

Sjukförsäkringens öppna grind

Hur allmänläkarna tappade
kontrollen över sjukskrivningarna

Sammanfattning

Läkare och i synnerhet allmänläkare utgör grindvakter till sjukförsäkringen. Allmänläkare utfärdar sjukintyg till Försäkringskassan för de patienter som behöver sjukskrivning. En sjukskrivning kan vara nödvändig för att låta en sjukdom läka ut. Samtidigt är långtidssjukskrivningar skadliga och sjukskrivningarnas fördelar ska vägas mot deras medicinska, sociala, privatekonomiska och samhällsekonomiska nackdelar. I rapporten granskar Synaps grindvaktssuppdraget inom primärvården.

Rapportens fynd:

- Primärvårdens allmänläkare står för en allt större och oproportionerligt stor del av långtidssjukskrivningarna. De fem vanligaste stressrelaterade diagnoserna utgör en femtedel av alla långtidssjukskrivningar och har ökat dramatiskt mellan 2010–2023.
- Allmänläkarnas bedömningar av sjukskrivningsärenden leder till fler långtidssjukskrivningar, beroende på felaktig diagnostik framför allt gällande de så kallade stressrelaterade diagnoserna. Det finns även svårigheter i värderingen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Långtidssjukskrivningar utfärdas fastän prognosen för återgång till samma arbetsuppgifter är oklar. Försök att förbättra allmänläkarnas bedömningar har misslyckats.
- Utövningen av grindvaktfunktionen inom primärvården är nästintill omöjlig på grund av risken för förstörda läkar-patientrelationer, intressekonflikter mellan patient, läkare och myndigheter, samt den arbetsbörda som sjukskrivningsbedömningarna innebär. Grindvaktssuppdraget leder till att allmänläkaryrket blir oattraktivt och att allmänläkare lämnar primärvården. Arbetsbördan leder också till att fler långtidssjukskrivningar utfärdas.

Rapportens rekommendationer:

En omarbetning av sjukskrivningsprocessen

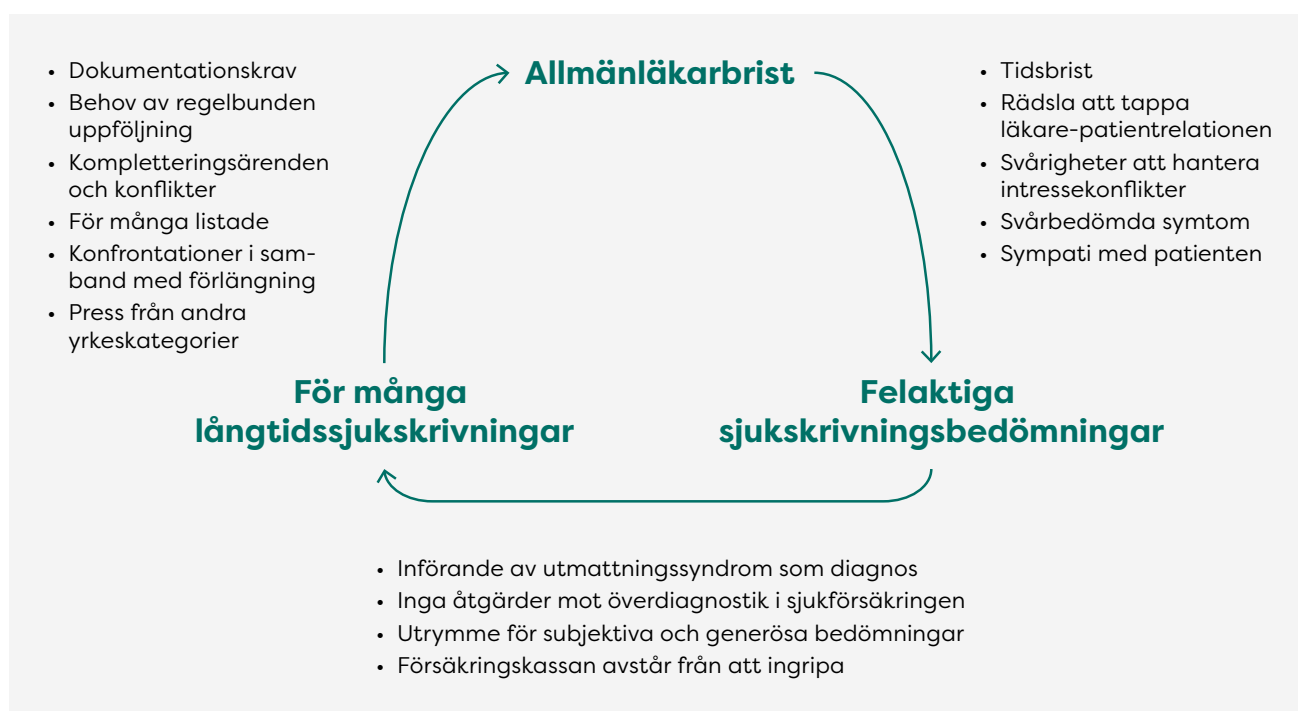
- Läkarens uppdrag i sjukskrivningsprocessen ska i möjligaste mån avgränsas till objektiv diagnostik, och diagnosspecifik information om svårighetsgrad och prognos.
- Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd behöver skärpas och få en avgörande roll i sjukskrivningsprocessen.
- Upprättandet av diagnosanpassade rehabiliteringsflöden med via Socialstyrelsen förutbestämd sjukskrivningsomfattning för de 100 vanligaste diagnoserna vid långtidssjukskrivning.
- Den kriteriebaserade psykiatriska diagnostiken måste få större betydelse i sjukintygen.
- Det behövs en utredning för att systematiskt kartlägga vad som gick fel vid införandet av diagnosen utmattningssyndrom. Borttagandet av diagnosen måste fullföljas.
- En utökning av Socialstyrelsens uppdrag, till att identifiera, motarbeta, och korrigera överdiagnostik, i synnerhet inom sjukförsäkringen.
- Den slutliga prognosen beträffande arbetsförmågan måste få ökad betydelse i rehabiliteringskedjan.

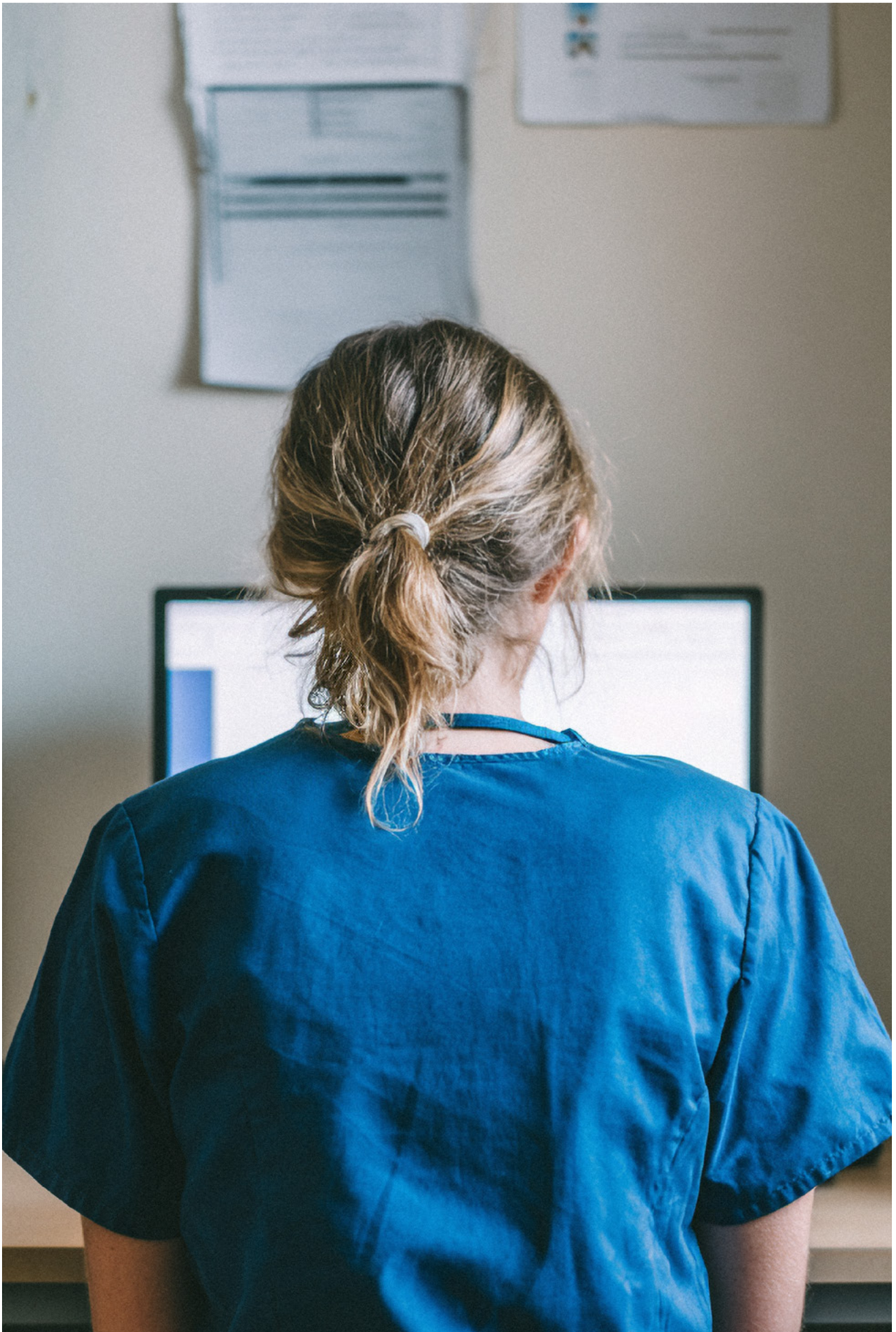
Arbetsgivare och fack behöver ta större ansvar

- Arbetssjukdoms och -skadebegreppen ska avgränsas till korrekt diagnostiserade sjukdoms- och skadetillstånd förankrade i evidensbaserad medicin.
- Arbetsgivare, fack och relevanta myndigheter behöver tillsammans komma överens om hur bedömningen ska ske av individens utsatthet för kränkande särbehandling, konflikter, och överbelastning på arbetsplatsen, utan vårdens inblandning.
- Läkarnas uppdrag i fråga om arbetsplatsrelaterad icke-sjukligt lidande ska avgränsas till att utesluta objektivt påvisbara sjukdoms- och skadetillstånd, som konsekvenser eller orsaker till lidandet.

Fler socialförsäkringar för icke-sjukliga tillstånd

- Införande av en individualiserad sorgeledighet, med ett förbestämt antal sorgedagar att disponera över fritt genom livets gång, i samband med anhörigas dödsfall.
- Kommunerna måste ta ett större ansvar för att vägleda äldre och sjuka till olika sorters stödinsatser, och utforma byråkratiska processer som tar hänsyn till brukarens initiativ- och beslutsförmåga, för att anhörigas inblandning ska kunna minska.
- Införande av en ersättning för personer som förlorar inkomst och förmåga att söka nya arbeten på grund av en aktuell hotbild.
- Effektiv politik för jämställdhet behövs för att jämna ut skillnaderna i det oavlönade arbetet i hemmet.





Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1 Rapportens syfte	9
2 Inledning	10
3 Metod	15
4 Primärvården står för mer än hälften av långtidssjukskrivningarna	16
5 Allmänläkarna har tappat kontrollen över sjukskrivningsprocessen	21
6 Allmänläkarnas arbetssituation påverkas negativt av grindvaktsuppdraget	30
7 Diskussion	36
Referenser	43



Bilder: MidJourney.

Synaps rapport 2025:3



1 Rapportens syfte

Synaps startades som en partipolitiskt obunden, framtidsoptimistisk tankesmedja med fokus på sjukvårds- och välfärdsfrågor, för att bidra med idéer till reformer som kan få välfärden att fungera bättre.

Sjukförsäkringen utgör en skärningspunkt där vården, i sin utövning av medicin, och Försäkringskassan, i utdelningen av sjukpenning, möts.

Läkarna är grindvakter, eftersom deras bedömning behövs för utfärdande av sjukintyg till Försäkringskassan. Sjuka patienter måste kunna stanna hemma från arbetet för att läka ut sina sjukdomar, samtidigt som långtidssjukskrivningar är förknippade med negativa hälsoeffekter och en alldeles för generös linje riskerar leda till för stora – och därmed ekonomiskt ohållbara – uttag ur våra gemensamma medel.

Primärvården är i de flesta fall den instans som först möter patienterna i vården, och allmänläkarna inom primärvården utgör därför kanske den viktigaste grindvakten i sjukförsäkringen. Allmänläkarna följer också sina patienter under lång tid. Av dessa skäl är det intressant att studera primärvårdens arbete med långtidssjukskrivningar.

Tidigare myndighetsrapporter och Tuutmas utredning från 2023 har konstaterat att allmänläkarna har svårigheter att hantera sjukskrivningsärenden. Dessa rapporter och

Tuutmas utredning utgick från att allmänläkarna fortsatt skulle vara grindvakter, men rekommenderade att myndighetskoordineringen behövde öka och att rehabiliteringsarbetet på vårdcentralen skulle förstärkas med bland annat försäkringsmedicinska specialisterheter.

Än så länge har inga sådana specialistenheter tillkommit, och frågan är om de löser de underliggande problemen som bearbetas i rapporterna. Kan det vara grindvaktssuppletet som utgör själva kärnan i problemet?

Den här rapporten granskar allmänläkarnas grindvaktssupplet. Tre centrala frågeställningar besvaras:

- Hur stor del av långtidssjukskrivningarna ansvarar allmänläkarna för?
- Fungerar allmänläkarna som verkningsfulla grindvakter i sjukförsäkringen?
- Vilka effekter har grindvaktssuppletet på allmänläkarnas arbetssituation och primärvårdens attraktivitet som arbetsgivare?



