



eHälsomyndigheten

Elektroniska läkarintyg

Förstudie

Dnr 2020/01927



Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Citera gärna rapporten men uppgi alltid källa: *Rapportens namn, år och E-hälsomyndigheten.*

Publicerad: E-hälsomyndigheten, juni, 2020.

Diarienummer: 2020/01927

Adress: Södra Långgatan 60, Kalmar
Sankt Eriksgatan 117, Stockholm

E-post: registrator@ehalsomyndigheten.se

Telefon: 010-458 62 00

www.ehalsomyndigheten.se

Förord

Utifrån E-hälsomyndighetens instruktionsenliga uppgift gällande samordning av regeringens satsningar på e-hälsa samt att övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet har denna förstudierapport om elektroniska läkarintyg tagits fram. Förstudien redogör för identifierade intressenter och deras respektive behov, samt ger förslag på övergripande lösningar för framtida intygshantering. Denna rapport är framtagen av utredaren Max Herulf med stöd av utredare Åke Nilsson, samt jurist Joakim Beck-Friis.

I den slutliga handläggningen av rapporten har enhetschef Michel Silvestri deltagit. Max Herulf har varit föredragande. Beslut om denna rapport har fattats av avdelningschef Annemieke Ålenius.

Annemieke Ålenius

Stockholm den 26 juni 2020

Innehåll:

Förord.....	3
1. Inledning	6
2. Uppdraget.....	8
3. Omfattning och avgränsningar	9
4. Samråd	10
5. Begrepp.....	10
6. Bakgrund.....	13
6.1. Allmänt om läkarintyg	13
6.2. Vad är ett intyg?.....	13
6.3. Vilka läkarintyg finns?.....	14
6.4. Varför läkarintyg?.....	14
6.5. Historik elektroniska läkarintyg.....	15
7. Genomförande.....	18
8. Resultat	19
8.1. Olika intressenter och deras respektive behov.....	19
8.2. Gemensamma specifikationer och standarder	26
8.3. Övriga utvecklingsområden med intyg.....	27
8.4. Förutsättningar och avgränsningar för en framtida digital informationsförsörjning	27
8.5. Olika alternativ för framtida modeller av digital informationsförsörjning.....	28
8.6. Finansiering	34
8.7. Ett rättsligt perspektiv	34
9. Slutsatser och sammanfattning.....	39

1. Inledning

År 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd, samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Det är den gemensamma visionen för regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)¹.

Ett område där det med stor sannolikhet finns stora vinster ur ett samhällsnyttoperspektiv är digitalisering av intyg. Bland de direkt berörda aktörerna finns stora fördelar för såväl invånarna, de statliga myndigheterna och sist men inte minst vårdgivare. För invånare kan digitalisering innebära korta ledtider för att få ett intyg, ökad patient- och rättssäkerhet, samt större möjlighet till insyn och delaktighet. För myndigheter möjliggör digitaliseringen effektivitets- och kvalitetsvinster, och för hälso- och sjukvården och dess medarbetare innebär det en minskad arbetsbelastning om data kan hämtas från andra källor och oklarheter kan redas ut snabbt.

Under de senaste 10 åren har ett omfattande arbete genomförts i samverkan mellan SKR och Försäkringskassan, framför allt för hantering av läkarintyg för sjukpenning. Utveckling och förvaltning har gjorts av Inera AB med finansiering framför allt från den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Denna lösning beskrivs mer i detalj nedan. Tjänsten har bidragit till en genomgripande övergång till elektroniska intyg i sjukskrivningsärenden, men det finns fortfarande stor potential till breddad användning (till exempel för andra myndigheter) och utvecklade verktyg. För att kunna utnyttja nyttovinsterna med en verklig digital transformation kan intygshantering moderniseras och effektiviseras ytterligare.

I diskussioner kring intygen har från vårdgivare framförts önskemål om att de statliga myndigheterna skulle samordna sina behov och att information som har lämnats tidigare ska kunna återanvändas. Detta ligger i linje med den Once Only-princip som går ut på att uppgifter som en gång har lämnats till den offentliga sektorn ska kunna återanvändas. Ur ett invånarperspektiv har många relevanta uppgifter dessutom redan lämnats en eller flera gånger till hälso- och sjukvården, vilket skulle kunna innebära att mycket av den information som efterfrågas av olika myndigheter egentligen redan finns i hälso- och sjukvårdens informationsmiljöer. Om dessa informationsmängder vore strukturerade och tillgängliga skulle man sannolikt kunna automatisera viss informationsöverföring. Ett digitalt arbetssätt möjliggör också flera former av beslutsstöd som exempelvis förifyllnadsstödet som har utvecklats för ortopediska ingrepp. Det finns även liknande utvecklingsarbete avseende psykisk ohälsa.

¹ Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård, regering och SKR, 2016

Det juridiska ramverket kring läkarintyg utgörs av ett stort antal olika författningar och föreskrifter, och det finns betydande integritets- och datasäkerhetsaspekter som måste beaktas. Eftersom de processer som idag sker genom hantering av läkarintyg ofta sker hos myndigheter och organisationer utanför hälso- och sjukvården finns det juridiska problem med att dela vårdinformation utan den enskilde patientens samtycke.

2. Uppdraget

I enlighet med Vision e-hälsa 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter. E-hälsomyndigheten har i sin instruktion att samordna regeringens satsningar på e-hälsa samt övergripande följa utvecklingen på e-hälsoområdet². Vidare har myndigheten regeringens uppdrag att för statens räkning ansvara för det samordningskansli som ska vara ett stöd för det gemensamma arbetet kring strategin för genomförande av Vision e-hälsa 2025³. Ett område där det med stor sannolikhet finns stora vinster ur ett samhällsnyttoperspektiv är digitalisering av intyg. Bland de direkt berörda aktörerna finns stora potentiella fördelar för invånare, myndigheter och vårdgivare.



Figur 1 Vision, inriktningssmål, samt grundläggande förutsättningar för Vision e-hälsa 2025 (Källa: Strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025 2020-2022)

Inriktningssmålen för Vision e-hälsa 2025 (Figur 1) är alla direkt tillämpbara på de processer som idag innehåller hantering av läkarintyg. Detsamma gäller de grundläggande förutsättningarna, där intygshantering utgör ett tydligt exempel på behovet av modernt anpassade regelverk och olika förutsättningar för interoperabilitet.

Med finansiering från den så kallade sjukskrivningsmiljarden har Inera på uppdrag av SKR tillsammans med Försäkringskassan utvecklat Intygstjänster, vilket är en grupp

² Förordning (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-20131031-med-instruktion-for_sfs-2013-1031

³ Regleringsbrev E-hälsomyndigheten 2020, <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?rbid=20814>

tjänster som tillsammans ska underlätta utförande, lagring, överföring, statistik och uppföljning av läkarintyg. I nuläget hanteras 2 miljoner läkarintyg årligen, varav den absoluta majoriteten avser Läkarintyg för sjukpenning. Framtida finansiering av dessa tjänster är i nuläget oklar, varför SKR, Försäkringskassan och Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) har fått regeringens uppdrag att under 2020 gemensamt skapa en samverkansmodell för framtida förvaltning, utveckling och finansiering av tjänsten. I detta arbete medverkar E-hälsomyndigheten.

Ovanstående tjänster är uppskattade av flertalet inblandade aktörer, men det finns stort utrymme för förbättring och ytterligare utveckling. Det finns också ett stort intresse hos andra myndigheter och andra intressenter att få möjlighet att ansluta sig till denna eller liknande tjänster.

I linje med E-hälsomyndighetens övergripande uppdrag inom Vision E-hälsa 2025 har myndigheten initierat en förstudie kring förutsättningarna för en framtida hantering av medicinska intyg och relaterad informationsöverföring. Förstudien ska ha ett brett anslag med fokus på digital transformation och därmed fokusera på:

1. identifiering av aktörer och intressenter samt deras respektive behov i hanteringen av elektroniska läkarintyg
2. identifiering av möjliga framtida lösningar för den typ av informationsöverföring som idag sker genom intygshantering
3. att minska efterfrågade data genom återanvändning av tidigare lämnade sådana, såväl från tidigare lämnade intyg som från befintliga data från hälso- och sjukvårdens informationsmiljöer och andra informationskällor
4. enhetligare begreppsanvändning bland statliga myndigheter och andra aktörer genom användning av nationella gemensamma specifikationer för efterfrågad information

3. Omfattning och avgränsningar

Denna förstudie syftar till att i första hand beskriva behov och utmaningar kring elektroniska medicinska intyg. Som en del i detta inventeras möjlig framtida utveckling och förvaltning av en långsiktig lösning för en nationell gemensam hantering av de processer som i nuläget kräver intyg, utlåtanden samt intygsliknande handlingar.

Trots att detta till viss del berör det pågående arbetet som görs av Försäkringskassan och SKR kring att ta fram en framtida samverkansmodell, avses inte att i denna förstudie närstudera denna process.

Denna förstudie fokuserar på intyg författade av läkare.

4. Samråd

Workshops och diskussioner har förts med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt ett antal inblandade myndigheter och organisationer, däribland DIGG, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Transportstyrelsen, samt Skatteverket.

