sin tur underställda FMK som har det strategiska ansvaret för försäkringsmedicinska verksamheten. Det finns en koordinator per verksamhetsområde samt två koordinators på ledningsnivå för NFC och LFC, totalt en grupp om åtta FMK (Försäkringskassan 2009a).

4 Förändringarna ur ett FMR-perspektiv

4.1 Intervjupersonerna

Totalt 14 stycken FMR intervjuades. Den yngsta intervjupersonen var 55 år och den äldsta 67 år vid första intervjutillfället. Sex av dem var kvinnor, vilket motsvarar en andel på 35 %. Bland de 12 specialistområden som finns representerade i gruppen är företagshälsovård och allmänmedicin mest förekommande. Sammantaget tycks de intervjuade FMR överensstämma väl med yrkeskårens profil. Åtta personer har arbetat som försäkringsmedicinsk expert sedan 2000 eller senare, men senast från 2006 (två personer). Fem personer började arbeta för kassan på 1990-talet och en person på mitten av 1980-talet. Elva har gått från en tjänst som försäkringsläkare till försäkringsmedicinsk rådgivare. Tre har tidigare erfarenhet av både försäkringsläkar- och försäkringsöverläkartjänsterna. Geografiskt tillhör fem av intervjupersonerna södra regionen och lika många västra regionen. Övriga fördelas jämnt på norra och östra regionerna. Fem arbetar uteslutande med fördjupad utredning på LFC och två uteslutande med tidig bedömning (när intervjuerna genomfördes var verksamheten knuten till NFC). Fem har erfarenhet av arbete både med fördjupad utredning och med tidig bedömning. Alla verksamhetsområden som handlägger sjukförsäkringsärenden finns därmed representerade.

Variationerna till trots är intervjupersonerna lika i det att de alla är FMR med erfarenhet av Försäkringskassan före omorganisationen 2008. De uttrycker alla ett stort engagemang för sjukskrivningsfrågan och betraktar FMR-rollen som värdefull, om inte oumbärlig, för en kvalitetssäkrad sjukskrivningsprocess. De har också det gemensamt att den goda relationen till deras arbetskamrater, dvs. handläggarna, har bidragit mycket till en positiv upplevelse av arbetet på kassan. Från intervjumaterialet går det inte heller att dra några slutsatser om skillnader mellan de geografiska områdena.

4.2 Organisatoriska förändringar

Då intervjupersonerna är fortsatt verksamma på Försäkringskassan sanktionerar de i princip de förändringar som har skett. Det är därför inte förvånande att det generella intrycket från intervjuerna visar på en positiv, om än något avvaktande, inställning till nyorganisationen. Ambitionen att åstadkomma enhetlig struktur och lika bedömning är korrekt även om man ser behov av att göra justeringar i systemet:

Försäkringsmedicinska verksamhetens förändringar är positiva...upplägget, konceptet är rätt. (Intervju 35)

FMR 6 upplever emellertid att utvecklingen mot en stabil arbetssituation inte är tydlig, att det fortfarande sker för många förändringar för ofta, vilket är ansträngande:

Det är ingenting som är stabilt någon gång. (Intervju 42)

Intervjupersonerna identifierar både fördelar och nackdelar med den nya organisationen i förhållande till den gamla länskasseorganisationen. En nackdel som många nämner med den nya organisationen är ett ökat avstånd till besluten och att det blivit en större och tyngre byråkrati. Centralstyrningen är enligt vissa FMR för stark. Personlig kontakt och behovsanpassning blir lidande, menar FMR 13 (intervju 77).

Många av intervjupersonerna upplever en ökad isolering då välfungerande försäkringsmedicinska grupper brutits upp i och med centraliseringen. Den tidigare organisationen tycks ha fungerat bra för alla FMR som ingår i studien, i meningen att den kollegiala kontakten var god. I många fall har relationen inte ersatts med täta och bra kontakter med FMK och enhetschefer i den nya organisationen. FMR 4 (intervju 34) menar att man i strävan efter att göra tydlig

kopplingen till lokalorganisationen glömt bort att stärka försäkringsmedicinska organisationen. Här ligger emellertid en stor fördel med den nya organisationen, att den försäkringsmedicinska verksamheten synliggörs både på det strategiska planet och på det operationella planet. Tidigare på många ställen räknades man inte, hävdar FMR 2 och citerar en kollega:

Förut var vi något som katten släpat in. Nu är vi åtminstone rumsrena. (Intervju 25)