Isac Riddarsparre

Fellow, Tankesmedjan Synaps och ST-läkare i allmänmedicin

2 Inledning

2.1 Sjukskrivningsprocessen i primärvården

Allmänläkaren är grindvakt i den svenska sjukförsäkringen. Den sjuke behöver intyga sin ned-satta arbetsförmåga med ett läkarintyg från och med dag 8. Utfärdande av intyg kräver i regel ett läkarbesök, uppgiften kan inte delegeras till någon annan personalkategori.¹ Eftersom 64 procent av läkarbesöken i öppenvården sker inom primärvården² inleds naturligt många sjukskrivningsärenden där.

Läkare har ingen skyldighet att utfärda sjukintyg, och kan neka utfärdande om de av någon anledning bedömer att en sjukskrivning är olämplig.³

Om läkaren bedömer att en sjukskrivning behövs räcker ett fritt formulerat intyg till arbets-givaren för utfärdande av sjuklön mellan dag 8–14. Från och med dag 15 ska läkaren intyga uppgifterna till Försäkringskassan genom en

särskild elektronisk blankett, som i pappersform betecknas FK7804.⁴

Denna blankett är utformad för att Försäkringskassan ska kunna bedöma sjukfallet enligt *diagnos, funktionsnedsättning och aktiv-tetsbegränsning*.⁵ Sjukfallet ska inte bedömas med avseende på arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala, och liknande faktorer.⁶

Den behandlande läkaren ansvarar för sjuk-skrivningen. Det innebär att om primärvården remitterar vidare en patient till specialist-sjukvården ska ansvaret för fortsatt sjuk-skrivning vila hos den specialistläkare som blir den nya behandlande läkaren för det aktuella tillståndet. Om ärendet återremitteras till primärvården återgår sjukskrivningsansvaret till allmänläkaren.⁷

2.1.1 Diagnos

Diagnosen, det vill säga vilken sjukdom eller skada som ligger till grund för sjukfallet, preciseras enligt ICD-10-SE-kodning (svenska ICD-10) med bokstav och tre siffror.

Den inledande bokstaven står för diagnos-kapitlet, alltså organsystemet, till exempel *F* för psykisk sjukdom och *M* för sjukdomar i muskler, leder och skelett. Det finns även särskilda kapitel

¹ Socialstyrelsen (2021).

² Beräknat baserat på SKR (2023), sid 5, 17.

³ Försäkringskassan (2024:1).

⁴ Försäkringskassan (2024:2).

⁵ Försäkringskassan (2024:1).

⁶ SFS 2010:110, 27 kap. §3.

⁷ Se till exempel Region Kalmar län (2023); Region Skåne (2022); Region Uppsala (2023).

för skador och förgiftningar, samt tillstånd som påverkar hälsan, med flera.

De två följande siffrorna tydliggör diagnosgruppen. *F32* omfattar exempelvis depressiva episoder, *F43* olika reaktioner på svår stress, under kapitlet psykiska sjukdomar.

I diagnosgruppen finns enskilda diagnoser kodade med tre siffror, inom *F43* kodas de från *F430* (akut stressreaktion) till *F439* (ospecificerad reaktion på svår stress). I vissa fall tillkommer en sista bokstav i slutet av koden, som för *F438A*, utmattningssyndrom.

2.1.2 Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningen utgörs av de fysiska eller psykiska begränsningar läkaren finner vid undersökningen av patienten. En patient som brutit handleden kommer ha svårt att röra i leden och

på röntgen ses ett benbrott. En djupt deprimerad patient kanske har svårt att föra ett normalt samtal med den undersökande läkaren.

2.1.3 Aktivitetsbegränsning och rehabiliteringskedjan

En patient som arbetar på ett lager och som har brutit handleden kommer ha svårt att utföra sina arbetsuppgifter, det vill säga att bära olika slags tyngre föremål. Detta utgör aktivitetsbegränsningen: hur arbetsuppgifterna påverkas av funktionsnedsättningen.

En funktionsnedsättning ger inte alltid en aktivitetsbegränsning. Ett diskbräck innebär ofta nedsatt funktion i ryggen, men för ett administrativt arbete finns sannolikt inte någon aktivitetsbegränsning.

Rehabiliteringskedjan sätter tidsgränser för vilka arbetsuppgifter aktivitetsbegränsningen kan gälla mot.⁸ De första 90 dagarna har den sjuke rätt till sjukpenning baserat på en aktivitetsbegränsning mot sina ordinarie arbetsuppgifter.

Efter 90 dagar kan arbetsgivaren hänvisa patienten till andra arbetsuppgifter. En patient med diskbräck och fysiska ordinarie arbetsuppgifter kan bli tilldelad administrativa arbetsuppgifter i stället. Under tiden skyddar sjukskrivningen mot de fysiska arbetsuppgifterna. Om arbetsgivaren inte kan hänvisa patienten till andra arbetsuppgifter, eller om aktivitetsbegränsningen omfattar alla arbetsuppgifter hos arbetsgivaren, kan sjukfrånvaron fortsätta bortom de inledande 90 dagarna.

Efter 180 dagar ska sjukfallet prövas mot vanligt förekommande arbeten på hela arbetsmarknaden. Den sjuke förväntas byta jobb om det finns arbetsuppgifter denne kan utföra på en annan arbetsplats. Om det finns en aktivitetsbegränsning mot alla vanligt förekommande arbetsuppgifter på arbetsmarknaden kan sjukskrivningen dock fortsätta. Det finns också undantag, till exempel om det finns förutsättningar att patienten inom ett års tid kan återgå till arbetsgivaren i samma omfattning som innan sjukskrivningen.

Läkaren kan välja att sjukskriva patienten på hel- eller deltid. Deltidssjukskrivningar förekommer endast som 25, 50, eller 75 procent av patientens ordinarie arbetstider.⁹ Läkaren måste specificera mellan vilka datum patienten ska befinna sig i de olika deltidstegen. I regel fördelas deltidssjukskrivningen jämnt över samtliga arbetsdagar, men om det finns ett medicinskt behov kan tiden fördelas annorlunda.

Om det finns ett behov att sjukskriva patienten bortom det första sjukintyget, bedöms patienten igen. Detta kan ibland ske över en telefonkontakt, ibland används uppföljande besökstider. Ett uppdaterat intyg utfärdas med en ny rekommendation om sjukskrivningslängd. Eventuellt anges uppdaterad information om patientens funktionsnedsättning och

⁸ Försäkringskassan (2024:3).

⁹ SFS 2010:110, 27 kap. §4.

aktivitetsbegränsning, beroende på hur rehabiliteringen fortskridit.

I FK7804 ska läkaren också lämna uppgifter om den aktuella behandlingen och uppföljningen, prognosen för sjukdomstillståndet, samt om det finns andra åtgärder som skulle kunna korta ned sjukfallet.

Försäkringskassan beviljar eller avslår sjukpenning baserat på uppgifterna i sjukintyget. När Försäkringskassan uppfattar att läkarens uppgifter i sjukintyget är otillräckliga eller oklara kan myndigheten begära en komplettering av intyget. Läkaren kan behöva tillföra ytterligare uppgifter om funktionsnedsättningen, aktivitetsbegränsningen, eller andra delar av FK7804, för att patienten ska beviljas sjukpenning.

Socialstyrelsen ger ut ett kontinuerligt uppdaterat underlag - *Försäkringsmedicinskt beslutsstöd* - som innehåller rekommendationer om sjukskrivning vid olika diagnoser, men råden

är inte tvingande.¹⁰ En rekommendation kan till exempel vara att sjukskrivning bör undvikas vid lindrig förstagångsdepression, men att upp till sex månaders hel- eller deltidssjukskrivning kan behövas vid medelsvår eller svår depression.

Den genomsnittliga sjukskrivningslängden i det första sjukintyget är omkring 30 dagar, men med påtaglig variation beroende på diagnos. För olika sorters infektioner ses en genomsnittlig längd på runt 13 dagar, jämfört med bortåt 60 dagar för stroke och liknande tillstånd.¹¹

Ett vanligt förfarande vid psykiska sjukdomar, åtminstone initialt, är att sjukskriva patienter 30 dagar i taget, vilket också syns i de genomsnittliga sjukskrivningslängderna för det första respektive andra sjukintyget.¹² Därefter kan intygen trappas ut genom att deltidssjukskrivningen minskas i omfattning och tid.

2.2 Långtidssjukskrivningar utgör ett kvalitetsmått för vården

I den här rapporten granskas långtidssjukskrivningar, som här definieras som sjukfall som överskridit 60 dagar, eftersom dessa utgör svårare sjukfall än kortare sjukskrivningar. Det råder dessutom osäkerhet kring inrapporteringen av kortare sjukskrivningar eftersom de fritt skrivna intygen till arbetsgivare dag 8–14 inte samlas i någon central databas.

Det finns gott om forskning som visar att långtidssjukskrivningar är förknippade med försämrad hälsa, social situation och ekonomiska utsikter för den sjukskrivne. Sjukskrivning är till exempel förknippat med en åtta gånger högre risk för självmord. Långtidssjukskrivningar innebär också höga kostnader för den skattefinansierade välfärden, och för arbetsgivare.¹³

Risken vid en felaktig hantering av sjukskrivningsärenden är alltså en sjukare befolkning och en dyrare välfärd.

Samtidigt har patienter flera skäl att uttrycka starka önskemål om sjukintyg. Utöver en önskan att slippa jobba kan sjukskrivningen passa in i en förklaringsmodell för den enskilde. Patienten kanske har dåliga arbetsvillkor eller är socialt utsatt, och sjukvårdskontakt, diagnos samt behandling i form av sjukskrivning tillför legitimitet till lidandet (så kallad medikalisering).¹⁴

Även om aktivering är bra vid ledsjukdomar kan smärtan och rädslan för smärta bli ohanterlig vid fysiskt arbete.¹⁵ Vad gäller psykisk sjukdom generellt finns beteendemönster

¹⁰ Socialstyrelsen (2020).

¹¹ ISF (2016), sid 33–35.

¹² Ibid, sid 42.

¹³ Bryngelsson (2013); Floderus, et al (2005); Folkhälsomyndigheten (2020); Gabbay, et al (2011); Mather, et al (2019); Mittendorfer-Rutz, et al (2012); Rueda, et al (2012); Sieurin, Josephson & Vingård (2009).

¹⁴ Andersson (2013); Linden & Riebling (2022); Schierenbeck (2010).

¹⁵ Macías-Toronto, et al (2020).

och föreställningar som gör att patienten skyr arbetsplatsen, fastän aktivering vore nyttigt.¹⁶

Vidare finns forskning som pekar på att sjukskrivningar kan dölja problem med arbetslöshet, det vill säga att individer som av olika icke-medicinska skäl har svårt att hitta jobb felaktigt kategoriseras som sjuka och sjukskrivs, beroende på hur välfärdssystemet är utformat.¹⁷

Ansvar som grindvakt för sjukpenning är alltså förknippat med många överväganden för allmänläkaren. Sjukskrivningar har jämförts med läkemedel, så tillvida att den eventuella gynnsamma effekten måste vägas mot biverkningarna.¹⁸

Precis som med antibiotika ska en sjukskrivning bara utfärdas om den gynnar patientens hälsa, och behandlingen ska avslutas om nackdelarna överväger. Det är med andra ord en slags bedömning som primärvårdens läkare borde vara vana vid.

Om allt annat är lika, och antalet långtids-sjukskrivningar ändå stiger, pekar detta mått således på en kvalitetsbrist inom primärvården. Primärvården ska antingen klara av att utföra grindvaktuppgiften och behålla långtids-sjukskrivningarna på en stabil nivå, eller måste ansvarsfördelningen ses över.

2.2.1 Sjukförsäkringen är instabil och kännetecknas av tvära kast

Försäkringskassans öppna statistik visar tydligt att antalet långtidssjukskrivna varierat kraftigt genom åren.¹⁹

Antal pågående långtidssjukskrivningsfall

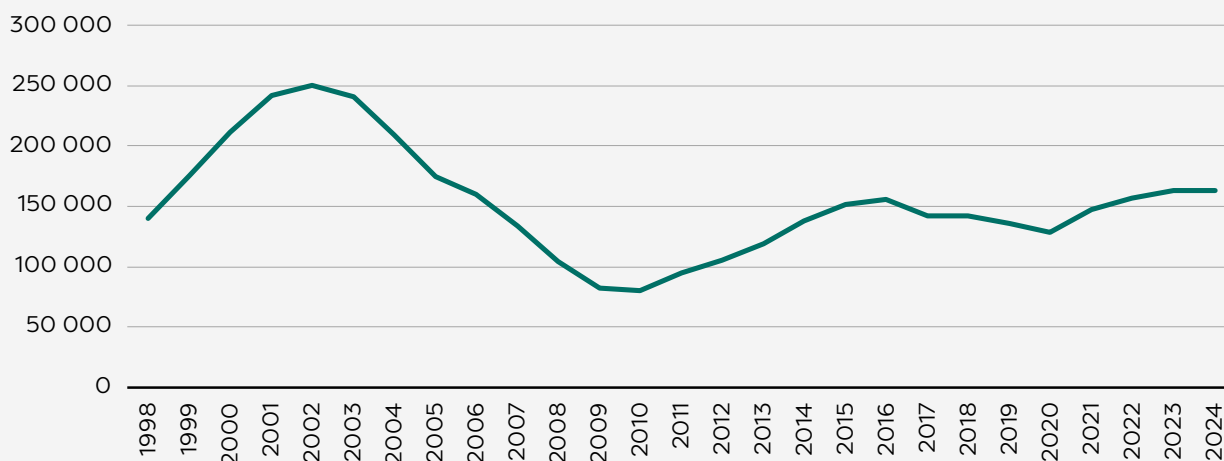


Fig 1. Antalet pågående långtidssjukskrivningar för varje år, december månad. Notera att det totala antalet långtidssjukskrivningar för varje givet år är högre än antalet pågående långtidssjukskrivningarna i en given månad samma år. Källa: Försäkringskassan.

¹⁶ Bjørndal, et al (2022); Bjørndal, et al (2024); Goorts, et al (2020).