5. Begrepp

DFA-kedjan	<p>Det synsätt som används av Försäkringskassan för att bedöma arbetsförmåga vid sjukdom:</p> <p>Diagnos – vilken sjukdom individen har som orsakar dennes nedsättning av funktion.</p> <p>Funktionsnedsättning – vilken funktion som är nedsatt av sjukdomen.</p> <p>Aktivitetsbegränsning – diagnosen och funktionsnedsättningens konsekvenser.</p>
Digitisering ⁴	När man gör något på samma sätt som tidigare analogt sätt, men med hjälp av digitala verktyg, till exempel att göra en pappersblankett tillgänglig på dator eller motsvarande, men i övrigt likadan.
Digitalisering	När man förändrar en process till att ske med specifikt digitalt utformade verktyg.
Digital transformation	En djupgående förändring av arbetssätt och processer som inkluderar digitala verktyg, i syfte att förbättra och skapa mervärde jämfört med tidigare.
ICD-10	Klassifikationen ICD-10

⁴ Begreppet digitisering har inte en helt vedertagen definition, men används ofta på det sätt som anges i denna rapport.

	Den internationella klassifikationen ICD är främst en statistisk klassifikation för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE ⁵ .
ICF	Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) Klassifikationen ICF gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell ⁵ .
NKRR	Nationell kvalitetsregisterrapport (NKRR) är en nationell tjänst för informationsöverföring mellan hälso- och sjukvård och de nationella kvalitetsregistren.
Once Only-principen (OOP)	En princip om att invånare och organisationer ska kunna förvänta sig att information ska behöva införas endast en gång för att sedan kunna återanvändas vid behov.
Snomed CT	Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat för att användas i elektroniska informationssystem och är översatt till svenska. Snomed CT syftar till att göra dokumentationen inom hälso- och sjukvård enhetlig, entydig och ändamålsenlig ⁶ .
SRS	Stöd för rätt sjukskrivning (SRS)

⁵ Socialstyrelsens definition

⁶ Socialstyrelsens definition

	Projektet SRS har utrett, utvecklat och testat ett IT-baserat bedömningsstöd som kan användas i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ⁷ .
--	---

⁷ SKR:s definition

6. Bakgrund

6.1. Allmänt om läkarintyg

Det finns en stor mängd olika intyg som författas av läkare. Inom denna grupp finns en uttalad bredd, från de tydligt styrda och fastställda intygsformer som tillhandahålls av Socialstyrelsen (t.ex. *Dödsorsaksintyg*) till intyg till researrangörer som ofta författas på fri hand av vederbörande läkare. Exakt hur många olika sorters läkarintyg som förekommer är därför svårt att säga, men ungefär 200 olika intyg har identifierats i tidigare undersökningar⁸. Det intyg som fullständigt dominerar volymmässigt är *Läkarintyg för sjukpenning*, vilket står för två miljoner skickade intyg per år. Den totala volymen av samtliga läkarintyg finns inga siffror för, men det har angivits att sjukvårdens medarbetare lägger ner i storleksordningen tre miljoner arbetstimmar varje år på intygshantering⁹. Det är med andra ord en ansevärd mängd tid och resurser som går åt för vårdgivare kring processen med intyg, och om man lägger till de processer som finns hos mottagande organisationer, samt det arbete som invånare lägger ner på att boka tider, gå på läkarbesök etc, så kommer man snart upp i mycket höga siffror.

För att försöka beräkna en faktisk kostnad för intygshanteringen krävs ett omfattande arbete, men om vi utgår ifrån de uppskattade tre miljonerna arbetstimmar och antar att dessa framför allt härrör från läkare kommer vi fram till en grov uppskattning av lönekostnad i storleksordningen drygt två miljarder kronor per år. Till detta kommer de kostnader som belastar intygmottagare och dess handläggare, samt förvaltning, underhåll och utveckling av olika intygstjänster.

6.2. Vad är ett intyg?

Begreppet intyg brukar användas när vissa fakta intygas, medan begreppet utlåtande används i första hand för dokument som innehåller analys av olika förhållanden och eventuellt åtgärdsförslag. Ur juridisk synvinkel görs ingen tydlig åtskillnad av dessa olika typer av dokument. I denna rapport kommer ordet intyg att användas även i de fall det snarare handlar om ett utlåtande.

Läkarintyg kan grovt delas in i två typer: De som intygar att en person är tillräckligt frisk för en viss aktivitet (till exempel att framföra ett fordon eller ägna sig åt dyksport), och de som intygar att en person är tillräckligt sjuk för att åtnjuta en viss ersättning eller förmån (till exempel sjukpenning eller parkeringstillstånd). I de flesta intyg är det obligatoriskt med en tydligt klassificerad diagnos, även om det ofta är

⁸ Intygstjänster 2019, Slutrapport, december 2019, Inera

⁹ <https://www.inera.se/tjanster/intygstjanster/>

läkarens bedömning av personens funktionsförmåga i förhållande till det som intyget avser som är det egentligt centrala.

För många läkare är det en ofta förekommande uppgift att skriva intyg. Socialstyrelsens intygsföreskrift¹⁰ erbjuder ett ramverk för medicinska intyg, men någon rättslig definition av begreppet finns egentligen inte. I Socialstyrelsens föreskrift hanteras snarast generella legala och etiska förhållningsregler, samt publiceras de intyg som Socialstyrelsen ansvarar för.

De författningar som gäller läkarintyg är i princip uteslutande inriktade på att beskriva när läkarintyg krävs för olika ändamål, samt när skyldighet finns att skriva intyg. Intygens specifika utformning är däremot inte angiven i lag, utan något som i första hand hanteras av respektive intygmottagare.

För de intyg som finns standardiserade är det generellt intygmottagaren som utformat respektive intygsmall, och då oftast med ett naturligt fokus på att intyget ska tillfredsställa mottagarens behov. Därmed finns det en risk att intygen inte alltid anpassas för att passa intygsproducentens arbetssätt och tekniska förutsättningar.

Ett annat sätt att betrakta medicinska intyg är att det är en av många informationsmängder som kan och bör hanteras nationellt och strukturerat. Med detta synsätt kan intyg betraktas på ett liknande sätt som till exempel läkemedelslistor, viktig medicinsk information eller e-recept.

6.3. Vilka läkarintyg finns?

Det saknas centrala uppdaterade uppgifter om vilka läkarintyg som idag används. Några vanligt förekommande intyg är inte heller standardiserade, utan görs ofta ad hoc av respektive läkare, till exempel intyg vid sjukdom till researrangör. Vid en tidigare inventering fann man i Region Skåne ca 200 olika intyg som användes¹¹, och det finns anledning att tro att denna lista är snarlik idag.

Av dessa kan drygt en tredjedel hänföras till de största intygmottagarna Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Transportstyrelsen. Bland övriga intygsconsumenterna kan nämnas arbetsgivare, Polismyndigheten, kommuner, försäkringsbolag, Arbetsförmedlingen, Skatteverket, Migrationsverket och rättsväsendet.

6.4. Varför läkarintyg?

Hantering av läkarintyg för en mängd olika ändamål har uppenbart historiska och kulturella rötter, där också synen på läkarrollen och den auktoritet som finns kopplad

¹⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreSkrifter-och-allmanna-rad/2018-12-35.pdf>

¹¹ Kartläggning intyg Komprimerad bruttolista - Intygsutredning för Region Skåne, Inera 2013

till denna sannolikt spelar stor roll. Ett läkarintyg har på mer eller mindre goda grunder ett tungt bevisvärde, kanske även i frågor som inte nödvändigtvis kräver medicinska kunskaper. Som ett exempel kan nämnas läkarintyg för sjukpenning, där en läkare ska intyga inte minst patientens nedsatta funktionsförmåga och aktivitetsbegränsningar. Dessa är dock områden som i klinisk verksamhet ofta hanteras av andra professioner med delvis annan kompetens, till exempel fysio- eller arbetsterapeuter. Även de informationsmängder i sjukintyget som avser patientens faktiska arbetsuppgifter och därmed vilka begränsningar som innevarande sjukdom medför är inte nödvändigtvis inom den medicinska professionens expertområde.

Socialstyrelsens föreskrifter anger att: ”den hälso- och sjukvårdspersonal som utfärdar ett intyg ska ha den kompetens som krävs för att utfärda intyg”¹². Krav på intygsutfärdarens formella kompetens (i praktiken att intygsutfärdaren ska vara legitimerad läkare) ställs dock ofta i kraven kring respektive specifika intyg, samt i andra författningar. Exempelvis följer det av 8 och 10 a §§ lagen (1991:1047) om sjuklön att ”det är läkare eller tandläkare som ska styrka nedsättningen av arbetsförmågan”¹³. Enligt Socialstyrelsen och Försäkringskassan är det inte heller förenligt med lagstiftningen att delegera intygsutfärdande under sjuklöneperioden till annan profession, däremot kan andra professioner bistå med underlag till läkarens utfärdande av läkarintyget. Liknande krav på att intyg ska vara utfärdade av legitimerad läkare ställs även i olika kollektivavtal på arbetsmarknaden.

6.5. Historik elektroniska läkarintyg

Medicinska intyg är ett område där arbetet med digitalisering initierades förhållandevis tidigt, och då framför allt när det gäller de läkarintyg som är aktuella i samband med sjukskrivningsärenden. Samverkan mellan regioner, SKR och Försäkringskassan kring digitalisering av läkarintyg och informationsutbyte har sedan många år reglerats och finansierats genom återkommande överenskommelser mellan regeringen och SKR. Samverkansformen hittills mellan Försäkringskassan och SKR angående utvecklingen av digitala intyg har reglerats via samverkansavtal mellan parterna Försäkringskassan och SKR/Inera AB.