För vissa FMR är det emellertid fortfarande så att de inte bjuds in på personalmöten eller får tillgång till aktuell information. Det blir ett ensamt arbete i dubbel bemärkelse. Bakom kan ligga traditionen att ha de försäkringsmedicinska experterna löst knutna till organisationen. Detta förhållande kan påverkas från ledningshåll, anser FMR 5 (intervju 38). FMR 1, med erfarenhet från Tidig bedömning, upplever att ambitionen att integrera FMR i övrig verksamhet förhindras av ett stort produktionstryck på handläggningsprocessen:

Man är mer som en arbetsmaskin, det är en stor fabrik... (Intervju 24)

Även de FMR, som tidigare upplevt att förankringen i den lokala organisationen varit bra, betraktar den försäkringsmedicinska verksamheten som en fortsatt "främmande fågel" inom Försäkringskassan. Men de pekar istället på att FMR separerats organisatoriskt från sin arbetsplats. Bland intervjupersonerna finns också representerad synen att den organisatoriska strukturen inte påverkar den försäkringsmedicinska verksamheten nämnvärt. Det som tidigare fungerade på eget initiativ är nu inbyggt i organisationen. Intrycket från dessa fall är att man har upplevt god kontakt med FMK och enhetschef.

4.3 Roll och arbetssätt i handläggningsprocessen

De intervjuade FMR ser positivt på de förändringar som skett i yrkesrollen. De innebär ett effektivare utnyttjande av den försäkringsmedicinska resursen. Det nya arbetssättet med grupsittningar välkomnas av flera olika anledningar. En viktig aspekt är skiftet av fokus från FMR till handläggaren. Separationen mellan den rådgivande rollen och den beslutsfattande rollen tydliggörs:

FMR:s bidrag kan förvisso väga tungt med det är bara ett bidrag till ärendet. (Intervju 77)

Vidare ägde all kommunikation rum skriftligen i tidigare system. Pappersexercisen för försäkringsläkaren var omfattande men ofta till liten nytta:

Jag var mer sekreterare än FMR.. (Intervju 74)

Med tonvikt på muntlig kommunikation blir handläggningen mindre tidskrävande och därmed kan fler ärende belysas. Såväl FMR som deltagande handläggare verkar uppleva handledningsformen som givande:

Det går fort och det är produktivt. (Intervju 42)

FMR 6 (intervju 42) påpekar emellertid att betoningen av gruppkonsultation som interaktionsform inte får gå till överdrift, det enskilda samtalet är också angeläget. Det är också positivt att FMR har en mer tillbakadragen position i dokumentationen, i synnerhet i kommunikationen med den försäkrade men man påpekar att skriftliga yttranden måste finnas kvar, särskilt med tanke på omprövningsärenden.

Det ligger också både en utmaning och en risk i att FMR ska läsa in materialet vid föredragningen av ärendet. Tiden räcker inte alltid till för att kunna göra en så rättssäker bedömning som möjligt, påpekar FMR 12 (intervju 75). Alla intervjupersoner anser dock att gruppdiskussionerna främjar en direkt dialog mellan handläggare och FMR och att de innebär en mer pedagogisk ansats, som syftar till självständighet för handläggaren. Man ser också tecken på en lärandeprocess, då handläggarens frågor är mer kvalificerade (i bemärkelsen mer försäkringsmedicinska och mindre försäkringstekniska) och fallen som behandlas är mer komplexa än tidigare. I diskussionen för handläggaren alltmer en dialog med sina kollegor och inte bara med FMR, observerar FMR 11 (intervju 74) och tillägger att en förutsättning för en sådan positiv utveckling är att man etablerar en känsla av trygghet i gruppen.

Flera FMR identifierar en risk i det nya arbetssättet för ett underutnyttjande av försäkringsmedicinsk kompetens. I omställningsperioden från det tidigare arbetssättet, är handläggarens kompetens tillräcklig för att fatta välinformerade och motiverade beslut? I ett längre perspektiv, kan deras kompetens höjas tillräckligt för att kunna ta kvalitativa beslut? Är kontakten med FMR tillräcklig för denna målsättning? Frågornas relevans förstärks av observationen att den pedagogiska effekten med grupsittningarna försvagas på flera håll. Strukturer med frivilliga och öppna grupsittningar tycks leda till låg närvaro och stor omsättning bland handläggarna. Även om FMR får intrycket att handläggarna gärna hade sett fler gruppkonsultationer, gör produktionskravet det omöjligt. Det finns också ett motstånd till det nya arbetssättet bland vissa grupper av handläggare. Sammantaget är det i grunden ett arbetsledningsproblem:

Ledningen måste vara tydlig med att även kvalitet har ett värde. (Intervju 111)

En FMR har inte deltagit i grupsittningar alls medan en annan FMR uppger att en del av ärendena fortfarande behandlas enligt det gamla arbetssättet, även ett år efter introduktionen av gruppdiskussionerna.