¹⁷ Hytti (2006); Linden & Riebling (2025); Wittlund & Lorentzen (2023).

¹⁸ Andersson (2013); Norrmén, Svärdsudd, Andersson (2006).

¹⁹ Försäkringskassan (2025:1).

Antalet pågående långtidssjukskrivningar har fördubblats sedan 2010. Varken Socialstyrelsens utfärdande av Försäkringsmedicinskt beslutsstöd år 2007, införandet av lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter²⁰ år 2020, eller SKR:s publikation av en metodbok för hantering av sjukskrivningsärenden²¹ verkar ha bromsat in utvecklingen.

Mellan 2018–2021 ökade antalet *rehabkoordinatorer* inom primärvården med 47 procent.²² Rehabkoordinatorrollen, ofta bemannad av en annan personalkategori än läkare, skapades för att hjälpa läkare hantera sjukskrivningsärenden.

Det ses förvisso ett trendbrott i antalet utbetalda nettodagar med sjukpenning för de stressrelaterade diagnoserna under diagnosgrupp *F43* mellan 2016–2020, vilket skulle kunna bero på rehabkoordinatorernas insats, men sedan 2020 har nettodagarna ökat i samma takt som innan 2016, frånsett de senaste två åren i statistiken.²³ Kritik har också riktats mot att rehabkoordinatorer saknar vetenskapligt påvisad effekt.²⁴

Dessutom finns en annan möjlig förklaring till trendbrottet 2016–2021: regleringsbrevet från regeringen Löfven I till Försäkringskassan, år 2016.²⁵ Regleringsbrevet gjorde att Försäkringskassan ändrade sina metoder vid handläggningen av sjukskrivningsärenden. Bland annat fick rehabiliteringskedjan, försäkringsmedicinska bedömningar hos myndigheten, och arbetsprövning större betydelse.²⁶ Läkarkåren fick mindre inflytande över sina sjukskrivningsärenden.

Samma regering fick senare kritik när Försäkringskassan började avslå sjukpenning, och därför utfärdades år 2018 ett nytt regleringsbrev som åter möjliggjorde mer generösa tolkningar hos myndigheten.²⁷ Läkarnas grindvaktssupdrag förstärktes därmed åter.

År 2022 tillsatte regeringen Andersson en utredning, ledd av Distriktsläkarförbundets tidigare ordförande Marina Tuutma, i syfte att utreda skillnader i läkarnas och Försäkringskassans bedömningar beträffande patienternas aktivitetsnedsättning, om läkaren behövde få ett starkare mandat i sjukskrivningsärenden, och hur läkarens sjukskrivningsarbete kunde underlättas genom multiprofessionella samarbeten. Utredningens förslag presenterades 2023.²⁸

Tuutma konstaterade att kortvariga sjukskrivningar – den stora majoriteten av sjukskrivningsärenden – inte utgjorde något problem, och att läkarens bedömningar i stor utsträckning vägde tungt när Försäkringskassan granskade sjukintygen. Själva intygen ansågs dock vara för omfattande vid enklare ärenden. Konflikter mellan Försäkringskassan och läkare uppstod i mer komplexa fall, såsom långtidssjukskrivningar. Utredaren rekommenderade att ansvarsfördelningen skulle ligga kvar, det vill säga att läkaren fortfarande skulle utgöra en grindvakt.²⁹

För att komma åt problemen rekommenderades att Socialstyrelsen och Försäkringskassan tillsammans skulle utforma kunskapsstöd för att öka sjukvårdens kompetens. Intygen skulle förenklas vid kortare sjukskrivningar. Genom ökad koordinering mellan aktörerna (sjukvård, arbetsgivare, myndigheter) skulle rehabiliteringen underlättas och konflikterna begränsas. På nationell nivå skulle ett stöd i försäkringsmedicin kunna hjälpa samtliga aktörer, och försäkringsmedicinskt kompetenta specialistenheter skulle upprättas inom regionerna.³⁰

Förslagen kunde enligt Tuutma implementeras utan lagändringar³¹, men om utredarens grundförutsättning – att grindvaktssuppdraget är ändamålsenligt – var felaktig kommer implementeringen inte ha någon nämnvärd effekt på långtidssjukskrivningarna.

²⁰ SFS 2019:1297.

²¹ SKR (2020).

²² SKR (2022), sid 13.

²³ Försäkringskassan (2025:2).

²⁴ Hedman, et al (2018).

²⁵ Regeringsbeslut S2015/07997/RS, S2015/07998/RS, S2015/08135/RS.

²⁶ ISF (2018:1), sid 10.

²⁷ ISF (2018:2), sid 10.

²⁸ SOU 2023:48, sid 27.

²⁹ Ibid, sid 13–25.

³⁰ Ibid.

³¹ Torkelsson (2023).

3 Metod

Rapporten grundas på en genomgång av vetenskaplig litteratur, myndighetsrapporter, -information och -statistik, liksom rapporter och undersökningar genomförda av media samt intresseorganisationer. Vidare har förfrågningar riktats till Försäkringskassan för ytterligare statistiskt material angående långtidssjukskrivningar, och en förfrågan har riktats till Sveriges läkarförbund för ett underlag beträffande allmänläkarnas löner och löneutveckling.

Materialet från Försäkringskassan beskriver det totala antalet långtidssjukskrivningar, definierat som sjukfall som varat längre än 60 dagar, för år 2010 och 2023. Långtidssjukskrivningarna är kategoriserade enligt ICD-10-SE ned till diagnosgrupp-nivå (bokstav och två siffror), frånsett diagnosgruppen F43, där Försäkringskassan försett Synaps med data fördelat enligt specifika diagnoser (bokstav och tre siffror).

Försäkringskassan har tyvärr ingen data på den sjukskrivande läkarens verksamhetsområde (primär- eller specialistvård). Synaps har därför kategoriserat diagnosgrupperna efter antaget verksamhetsområde. Vissa typiska primärvårdsdiagnoser har kategoriserats som specialistvård när de medför behov av långtidssjukskrivning, eftersom besvären då kan antas vara svåra och kräva högre vårdnivå eller operation (till exempel diabetes typ 2, diskbräck och artros).

Analysen försvåras av att specialistvården ibland felaktigt hänvisar till primärvården för sjukskrivning,³² och att även så kallade sjukhusspecialister kan vara verksamma inom primärvården. Det motsatta kan också gälla i båda fall. Vissa diagnosgrupper och enskilda diagnoser hanteras både av primär- och specialistvården. Mer psykiatri sjukskrivs antagligen inom specialistvården än vad rapporten antyder. Sjukdomar i rörelseorganen och skador och förgiftningar sjukskrivs antagligen mer av primärvården än vad rapporten antyder.

³² von Knorring, et al (2008).

4 Primärvården står för mer än hälften av långtidssjukskrivningarna

Enligt Synaps analys framgår att primärvården ansvarade för mer än hälften, 51 procent, av alla långtidssjukskrivningar 2023. Även om antagandena är osäkra stämmer detta ungefär med vad äldre svensk forskning visat.³³ Riksdagens utredningstjänst tog under 2025 fram statistik beträffande vilken verksamhet som utfärdat sjukintyg. Där visade det sig att primärvården stod för knappt 44 procent av sjukintygen och specialistvården för 43 procent, uppgift om verksamhetsområde saknades för omkring 13 procent av intygen. Borträknat intygen från okänt verksamhetsområde stämmer resultaten alltså väl med denna rapports antaganden. Observera dock att flera sjukintyg kan utfärdas för samma sjukfall, varför rapportens slutsatser (som utgår från antalet sjukfall) och utredningstjänstens fynd inte kan jämföras helt.³⁴

I diagrammen sidorna 17 och 19 (fig. 2 & 4) redovisas uppdelningen mellan primär- och specialistvård, diagnosgrupperna har samlats i sina respektive diagnoskapitel.

³³ Söderberg, Alexanderson (2005).

³⁴ Riksdagens utredningstjänst (2025), sid 3.

Fördelning av långtidssjukskrivningar (>60 dagar) mellan primär- och specialistvård, uppdelat på diagnoskapitel, 2023, n=228572

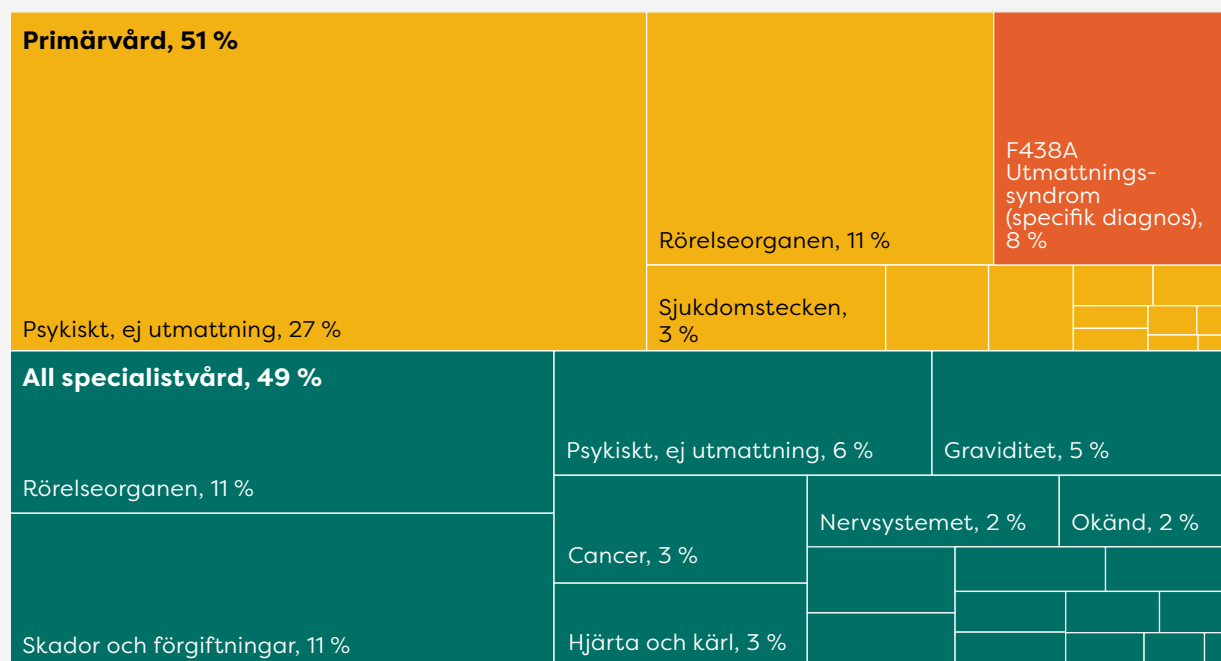


Fig 2. Fördelningen av antalet långtidssjukskrivningar mellan primär- och specialistvård och relativt det totala antalet långtidssjukskrivningar, uppdelat på diagnoskapitel, 2023. Den specifika diagnosen F438A utmattningssyndrom har brutits ut från diagnoskapitel F, psykisk sjukdom. Vissa diagnoskapitel förekommer både inom primär- och specialistvård eftersom de ingående diagnosgrupperna kräver olika vårdnivå (till exempel diagnosgrupperna för enstaka depressiv episod och bipolär sjukdom, vilka enligt antagandet kategoriseras som primär- respektive specialistvård).

De dominerande diagnoskapitlen för primärvårdens långtidssjukskrivningar är psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar. Utmattningssyndrom, den vanligaste specifika diagnosen över lag, står för omkring en sjundedel av primärvårdens långtidssjukskrivningar och är en vanligare orsak till långtidssjukskrivning än hela diagnoskapitlet cancer, som hanteras och delas upp mellan flera specialiteter.

Inom specialistvården är sjukdomar i rörelseorganen, skador och förgiftningar samt psykisk sjukdom de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning.

Ansvarsfördelningen mellan primär- och specialistvård ska vidare jämföras med hur många allmänläkare som finns, och hur många de är i relation till de andra sjukskrivande specialiteterna. Knappt 30 procent av de sjukskrivande specialistläkarna är allmänläkare, men ansvarar alltså för mer än hälften av långtidssjukskrivningarna.

Fördelning av läkare inom sjukskrivande specialiteter, fördelat på primär- och specialistvård, 2022, n=228572

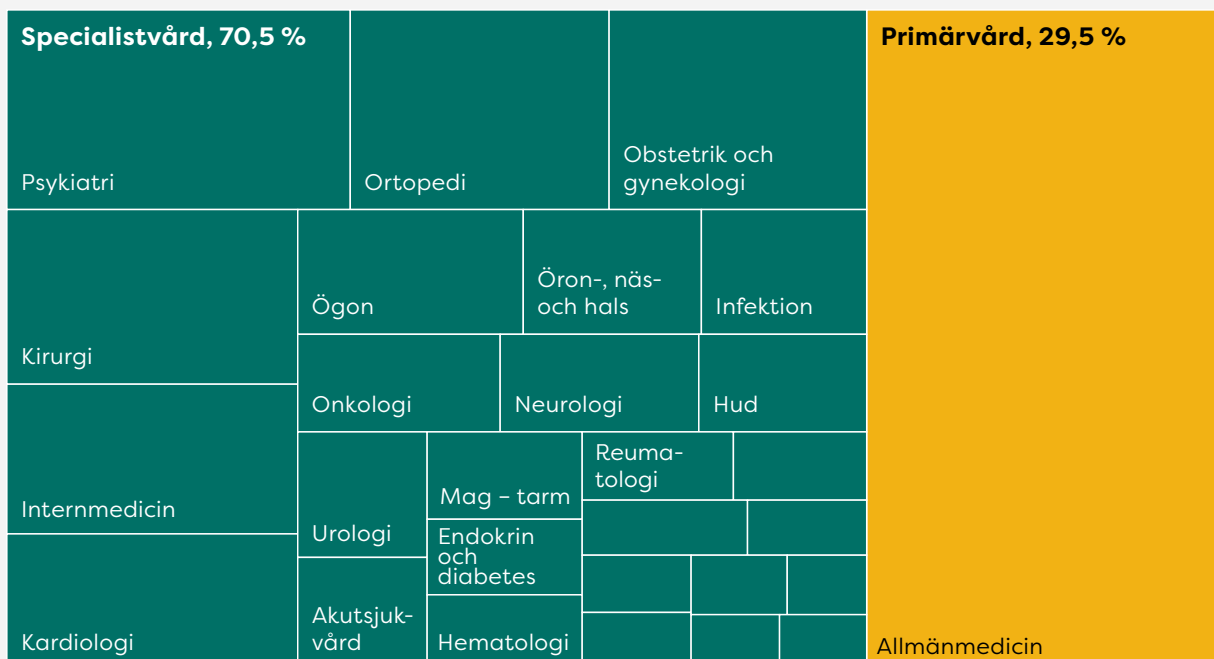


Fig 3. Fördelningen av antalet sjukskrivande specialistläkare, uppdelat på specialist- och primärvård. Med sjukskrivande specialitet menas en specialistläkare som arbetar kliniskt och har behandlingsansvar för patienter. Röntgen- och laboratoriespecialiteter har alltså ej tagits med. Tilläggspecialiteter har ej tagits med. Varken pediatrik (barnmedicin) eller geriatrik (äldre medicin) har ej tagits med.