Läkarintyget har en central roll i sjukskrivningsprocessen, och är det underlag som ligger till grund för Försäkringskassans bedömning av sjukskrivningsärenden. Det krävs även läkarintyg för sjukskrivningens dag 8–14, då det fortfarande är arbetsgivaren som ansvarar för den anställdes ersättning.

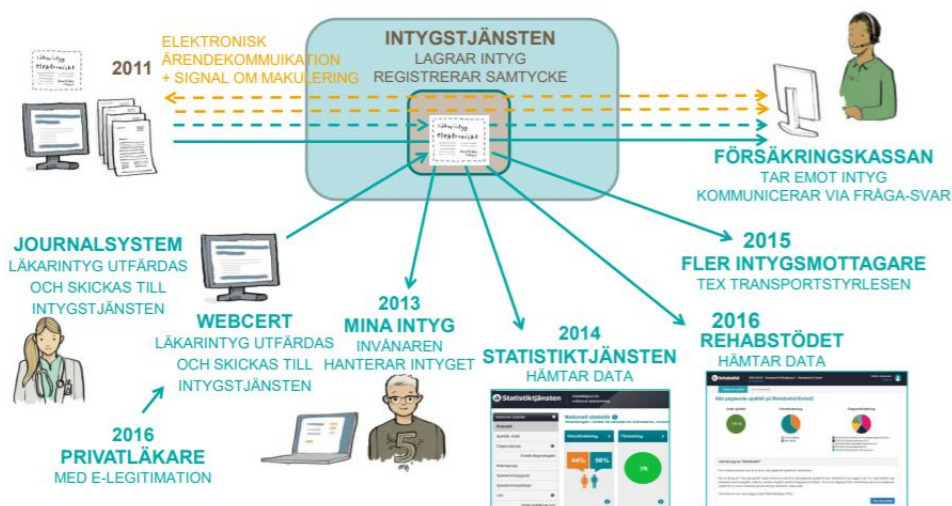
¹² Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården; HSLF-FS2018:54

¹³ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19911047-om-sjuklon_sfs-1991-1047

Sjukförsäkringens utformning lägger stor vikt vid funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. I bedömningen av sjukskrivningsärenden använder man sig ofta av den så kallade ”DFA-kedjan” (Diagnos, Funktionsnedsättning, Aktivitetsbegränsning). Ett ofta förekommande problem är att många läkarintyg saknar tillräcklig beskrivning av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning¹⁴.

Inera har med hjälp av finansiering från den så kallade sjukskrivningsmiljarden utvecklat Intygstjänsten som bygger på den nationella tjänsteplattformen. Via Intygstjänsten utfärdas årligen ca 2 miljoner läkarintyg, varav *Läkarintyg för sjukpenning* utgör den helt dominerande typen (ca 98 % av den totala mängden intyg)¹⁵. Intygstjänsten består egentligen av ett antal mer eller mindre integrerade system för skapande, lagring och överföring av intyg, se nedanstående illustration (Figur 2). Läkare utfärdar intygen i sitt journalsystem alternativt i en särskild portal (”Webcert”). Intyget hamnar i Intygstjänsten. Därifrån kan invånaren hämta sitt intyg och skicka det vidare till den mottagare hen väljer. Hen kan även samtycka till att läkare skickar intyget direkt till Försäkringskassan. Denna intygstrafik används även för att kunna fylla en databas med benämningen Statistiktjänsten samt en funktion som heter Rehabiliteringsstödet. Om det finns frågor hos Försäkringskassan avseende intyget kan frågan ställas direkt till utfärdande läkare via fråga-svar funktion som går över samma plattform.

Denna lösning har på många sätt fungerat bra och därför är flera myndigheter intresserade av att kunna få tillgång till den för att tillgängliggöra sina intyg för läkare. Även från vårdens sida ser man på många sätt positivt på dessa elektroniska intyg.



Figur 2 Övergripande beskrivning av Intygstjänster (källa: Inera)

¹⁴ Stuesson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2015). Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(8), 841–847. <https://doi.org/10.1177/1403494815597163>

¹⁵ <https://statistik.intygstjanster.se/#/nationell/intygPerTyp>

De etablerade tjänster som idag tillhandahålls ("Intygstjänster", se ovan) är naturligt nog i första hand utvecklade för Försäkringskassans medicinska intyg, och då i synnerhet *Läkarintyg för sjukpenning*. Två av Transportstyrelsens medicinska intyg finns också tillgängliga via denna tjänst, dock utan den kommunikationstjänst som finns tillgänglig för ärendekommunikation mellan handläggare på Försäkringskassan och vårdmedarbetare.

Det finns även en integration med Socialstyrelsens Försäkringsmedicinska beslutsstöd, samt pilotprojekt med andra stöd, till exempel SKR:s Stöd för Rätt Sjukskrivning (SRS) och ICF-verktyg.

Intygstjänsten är idag flitigt använd och på många sätt uppskattad. Det finns redan ytterligare ett antal elektroniska intyg utvecklade från andra myndigheter, men på grund av oklarheterna kring framtida förvaltning och finansiering har dessa inte driftsatts.

De hittills genomförda överenskommelserna mellan regeringen och SKR har uppnått sitt syfte att stimulera utveckling av digitala intyg men lämnar kvarstående frågor kring långsiktig förvaltning och fortsatt utveckling efter överenskommelsens slut. För innevarande år finns en överenskommelse¹⁶, men därefter är det osäkert om fortsättningen. I överenskommelsen finns därför ett uppdrag till de berörda parterna om att gemensamt ta fram långsiktiga samverkansformer för nyutveckling, förvaltning och finansiering av tjänster för elektronisk informationsöverföring mellan regioner och Försäkringskassan.

¹⁶ En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020

7. Genomförande

Denna förstudie har inhämtat information från befintliga rapporter och forskningsartiklar, samt via workshops och möten med andra berörda myndigheter (Försäkringskassan, DIGG, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Transportstyrelsen samt Skatteverket), vårdpersonal med erfarenhet av sjukskrivningsärenden, samt internt med E-hälsomyndighetens olika avdelningar.

8. Resultat

8.1. Olika intressenter och deras respektive behov

Det finns en lång rad intressenter i frågan om intyg, var och en med delvis egna behov. Nedan följer resultatet av den inventering av intressenter som denna förstudie identifierat tillsammans med deras respektive behov.

8.1.1. Invånare

Invånarnas behov i frågan om medicinska intyg har flera dimensioner som innehåller ett antal direkta behov av intygande av medicinska förhållanden, men också mer indirekta behov i form av möjlighet till insyn och medverkan. För en invånare är det inte nödvändigtvis särskilt stor skillnad på att behöva ett läkarintyg för sjukskrivning att skicka till Försäkringskassan jämfört med ett intyg till en researrangör för att få pengarna tillbaka för en inställd resa. Man kan därmed utgå ifrån att ett ökat återanvändande av medicinska intyg skulle underlätta och förenkla.

Informationssäkerhet, rättssäkerhet och rättviseaspekter spelar stor roll för den enskilde, och de informationsmängder som finns i de flesta medicinska intyg kan bedömas som särskilt integritetskänslig.

Under denna förstudie har det varit påfallande svårt att finna befintliga rapporter eller vetenskapliga artiklar som beskriver invånares faktiska behov vad beträffar läkarintyg. Det ter sig helt enkelt som att denna fråga inte studerats i särskilt hög grad.

Det har inte varit möjligt att inom ramen för denna förstudie göra till exempel omfattande systematiska intervjuer med slumpvis utvalda invånare och därför baseras vår behovsanalys i första hand på undersökningar som snarare studerat invånares allmänna inställning till digitalisering och digitala verktyg inom hälso- och sjukvård och andra offentliga verksamheter.

Det finns idag en tydlig vilja hos invånarna att använda digitala verktyg för vårdärenden. 2019 gjorde Statistiska Centralbyrån på uppdrag av E-hälsomyndigheten en invånarundersökning¹⁷. I denna undersökning angav en tredjedel av de svarande att man använt digitala vårdtjänster under den senaste 12-månadersperioden. Skälen till detta angav man ofta som relaterade till tillgänglighet (till skillnad från fysiska alternativ).

Liknande mönster kan ses i invånares inställning till offentlig verksamhet i allmänhet, till exempel visat i SKR:s årliga undersökningar om invånares inställning till digitala

¹⁷ Invånarundersökningen 2019 - Var med och utveckla digitala vårdtjänster, E-hälsomyndigheten, 2019.

verktyg, där 74% av befolkningen angett att de är positiva till den ökade digitaliseringen i samhället¹⁸. Ännu högre siffror har angivits i Internetstiftelsens rapport från 2019 där 85% av befolkningen anger att digitala samhällstjänster underlättar¹⁹.

Under den rådande pandemin med covid-19 har en snabb och stor omställning skett för hur individer och organisationer nyttjar digitala kommunikationssätt. På kort tid har nya vanor och normer utvecklats med en tydlig dragning åt ökad digital kommunikation på en rad områden.

Det finns goda skäl att anta att denna hos invånarna tilltagande positiva inställning till digitala kommunikationsvägar och arbetssätt i allmänhet också är tillämpbar på processer som inbegriper medicinska intyg. Anekdotiska data stöder uppfattningen att många invånare upplever att processer som idag kräver medicinska intyg ofta innebär en hel del krånglig hantering kopplat exempelvis till bokning av läkarbesök, förmedling av intyg till mottagare etc.