4.4 Kontakt med vården

Avsikten är att FMR-tjänsten ska präglas av mindre yttrandeskrivning och mer utbildande verksamhet internt och externt. Knappt hälften av intervjupersonerna uppger att de externa aktiviteterna ökat men bara någon enstaka kommer upp i den andel (40 procent) som eftersträvas. Variationerna mellan FMR är generellt sett stora, uppger man. Det kan bero på personliga preferenser, men även på schemaläggning; det är inte säkert att de dagar vården önskar informationsmöten passar med uppdraget på kassan för den enskilde FMR. Det är inte heller säkert att man får access till vården. Informationsverksamheten gentemot yngre läkare i olika typer av utbildningar fungerar bra, upplever FMR 10, men tillägger:

I det övriga arbetet med sjukvården måste man hacka sig in. (Intervju 70)

Sjukskrivningsfrågan har inte varit ett prioriterat område inom vården men det verkar överlag vara lättare att etablera kontakt med primärvården än med sjukhusvården. Med satsningen i sjukvårdsmiljarden under 2010 ser flera ett potentiellt större engagemang utåt.

Många betonar vikten av att ha en god dialog med vården och att FMR har en nyckelroll att spela i det avseendet:

Man kan överbrygga ibland motsättningar, ibland missförstånd, ibland samarbetsvärigheter med vården. (Intervju 44)

FMR 4 (intervju 37) beskriver sitt arbete i termer av kulturell och språklig tolk och identifierar ett stort behov av försäkringsmedicinsk utbildning i en organisation ”där två kulturer möts som inte förstår varandra”.

Den allmänna uppfattningen bland de intervjuade FMR, även om alla inte personligen har upplevt det, är att läkarkollegorna är misstänksamma mot och irriterade på Försäkringskassan och dess representanter. Detta förhållningssätt, menar intervjupersonerna, tyder på en okunskap om Försäkringskassans uppdrag och en bristande insikt om att man inte (längre) kan ”övertala” myndigheten. Men flera FMR påpekar också att Försäkringskassans tillgänglighet har varit dålig historiskt sett, något som inte främjat kommunikation och förståelse mellan parterna.

En god dialog med vården är viktig inte minst för att kunna åtgärda problemet med bristfälligt ifyllda medicinska underlag, ett problem som genomgående anses vara mycket stort:

Generellt sett, i de ärenden FMR får har handläggaren inte problem med det som sägs utan med det som inte sägs. (Intervju 70)

Det som i allmänhet förblir osagt är inte relaterat till diagnos och symptombeskrivning, utan till funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Tidigare erfarenheter av utbildningsinsatser gentemot vården visar på en positiv utveckling i detta avseende. FMR vill förmedla att Försäkringskassan och vården båda arbetar för patientens bästa. Det måste gå fram till läkarna att de gör patienten en otjänst genom att inte fylla i intyget fullständigt:

Medicinska underlaget är ett kvitto på hur väl man i vården tar hand om patienten. (Intervju 25)

FMR är medvetna om hur svår och konfliktfylld sjukskrivningssituationen kan vara för den enskilde läkaren men menar sig kunna bidra med olika verktyg, såsom kunskap om regelverket och beslutsstödet riktlinjer, för att lättare kunna hantera situationen.

FMR 6 (intervju 42) och FMR 9 (intervju 59) noterar också en förbättring av inkomna underlag, liksom ett ökat intresse för dialogmöte, i samband med Rehabiliteringskedjan och Försäkringskassans hårdare krav på kompletteringar.

4.5 Utbildning och kompetens

Projektet om utveckling av Försäkringskassans försäkringsmedicinska utbildningsuppdrag internt och externt har nyligen levererat sin slutrapport (Alner Liljedahl, 2010) men avsikten här är inte att utvärdera projektets arbete. Den allmänna uppfattningen bland de intervjuade FMR är dock att utbildning är viktig, inte bara för handläggare och behandlande läkare, utan även för FMR. Man måste vara uppdaterad medicinskt och känna till regelverket väl för att själv kunna utbilda i försäkringsmedicin. Samsyn inom kåren är av stor vikt:

Det är ju subjektiva bedömningar, det finns inget objektivt med detta. (Intervju 38)

Tidigare har emellertid utbildningen för FMR varit torftig. FMR 1 (intervju 24) invänder dock att intresset kanske inte är så stort bland äldre FMR, som har stor yrkeserfarenhet och lång utbildning bakom sig men betonar samtidigt att ett eventuellt svagt intresse för vidareutbildning inte behöver innebära ett svagt intresse för försäkringsmedicinska frågor. Det finns också skilda åsikter om nyttan med akademiseringen av försäkringsmedicin men flera FMR påpekar med emfas att den kan bidra till att öka intresset för ämnesområdet och höja yrkets låga status i läkarkåren:

Försäkringsmedicin behöver fortsatt legitimeras. (Intervju 35)

FMR 4 (intervju 37) väcker också frågan hur en ökad kompetens hos FMR, exempelvis i form av en masterexamen i försäkringsmedicin, ska användas i verksamheten och på vilket sätt en kompetenshöjning ska premieras. Hur stor betydelse specialistkunskaper tilldelas i Försäkringskassans organisation är oklar, anser FMR 4.