Givet antagandena om kategoriseringen av diagnosgrupper och diagnoser enligt ovan, framgår också att primärvårdens andel av långtidssjukskrivningarna ökade med cirka 20 procent sedan 2010. Antalet långtidssjukskrivningar handlagda inom primärvården ökade under samma tidsintervall med nästan 70 procent. Enligt uppgifter framtagna ur Socialstyrelsens statistik om personalen i hälso- och sjukvården³⁵ låg andelen allmänläkare bland de sjukskrivande specialiteterna i princip oförändrad mellan 2010–2022 och antalet ökade med bara 15 procent.

Fördelningen av diagnosgrupper såg också annorlunda ut 2010, med en större del av fallen beroende på sjukdomar i rörelseorganen. Utmattningsyndrom utgjorde en betydligt mindre andel av det totala antalet långtidssjukskrivningar.

³⁵ Socialstyrelsen (2025:1).

Fördelning av långtidssjukskrivningar (>60 dagar) mellan primär- och specialistvård, uppdelat på diagnoskapitel, 2010, n=162678

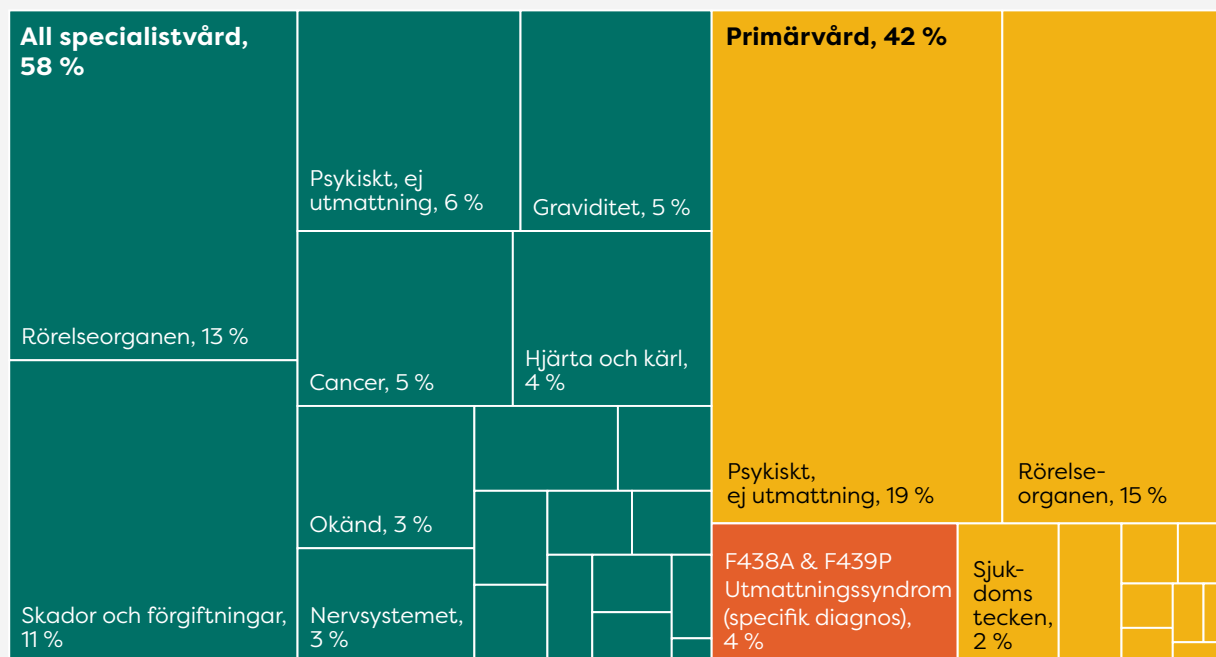


Fig 4. Fördelningen av antalet långtidssjukskrivningar mellan primär- och specialistvård och relativt det totala antalet långtidssjukskrivningar, uppdelat på diagnoskapitel, 2010. Den specifika diagnosen utmattningssyndrom (F438A & F439P) har brutits ut från diagnoskapitel F, psykisk sjukdom. 2010 användes två diagnoskoder för utmattningssyndrom, F438A (ICD-10-SE) och F439P (från ett äldre diagnosregister). Diagrammet är i övrigt baserat på samma kategorisering av antaget ansvarsområde, som i fig 2.

Genom att jämföra 2010 med 2023 blir det uppenbart hur primärvårdens andel av långtidssjukskrivningarna ökat. Det handlar framför allt om ett allt större antal stressrelaterade diagnoser, medan övriga diagnoser bara ökat något.

Siffror från Riksdagens utredningstjänst visar att den här rapportens uppdelning av diagnosgrupper i figur 5 förvisso är en förenkling, men bekräftar att primärvårdens ansvar för långtidssjukskrivningarna i stor utsträckning beror på de

stressrelaterade diagnoserna, inom diagnosgrupp F43. Bortsett från utfärdare med okänt verksamhetsområde ansvarade primärvården för 61 procent av sjukintygen inom diagnosgrupp F43, och 47 procent av alla sjukintyg utanför denna diagnosgrupp. Dock råder större osäkerhet för den senare siffran eftersom en större andel intyg utanför diagnosgrupp F43 utfärdades av okänt verksamhetsområde.³⁶

³⁶ Riksdagens utredningstjänst (2025), sid 3.

Utvecklingen och fördelningen av antalet långtidssjukskrivningar (>60 dagar) mellan 2010 och 2023, fördelat på verksamhetsområde och specifika diagnoskapitel, -grupper, och -koder

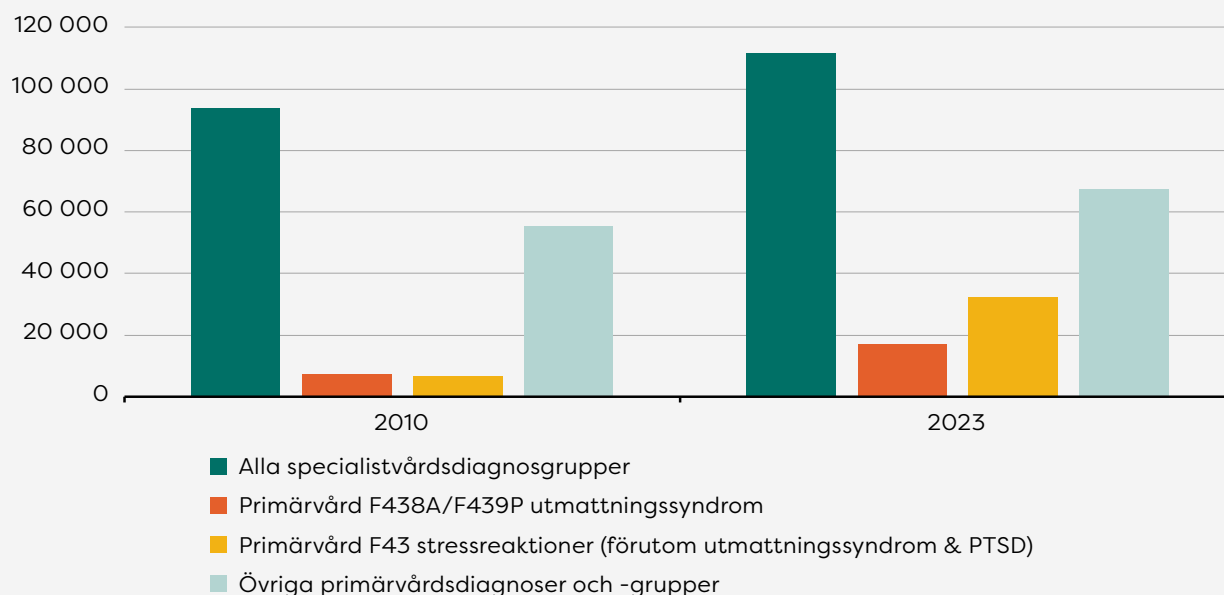


Fig 5. Utvecklingen och fördelningen av antalet långtidssjukskrivningar 2010–2023, fördelat på verksamhetsområde, specifika diagnoskapitel, -grupper, och -koder. Diagnoskapitlet F43 stressreaktioner har brutits ut inom primärvårdens ansvarsområde (F431 PTSD har kategoriserats som specialistvårdsdiagnos), liksom den specifika diagnosen F438A & F439P utmattningssyndrom. Diagrammet är i övrigt baserat på samma kategorisering av antaget ansvarsområde, som i fig 2.



5 Allmänläkarna har tappat kontrollen över sjukskrivningsprocessen

Primärvården står alltså för en allt större och oproportionerligt stor del av långtidssjukskrivningarna. Det behöver inte bero på att allmänläkarna arbetar på fel sätt, till exempel om befolkningen nyttjar primärvården i större utsträckning än specialistvården.

Man kan förstås betrakta primärvården som en slags besöks- och sjukskrivningsinriktad verksamhet. Med tanke på att majoriteten av öppenvårdens besök sker inom primärvården är det kanske inte förvånande att majoriteten av långtidssjukskrivningarna utfärdas där.

Men långtidssjukskrivningar ska reflektera de svåraste fallen, vilka borde bli föremål för specialistläkarbedömningar. Primärvårdens absoluta antal och andel av långtidssjukskrivningarna har också ökat oavsiktligt: ingen vårdreform ligger bakom utvecklingen. Synaps kan visa att många av primärvårdens långtidssjukskrivningar bygger på tveksam diagnostik.

5.1 Långtidssjukskrivningar grundar sig på tveksamma bedömningar

Åtta av tio läkare i primärvården upplever att det åtminstone ibland är svårt att ställa diagnos för psykiska besvär, för tre av tio är det ofta eller alltid svårt.³⁷ Eftersom diagnosen är den faktor som är mest avgörande för sjukskrivningens längd, riskerar felanvända eller oklara diagnoser bidra till onödigt förlängda sjukskrivningar.³⁸

Långtidssjukskrivningar som grundas på svårbedömda diagnoser utgör en särskild utmaning.³⁹ Så kallade medicinskt oförklarade symtom och oklara sjukdomstillstånd är vanliga. Knappt hälften av alla primärvårdspatienter har sådana symtom.⁴⁰

Synaps har sammanställt de tio vanligaste diagnosgrupperna vid långtidssjukskrivning. Tillsammans stod de för hälften av alla långtidssjukskrivningar 2023. Genom att bryta ut de fem vanligaste specifika diagnoserna inom den stressrelaterade diagnosgruppen blir dess säregna position uppenbar. De fem vanligaste stressrelaterade diagnoserna står tillsammans för en femtedel av alla långtidssjukskrivningar. Utmattningsyndrom är den största specifika diagnosen, med 8 procent av det totala antalet långtidssjukskrivningar.



³⁷ Socialstyrelsen (2023), sid 20.

³⁸ Bränström, et al (2013); Starzmann, et al (2015).

³⁹ Letrilliart & Barrau (2012); Nilsing, et al (2013).

⁴⁰ Haller, et al (2015).