Vidare finns det ur invånarsynpunkt stora vinster med Once only-principen (OOP). En invånare ska kunna förvänta sig att information som intygats en gång ska kunna återanvändas hos olika myndigheter, men man kan också tänka sig en mer långtgående återanvändning av befintlig information där man kan använda tillgängliga data från till exempel sjukvårdens informationsmiljöer istället för att på nytt behöva intyga dessa förhållanden. För en invånare kan det te sig rimligt att den information som inhämtats och som dokumenterats i hälso- och sjukvårdens system skulle kunna användas för en rad processer, utan att invånare eller vårdmedarbetare ska behöva hantera den igen.

Det finns emellertid också ett stort digitalt utanförskap. Internetstiftelsen anger att en miljon svenskar över 12 år inte använder internet dagligen, alternativt aldrig. Var femte person i gruppen över 76 års ålder tycker att digitala samhällstjänster försvårar för dem. De grupper som använder digitala samhällstjänster mest återfinns bland de yngre och medelålders, hushållen med hög inkomst och utbildningsnivå, samt i storstäder¹⁹.

Just för intygshantering kan dock anföras att en ökad digitalisering inte nödvändigtvis kräver att intygspersonen själv använder digitala verktyg. Även för den invånare som av något skäl befinner sig i ett digitalt utanförskap finns sannolikt stora vinster med ökad effektivitet i de processer som idag kräver läkarintyg.

Det finns också efterfrågan på läkarintyg i vissa frågor där det inte finns formella krav på läkarintyg, såväl från privata företag som kommunal verksamhet. Det kan handla till exempel om specialkost i skola och barnomsorg, eller intyg för höj- och sänkbart skrivbord på arbetsplatsen. Det finns anledning att anta att detta intygsefterfrågande leder till en del krångliga situationer för invånarna, så som att behöva boka i övrigt onödiga besök hos hälso- och sjukvården.

¹⁸ Invånarnas inställning till digital service i välfärden, SKR 2018

¹⁹ Svenskarna och internet, Internetstiftelsen 2019

Vidare efterfrågar invånare emellanåt läkarintyg i syfte att lösa varierande problem, till exempel vad gäller bostad eller arbetsplats.

8.1.2. Myndigheter

Många myndigheter är mottagare av läkarintyg, där Försäkringskassan intar en särställning vad gäller omfattningen av intygsmottagande. Socialstyrelsen har en särskild roll genom Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2018:54), vilka innehåller rådande bestämmelser om intyg inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Nedan följer ett antal av de myndigheter som vi i denna rapport identifierat som viktiga aktörer angående läkarintyg, men det är värt att notera att det finns ytterligare myndigheter som använder sig av läkarintyg i mindre omfattning. Också för dessa kan man anta att det skulle vara värdefullt med en mer digitaliserad intygshantering, men att det för dessa myndigheter förmodligen inte är kostnadseffektivt att utveckla egna e-tjänster.

Försäkringskassan

Försäkringskassan är den i särklass största konsumenten av medicinska intyg, där *Läkarintyg för sjukpenning* intar en särställning med sina ca 2 miljoner intyg per år. Detta är också det intyg som ligger till grund för de totalt sett största ekonomiska transaktionerna, som genererar flest kommunikationsärenden, och som omnämns oftast i media.

Det finns dock ett stort antal ytterligare intyg som Försäkringskassan konsumerar. Bland dessa kan nämnas *Graviditetsintyg*, *Intyg för tillfällig föräldrapenning*, och *Läkarutlåtande om hälsotillstånd*. Försäkringskassan ser ett behov av utökad digital hantering för de intyg som idag inte hanteras via Intygstjänsten, till exempel framförs *Graviditetsintyget* som ett av de intyg vars hantering kraftigt skulle kunna underlättas av en digital omställning.

Försäkringskassans handläggare är beroende av det underlag som läkarintyg utgör i de processer kring ersättningsärenden. För Försäkringskassans handläggare är det ett problem att läkarintyg emellanåt håller bristande kvalitet i förhållande till det de är avsedda för²⁰. Vid otillräckliga underlag kan handläggare till exempel behöva begära kompletteringar eller ställa frågor till den som utfärdat intyget.

Försäkringskassan, liksom ett antal andra myndigheter, utreder frågan om de bör skapa egna tjänster som hälso- och sjukvården kan använda för att generera och skicka in intyg.

²⁰ Stureson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2015). Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(8), 841–847. <https://doi.org/10.1177/1403494815597163>

Försäkringskassans blanketter (digitala och på papper) har även använts i kommunikation med arbetsgivare, som underlag för sjukfrånvaro dag 8-14 med sjuklön. Dock har ett särskilt arbetsgivarintyg nyligen tagits fram av SKR och Inera. Försäkringskassans blanketter har även använts för ärenden hos andra myndigheter.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen tillhandahåller ett tiotal intygsblanketter, varav de vanligast förekommande är *Intyg för dödsorsak* (HSLF-FS 2018:54 Bilaga 6) samt *Vårdintyg enligt lagarna om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (HSLF-FS 2018:54 Bilaga 1). I Socialstyrelsens gemensamma författningssamling avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. finns även Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2018:54), vilken innehåller rådande bestämmelser om intyg inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Socialstyrelsen tillhandahåller också flera blanketter som i första hand har andra myndigheter som mottagare, till exempel Polismyndigheten och rättsväsendet.

Socialstyrelsen har nyligen publicerat en rapport kring sitt arbete med informationsspecifikationer för intyg²¹. För ett antal av myndighetens intyg har en översyn genomförts och dessa har strukturerats med nationell informationsstruktur och där det varit lämpligt mappats till Snomed CT och hälsorelaterade klassifikationer (ICD-10-SE och ICF). Arbetet har syftat till att stödja utvecklingen av digitala intyg, inte minst genom att möjliggöra att grunddokumentationen i hälso- och sjukvårdens informationssystem kan återanvändas i intyg, vilket skulle ge minskad administration i form av dubbeldokumentation samt ökad patientsäkerhet. Även om dessa informationsspecifikationer är utformade just avseende informationsmängderna i de av Socialstyrelsen utfärdade intygen, är de i praktiken tillämpbara också i de system som hälso- och sjukvården dokumenterar i. Det har därmed en uppenbar koppling till övrigt standardiserings- och ensningsarbete som pågår, till exempel Socialstyrelsens pågående arbete med nationella informationsmängder.

Socialstyrelsen publicerar också Försäkringsmedicinskt Beslutsstöd, som är integrerat i nuvarande Intygstjänster.

Socialstyrelsen tillhandahåller en egen e-tjänst där läkare kan logga in för att generera och skicka in *Dödsbevis* och *Dödsorsaksintyg*.

Transportstyrelsen

Transportstyrelsen är den andra myndigheten som tillsammans med Försäkringskassan har intyg som hanteras via Intygstjänsten. De intyg som genereras och skickas via Intygstjänsten är *Läkarintyg avseende högre körkortsbehörigheter eller taxiförarlegitimation*, samt *Läkarintyg diabetes*. Utöver dessa finns ett tiotal

²¹ Informationsspecifikation för intyg 2020, Socialstyrelsen

ytterligare läkarintyg som fortfarande hanteras med nedladdningsbara pappersblanketter. För Transportstyrelsen saknas den typ av lösning för ärendekommunikation som finns tillgänglig för Försäkringskassan.

Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen har två blanketter för läkarintyg: *Läkarintyg för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning*, samt *Medicinskt utlåtande*. Dessa hanteras båda analogt i nuläget. Det förstnämnda har stora likheter med *Läkarintyg för sjukersättning*.

Skatteverket

Skatteverket hanterar framför allt *Dödsbevis* (vilka enligt ovan kan skickas in via Socialstyrelsens särskilda e-tjänst), samt *Födelseanmälan*. De senare hanteras via en egen integrerad e-tjänst som tillhandahålls via Inera, där barnmorskan i normalfallet kan göra och skicka anmälan direkt från det journalsystem hen arbetar i.

Det kan även noteras att Skatteverket är producent av en rad intyg och intygsliknande dokument (som dock inte är läkarintyg). Skatteverket har för detta ändamål en väl utvecklad e-tjänst där invånare kan begära olika dokument som ofta genereras mer eller mindre automatiskt (till exempel personbevis).

Migrationsverket

Migrationsverket har analog hantering av sin blankett *Utlåtande från läkare vid prövning av hälsotillstånd i ärenden om uppehållstillstånd eller verkställighetshinder*.

Polismyndigheten

De intyg som berör Polismyndigheten är framför allt *Rättsintyg*, *Dödsbevis* och *Dödsorsaksintyg*, samt *Anmälan enligt 6 kap. 6 § vapenlagen* (som används när en patient bedöms medicinskt olämplig att inneha vapenlicens). Hantering sker via nedladdningsbara blanketter.

8.1.3. Regioner

Sveriges regioner är genom sina huvudmän ansvariga för att producera läkarintyg. SKR och regionerna kan se ett mycket stort värde i en effektiviserad intygshantering och har därför varit drivande i utvecklingen av Intygstjänsten.

Regionerna är också konsumenter av läkarintyg, och då framför allt i egenskap av arbetsgivare.

8.1.4. Medarbetare inom hälso- och sjukvård

Medicinska intyg tar mycket tid för vårdmedarbetare, och det finns starka åsikter om de processer och system som används för intygshantering och ärendekommunikation²². De intygsärenden som studerats mest är de som rör sjukskrivningsärenden.

En nyligen genomförd studie visar att läkare finner sig tvungna att anpassa det som skrivs i intygen för att uppnå den sjukskrivning som man anser att patienten har rätt till²³. Detta ligger i linje med tidigare fynd i andra rapporter där läkare angett stora svårigheter i sjukskrivningsärenden²⁴.