Vidare tycks det finnas en diskrepans i synen på och behovet av generalist- och specialistkunskaper. Ledningens hållning är att FMR ska kunna ta alla typer av ärenden eftersom det är den försäkringsmedicinska och inte den medicinska kompetensen som ska styra. FMR 9 noterar dock att bland handläggarna finns en efterfrågan på specialistkunskaper:

Alla aktörer har en känsla av att medicinska specialiteter spelar roll även för det försäkringsmedicinska. (Intervju 54)

FMR 9 anser emellertid att man bör hålla en generell nivå och använda sig av tillgängliga resurser, till exempel av beslutsstödet, i ärenden som ligger utanför egna specialistområdet. FMR 13 (intervju 77) menar å andra sidan att ibland finns behov av särskilda experter knutna till Försäkringskassan på områden där vägledning saknas. Tanken är istället att FMR ska använda sina egna specialistkontakter men dessa har ju inte avsatt tid för ärenden från Försäkringskassan, invänder FMR 13.

4.6 Försäkringsmedicinska verksamhetens roll i framtiden

FMR anser att deras roll är absolut nödvändig, då beslutsfattaren inte har medicinsk kunskap:

Man kan inte ha en försäkring som bygger på sjukdom utan att ha medicinsk sakkunskap i organisationen. (Intervju 54)

Läkarnas sätt att skriva medicinska underlag har ett dock ett stort inflytande på framtida behov av FMR:

Om underlagen är perfekta från början, ja då behövs ju vi inte alls egentligen. (Intervju 70)

Hur lång tid det skulle ta att nå dit är en annan fråga, påpekar FMR 4 (intervju 37), men ser inga förändringar i behovet av FMR inom de närmaste 10-15 åren.

Hur ser FMR på senaste tidens förändringar i termer av handläggarnas behov av försäkringsmedicinsk expertis? Gruppsittningarna verkar ha en lärande effekt bland handläggarna men arbets sättet verkar däremot inte innebära ett minskat behov av försäkringsmedicinsk expertis, enligt de intervjuade FMR. Å andra sidan kan det ske en förändring i behovets karaktär på grund av kompetenshöjningen, en förbättring med mer kvalificerade frågor och fokus på svåra ärenden:

Rollen som FMR kommer nog att renodlas, den kommer inte att förminska. (Intervju 35)

Ett fortsatt stort behov av FMR är också en fråga om en generationsväxling bland handläggarna, men det är oklart i vilken riktning generationsfaktorn drar. Åsikterna skiljer sig åt: Nya handläggare behöver mer handledning än erfarna handläggare men å andra sidan har yngre handläggare lättare att anpassa sig till nya situationen än äldre handläggare med etablerade rutiner. Förändringstakten i organisationen är en annan faktor som kan tänkas påverka behovet.

Synen på beslutsstöd går också isär. Den generella uppfattningen tycks vara att beslutsstödet är bra för alla parter i sjukskrivningsprocessen, att det är ett steg i rätt riktning. Några FMR

bedömer att det kommer att öka handläggarens självständighet och kan redan se en kompetenshöjande effekt då handläggare ofta har konsulterat beslutsstödet innan de konsulterar FMR. Andra anser dock att intentionen till trots har beslutstödet ökat handläggarnas behov av stöd. De behöver hjälp med att tolka riktlinjerna eftersom de är utformade för läkare och täcker ett begränsat antal diagnoser. Dessutom behandlar beslutsstödet varje diagnos separat, vilket är besvärligt eftersom samsjuklighet är regel snarare än undantag. Ett annat problem är att läkare inte verkar beakta beslutsstödet riktlinjer i särskilt stor utsträckning, vilket enligt FMR 2 (intervju 25) kan bero på att de uppfattar det som ett Försäkringskassans påfund och inte ett instrument utformat av läkare.

5 Förändringarna ur ett FMK-perspektiv

Det finns totalt åtta försäkringsmedicinska koordinatörer (FMK), varav en ansvarar för den försäkringsmedicinska verksamheten inom arbetsskadeförsäkringen. Fokus i rapporten ligger på sjukförsäkringssidan men synpunkter på verksamheten i allmänhet beaktas oavsett ansvarsområde.