Topp tio diagnosgrupper vid långtidssjukskrivning (>60 dagar), 2023, n=228572

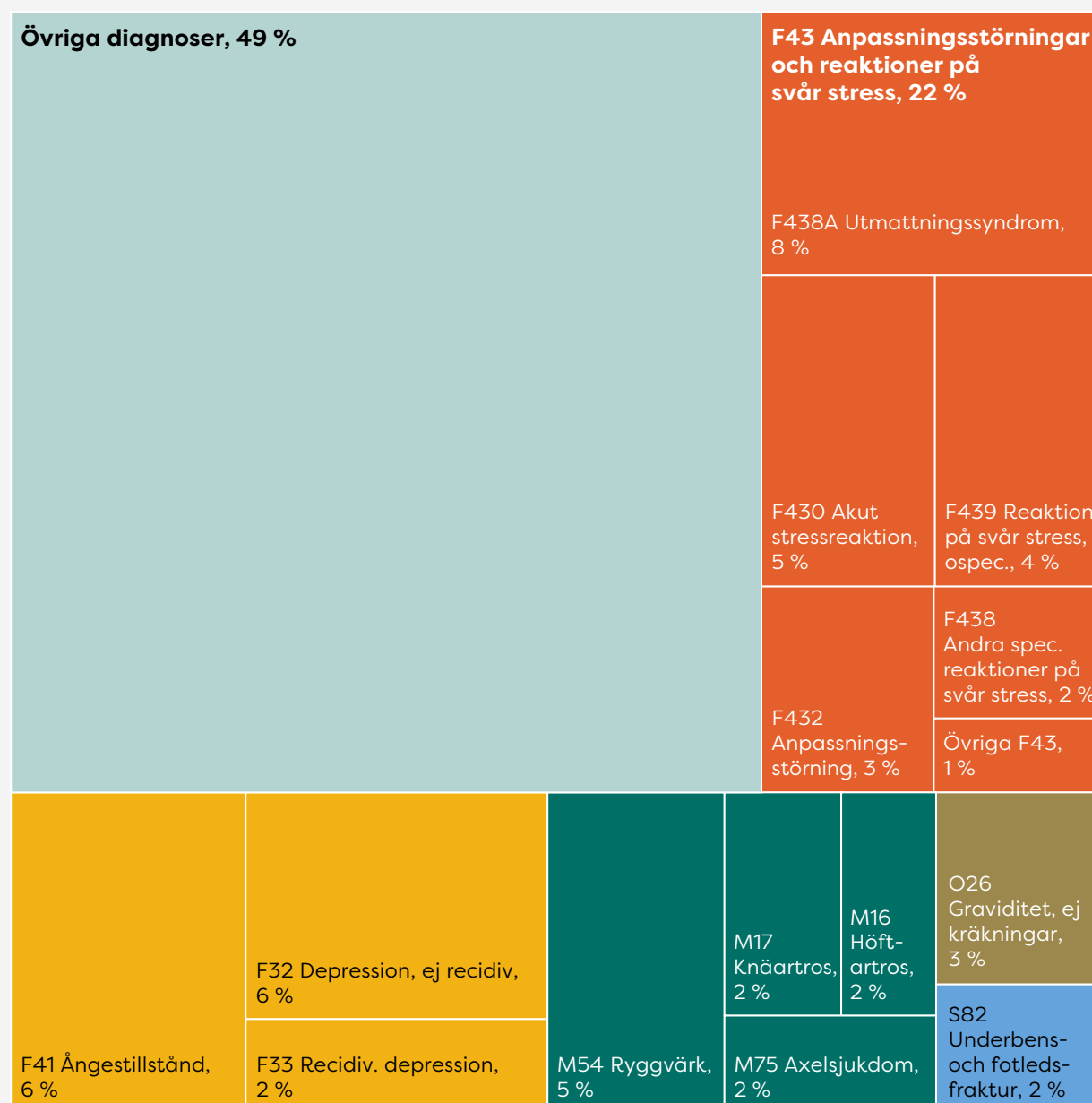


Fig 6. Antalet långtidssjukskrivningar, fördelat på de tio vanligaste diagnosgrupperna, och övriga diagnoser, 2023. Ej recidiverande depression är enstaka episoder av depression. Recidiverande depression är återkommande depressioner.

I studier av allmänläkarnas upplevelser av den svenska sjukskrivningsprocessen framgår att över hälften tycker det är svårt att bedöma funktionsnedsättningen. Bland annat lyfts att det saknas objektiva fynd att fästa bedömningen på, särskilt vid psykisk ohälsa. Läkaren hänvisas i stället till att upprepa patientens bekymmer i sjukintyget.⁴¹

Att läkaren bara upprepar patientens subjektiva besvär av oro, stress, smärta eller nedstämdhet tillför varken legitimitet eller objektivitet till bedömningen av funktionsnedsättningen. Situationen är en annan när det finns undersökningsfynd, prov- eller röntgensvar att utgå ifrån.

⁴¹ Socialstyrelsen (2023), sid 23.

Beträffande aktivitetsbegränsningen är det ännu svårare att göra en bedömning. Hela 65 procent av vårdcentralsläkarna tycker att det ofta eller alltid är problematiskt att bedöma denna aspekt av sjukskrivningen.⁴²

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är knutet till specifika diagnoskoder och hjälper i fråga om sjukskrivningslängd och prognos, men är ofullständigt och ibland vagt formulerat.

För utmattningssyndrom förespråkas exempelvis hel- eller deltidssjukskrivning i upp till 6 månader, men vid ”kvarstående kognitiva svårigheter [...] upp till 1 år eller mer”.⁴³ Detta öppnar för subjektiva och generösa tolkningar, särskilt vid inkorrekt ställda eller bristfälliga diagnoser. Kognitiva svårigheter kan dessutom vara svåra att bekräfta objektivt.⁴⁴

Diagnosvalet är också kritiskt för att det försäkringsmedicinska beslutsstödet ska användas korrekt.

Bedömningar av aktivitetsbegränsning försvåras ytterligare när själva sjukdomen ska hänföras till livsomständigheter och stress på arbetsplatsen. I en studie genomförd av Försäkringskassan 2024 svarade hela 86 procent

av de med halvårslång sjukskrivning för psykisk sjukdom att arbetet bidrog till sjukskrivningen.⁴⁵

De stressrelaterade diagnosernas användning i svensk sjukskrivningspraxis förutsätter nämligen att patienten lider av sjuklig stress. Om stress på arbetsplatsen eller i livet runtomkring *inte* är sjuklig stress, är det inte heller tal om någon *sjukdom* eller *skada* som grund till sjukskrivningen.

Många patienter inom primärvården har redan etablerade långtidssjukskrivningar och allmänläkaren förväntas leda rehabiliteringsarbetet, med målet att patienten så småningom ska återgå i arbete. En stor SBU-rapport från 2022 visade att det inte finns några vetenskapligt belagda behandlingsmetoder för att på lång sikt återföra långtidssjukskrivna patienter i arbete. Det gällde både för sjukdomar i rörelseorganen och psykiska sjukdomar, trots insatser i koordination med arbetsgivaren.⁴⁶ Det är givetvis svårt att rehabilitera och behandla icke-sjukliga och medicinskt oförklarade tillstånd.

Det verkar som om den svenska primärvården samlar på sig patienter som inte kan diagnostiseras, funktions- eller aktivitetsbedömas korrekt. Inte heller verkar primärvården kunna återföra dessa patienter i arbete.

5.1.1 F430, akut stressreaktion – en felanvänd diagnos

Akut stressreaktion står för fem procent av långtidssjukskrivningarna totalt, i primärvården knappt nio procent. Diagnosens användning för långtidssjukskrivning ökade med nästan 900 procent mellan 2010–2023, från runt 1 000 fall till fler än 10 000.

För att diagnosticera akut stressreaktion krävs att en individ eller dennes nära anhörig utsatts för, eller bevittnat, livshotande eller dödligt våld, allvarlig skada, eller sexuellt våld. Akut stressreaktion brukar därför betraktas som ett slags förstadium till PTSD. Diagnosen kan per definition inte vara längre än en månad.

Därför är det förvånande att akut stressreaktion är en vanlig orsak till långtidssjukskrivningar.

Det är osannolikt att antalet patienter som utsatts för katastrofalt psykiskt trauma ökat med 900 procent under perioden 2010–2023. Under samma period ökade exempelvis det dödliga våldet med 27 procent⁴⁷ och befolkningen med knappt 12 procent. PTSD stod år 2023 för mindre än en procent av långtidssjukskrivningarna. Dessa förklaringar räcker inte. Diskrepansen är antagligen ännu större om hänsyn tas till kortare sjukskrivningar.

⁴² Ibid, sid 24.

⁴³ Socialstyrelsen (2025:2).

⁴⁴ Lindsäter, et al (2022).

⁴⁵ Försäkringskassan (2024:4), sid 11–12.

⁴⁶ SBU (2022).

⁴⁷ BRÅ (2025).

Här verkar det (precis som tidigare observatörer noterat⁴⁸) förekomma en avsevärd fel-diagnostik, som går på tvären med tillståndets kriterier, trots att sex av tio vårdcentralsläkare hävdar att de ofta eller alltid använder diagnos-kriterier vid bedömning av psykisk sjukdom.⁴⁹

Sannolikt används akut stressreaktion i sammanhang där patienten upplevt en stressig period i livet, kanske en ansträngande arbets-situation eller en nära anhörigs bortgång i sjuk-dom. Antagligen hade anpassningsstörning varit ett mer rimligt diagnosval.

5.1.2 F438A, utmattningssyndrom – en felaktig diagnos

Begreppet utmattningssyndrom myntades av psykiatriprofessorn Marie Åsberg under 90-talet. Socialstyrelsen gav 2003 ut en första kunskaps-översikt om tillståndet. I översikten beskrev Åsberg och flera andra experter utmattningssyndrom som en varaktig och negativ reaktion på långvarig, ofta arbetsrelaterad stress. Sjukdomsbilden beskrevs som trötthet, irritabilitet, minnes- och koncentrationsrubblningar, samt svårigheter att hantera krav. Författarna konstaterade att ytterligare forskning behövdes för att bekräfta tillståndets existens, men trots fortsatt brist på vetenskapligt underlag infördes diagnosen 2005.⁵⁰

Utmattningssyndrom kan likställas med engelskans *burnout*, men förekommer inte som diagnos i något annat land än Sverige. Såväl utmattning som *burnout* har liknande bild som vid depression och ångest, men även medicinskt oförklarade symtom.

År 2007 togs de första försäkringsmedicinska riktlinjerna fram för utmattningssyndrom. Då rekommenderades en stram hållning till sjukskrivning. Detta ledde till omfattande kritik – expertgruppen som låg bakom rekommendationen ansågs vara “antihumanistisk”⁵¹ – och arbetet gjordes om under ledning av Åsberg, med resultatet att nya riktlinjer gavs ut 2008. Enligt de nya riktlinjerna kunde sjukskrivning behövas i upp till ett års tid. När läkartidningen rapporterade om utvecklingen samma år skrev man att “endast omkring 100 personer per år sjukskrivs [...] för utmattningssyndrom”.⁵²

Två år senare, 2010, var runt 7 100 personer långtidssjukskrivna för utmattningssyndrom. År 2023 var siffran drygt 17 000, en ökning på 140 procent under intervallet 2010–2023. Som andel av det totala antalet långtidssjukskrivningar gick utmattningssyndrom från 4 till 8 procent under samma period.

Även om ökningen är mindre omfattande än för akut stressreaktion mellan 2010–2023 medför utmattningssyndrom betydligt längre sjukskrivningar. Medianlängden för en sjukskrivning i utmattningssyndrom är omkring sex månader, att jämföra med strax över en månad för akut stressreaktion.⁵³

Sedan utmattningssyndrom introducerades borde det vetenskapliga underlaget ha blivit starkare, särskilt med tanke på diagnosens genomslag. Ändå konstaterade en litteraturstudie från 2022 att det fortfarande saknades ett vetenskapligt underlag, och enligt SBU finns inte heller någon vetenskapligt säkerställd gymnäs rehabilitering.⁵⁴

En svensk version av ICD-11 kommer 2028 att ersätta ICD-10-SE. Med ICD-11 försvinner diagnosen utmattningssyndrom.⁵⁵ Det innebär dock inte att det underliggande problemet, det vill säga att patienter sjukskrivs för olika sorters icke-sjukliga påfrestningar på arbetsplatsen, per automatik försvinner. En risk är att diagnosen anpassningsstörning tar över i stället.

⁴⁸ Åsberg & Nygren (2016), sid 378.

⁴⁹ Socialstyrelsen (2023), sid 22.

⁵⁰ Socialstyrelsen (2003), förord, sid 31–33.

⁵¹ Ohlin (2007).

⁵² Ohlin (2008).

⁵³ Försäkringskassan (2023), sid 4.

⁵⁴ Lindsäter, et al (2022); SBU (2022).

⁵⁵ Widerkrantz & Englund (2025).

5.1.3 F432, anpassningsstörning – en felhanterad diagnos

Bland de fem stora stressrelaterade diagnoserna vid långtidssjukskrivning återstår därmed *F439 reaktion på svår stress, ospecificerad*, *F438 andra specificerade reaktioner på svår stress*, och *F432 anpassningsstörning*. *F439* liksom *F438* är svåra att kommentera eftersom de inte preciseras – vilket är ett problem med ospecificerade diagnoser – men inrymmer troligtvis reaktioner på stress och konflikter på arbetsplatsen, liksom livshändelser som upplevts påfrestande för patienten.

När det kommer till anpassningsstörning definieras diagnosen som en onormal eller oproportionerlig reaktion på en negativ livshändelse eller omständighet. När den omständigheten (till exempel att bli av med jobbet, eller genomgå en skilsmässa) väl gått över, upphör anpassningsstörningen efter sex månader.

Omkring 400 personer blev långtidssjukskrivna för anpassningsstörning 2010. Antalet ökade med nästan 16 gånger, till 6 700 långtidssjukskrivningar, år 2023.

Antalet patienter som blivit långtidssjukskrivna för en *oproportionerlig* reaktion på negativa livshändelser har alltså ökat drastiskt mellan 2010–2023. Det tyder på att befolkningens sårbarhet ökat, eller att fler valt att stanna på till exempel dåliga arbetsplatser. Frågan är om sjukskrivningarna varit bidragande till den utvecklingen, i att medikalisera vad som annars varit normala reaktioner på besvärliga livsomständigheter. Korrekt hantering hade kanske i stället varit att uppmuntra till motståndskraft och handling (såsom att byta jobb).

5.1.4 Övriga diagnoser som är vanliga vid långtidssjukskrivning

Depressioner, ångesttillstånd, benbrott, olika former av ledförlitningar och graviditet utgör fortfarande vanliga orsaker till långtidssjukskrivning.

Sjukskrivningsärenden kopplade till graviditet är i regel enkla eftersom foglossning och graviditetsillamående har tydliga förlopp och prognoser. Benbrott (frakturer) brukar ha tydliga objektiva tecken och typiska förlopp.

Tillsammans har antalet långtidssjukskrivningar för depressioner (både enstaka episoder och återkommande) och ångesttillstånd, två tillstånd med starka samband, ökat med 25 procent mellan 2010–2023. Antalet långtidssjukskrivningar för enstaka episoder av depression har faktiskt minskat, men minskningen vägs upp av de återkommande depressionerna och ångesttillstånden, de sistnämnda har mer än dubblats.