Som på flera andra områden är dubbeldokumentation ett vanligt omnämnt problem, där de informationsmängder som efterfrågas i intyg ofta redan finns dokumenterade i vårdinformationsmiljöerna. Ofta är denna information dock ostrukturerad, det vill säga mycket av den information som efterfrågas finns dokumenterad i fritext under generiska rubriker. I takt med att allt mer av hälso- och sjukvårdens informationsmängder finns lagrade som strukturerade data, är det lätt att föreställa sig system med högre grad av automatisering, eller i alla fall stöd för hög grad av förifyllnad.

I sin roll som producenter av medicinska intyg har vårdmedarbetarna också att förhålla sig till ett stort antal olika konsumenter av intyg – många med sina egna blanketter och kommunikationsvägar. Det har angetts att det finns ca 200 olika läkarintyg som används i Sverige, och det är självklart en utmaning att hålla sig uppdaterad om alla dessa. Ur vårdmedarbetarens perspektiv finns det mycket stora effektivitetsvinster att göra med ökad automatisering av de ärenden som idag hanteras med intygsutfärdande. I de flesta fall kan produktionen av medicinska intyg ses som en form av dubbeldokumentation där endast mindre justeringar av redan dokumenterad (och signerad) information görs. Detta exemplifieras av att läkare anger att de önskar en copy-paste funktion mellan journalsystem och intygsverktyg²². Även ur vårdmedarbetarens perspektiv kan man således tillämpa en sorts OOP. Detta bygger naturligtvis i sin tur på att dokumenterade journaldata är strukturerade på ett sätt som överensstämmer med vedertagna specifikationer och standarder.

Det finns också belägg för att intygshantering skapar negativa emotioner hos vårdmedarbetare. Många anger en typ av etisk stress där man har svårt att hantera de dubbla roller som det innebär att å ena sidan vara patientens företrädare och måna om hens hälsa, och å andra sidan utgöra en grindvaktsfunktion som därigenom stoppar patienten från att få det den anser sig behöva och ha rätt till. Även känslor kring osäkerhet avseende om de intyg man författat kommer att ge önskat utfall, upplevelse

²² Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Svärd V. Läkarens erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år. 2017.

²³ Mani Shutzberg (2019) Unsanctioned techniques for having sickness certificates accepted: a qualitative exploration and description of the strategies used by Swedish general practitioners, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37:1, 10-17, DOI: 10.1080/02813432.2019.1569426

²⁴ Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar (rir 2018:11), Riksrevisionen, 2018

av ifrågasättande från Försäkringskassan etc. är frågor som berör läkarkåren. Vidare anger läkare frustration över Försäkringskassans hantering av sjukintyg, bland annat anser man att det kommer orimliga frågor om kompletteringar²⁵. Till viss del kan detta förklaras av en (ur försäkringsmedicinsk synpunkt) generellt låg kvalitet på läkarintygen²⁶. Många läkare har begränsad kunskap om sjukförsäkringens faktiska uppbyggnad och de emellanåt kontraintuitiva effekterna detta har på hur ett läkarintyg bör vara utformat.

I en nylig rapport visar SKR att majoriteten av medarbetarna i välfärden är positiva till den ökade digitalisering som sker både på arbetsplatsen och i samhället. Intressant i denna rapport är också att läkare visar sig vara den grupp som är allra mest positiv, samtidigt anger samma rapport att läkare samtidigt är den grupp som är minst nöjda med hur införandet av digitala verktyg fungerat²⁷.

8.1.5. Kommuner

Vad beträffar läkarintyg är kommuner och kommunala aktörer främst att betrakta som intygskonsumenter. De flesta av dessa intyg avser medicinska omständigheter som gör det möjligt för invånaren att ta del av olika förmåner, som till exempel färdtjänst, parkeringstillstånd, eller insats enligt lagen om särskilt stöd och service (LSS).

I en del kommunala verksamheter som till exempel skola efterfrågas inte sällan läkarintyg för vissa insatser som resurspersoner eller specialkost, även om detta inte nödvändigtvis formellt behövs.

Kommunerna är också stora arbetsgivare, varför det som anges nedan kring arbetsgivares behov också är tillämpligt på kommuner och regioner.

8.1.6. Arbetsgivare

Ur arbetsgivarsynpunkt utgörs den stora volymen medicinska intyg av sjukintyg. Det gäller dels de intyg som anställda behöver inkomma med för sjuklön avseende dag 8-14, och dels de som utgör underlag för giltigt sjukfrånvaro dag 15 och framåt. Det finns också en del arbetsgivare som begär så kallade förstadagsintyg, vilket gäller enskilda individer och som grundas på en överenskommelse mellan arbetsmarknadens parter.

Arbetsgivare begär emellanåt också andra typer av medicinska intyg av sina anställda. Det kan handla om till exempel behov av höj- och sänkbara arbetsbord och andra faktorer relaterade till arbetsmiljö. Kring dessa intyg finns ingen tydlig lagstiftning eller författningar, även om Socialstyrelsens författningar kring medicinska intyg i många delar är tillämpliga.

²⁵ Läkares erfarenheter av samverkan med Försäkringskassan, Rapport, Karolinska Institutet 2020

²⁶ Sturesson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2015). Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(8), 841–847.

²⁷ Digitalisering i välfärden, SKR, 2020.

Vidare finns vissa intyg som används i förhållande till arbetsgivare för att intyga att personer är tillräckligt friska för att utföra vissa sysslor, till exempel friskintyg för livsmedelshantering eller lagstadgade intyg för arbete med vissa hälsovådliga ämnen.

Arbetsgivare är även till en liten del producenter av intyg (dock ej läkarintyg). För till exempel de så kallade Arbetsgivarintygen finns en digital tjänst där arbetsgivare kan producera och skicka dessa intyg till A-kassan.

8.1.7. Övriga företag och organisationer

En ur invånarperspektiv relativt vanlig situation är att det begärs läkarintyg till olika företag och organisationer för att intyga att man har medicinska skäl att avboka en överenskommen aktivitet. Det kan handla om researrangörer, hotell, kursarrangörer eller idrottsevenemang. Dessa intyg författas ofta av läkare utan en vedertagen mall eller blankett, och hanteringen sker i hög grad analogt.

8.2. Gemensamma specifikationer och standarder

I hälso- och sjukvården, liksom i samhället i stort, pågår ett arbete med att utveckla gemensamma standarder och specifikationer. De flesta aktörer är helt överens om att det finns mycket stora vinster med ökad mängd strukturerad data och interoperabilitet. Inom hälsoområdet finns ett antal mer eller mindre vedertagna standarder som dock används måttligt.

E-hälsomyndigheten arbetar med dessa frågor i en rad olika projekt, nationellt och internationellt, där regeringsuppdraget med gemensamma nationella specifikationer utgör ett exempel²⁸. Flera andra myndigheter bedriver olika projekt inom detta område, däribland DIGG:s arbete med myndighetsgemensam digital infrastruktur och Socialstyrelsens uppdrag kring nationella informationsmängder och informationsspecifikationer för intyg. Den sistnämnda är naturligt nog av särskilt intresse för just intyg, och skulle kunna utgöra en modell för hur man ser på de informationsmängder som finns i läkarintyg generellt.

I detta sammanhang vill denna rapport särskilt belysa vikten av att arbetet med gemensamma specifikationer och standarder involverar de som dokumenterar grunddata, det vill i detta fall säga medarbetare i hälso- och sjukvård. Det är först när sjukvårdens grunddata är strukturerad och standardiserad som det är möjligt att öka graden av automatisering i den digitala informationsöverföringen.

²⁸ Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta gemensamma nationella specifikationer (S2019/01521/FS), regeringsbeslut 2019-03-28

8.3. Övriga utvecklingsområden med intyg

I till exempel *Läkarintyg för sjukpenning* kan man konstatera att en del av den information som intygas ofta bygger på uppgifter som i praktiken kommer direkt från patienten, till exempel uppgifter om arbetsuppgifter och svårigheter att utföra dessa på grund av funktionsnedsättning.

Det är också väl belagt att många läkare saknar tillräckliga kunskaper om försäkringsmedicinska bedömningar för att kunna författa ett intyg som uppfyller de krav man har i DFA-kedjan²⁹. Trots en hel del satsningar under lång tid verkar detta problem kvarstå. Sannolikt finns en del liknande problem med andra medicinska intyg, där det inte endast är strikt medicinska förhållanden som ska intygas utan även lämpliga åtgärder.

I samband med en digital transformation av den informationsöverföring som idag sker med hjälp av läkarintyg kan det finns utrymme att utveckla även ovanstående områden. I en framtida lösning där vi allt mer rör oss mot ökad grad av automatisering är det rimligt att undersöka om det till exempel finns anledning att i högre grad förmedla informationsmängder som skapats av andra professioner än just läkare.

8.4. Förutsättningar och avgränsningar för en framtida digital informationsförsörjning

Alternativ till formella intyg

Ett annat perspektiv på intyg är att se det som överföring av information. Med detta synsätt är de informationsmängder som ska överföras inte väsentligt annorlunda jämfört med annan kommunikation mellan hälso- och sjukvård och andra mottagare, till exempel receptförskrivning eller meddelande till kommuner om medicinskt färdigbehandlade personer som ska övergå i kommunal omsorg. För att ta exemplet med sjukskrivningsärenden skulle man med detta synsätt kunna säga att Försäkringskassan samt arbetsgivare behöver ett beslutsunderlag i form av vissa informationsmängder från hälso- och sjukvården, och att dessa informationsmängder i viss grad kan förväntas finnas redan dokumenterade i respektive vårdgivares informationsmiljöer. I den mån denna information finns lagrad på ett strukturerat och åtkomligt sätt skulle sådan informationsöverföring kunna ske på betydligt mer effektiva sätt.