I FMK-uppdraget ingår att samordna den försäkringsmedicinska kompetensen inom Försäkringskassan, att kvalitetssäkra de försäkringsmedicinska bedömningarna och föra en dialog med vården. För koordinatörerna innebär rollen att agera ”strateg och visionär”, att uppdraget handlar om att ”skapa vägar” och att ”synliggöra en försäkringsmedicinsk kunskapsbas”.

5.1 Bidrag och utmaningar

Genom att tillföra ett medicinskt synsätt på försäkringen bidrar den försäkringsmedicinska verksamheten till ökad kunskap, förbättrad kvalitet och därmed större rättssäkerhet. En särskilt viktig faktor för kvalitet är handläggarnas kompetens i försäkringsmedicin men även kompetensen hos FMR lyfts fram, liksom kommunikationen och samsynen mellan de två yrkesgrupperna. Det ligger en grundläggande utmaning i att koppla ihop ”medicinsk pragmatism” med myndighetsutövning. En helhetssyn på sjukskrivningsfrågan fordrar en ökad försäkringsmedicinsk kunskap men en fördjupad förståelse passar inte utan vidare in i en regelstyrd organisation. Det finns dessutom en risk, påpekar flera FMK, att en stark produktionsstyrning försvårar kompetenshöjningen för handläggarna.

Utvecklingsarbetet med det medicinska underlaget betraktas också som en stor uppgift för den försäkringsmedicinska verksamheten. Det bör utformas så att både läkarens och handläggarens behov blir tillgodosedda.

5.2 Organisation, ledning och styrning

Integration av den försäkringsmedicinska verksamheten i Försäkringskassan spelar också stor roll för kvaliteten. Alla FMK anser att utvecklingen är på rätt väg när det nu finns en tillhörighet, en förankring i Försäkringskassans organisation. Uppfattningen tycks vara att den nya organisationens struktur ger goda förutsättningar för målsättningarna om kompetenshöjning, lika bedömning och kontakt med vården. Genom att ha en plats i organisationen går det att öka fokus på och renodlingen av den försäkringsmedicinska verksamheten. Det gäller också för FMK och den försäkringsmedicinska verksamheten i stort att tydliggöra vilken plats man ska ha, att ta tillvara på ”inbjudan” till Försäkringskassan.

En FMK anser att allt är bättre än tidigare men flera noterar en längre väg till beslut än i länsorganisationerna och att mer förankring fordras än tidigare, något som är omständligt men nödvändigt i en centraliserad organisation. All dialog inte fått sin slutgiltiga form ännu men kommunikationen och samarbetet inom den försäkringsmedicinska organisationen verkar fungera bra. Det finns emellertid en brist i återkopplingen mellan NFC- och LFC-ledningen och

koordinatorerna, vilket orsakar ett glapp i tillämpningsfrågorna och skapar osäkerhet i FMK-gruppen. Man saknar ett tydligt uppdrag uppifrån men förhoppningsvis är det ett övergående fenomen.

Det geografiska avståndet till FMR är inte heller optimalt. Det är viktigt att träffa FMR så ofta som möjligt för att åstadkomma samsyn. Målsättningen kan bli lättare att nå nu när Tidig bedömning tillhör LFC. Några FMK har observerat tendenser att uppdelningen i olika processer i olika organisatoriska "rör" också leder till en kulturell separation, något intervjupersoner bland FMR också noterat.

5.3 Interaktion med FMR

Även om man inte funnit sig riktigt i de nyetablerade strukturerna upplever FMK i allmänhet att FMR är positivt inställda till arbetssättet och de organisatoriska förändringarna. FMK betonar också vikten av att skapa ett kollegialt nätverk, särskilt då FMR utför ett ensamt arbete. Samtidigt konstaterar man att utvecklingen kanske inte fortskridit i önskvärd takt på det området. FMK framhåller också betydelsen av att knyta kontakter med lokalorganisationen och kommunicera utåt med vården. I budskapet till FMR ingår även den konsultativa roll FMR ska ha gentemot handläggaren. Det är en grannlaga uppgift FMR har att utföra. Det gäller att rollfördelningen mellan FMR, handläggaren och läkaren är tydlig. Vidare lägger FMK vikt vid enhetlig bedömning genom att ge återkoppling på skriftliga yttranden.