När det gäller sjukdomarna i rörelseorganen dominerar olika former av rygg- och ledvärk samt förlitningar (artros) i höft och knä. *M54 ryggvärk* är en bred diagnosgrupp, eftersom den kan innefatta allt från diskbråck till led- och muskelrelaterad värk i ryggen, beroende på hur specifik den sjukskrivande läkaren vill vara. Tillstånden hanteras inom primärvård om inte ortopedisk behandling är nödvändig, såsom vid diskbråck, men då brukar diagnosen specificeras inom diagnosgrupperna *M50* eller *M51* (disksjukdom på olika platser i ryggen) i stället. Höft- och knäartros, vilka är mer väldefinierade sjukdomar, brukar remitteras till ortopederna om arbetsförmågan påverkas.

Här ses också ökningar i antalet långtidssjukskrivningar. Ryggvärk inom M54 ökade som orsak till långtidssjukskrivning med 23 procent mellan 2010–2023, höftartros med 32 procent och knäartros med 47 procent. Ökningarna är mer blygsamma än för de stressrelaterade diagnoserna. Sedan covid-19-pandemin ökade väntetiderna till åtgärd hos ortopederna, vilket kan ha betydelse. År 2023 var medianväntetiden från ortopedbedömning till operation för höft- och knäartros omkring 80 respektive 120 dagar.⁵⁶

Innan ortopedbedömning ens blir aktuell ska patienten dessutom ha besökt vårdcentralen, provat fysioterapi och smärtlindring, samt till sist följts upp och undersökts med röntgen inför remittering.

Förloppet kan bli långdraget, i synnerhet om väntetiden till en röntgenundersökning drar ut på tiden. Röntgenresultaten kan sedan visa att patientens besvär i själva verket inte går att åtgärda.

Det innebär att primärvården ibland får hantera långtidssjukskrivningar för rörelseorganens sjukdomar under lång tid, med stor osäkerhet kring hur åtgärdbara besvären är, innan ärendet till sist kan bedömas av en ortoped.

Men det är inte säkert att ens en ortopedisk behandling återställer arbetsförmågan. Nästan var fjärde patient med tungt fysiskt arbete lyckas inte återvända till sitt arbete inom ett år efter en operation mot diskbråck.⁵⁷

Utvecklingen och fördelningen av antalet långtidssjukskrivningar (>60 dagar) inom primärvården, mellan 2010 och 2023, fördelat på specifika diagnoskapitel, -grupper, och -koder

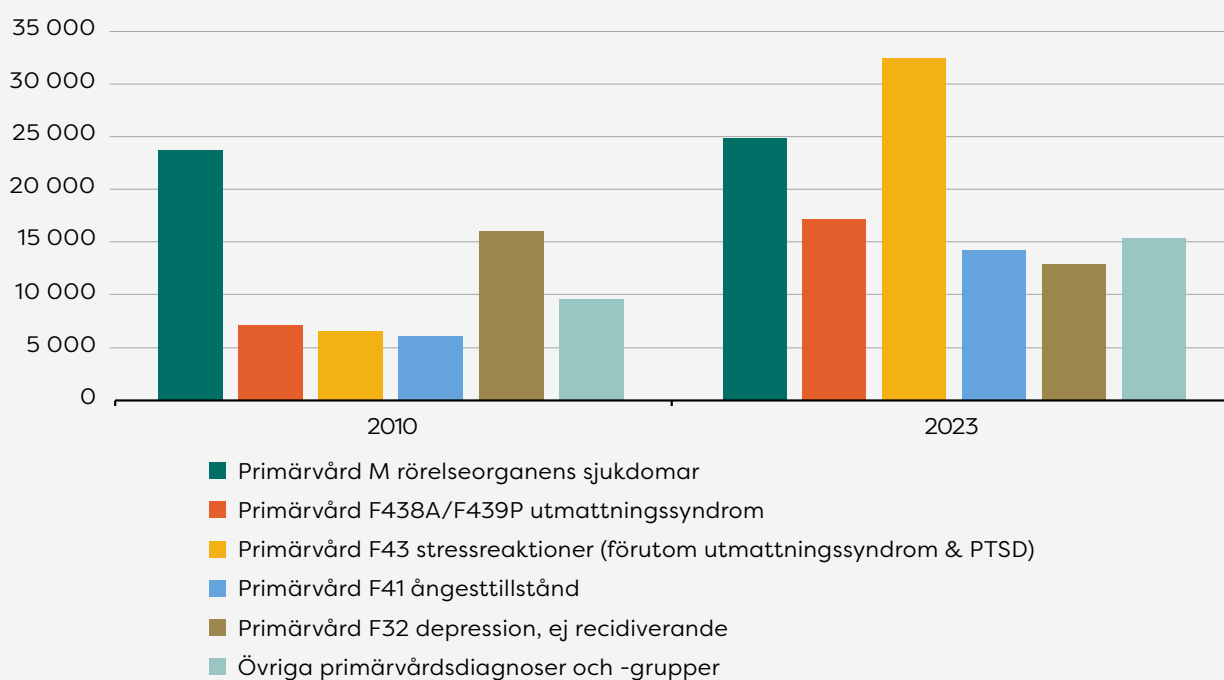


Fig 7. Utvecklingen och fördelningen av antalet långtidssjukskrivningar 2010–2023 inom primärvården, fördelat på specifika diagnoskapitel, -grupper, och -koder. Fokus här ligger vid diagnoskapitlet M och diagnosgrupperna F32, F41, F43, samt den specifika diagnosen F438A & F439P utmattningsyndrom. Diagrammet är i övrigt baserat på samma kategorisering av antaget ansvarsområde, som i fig 2.

⁵⁶ OECD (2025).

⁵⁷ Singh, et al (2022).

5.2 Bara Försäkringskassan har lyckats pressa ned långtidssjukskrivningarna

Trenden med ökande långtidssjukskrivningar och uttag ur sjukförsäkringen generellt bröts 2016–2021.

Enligt vad som skrivits tidigare vidtog flera myndigheter och SKR åtgärder för att påverka primärvårdens hantering av sjukskrivningsärenden. Bland annat ökade antalet rehabkoordinatorer. Detta borde ha resulterat i färre inskickade läkarintyg och därmed färre beslut hos Försäkringskassan.

Under samma period var Försäkringskassan noggrannare med rehabiliteringskedjan och olika sorters uppföljning av sjukfall. Detta borde ha resulterat i fler avslag och kompletteringsförfrågningar, men med en relativt bevarad nivå av beslut (så länge Försäkringskassans regelsärpningar inte hade en avskräckande effekt,

och i det fallet borde de inskickade intygen ha ökat igen i samband med att avlagen minskade).

Det framgår tydligt i Försäkringskassans öppna statistik⁵⁸ att andelen avslag låg på en förhöjd nivå under perioden 2015–2020. Framför allt ses en drastisk ökning mellan 2015–2017. Avlagen återgick till de tidigare nivåerna först efter 2022.

Att avlagen ökade både i absoluta termer och relativt den totala mängden beslut, som i stort sett låg stabila, tyder på att primärvården fortsatte utfärda sjukintyg i ungefär samma takt som tidigare, och att det var Försäkringskassan som reglerade ned uttagen ur sjukförsäkringen.

Totalt antal beslut i sjukfall, varav andelen avslag, första ansökan om sjukpenning

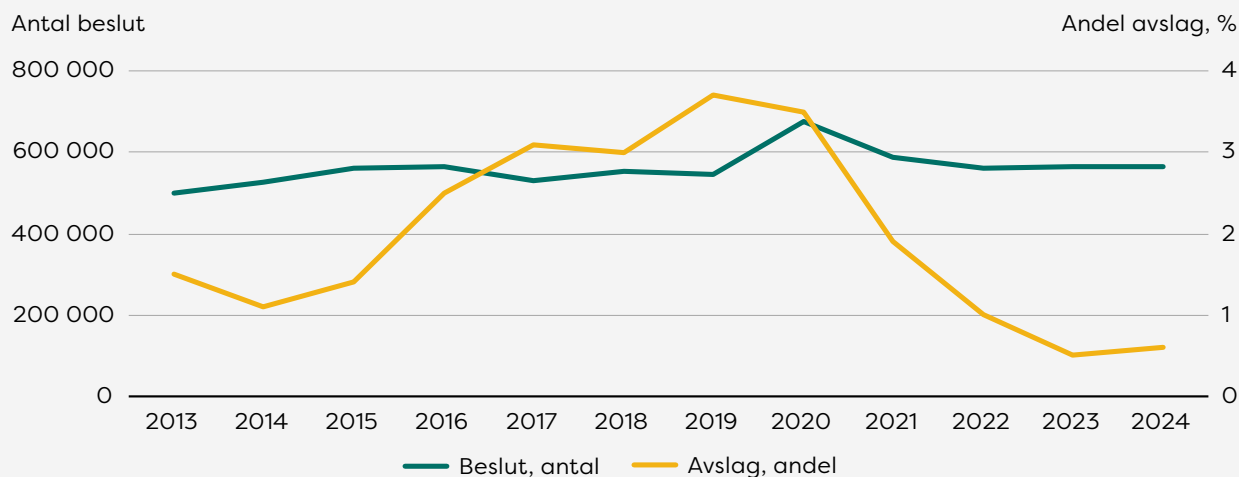


Fig 8. Totalt antal beslut i sjukfall, varav andelen avslag, vid första ansökan om sjukpenning. 2016 utfärdade regeringen Löfven I ett regleringsbrev till Försäkringskassan i syfte att minska långtidssjukskrivningarna. 2018 ändrades beslutet, efter kritik om den ökade mängden avslag. Källa: Försäkringskassan.

⁵⁸ Försäkringskassan (2025:3).

Men Försäkringskassans ändrade hantering av sjukpenningärenden mötte kritik. När myndigheten kontrollerade sjukskrivningarna noggrannare ledde det till fler kompletteringsärenden, och för de läkare som ville eller kände sig tvungna

att fortsätta sjukskriva sina patienten inbar det ytterligare arbete. Så småningom fick ett nytt regleringsbrev återställa den gamla ordningen.

5.3 Allmänläkarnas grindvaktsfunktion har inte förbättrats trots flera försök

Om allmänläkarna ska vara de som begränsar långtidssjukskrivningarna, kräver det ändrade bedömningar av sjukskrivningsärenden, enligt fynden ovan. Diagnostiken, funktionsnivå- och aktivitetsbegränsningsbedömningarna behöver skärpas. Avvägningen mellan risk och nytta måste uppenbarligen få en större plats. Fler patienter behöver nekas sjukskrivning hos läkaren.

Det har dock visat sig att läkare som känt patienten länge och upplever sympati mot densamma – alltså läkare med god kontinuitet – har en ökad tendens att sjukskriva,⁵⁹ liksom erfarna läkare och paradoxalt nog läkare som tränats i försäkringsmedicin.⁶⁰

Försök att påverka allmänläkarnas sjukskrivningsmönster har enligt en systematisk litteraturöversikt från 2022 haft blandade resultat utan någon tydligt gynnsam effekt.⁶¹ Primärvårdens fundamentala behov av goda, kontinuerliga vårdrelationer hindrar allmänläkaren från att vara en verkningsfull grindvakt till sjukförsäkringen. Kvalitativa studier pekar rentav på att läkare anpassar informationen i sjukintyget för att öka chanserna att patienten blir sjukskriven, snarare än att den medicinska bedömningen avgör.⁶²

SKR har enligt ovan föreslagit inblandning av rehabkoordinatorer och teamarbete i sjukskrivningsbedömningen. Här avses alltså ett teamarbete redan på vårdcentralen.⁶³ Ett rehabiliteringsteam kan vara multiprofessionellt och bestå av läkare, fysio- samt arbetsterapeut, psykolog, kurator, och rehabkoordinator. Tanken är att teamets medlemmar kan bidra med sina respektive kompetenser för att göra bedömningen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning mer säker.

Samtidigt ägs sjukskrivningsbeslutet av läkaren, och uppgiften kan inte delegeras. Den administrativa bördan är densamma, om inte större, eftersom teamarbetet kräver möten och dokumentation utöver sjukintyget.

Andra professioners inblandning i sjukskrivningsärenden kan även bli en källa till ytterligare konflikter.⁶⁴ I vilket fall är det vetenskapliga underlaget för svagt för att hävda att teamarbete är effektivt för att återföra långtidssjukskrivna patienter till arbete.⁶⁵ Tuutmas utredning från 2023 påpekade också att när själva sjukskrivningsbedömningarna blir föremål för rutinmässiga teambedömningar inom primärvården, riskerar sjukskrivningslängden rentav bli *längre*.⁶⁶

⁵⁹ Aamland, Malterud & Werner (2012).

⁶⁰ Normén, Svärdsudd, Andersson (2006).

⁶¹ Söderman, et al (2022).

⁶² Nilsing, et al (2013).

⁶³ SKR (2020), sid 43, 47–48, 98–99.

⁶⁴ von Knorring, et al (2008).

⁶⁵ SBU (2022).

⁶⁶ SOU 2023:48, sid 145–146; 156.

6 Allmänläkarnas arbetssituation påverkas negativt av grindvaksuppdraget

Hittills har rapporten fokuserat på allmänläkarnas tillkortakommanden i sjukskrivningsfrågor. Men givet alla svårigheter kopplade till sjukskrivningsärenden är det intressant att undersöka i vilken utsträckning sjukskrivningarna påverkar allmänläkarnas arbetssituation. I en pressad arbetssituation är det tänkbart att sjukskrivningsbedömningarna blir sämre.

6.1 Primärvården har en allmänläkarbrist

Bland de 24 EU-länder som rapporterar fördelningen av sina specialistläkare utmärker sig Sverige som det tredje sämst bemannade landet med avseende på allmänläkare, ovan Bulgarien och Grekland men långt under till exempel Danmark.⁶⁷

Bristen artar sig på flera sätt. Tillgängligheten och kontinuiteten inom den svenska primärvården, i synnerhet på landsbygden, är undermålig och för socioekonomiskt utsatta patienter är situationen ännu värre.⁶⁸ Varje vårdcentralsläkare på glesbygden har i genomsnitt en lista om 3 600 patienter, de i storstäderna 2 300.⁶⁹

⁶⁷ Eurostat (2023).