Automatiserad ärendehantering är ett område som sannolikt kan innebära stora vinster i de processer som idag hanteras med läkarintyg. man kan i detta sammanhang se på processerna från de olika ingående aktörernas perspektiv och därmed finna potentiella

²⁹ Stureson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H., & Bernspång, B. (2015). Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(8), 841–847

nyttvinster för alla. För den invånare som har ett ärende krävs behovsdriven utveckling för att åstadkomma effektivitet, liksom för den som utfärdar intygen. För intygsmottagande organisation krävs anpassning till väl fungerande processer internt, samt att de informationsmängder som behövs för processen finns tillgängliga. Hittills har automatisering inom ärendehantering framför allt rört enkla processer, vilka är svårt att finna exempel på inom hälso- och sjukvården. Ett exempel kan dock vara boendeparkering, där invånaren ansöker om ett tillstånd om boendeparkering, varvid systemet stämmer av folkbokföringsadress och fordonsinnehav mot respektive register och snabbt kan lämna besked. Vissa av de processer som idag hanteras med hjälp av läkarintyg är betydligt mer komplexa, vilket ställer stora krav på såväl de system som genomför processerna, som de system som förser processerna med information. Detta betyder bland annat att informationen i grundsystemen måste vara standardiserad och specificerad. För att till exempel kunna automatisera en ofta komplex process som sjukskrivningsärenden, behöver grunddata som finns i hälso- och sjukvårdens system vara strukturerad och sökbar för att automatisering ska vara möjlig. Det krävs även att det system som hanterar sjukskrivningsärendet (i detta exempel hos Försäkringskassan) är nogt anpassat till att hantera standardiserade informationsmängder med hög upplösning.

Det finns naturligtvis en stor nytta och även stor utvecklingspotential med den infrastruktur som är uppbyggd i de befintliga lösningarna för elektroniska medicinska intyg, och av denna anledning är det prioriterat att komma fram till en långsiktigt fungerande samverkansmodell. Men det finns emellertid också anledning att på längre sikt se över de principiella formerna för den typ av tjänster som idag sker via Intygstjänster och vissa myndigheters andra e-tjänster. En mer genomgripande digital transformation är möjlig, men denna ställer stora krav på förändringar i processens alla delar, allt ifrån hur individuella vårdmedarbetare dokumenterar i hälso- och sjukvårdens informationssystem till författningar om krav på formella läkarintyg. I denna rapport kommer vi att beskriva ett antal framtida tänkbara lösningar och komma med en rekommendation om vilka av dessa som vi anser är lämpliga att utreda vidare.

8.5. Olika alternativ för framtida modeller av digital informationsförsörjning

Vid informationsutbyte finns det alltid en eller flera avsändare och en eller flera mottagare. Den information som utbyts har skapats av en producent som är avsändare, och utnyttjas av en konsument, det vill säga en mottagare. Såväl producent som konsument kan vara individer, organisationer eller tekniska system.

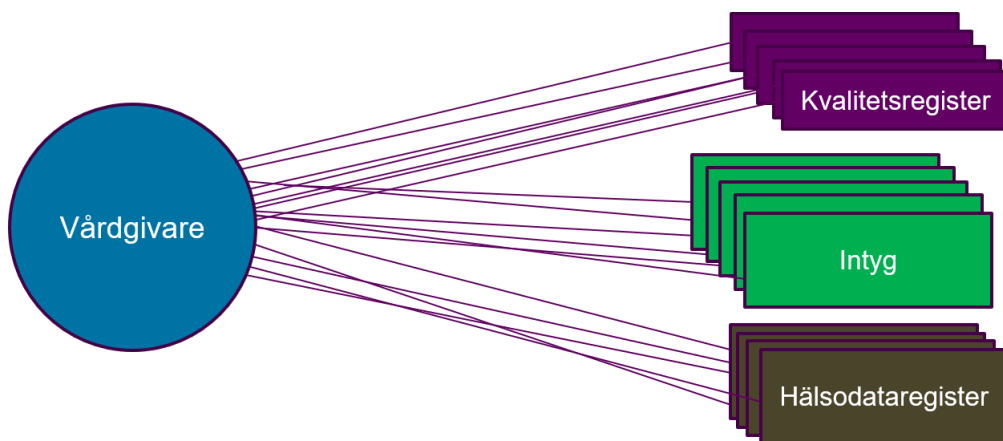
När det gäller informationsutbyte och intyg är flera olika typer av parter involverade:

- Den person intyget gäller
- Sändande och mottagande part
- Den part som tillhandahåller den tekniska infrastrukturen

Det producerande ledet, det vill säga hälso- och sjukvården, har ett stort antal parter som begär data från dem. Det är viktigt att se att intyg är del av en större kontext där vården förväntas dela data också till hälsodataregister, kvalitetsregister, lokala register, system för lokal uppföljning av ekonomisk karaktär, med flera. Till detta kommer de intyg för enskild patient som vården ska förse intygsconsumenterna med.

Detta tillsammans blir långt över hundra parter (bara kvalitetsregistren är ca 100 st) som vården ska förhålla sig till i datadelning. I de fall den information som mottagare efterfrågar kräver manuell hantering, finns en stor risk för dubbelarbete och en betydande administrativ börda.

Situationen för vårdgivare/huvudman blir att förhålla sig till många informationsmottagare och förenklat blir bilden enligt *Figur 3* med en omfattande förvaltning att förhålla sig till.

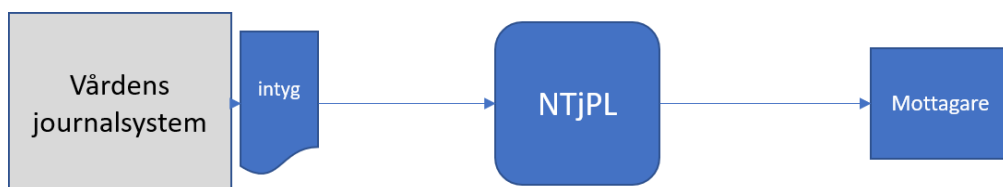


Figur 3 Vårdgivare behöver förhålla sig till många mottagare av information

Målbilden bör snarare vara att datainsamling för till exempel intyg blir mer automatiserad, samt att det administrativa arbetet för avsändare och mottagare minimeras. Detta måste dock ske med beaktande av individens behov av datasäkerhet och integritet, samt ske inom de ramar som lagar och förordningar ger.

När man ser på intyg specifikt beskriver vi nedan tre olika alternativ hur intyg kan genereras och överföras.

Alternativ 1: Intyg genereras nära avsändare



Figur 4 Intyg genereras nära avsändare (NTjPL = Nationell tjänsteplattform)

En stor del av nuvarande kommunikationslösningar mellan producenter och konsumenter är 1-till-1-lösningar, det vill säga lösningar som hanterar informationsöverföring mellan två specifika parter. Denna form av integrationslösningar bygger på konsumentens definition och krav på datastruktur, innehåll och kommunikationssätt. Sådana lösningar är på så sätt skräddarsydda för konsumenten.

I dessa lösningar ligger också intygsproduktionen nära hälso- och sjukvården. Ofta i den direkta bemärkelsen att intyg genereras i sjukvårdens informationsmiljöer, men även i de fall där en intygsmottagare erbjuder särskilda e-tjänster kan man anse att intygsproduktionen ligger nära sjukvården. Detta eftersom intygsproducenten har det fulla ansvaret att se till att fylla intygen med de informationsmängder som efterfrågas.

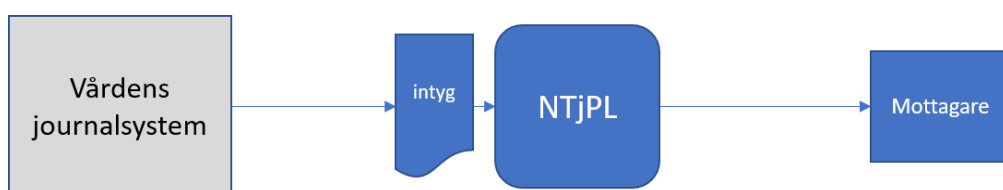
I det kortare perspektivet är en 1-till-1-lösning ett mindre komplicerat sätt att komma igång med dataöverföring samt ett relativt snabbt sätt att visa resultat. De är förhållandevis enkla att utveckla och det gagnar ofta de första intressenterna som börjar använda dem. Nackdelen är att 1-till-1-lösningar kommer att innebära höga förvaltningskostnader och att det i slutändan kommer vara omöjligt att upprätthålla alla beroenden. Riskerna med dessa lösningar är att det mellan producent och konsument uppstår ett beroendeförhållande med inbyggda inlåsnings effekter vilket kan hämma utvecklingen och uppgraderingen av andra system.

Varje 1-till-1-lösning kräver uppdatering och underhåll. Med tanke på hur många parter det finns i vården som producerar och konsumerar information skulle komplexiteten med många sådana lösningar bli mycket stor, vilket i förlängningen blir ohållbart att förvalta.

1-till-1-lösningar och producentnära intygsskapande bygger på att konsumenten av intyg lägger sina krav i knät på producenten med en beskrivning på hur man vill ha sin information avseende informatik och teknik. Detta scenario efterliknar det sätt som tidigare var i pappersform och kan därmed anses vara en digitisering av det analoga sättet att hantera intyg.