Några påpekar att tjänstgöringsgraden, som varierar mellan 20 och 50 procent, är för låg. En nivå på minst 30-40 procent tycks vara mer önskvärd. Ett argument som förs fram för en höjd miniminivå är att motivation och engagemang ökar med större förankring till Försäkringskassan. Ett annat är att en lägre tjänstgöringsgrad minskar flexibiliteten i verksamheten. Nu krävs mycket planering för att täcka åtaganden utåt.

Vidare anser flera FMK att betoningen av kunskapsöverföring och arbetet i grupp-sittningar gör FMR-tjänsten attraktivare. Rekryteringsbasen kan också påverkas positivt av att upprätthålla höga kompetenskrav. Två FMK argumenterar för att skapa karriärvägar inom kassan och ge möjlighet till forskning inom försäkringsmedicin. Tjänstens administrativa karaktär men även "praktiska" förhållanden som att pensionsförmånerna påverkas negativt av två anställningar bidrar till de rekryteringssvårigheter man haft i vissa fall.

6 Diskussion

Den allmänna bilden visar på en positiv inställning bland FMR och FMK till förändringarna i organisation och yrkesroll. Den försäkringsmedicinska verksamheten har blivit en nationell resurs med en tydlig organisatorisk struktur. Verksamheten har därigenom blivit mer synlig och det ger förutsättningar för en större integration i Försäkringskassan. Den organisatoriska tillhörigheten förstärks också genom att endast anställa FMR och inte erbjuda konsultkontrakt. FMR tilldelas en mer rådgivande och utbildande roll genom tonvikten på extern dialog och ett konsultativt förhållningssätt i gruppdiskussioner med handläggare. Samtidigt som den rådgivande rollen framhävs, får också den specifika kompetensen hos FMR mer utrymme i sjukskrivningsprocessen.

Från intervjuerna med FMR framkommer emellertid också att man inte funnit sin plats i organisationen ännu. För många har det kontaktnät man byggt upp inom den försäkringsmedicinska verksamheten i den tidigare länsbaserade organisationen inte ersatts med ett nytt. Avståndet uppåt kan kännas långt. Kopplingen till linjen är inte heller alltid tydlig, även om samarbetet mellan FMR och handläggarna verkar fungera bra. Fastän den organisatoriska strukturen tycks vara i enlighet med vad man vill åstadkomma med den försäkringsmedicinska verksamheten, visar erfarenheterna från FMR att det även ligger på individerna i organisationen att

styra utvecklingen vidare i rätt riktning; upplevelsen av omorganisationen och arbetssituationen verkar många gånger bero mycket på hur ledningen hanterar verksamheten.

FMK-bilden av förändringarna tycks överensstämma relativt väl med bilden FMR ger. Det tycks finnas en medvetenhet på den strategiska nivån om förutsättningarna för den försäkringsmedicinska verksamheten på det operationella planet. Det glapp FMR uppfattar mellan sig och den strategiska ledningen kan minska efterhand som organisationen och arbetsformer etableras, men det beror förstås på hur väl mottagning och sändning av signaler fungerar mellan FMR och FMK, samt i hur stor utsträckning man faktiskt kan tillgodose de behov FMR identifierar.

Det verkar finnas en klar uppfattning om vilken roll Försäkringskassan anser att FMR bör spela men det framstår dock som oklart hur stor rollen ska vara. Arbets sättet baserat på grupp sittningar tycks leda till en bättre användning av den försäkringsmedicinska resursen. Frågan är om den används i rätt utsträckning? Medan användningen tidigare bedömdes vara för stor och felaktig, är den kanske nu för liten men rätt. Den försäkringsmedicinska kapaciteten är något man möjligen bör fundera på, liksom effekterna av produktionsstrycket, som FMR och FMK identifierar som en risk för handläggarnas kompetenshöjning. Produktionskravet och kontaktytan med den försäkringsmedicinska kompetensen är något som också uppmärksammas i slutrapporten från försäkringsläkarprojektet (Gustafsson och Espiritu-Olsson 2007, s. 6): "Högt ställda krav på produktion och snabba ärendeflöden innebär en ökad risk för att handläggare "väljer bort" försäkringsläkarkonsultation i handläggningsprocessen." En reglering av när konsultation ska ske är en väg att gå men sättet att hantera problemet beror också på vilken målsättning man har. Det är en svår balansgång mellan effektivitet i termer av antal avklarade ärenden på ena sidan och kvalitet i termer av korrekta beslut på den andra sidan.