⁶⁸ Vårdanalys (2021), sid 5, 98; Vårdanalys (2024), sid 29.

⁶⁹ Vårdanalys (2018), sid 60.

Detta trots att Socialstyrelsen senast 2022 satte ett mål om maximalt 1100 listade patienter per fast anställd läkare.⁷⁰ Hyrläkare utgör omkring var femte heltidstjänst inom primärvården.⁷¹

Ett vanligt lösningsförslag är att utbilda fler läkarstudenter, som sedan kan bli allmänläkare

genom en ökad mängd ST-tjänster.⁷² Men risken är att sådana satsningar blir bortslösade, om läkarstudenterna, ST-läkarna eller de nyblivna allmänläkarna väljer andra verksamheter än primärvården.

6.2 Arbetsbelastningen gör allmänläkaryrket oattraktivt

Bara fem procent av läkarstudenterna under de sista två terminerna svarade i en stor SVT-enkät från 2022 att de säkert ville bli allmänläkare.⁷³ I en annan studie, från Distriktsläkarförbundet i Stockholm år 2022, uppgav drygt en tredjedel av ST-läkarna inom allmänmedicin – läkare som stod närmst att bli färdiga specialister inom området – att de funderade på att överge primärvården.⁷⁴

I båda dessa enkätstudier berodde den negativa inställningen på arbetsbelastningen.

År 2019 visade en undersökning av ST-läkarna i Östergötland att 80 procent jobbade övertid för att hinna med arbetsuppgifterna.⁷⁵ Svårigheter att hinna med är något som också bekräftas i undersökningar av den färdigutbildade allmänläkarkåren, detta fastän svensk primärvård har världens längsta besökstider.⁷⁶

En studie av allmänläkarkåren i Östergötland 2017 fann till exempel att varannan läkare arbetade deltid, en femtedel hade varit sjukskrivna på grund av stress.⁷⁷ Läkarförbundets egen undersökning av 500 specialister i allmänmedicin visade att omkring hälften övervägde att lämna vården helt, med anledning av arbetsbelastningen.⁷⁸

När SVT år 2022 följde upp de läkare som erhållit specialistbevis i allmänmedicin år 2018, hade 12 procent slutat. De flesta hänvisade till arbetsbelastningen. Enligt SVT:s uträkning – som också tog hänsyn till avflyttning från Sverige – innebar det att primärvården förlorade drygt en tredjedel av alla de som blev specialister i allmänmedicin 2018.⁷⁹

⁷⁰ Socialstyrelsen (2022).

⁷¹ Vårdanalys (2018), sid 65.

⁷² Torkelsson (2024).

⁷³ Berglund, Sima (2022:1).

⁷⁴ Svenska distriktsläkarförbundet (2022).

⁷⁵ Ström (2019).

⁷⁶ Irving, et al (2017).

⁷⁷ Cederberg (2017).

⁷⁸ Cederberg (2019).

⁷⁹ Berglund, Sima (2022:2).

6.3 Lönerna är inte förklaringen

Synaps har riktat en förfrågan till Sveriges läkarförbund (SLF) om statistiskt material för att se om allmänläkarnas löner skulle kunna vara en alternativ förklaring till varför primärvården inte utgör en attraktiv arbetsgivare. SLF har försett Synaps med översiktlig lönestatistik.

Sammantaget ligger allmänläkarlönerna strax under genomsnittet för alla specialister, men om man bortser från tilläggspecialiteterna

(där läkaren sannolikt kommit längre i karriären) ligger allmänmedicin precis på eller strax över snittet.

Det ska också noteras att allmänläkarna knappt in på lönegenomsnittet för alla specialister sedan 2008, enligt samma data. Därmed är det osannolikt att allmänläkaryrkets bristande attraktivitet, och svårigheter att behålla färdiga specialister, beror företrädesvis på lönefrågan.

6.4 Sjukskrivningsprocessen är en källa till konfrontationer och intressekonflikter mellan patient, läkare, och myndigheter

Att neka en sjukskrivning kan innebära att patient-vårdrelationen förstörs, och att den behandlande läkaren blir bemött på ett otrevligt sätt av patienten. I vissa fall förekommer hot och våld. Bekymmer att hantera reaktioner och konfrontationer under patientbesöket kan bidra till längre sjukskrivningar än nödvändigt.⁸⁰ Allmänläkaren kan fastna i en situation där denne blir en slags obekväm allierad med patienten i striden mot Försäkringskassan, för att undvika obehagen som är förknippade med att neka patienten sjukskrivning.⁸¹

Men läkaren ska inte alltid göra som patienten vill, eftersom patientens uppfattning inte alltid överensstämmer med det medicinska behovet. Dessutom har läkaren myndighetsrekommendationer och -regleringar att förhålla sig till. Här finns alltså en tredelad intressekonflikt: mellan patient, läkare, och myndigheter.

Internationell och nordisk forskning visar tydligt att allmänläkare har svårt att hantera intressekonflikten. Det är särskilt svårt att avgöra i vilken utsträckning patienten faktiskt behöver en sjukskrivning ens på medicinska grunder, men också hur vårdrelationen ska bibehållas trots motsättningarna. Samhällsekonomiska aspekter och myndigheternas inblandning försvårar ytterligare.⁸²

Att i onödan utfärda en sjukskrivning har sina egna risker, även för läkaren. De svåra bedömningarna, konfrontationerna och intressekonflikterna i fallet skjuts bara på framtiden eftersom sjukintyget måste förnyas regelbundet. Försäkringskassan kan också inkomma med kompletteringsförfrågningar, vilka innebär ytterligare administrativt arbete.⁸³

⁸⁰ Bränström, et al (2013); Nilsen & Malterud (2017).

⁸¹ Nilsing, et al (2013).

⁸² Letrilliart & Barrau (2012); Socialstyrelsen (2023), sid 26; Wynne-Jones (2010).

⁸³ Johansson, et al (2019), sid 15, 24.

För allmänläkaren är alltså sjukskrivningsbesök en källa till en försämrad arbetssituation. Bedömningarna präglas av en svår balansgång mellan olika intressen. Utfallet avgörs av faktorer hos patient, läkare, och det aktuella sjukdomsfallet. Trots att problemen är kända sedan början av 2000-talet har än så länge ingen tydlig lösning kunnat identifieras.⁸⁴

6.5 Sjukskrivningarna orsakar en ökad arbetsbelastning

Sjukskrivningsärenden är vanliga fall i primärvården. Nästan hälften av primärvårdens läkare handlägger sjukskrivningsärenden sex gånger eller fler i veckan. Nästan alla handlägger sjukskrivningsfall minst en gång i veckan.⁸⁵

Utöver att sjukskrivningarna orsakar konfrontationer är de också tidsödande, dels eftersom ett konfliktfyllt besök riskerar dra ut på tiden, dels eftersom ifyllandet av ett sjukintyg är en omfattande administrativ uppgift.

6.5.1 Sjukskrivningar kräver omfattande dokumentation

FK7804 i pappersform (se fig. 9) består av fyra A4-sidor, elva fritextfält och 32 checkboxar. Läkaren ska ange kontaktformen som föranlett intyget. Därefter ska läkaren beskriva patientens sysselsättning och eventuella arbetsuppgifter. Diagnoskod, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning ska anges. Pågående och planerad medicinsk behandling ska också dokumenteras. Sedan ska läkaren ge sin bedömning av graden och varaktigheten av nedsatt arbetsförmåga (25, 50, 75, respektive 100 procent). Till sist finns uppgifter att lämna om tillståndets prognos och vilka åtgärder som kan underlätta återgång i arbete.⁸⁶

Allmänläkaren ska alltså förse Försäkringskassan med både icke-medicinska uppgifter och en omfattande plan för patientens rehabilitering.

Redan 2010, när sjukintyget bara var två A4-sidor långt, påpekade kritiker att dokumentlängden ökat över tid, och att arbetsinsatsen för att fylla i intyget skulle kunna vara avsiktlig, för att förhindra slentrianmässiga sjukskrivningar.⁸⁷ Det vore i så fall en dålig metod att reglera sjukförsäkringen, med tanke på hur viktigt det är med goda arbetsförhållanden i primärvården.

⁸⁴ Söderman, et al (2022).

⁸⁵ Alexandersson, et al (2018), sid 58.

⁸⁶ Försäkringskassan (2024:2).

⁸⁷ Marklund (2010).

Fig 9. FK 7804. Intyget är i pappersform fyra sidor långt men hanteras i regel via en digital intygsportal. Källa: Försäkringskassan.

6.5.2 Svårigheter att hinna med både besök och administration

Åtta av tio vårdcentralläkare upplever att det oftast är svårt att hinna med patientbesöken i sjukskrivningsärenden. Ännu fler upplever svårigheter med det administrativa arbetet kring sjukskrivningar, enligt en större enkätstudie genomförd av Socialstyrelsen år 2023.⁸⁸ Sjukskrivningsärenden är alltså svårhanterade både i patientsamtalet, i bedömningen, och sedan när läkaren sedan ska följa upp med dokumentationen.

Det finns ett relativt starkt samband mellan hur ofta olika specialtläkare hanterar sjukskrivningsärenden och hur ofta de upplever att sjukskrivningsärenden utgör ett problem. Allmänläkarna har dock oproportionerligt ofta problem med sjukskrivningar i relation till hur många ärenden de hanterar i veckan, jämfört med specialister inom till exempel ortopedi, onkologi och rehabiliteringsmedicin.⁸⁹

I en internationell undersökning där Sverige jämfördes med nio andra jämförbara länder svarade sex av tio svenska allmänläkare att de upplevde stora problem med tidsåtgången

för administrativa uppgifter kopplade till Försäkringskassan. Det var det näst högsta resultatet och bara några procentenheter under Schweiz, vars allmänläkare upplevde den värsta situationen. De läkare som är missnöjda med kontakten med Försäkringskassan känner också i större utsträckning att de är missnöjda med läkaryrket.⁹⁰

Det ska noteras att Sveriges resultat förbättrats mellan de undersökta årtalen, 2019–2022, möjligen beroende på att andelen patienter som fått avslag av Försäkringskassan i sjukpenningärenden minskat drastiskt under samma tid.

Om sjukskrivningsärenden hanteras för skyndsamt på grund av tidsbrist och stress finns en risk att sjukfallet blir längre än nödvändigt.⁹¹ Då skapas en ond cykel (fig. 10), där sjukskrivningsärenden resulterar i en stressig arbetssituation, som i sin tur leder till att fler patienter får problematiska långtidssjukskrivningar.

⁸⁸ Socialstyrelsen (2023), sid 44–45.

⁸⁹ Alexandersson, et al (2018), sid 64–66.

⁹⁰ Vårdanalys (2022), sid 41, 48–49.

⁹¹ Bränström, et al (2013).

- Dokumentationskrav
- Behov av regelbunden uppföljning
- Kompletteringsärenden och konflikter
- För många listade
- Konfrontationer i samband med förlängning
- Press från andra yrkeskategorier



Fig 10. Primärvårdens inblandning i sjukskrivningsprocessen resulterar i en ond cykel, där svårigheter att hantera intressekonflikter leder till alldeles för generösa sjukskrivningsbedömningar, som i sin tur mynnar ut i för många och för långa sjukskrivningar, vilka sedan belastar primärvården och resulterar i en allmänläkarbrist.



7 Diskussion

Rapportens viktigaste fynd är att:

- Primärvårdens allmänläkare står för en oproportionerligt stor del av långtidssjukskrivningarna. De fem vanligaste stressrelaterade diagnoserna utgör en femtedel av alla långtidssjukskrivningar och har ökat dramatiskt mellan 2010–2023.
- Allmänläkarnas bedömningar av sjukskrivningsärenden leder till fler långtidssjukskrivningar, beroende på felaktig diagnostik framför allt gällande de så kallade stressrelaterade diagnoserna. Det finns även svårigheter i värderingen av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning. Långtidssjukskrivningar utfärdas fastän prognosen för återgång till samma arbetsuppgifter är oklar. Försök att förbättra allmänläkarnas bedömningar har misslyckats.
- Utövningen av grindvaktfunktionen inom primärvården är nästintill omöjlig på grund av risken för förstörda läkar-patientrelationer, intressekonflikter mellan patient, läkare och myndigheter, samt den arbetsbörda som sjukskrivningsbedömningarna innebär. Grindvaktsuppdraget leder till att allmänläkaryrket blir oattraktivt och att allmänläkare lämnar primärvården. Arbetsbördan leder också till att fler långtidssjukskrivningar utfärdas.

Sammanfattningsvis verkar primärvårdens allmänläkare misslyckas i utövandet av grindvaktsuppdraget, eftersom förutsättningarna att lyckas inte finns.

De förslag som tidigare utredningar kommit med, senast Tuutma, hjälper antingen inte eller förskjuter bara problemet till en annan del av vården. Ökad utbildning i försäkringsmedicin hjälper inte mot intressekonflikten. Enklare intyg vid kortare sjukskrivning underlättar bara administrationen för de redan enklaste ärendena. Koordinering mellan de olika aktörerna riskerar förvärra den administrativa bördan inom primärvården.

Försäkringsmedicinska specialistenheter riskerar bli resursintensiva och kommer föras i samma otacksamma position som allmänläkarna, om de förväntas ta över primärvårdens sjukfall. Om dessa specialistenheter blir för generösa, kommer många patienter önska remitteras dit, och de omotiverade långtidssjukskrivningarna förblir. Om specialistenheterna blir mer restriktiva, kommer patienterna inom primärvården inte vilja remitteras dit, och remissfrågan blir i sig en orsak till konfrontationer inom primärvården.

Om sjukförsäkringen ska stabiliseras över tid, om långtidssjukskrivningarna ska begränsas och de onödiga sjukintygen minskas, och om primärvården ska fungera bättre, måste en omfördelning av ansvar för grindvaktuppdraget göras.