När vi ser på alternativ 1, det vill säga att intyg genereras i eller nära sjukvårdens informationssystem kommer 1-till-1-lösningens negativa konsekvenser drabba först och främst hälso- och sjukvården (se *Figur 3*).

Alternativ 2: Intyg genereras i en central tjänst nära avsändare



Figur 5 Intyg genereras i central tjänst nära avsändare (NTjPL = Nationell tjänsteplattform)

Detta alternativ bygger på att intyg produceras i en central tjänst, eventuellt inklusive en del förifyllnad av data. Skillnaden mot föregående scenario är att intygsifyllandet flyttas ut från journalsystemet med en integration mellan journalsystem och central applikation.

Fördelar med denna lösning är att det finns en applikation som ska underhållas och förvaltas. I detta alternativ måste förvaltaren av lösningen ta ansvaret för de krav som mottagare av intygen ställer rörande intygen. Ett problem är oklarheten om vem som ska bära kostnaden för förvaltning och nyutvecklingen av tjänsten. Nuvarande intygstjänst är ett betydande exempel.

Detta alternativ är också något som är närliggande till digitalisering av ett analogt sätt att hantera intyg, det vill säga som efterliknar det sätt som tidigare var i pappersform.

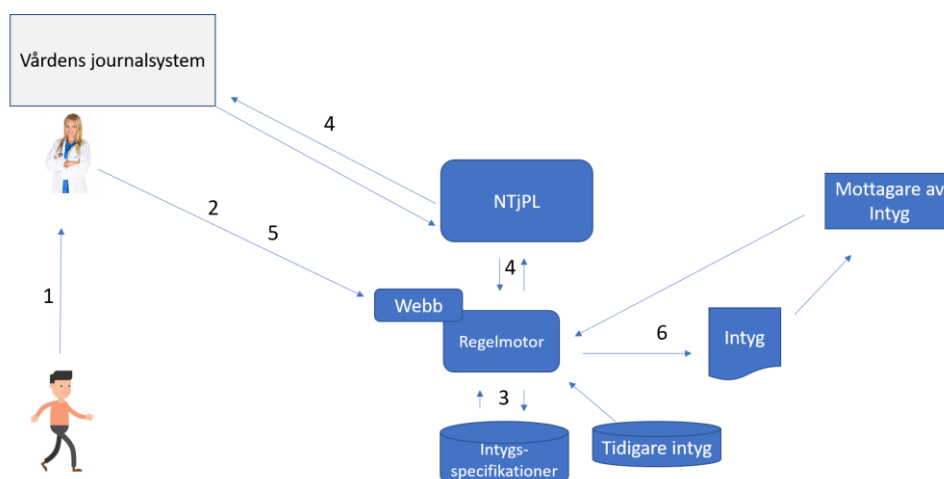
Alternativ 3: Intyg genereras nära mottagaren

Tredje alternativet är att flytta ansvar och förvaltning närmare mottagaren som också är kravställare på intyget.

Detta alternativ rör sig från digitalisering av traditionella intyg och blanketter, till en mer datadriven lösning som kan hantera de nödvändiga informationsmängderna. Här är grunddata mer i fokus än tanken på formulär.

Lösning bygger dels på att

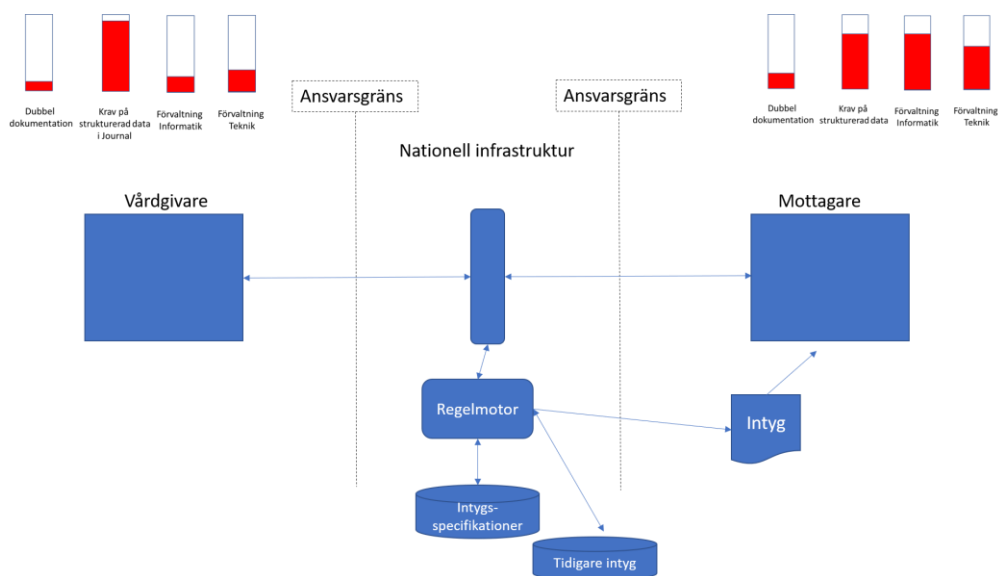
- Avsändarens dokumentation i vårdinformationssystem är strukturerad och kodifierad enligt standarder. Hälsa- och sjukvården är kravställare till leverantörer att vårdinformationssystem klarar detta tekniskt och att verksamheten följer rätt vårddokumentationspolicy.
- Mottagaren av intyg utvecklar och finansierar informationsspecifikationerna, algoritmerna och förvaltningen av dessa.



Figur 6 Beskrivning av flödet i en datadriven lösning (NTjPL = Nationell tjänsteplattform)

1. Begäran av patient sänds till vårdgivare att intyg ska utfärdas (trigger), i detta ingår samtycke
2. Vårdgivare sänder en begäran om att intyg ska utfärdas
3. Specifikationsdata hämtas
4. Intyget sätts samman via en regelmotor med hjälp av inhämtade informationsmängder från sjukvårdens informationsmiljöer
5. Vårdgivare godkänner att hämtad information stämmer (signering)
6. Sammansatt intygsinformation sänds till mottagare

I denna modell ligger ansvaret där det ska ligga, det vill säga att sjukvården dokumenterar det som ska dokumenteras i uppdraget om vård till enskild patient. Mottagaren ansvarar för att definiera sitt intyg i databasen för intygspecifikationerna och regelmotorn. Lämpligen finns gemensamt uppsatta regler och specifikationer som intygmottagaren har att förhålla sig till kring vilka informationsmängder som kan hämtas och hur dessa ska vara specificerade. Intygsproducentens ansvar är att sätta samman informationen via de algoritmer mottagaren har definierat.



Figur 7 Beskrivning av ansvarsfördelning i en datadriven lösning

Förvaltning och utveckling ligger i denna modell inom tydligare formulerade ansvarsgränser.

En utmaning i denna modell är att sjukvårdens leverantörer av it-system måste tillhandahålla system som tekniskt kan hantera strukturerat kodad information, samt att vården kan hantera systemen korrekt och dokumentera fullödigt i sina system.

Modellen är tillåtande, det vill säga att den inte behöver hitta samtliga informationsmängder som ingår i intygsspecifikationen för att fungera. Graden av förifyllnad är beroende på hur strukturerade och standardiserade data är, varvid en låg andel av strukturerad data medför låg förifyllnad. Den förifyllda informationen kan i denna lösning kompletteras manuellt, vilket möjliggör bakåtkompatibilitet och att lösningen fungerar både för de fall som har tillfredsställande standardiserade datamängder och de som saknar detta.

Denna modell kan till synes likna den nuvarande intygstjänsten, men denna lösning skiljer sig åt genom att vara datadriven och att utvecklings- och förvaltningsansvar i högre grad ligger där det bör ligga. Gränssnittet mot hälso- och sjukvården bör bygga på reglerna, vilket gör att gränssnittet uppdateras om reglerna ändras.

Med nuvarande lagstiftning är denna modell beroende av att samtycke inhämtas från intygspersonen. Eftersom det i den absoluta majoriteten av alla fall är intygspersonen själv som initierat att ett intyg ska utfärdas torde det finnas goda möjligheter att erhålla ett sådant.

I denna lösning kan man successivt gå mot en allt mer automatisk intygshantering där relevanta informationsmängder från hälso- och sjukvården kan återanvändas. Det finns i denna lösning också goda möjligheter för intygskonsumenter att bygga sina ärendesystem så att dessa i högre grad kan automatisera ärendehanteringens hjälp av de informationsmängder man erhållit. När och om de juridiska förutsättningarna finns skulle denna lösning kunna byggas ut till att omfatta betydligt mer

automatiserade processer kring många av de ärenden som idag kräver manuellt författade läkarintyg.

Regelmotorn kan vara en nationell tjänst som delas av många mottagare, vilket bidrar till synergieffekter och kostnadseffektivitet.

För jämförelse kan man se på den lösning som satts upp för rapportering till nationella kvalitetsregister (Nationell kvalitetsregisterrapport, NKRR).

8.6. Finansiering

Från tidigare projekt som finansierats till en inte oansenlig del med tillfälliga statliga medel, till exempel Ineras Intygstjänster, kan man dra erfarenheten att det är önskvärt att från början skapa system med en inneboende, hållbar finansieringsmodell. I en sådan bör respektive part bära sina egna kostnader, men det kan också finnas behov av gemensam nationell digital infrastruktur som inte nödvändigtvis bekostas direkt av dem som skickar eller tar emot information. Denna gemensamma, nationella del skulle till exempel kunna finansieras med hjälp av någon form av transaktionsavgift, liknande den som finns för e-recept. Med en sådan finansieringsmodell skapas också ett inneboende incitament att skapa tjänster som kan användas brett och för många typer av informationsöverföring, eftersom det då finns ett rimligt underlag för finansiering.