I den utåtriktade verksamheten återkommer frågan om reellt inflytande. FMR anser att deras roll är avgörande för dialogen med vården men i allmänhet har det dock varit svårt att faktiskt etablera kommunikationskanaler mellan Försäkringskassan och vården. Andra studier visar å ena sidan att läkare har behov av och dessutom efterfrågar närmare kontakt med försäkringsmedicinsk kompetens (Alexanderson m.fl. 2009) och å andra sidan att det på ledningsnivå inom hälso- och sjukvården funnits ett svalt intresse för sjukskrivningsfrågor (Alexanderson m.fl. 2005; SBU 2003; Socialstyrelsen 2006). Förhållandet kan bidra till individuella variationer i sjukskrivningspraxis (Ekbladh 2007). Ekonomiska drivkrafter, såsom "Sjukvårdsmiljarden" och ett ökat krav från Försäkringskassans sida på kompletteringar, där alltså FMR har en roll att spela, tycks vara ett välbehövligt komplement till informationssatsningen. Dessutom visar erfarenheterna av dialogföring att den försäkringsmedicinska verksamhetens framgång i termer av välgrundade beslut fordrar ett engagemang från alla parter som är involverade i förändringsarbetet. Detta gäller även beslutsstödet som FMR uppfattar har potential att åtminstone på längre sikt öka kvaliteten i sjukskrivningsprocessen. Intrycket att läkarna avstår från att använda instrumentet är kanske inte så konstigt eftersom handläggaren inte konsulterar FMR i normalfallet. Lägesrapporten för 2009 (Försäkringskassan, 2010) ger en mer positiv bild av utvecklingen men från båda håll noteras en brist i kopplingen mellan diagnos och funktions- och aktivitetsbegränsning (se även Larsson, 2009).

Samarbete med handläggarna och samverkan med vården är viktiga aspekter för den försäkringsmedicinska verksamhetens kvalitet. För själva yrkesutövningen fordras även ett försäkringsmedicinskt stöd, kanske större än det som finns i organisationen. Idag prioriteras generalistkompetens hos FMR men med tanke på utmaningar i form av diffusa och komplexa diagnoser kan det vara värt att se över specialistkompetensen inom organisationen. En FMR påtalar ett behov av experter som är knutna till Försäkringskassan och som kan bidra i särskilda ärenden där försäkringsmedicinsk praxis saknas. Ett liknande förslag presenterades i slutrapporten från försäkringsläkarprojektet (Gustafsson och Espiritu-Olsson 2007, s. 12).

Det allmänna intrycket är att tjänsten som FMR har blivit mer stimulerande och intressant genom en omprioritering av arbetsuppgifterna och genom ett nytt arbetssätt. Motivation är en viktig drivkraft i offentliga organisationer och fallet med FMR verkar inte vara ett undantag (se Dackehag 2010). En viktig aspekt i sammanhanget är också utbildningssatsningarna riktade till FMR (se Alexanderson 2009; Alner Liljedahl 2010). Sammanfattningsvis gör Försäkringskassan en medveten satsning på den försäkringsmedicinska verksamheten, som man också försöker integrera i organisationen. Det ska bli intressant att se på vilket sätt förändringarna kommer att påverka den försäkringsmedicinska verksamhetens roll och genomslag i Försäkringskassan och sjukförsäkringen. Vad bär ambitionen om ökad integration och ökat inflytande med sig för en verksamhet som kanske alltjämt, på grund av sin expertis, är särskild?

Rapporten är författad inom ramen för forskningsprogrammet "Från många till en?" vid Lunds universitet, med fokus på förändringsarbetet på Försäkringskassan. Programmet finansieras av Försäkringskassan, som författaren därför vill rikta ett tack till. Ett hjärtligt tack riktas också till de försäkringsmedicinska rådgivarna och försäkringsmedicinska koordinatörerna som deltagit i intervjuerna för att de tagit sig tid att svara på frågor och bidragit till att skapa en bild av den försäkringsmedicinska verksamhetens villkor och utmaningar. Författaren tackar även Siwert Gårdestig, Maj Carlsson, Gunnel Gustafsson, Mary-Lou Espiritu-Olsson och Eva Alner Liljedahl för värdefull hjälp med information och material.

Referenser

- Alexanderson K, 2009, "Det första Magisterprogrammet i försäkringsmedicin - Nu har vi ett gäng försäkringsmedicinska pionjärer!" *Socialmedicinsk tidskrift* 6, 518-528.
- Alexanderson, K, Brommels, M, Ekenvall, L, Karlsryd, E, Löfgren, A, Sundberg, L, och Österberg, M, 2005, "Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning" Karolinska institutet, Stockholm.
- Alexanderson K, Arrelöv B, Ekmer A, Hagberg J, Lindholm C, Löfgren A, 2009, "Läkares arbete med sjukskrivning – en enkätstudie". Karolinska institutet, Stockholm.
- Alner Liljedahl E, 2010, "Försäkringskassans engagemang i försäkringsmedicinsk utbildning – internt och externt", slutrapport, Försäkringskassan.
- Ekbladh (nu Dackehag) M, 2007, *Essays on Sickness Insurance, Absence Certification and Social Norms*, Lund Economic Studies Nr 143.
- Dackehag M, 2010, "Managing Sickness Absence. Exploring the Motivations and Incentives of the Medical Consultant in the Swedish Sickness Insurance", konferenspaper, IRSPM, Bern 7-9 april 2010.
- Försäkringskassan, 2009a, "Organisationen för den försäkringsmedicinska verksamheten inom Nationella Försäkringscenter och Lokala Försäkringscenter", Bilaga 1 i Försäkringskassan, "Beslut om försäkringsmedicinsk organisation", 2009-02-05.
- Försäkringskassan, 2009b, Vägledning 2004:2 version 12, Sjukpenning och samordnad rehabilitering.
- Försäkringskassan, 2009c, "Försäkringskassans policy inom området försäkringsmedicin".
- Försäkringskassan, 2010, "Uppföljning och kvalitetsutveckling av försäkringsmedicinskt beslutsstöd".
- Gustafsson G och Espiritu-Olsson M-L, 2006, "Försäkringsläkarroller inom Försäkringskassan", nulägesbeskrivning från projekt B3 Försäkringsmedicinsk sakkunskap i administrativa sammanhang. Försäkringskassan
- Gustafsson G och Espiritu-Olsson M-L, 2007, "Försäkringsläkarroller inom Försäkringskassan", slutrapport från projekt B3 Försäkringsmedicinsk sakkunskap i administrativa sammanhang. Försäkringskassan
- Gårdestig S och Alner Liljedahl E, 2009, "Försäkringsmedicinsk kompetens hos Försäkringskassan, några utvecklingsperspektiv", *Socialmedicinsk tidskrift* 6, 503-517.
- Larsson J, 2009, "Ett litet steg för läkarkåren – ett stort steg för sjukskrivningsprocessen", *Socialmedicinsk tidskrift* nr 6, s. 529-538.
- Regeringens proposition 1994/95:147, Rätten till förtidspension och sjukpenning samt folkpension för gifta.
- Regeringens proposition 2002/03:89, Förändringar inom sjukförsäkringen för ökad hälsa i arbetslivet.
- Regeringens proposition 2007/08:136, En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.
- RiR (Riksrevisionen) 2009, "Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?", RiR 2009:07.
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) 2003, "Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis – en systematisk litteraturöversikt", SBU-rapport 2003:167, Stockholm.
- Socialdepartementet, 2005, Regeringsbeslut, "Uppdrag att utforma en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess", S2005/9201/SF.
- Socialstyrelsen, 2006, "Socialstyrelsens tillsyn av sjukskrivningsprocessen år 2003-2005 – sammanfattande slutsatser."

Socialstyrelsen & Försäkringskassan, 2006, "Utformning av en mer kvalitetssäkrad, enhetlig och rättssäker sjukskrivningsprocess", Svar på regeringsuppdrag, 2006-12-21.

SOU 2009:89, Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga, Socialdepartementet, Stockholm.

Statskontoret 2008, "Den nya Försäkringskassan - delrapport 3", Statskontorets rapport 2008:102.

Internetkällor:

Försäkringskassan, 2008, "Försäkringskassans kritiserade läkare: Ett helt nytt uppdrag för säkrare sjukskrivningar." Pressmeddelande 2008-02-19.

Socialstyrelsen, 2010, "Försäkringsmedicinskt beslutsstöd."

Information hämtad 2010-06-03.

SKL (Statens kommuner och landsting), 2010, "Sjukskrivningsmiljarden."

Information hämtad 2010-06-03.

Intervjuer:

Gärdestig S, programdirektör Hälso- och sjukvårdsprogrammet, Försäkringskassan. 23 januari 2009. Intervju nr. 113.

Carlsson M, HR-specialist, Försäkringskassan. 27 april 2009. Intervju nr. 114.

Intervjuer med fjorton försäkringsmedicinska rådgivare (FMR) under mars 2009 – maj 2010. Intervju nr. 24, 25, 35, 37, 38, 42, 44, 53, 54, 70, 74, 75, 77, 78, 101-112.

Intervjuer med åtta försäkringsmedicinska koordinatörer (FMK) under oktober - november 2009. Intervju nr. 57, 58, 65-69, 73.

Rapport från Forskningsprogrammet "Från många till en?" om Försäkringskassans förändringsarbete

År	nr	Författare	Titel
2010	1	Margareta Dackehag	Verksamhet i förändring - Försäkringsmedicinska verksamhetens roll i sjukskrivningsprocessen och på Försäkringskassan