Frågan kring en långsiktig finansieringsmodell bör utredas vidare i en fördjupad studie.

8.7. Ett rättsligt perspektiv

Bestämmelser om intyg inom hälso- och sjukvården finns bland annat i patientdatalagen (2008:355) förkortad PDL, patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, patientlagen (1014:821), förkortad PL, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

Nedan följer en kort genomgång av de bestämmelser som behandlar intyg och utlåtanden inom hälso- och sjukvården.

I detta sammanhang görs ingen saklig eller rättslig skillnad på uttrycken intyg och utlåtande. Intygsutredningen konstaterade att inom hälso- och sjukvården utfärdas ett stort antal intyg och utlåtanden för olika ändamål på begäran av antingen en patient eller en myndighet. Det finns inte någon i en författning fastställd definition av begreppen intyg eller utlåtande. Dessa begrepp förefaller också användas synonymt av hälso- och sjukvårdspersonalen (SOU 1994:71 s 42 f.).

8.7.1. Intyg och utlåtande är journalhandlingar

Ett intyg eller utlåtande som upprättas av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal inom hälso- och sjukvården är att betrakta som en journalhandling. Uttrycket journalhandling har i patientdatalagen givits betydelsen framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder (1 kap. 3 § PDL).

8.7.2. Utfärda intyg om vården på begäran av patienten

Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården (10 kap. 3 § PL och 3 kap. 16 § PDL).

Skyldig att föra patientjournal är den som är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller biträder en legitimerad och vissa andra yrkesutövare inom hälso- och sjukvården (jfr 3 kap. 3 § PDL). De angivna yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården är behöriga och skyldiga att utfärda intyg om vården på begäran av en patient.

Av förarbetena till patientdatalagen framgår dessutom att även uppgifter som finns tillgängliga genom den sammanhållna journalföringen får användas vid utfärdande av intyg. Den som på patientens begäran ska utfärda intyg om vården får således under vissa förutsättningar bereda sig tillgång till uppgifter som finns tillgängliga i det sammanhållna journalföringssystemet (6 kap. PDL). Detta gäller oavsett om intygsutfärdaren har en aktuell patientrelation med patienten i fråga eller ej (jfr prop. 2007/08:126 s 237).

8.7.3. Utlåtanden på begäran av andra myndigheter

Bestämmelser om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal med flera finns samlat i patientsäkerhetslagen. Där anges bland annat att en läkare eller tandläkare som är verksam inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården är skyldig att, i den omfattning övriga skyldigheter i yrkesutövningen inte hindrar det eller det annars inte finns särskilda skäl mot det, utföra undersökningar och ge utlåtanden över dessa på begäran av länsstyrelse, domstol, åklagarmyndighet, Polismyndigheten eller överförmyndare (6 kap. 9 § första stycket PSL).

Begränsningen i skyldigheten att utföra undersökningar och ge utlåtanden gäller inte för läkare som är verksam huvudsakligen inom öppen vård och, när det gäller undersökning och utlåtande om alkoholpåverkan, inte heller för någon annan läkare (6 kap. 9 § andra stycket PSL).

I lagen (2005:225) om rättsintyg i anledning av brott finns det särskilda bestämmelser om utlåtanden i vissa fall.

8.7.4. Vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård

Beslut om vård enligt LPT och LRV ska fattas av en så kallad chefsöverläkare vid klinik för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk klinik. För ett sådant beslut krävs ett så kallat vårdintyg som har utfärdats av en annan läkare. Vårdintyg behövs inte om rätten (domstol) har fattat beslut om rättspsykiatrisk undersökning och den misstänkte har tagits in på en undersökningsenhet (5 § LRV).

Av vårdintyget ska det framgå att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård av patienten (eller rättspsykiatrisk vård av den intagne) är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning. En undersökning för vårdintyg får företas endast om det finns skälig anledning till det. Undersökningen utförs av en legitimerad läkare. Om undersökningen inte kan utföras med patientens samtycke, får patienten tas om hand för undersökning. Beslut om sådant omhändertagande får fattas endast av en läkare i allmän tjänst eller av en läkare som enligt avtal med regionen har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg (4 § LPT). Bestämmelserna om vårdintyg i lagen om rättspsykiatrisk vård innehåller ytterligare krav på intyget avseende skyndsamhet och jäv. Lagens bestämmelser om vårdintyg är även tillämpliga för vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård.

8.7.5. Krav på noggrannhet och omsorg

Den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård, ska utforma det med noggrannhet och omsorg (6 kap. 10 § PSL).

Patientsäkerhetslagen innehåller därutöver en allmän bestämmelse om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter där det framgår att de ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare anges att en patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt (6 kap. 1 § PSL). Dessutom anges att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar innebär dock ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt denna lag eller annan författning (6 kap. 2 § PSL).

8.7.6. Skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten

Av 1 kap. 2 § PDL framgår att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Skyddet mot intrång i den personliga integriteten finns även reglerat i grundlag. Av 2 kap. 6 § regeringsformen följer att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Skyddet mot intrång i den personliga integriteten får under vissa förutsättningar begränsas genom lag, men endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle.

8.7.7. Rätt att ta del av journalhandlingar

Bestämmelser om patientens rätt att ta del av journalhandlingar och andra uppgifter och att motsätta sig behandling av personuppgifter samt andra bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvårdsverksamhet finns i patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL.

8.7.8. Sammanhållen journalföring

För hanteringen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården finns en sammanhängande reglering i patientdatalagen. Lagen är en ramlagstiftning som gäller för alla vårdgivare och anger vilka grundläggande principer som ska gälla för informationshanteringen avseende uppgifter om patienter inom all hälso- och sjukvård. I lagen regleras skyldigheten att föra patientjournal, inre sekretess och elektronisk åtkomst inom en vårdgivares verksamhet, utlämnande av uppgifter och handlingar samt viss uppgiftsskyldighet, sammanhållen journalföring, nationella och regionala kvalitetsregister, rättigheter för den enskilde samt överklagande.

Bestämmelserna om sammanhållen journalföring innebär att en vårdgivare, som kan vara både offentliga och helt privata, under vissa förutsättningar har möjlighet att ta del av andra vårdgivares vårddokumentation om en patient genom direktåtkomst. Andra aktörer än vårdgivare är således inte aktuella för sådan informationsdelning som görs inom ramen för den sammanhållna journalföringen (jfr 6 kap. 1 § PDL).

8.7.9. Utmaningar med informationsöverföring till parter utanför hälso- och sjukvården

Vid intygsförfarande sker i många fall informationsöverföring från hälso- och sjukvården till myndigheter och organisationer utanför den. Detta betyder ur juridisk synvinkel att informationen passerar en viktig gräns som i de flesta fall kräver intygspersonens samtycke. En framtida lösning för digital informationsförsörjning för de processer som idag kräver läkarintyg skulle således med nuvarande lagstiftning även den kräva tydliga samtycken från intygspersonen. Vid en framtida hög grad av automatisk ärendehantering finns uppenbara juridiska utmaningar kring denna informationsöverföring.

9. Slutsatser och sammanfattning

Bland de viktigaste intressenterna som vi identifierat i denna förstudie återfinns invånare, medarbetare i hälso- och sjukvården, samt myndigheter och andra mottagande organisationer. Hos alla dessa har vi identifierat behov som i första hand handlar om mer effektiv hantering av läkarintyg. Invånares direkta behov kring just intyg behöver studeras ytterligare.

För att kunna skapa en mer automatiserad informationsöverföring mellan hälso- och sjukvård och mottagare behöver grunddata (det vill säga det som dokumenteras i sjukvårdens informationssystem) vara strukturerad och standardiserad.

En andel av de processer som idag innebär hantering med läkarintyg skulle sannolikt kunna göras med högre grad av automatiserad informationsöverföring. I ett första steg kan detta innebära fortsatt intygsproduktion, men med högre grad av förifyllnad baserad på tidigare dokumenterade data från hälso- och sjukvårdens informationsmiljöer.

Vid en effektivisering och gradvis automatisering av dessa processer finns sannolikt stora vinster att göra för invånare, hälso- och sjukvårdens medarbetare, samt de myndigheter och organisationer som är mottagare av läkarintyg.

Det finns olika potentiella principiella tekniska lösningar för att underlätta en intygsliknande informationsöverföring i framtiden. Bland dessa ser vi som mest intressant det vi i denna rapport kallar alternativ 3 – en lösning som vi tror möjliggör en i framtiden ökande grad av automatiserad informationsöverföring, och som tydliggör ansvarsfördelningen mellan de inblandade parterna.

Vi föreslår framåt en fördjupad analys av ovan nämnda principiella lösning. I denna fördjupade utredning bedömer vi ett antal olika områden som särskilt viktiga, inklusive det juridiska ramverket, de tekniska utmaningarna, en långsiktigt fungerande finansieringsmodell, samt en fördjupad behovsanalys.

Slutligen vill vi i denna rapport poängtera vikten av att det fortsatta digitaliseringsarbetet kring intyg bör ske parallellt på mikro-, meso-, och makronivå, vilket i detta fall innebär att nationella, regionala, och lokala processer sker samtidigt som att den enskilde invånarens och vårdmedarbetarens perspektiv ständigt finns med.