I diskussionen nedan lägger Synaps fram förslag för hur situationen kan lösas. Förslagen är strukturerade enligt tre huvudsakliga teman: en omarbetning av sjukskrivningsprocessen, större roll för arbetsgivare och fack vid arbetsplatsrelaterad problematik, och ett införande av fler socialförsäkringar för icke-sjukligt lidande.

7.1 Sjukskrivningsprocessen behöver omarbetas och skärpas

Sjukskrivningsprocessen är idag för tidsödande och komplicerad, samtidigt som läkarna och i synnerhet allmänläkarna är under hård press och har möjligheten att göra alldeles för subjektiva och generösa bedömningar. Denna systeminkongruens gör att allmänläkarna drivs in i ett mödosamt evighetsarbete, som resulterar i fler skadliga långtidssjukskrivningar och en sämre arbetssituation.

Lösningen är att läkarnas roll i sjukskrivningsprocessen görs om. Läkare besitter framför allt medicinsk kompetens. Sjukskrivningsprocessen

borde reflektera detta. Den centrala frågan som läkaren behöver besvara är: finns det en *sjukdom*? De berörda myndigheterna, framför allt Socialstyrelsen, måste få ett större uppdrag i att knyta olika sjukdomar till aktivitetsbegränsningar, snarare än att detta ska lämnas till allmänläkarna.

Läkaren ska förse Försäkringskassan med i första hand objektiv medicinsk information: en diagnos, och diagnosspecifik information om svårighetsgrad samt prognos.

7.1.1 Öka Socialstyrelsens ansvar genom diagnosanpassade rehabiliteringsförlopp

Det försäkringsmedicinska beslutsstödet är i grunden bra. Socialstyrelsens experter besitter mer kunskap i försäkringsmedicin och är framför allt inte involverade i patient-läkarrelationen, i jämförelse med allmänläkaren.

Beslutsstödet är dock utformat för att möjliggöra individanpassade sjukskrivningar, vilket tyvärr öppnar för just de bristande, subjektiva och generösa bedömningar som karaktäriserar primärvårdens grindvaktsuppdrag idag. Läkarens individanpassning vid svårbedömda diagnoser är för övrigt varken mer legitim eller objektiv än om patienten själv bara hade rapporterat sina symtom: den som vill vara hemma länge kan åberopa ett större behov av återhämtning, eller värre symtom, utan att dessa uppgifter grundar sig i något medicinskt fynd.

Att beslutsstödet skärps och får en avgörande roll i sjukskrivningsprocessen är därför önskvärt. På så vis överförs en viktig del av grindvaktsuppdraget – framför allt bedömningen av aktivitetsbegränsningen – från primärvårdens allmänläkare till Socialstyrelsen, utan att Socialstyrelsen för den delen behöver blanda sig in i individuella fall. Läkaren konstaterar om patienten har en sjukdom eller ej, Socialstyrelsens förstärkta riktlinjer

om sjukdomen motiverar sjukskrivning mot patientens arbetsuppgifter och i så fall i vilken omfattning.

Ett sätt att genomföra detta är genom förberedda rehabiliteringsförlopp, där de 100 vanligaste diagnoserna vid långtidssjukskrivning arbetas in i förberedda, diagnosanpassade, digitala intyg under Socialstyrelsens och Försäkringskassans ansvar. Den icke-medicinska informationen och mängden fritext begränsas kraftigt i dessa intyg. Ett exempel på hur ett rehabiliteringsförlopp skulle kunna fungera i praktiken beskrivs nedan.

Via den digitala intygstjänsten för allmänläkaren in diagnosen. Därefter uppstår ett diagnosanpassat intyg. Ett intyg för ett benbrott i underarmen kanske efterfrågar information om diagnosens debut, svårighetsgrad, prognos, och om operation är indicerad samt i så fall vilket datum. För akut stressreaktion efterfrågas traumats tidpunkt och allvarlighetsgrad.

Under tiden rapporterar patienten in sina arbetsuppgifter till Försäkringskassan.

Baserat på informationen som anges i sjukintyget och i samkörning med de självrapporterade arbetsuppgifterna genereras *automatiskt* en viss sjukskrivningstid och -nivå.

Sjukskrivningsomfattningen är förutbestämd för vardera en av de 100 diagnoserna, med hänsyn till arbetsuppgifter, svårighetsgrad, och prognos, via Socialstyrelsen.

Om patienten vill överklaga den automatiskt kalkylerade sjukskrivningsomfattningen får hen vända sig till Försäkringskassan, som sedan själva får begära ut journalkopior och granska sjukfallet för att se om det finns särskilda medicinska skäl att medge ytterligare sjukpenning. På så vis minimeras läkarens inblandning när ytterligare information behöver inhämtas. Detta förfarande liknar hur privata försäkringsbolag arbetar med sina skadeärenden.

Det kan finnas fall där den beviljade sjukskrivningstiden blir längre genom rehabiliteringsförlopp än vad ett typiskt sjukintyg idag medger. För cancerdiagnoser skulle relevant prognostisk information kunna vara om tillståndet överhuvudtaget är botbart. Om patienten är palliativ enligt en multidisciplinär konferens finns egentligen ingen anledning att efterfråga upprepade intyg. Patienten tilldelas en generös sjukskrivningsomfattning och upprepade meningslösa bedömningar av patientens subjektiva (men medicinskt förklarliga) lidande minimeras.

Givetvis går det inte täcka in alla sjukdomar i den mänskliga kroppen i ett sådant system. Men eftersom de fem största stressrelaterade diagnoserna utgör en femtedel av alla långtidssjukskrivningar kommer en sådan satsning räcka långt.

Läkaren får en enklare administrativ arbetsuppgift och möjligheten att utfärda för långa

sjukskrivningar begränsas. Patienten borde i möjligaste mån själv få disponera över rehabiliteringsflödenas beviljade sjukskrivningsomfattning, genom att förlägga sina förutbestämda sjukskrivningstimmar på ett liknande sätt som vid ansökan om föräldrapenning.

På så vis skulle en patient kunna lägga upp en kortare sjukskrivning, men på heltid under hela förloppet, eller en längre sjukskrivning med ett större inslag av deltidsarbete. Läkarens detaljstyrande är inte nödvändigt – det tillför ändå ingen vidare objektivitet när det gäller vilket upplägg patienten tycker fungerar bäst – och behövs därför inte. Detta förutsätter förstås att arbetsplatsens bemanningssituation medger patientens upplägg.

Synaps rekommenderar:

Läkarens uppdrag i sjukskrivningsprocessen ska i möjligaste mån avgränsas till objektiv diagnostik, och diagnosspecifik information om svårighetsgrad och prognos.

Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd behöver skärpas och få en avgörande roll i sjukskrivningsprocessen.

Upprättandet av diagnosanpassade rehabiliteringsflöden med via Socialstyrelsen förutbestämd sjukskrivningsomfattning för de 100 vanligaste diagnoserna vid långtids-sjukskrivning.

7.1.2 Den psykiatriska diagnostiken behöver skärpas och Socialstyrelsen måste göra mer mot överdiagnostiken

I sjukintygen behöver den kriteriebaserade psykiatriska diagnostiken få en större roll. Om en akut stressreaktion anges i ett intyg, ska det finnas uppgifter som bekräftar det psykiska traumat allvarlighet.

Diagnosen utmattningssyndrom borde aldrig ha införts. Borttagandet är därför välkommet, men skadan är redan skedd. De beslut som ledde fram till införandet behöver utredas, för att misstaget inte ska upprepas i framtiden.

Överanvändandet av de stressrelaterade diagnoserna generellt hade kunnat stoppas i tid. Socialstyrelsen måste få i uppgift att granska de

diagnoser vars bruk växer alldeles för fort. Det är osannolikt att en befolkning utvecklar en massiv epidemi av akuta stressreaktioner, fränsett krigssituationer.

Men det behöver inte bara handla om diagnoser som på olika sätt låser upp socialförsäkringar, utan även sådana som medger behandling med beroendeframkallande substanser eller som är relevanta juridiskt. I det fall en överdiagnostik identifieras behöver den upphöra.

Synaps rekommenderar:

Den kriteriebaserade psykiatriska diagnostiken måste få större betydelse i sjukintygen.

Det behövs en utredning för att systematiskt kartlägga vad som gick fel vid införandet av diagnosen utmattningssyndrom.

Borttagandet av diagnosen måste fullföljas.

En utökning av Socialstyrelsens uppdrag, till att identifiera, motarbeta, och korrigera överdiagnostik, i synnerhet inom sjukförsäkringen.

7.2 Öka prognosens betydelse

Sjukdomens slutliga prognos måste få större betydelse för rehabiliteringskedjan, som idag kan fortsätta till dag 180 även om rehabiliteringen mot den aktuella arbetsgivaren är utsiktslös.

I en del fall kommer exempelvis en ortopedisk operation inte leda till en varaktigt förbättrad arbetsförmåga. Patienten borde då rimligen söka efter ett nytt jobb tidigt i förloppet, i stället för att sjukskrivas under hela väntetiden

till operationen, opereras, och sedan sjukskrivas igen i väntan på att rehabiliteringen ska misslyckas.

Synaps rekommenderar:

Den slutliga prognosen beträffande arbetsförmågan måste få ökad betydelse i rehabiliteringskedjan.

7.3 Arbetsgivare och fack behöver ta ett större ansvar vid arbetsplatsrelaterat icke-sjukligt lidande

För den enskilde är den viktigaste åtgärden vid arbetsplatsrelaterad icke-sjuklig problematik, såsom stress och utsatthet för kränkande särbehandling, att diskutera situationen med sin chef, alternativt att byta jobb. Samtidigt som det är viktigt att betona det individuella ansvaret måste det också finnas vägledning att få, och upprättelse för den som utnyttjats eller mobbats.

Men en läkare kan och ska inte fylla de funktionerna. Läkaren besitter i första hand medicinsk kunskap och har ingen insyn i arbetsmiljön på den aktuella arbetsplatsen. Det är omöjligt för en läkare att avgöra om arbetsuppgifterna faktiskt varit för omfattande – det finns inga pålitliga

objektiva undersökningsfynd som indikerar en utarbetning (se bristerna med diagnosen utmattningssyndrom) – eller vem som haft rätt i en konflikt, eller vem som särbehandlats, och vem som särbehandlat.

Det är inte heller någon *sjukdom* att bli utsatt för dessa situationer, även om de skapar lidande, såvida trakasserier inte uppnår kriterierna för katastrofalt psykiskt trauma. Begreppen *arbets-sjukdom* och *arbetsskada* borde därför inte tillämpas i dessa sammanhang, precis som det inte är en sjukdom eller skada att bli utarbetad eller särbehandlad *utanför* jobbet.

Sjukdomsetiketten är dessutom inte nödvändig för att beskriva hur mycket lidande den drabbade har genomgått. Den kan rentav felaktigt flytta fokus från omständigheterna – som behöver åtgärdas – till den drabbade. En sjukskrivning ska inte ha någon plats i hanteringen av arbetsplatsrelaterat icke-sjukligt lidande.

Det finns ett behov av den funktion som läkarna just nu felaktigt utövar, som en tilltänkt opartisk bedömare och utdelare av kompensatorisk vila, åt arbetsgivare, fack, och myndigheter. Det finns ingenting som hindrar dessa aktörer att själva ta över funktionen. Det kommer bli helt nödvändigt om diagnostiken skärps för de psykiatriska diagnoserna och om läkarens roll i sjukskrivningsprocessen avgränsas.

Det är framför allt tre olika slags icke-medicinska situationer som behöver lyftas från primärvården tillbaka till spelplanen mellan arbetsgivare, fack, och myndigheter: kränkande särbehandling, konflikthantering på arbetsplatsen, samt frågan om överbelastning på arbetsplatsen. En läkarbedömning kan förstås fortfarande vara nödvändig för att utesluta faktisk sjukdom – psykisk eller fysisk – som förklaring till att den enskilde hamnat i de olika situationerna, eller om trakasserier svårighetsgrad överensstämmer med ett katastrofalt psykiskt trauma enligt kriterierna för akut stressreaktion.

De externa bedömare som ska ta över från läkarna behöver ha spetskompetenser inom arbetsmiljö, juridik, och god kännedom om de inblandade arbetsplatserna. Samtidigt ska de inte vara lika partiska som primärvårdens allmänläkare. Exakt hur dessa nya externa bedömare ska utformas specificeras inte här. Rapporten tar inte heller ställning i frågan om exempelvis utarbetning ska motivera kompensatorisk vila som en slags arbetsmiljöåtgärd.

Synaps rekommenderar:

Arbetssjukdoms och -skadebegreppen ska avgränsas till korrekt diagnostiserade sjukdoms- och skadetillstånd förankrade i evidensbaserad medicin.

Arbetsgivare, fack och relevanta myndigheter behöver tillsammans komma överens om hur bedömningen ska ske av individens utsatthet för kränkande särbehandling, konflikter, och överbelastning på arbetsplatsen, utan vårdens inblandning.

Läkarnas uppdrag i fråga om arbetsplatsrelaterat icke-sjukligt lidande ska avgränsas till att utesluta objektiva påvisbara sjukdoms- och skadetillstånd, som konsekvenser eller orsaker till lidandet.

7.4 Fler socialförsäkringar behövs för icke-sjukliga tillstånd

Det finns fler situationer, utöver den arbetsplatsrelaterade problematiken, där en lidande individ är i behov av stöd, kanske rentav arbetsfrånvaro, fastän lidandet inte är sjukligt. Det som förenar

samtliga fall nedan är att vårdens inblandning inte är nödvändig, utan ersättningarna kan bedömas och delas ut via andra instanser.

7.4.1 Inför sorgeledighet

Sorgereaktioner är helt normala företeelser, och ska varken rubriceras eller behandlas som sjukdom, varför primärvårdens inblandning inte

är önskvärd utom i komplicerade fall (såsom vid anpassningsstörning).

Den som genomgår en sorgereaktion kan ha svårt att ägna sin tid och energi åt arbetet. En kortare tids arbetsfrånvaro med ersättning är rimlig. Förslagsvis tilldelas varje svensk medborgare ett förbestämt antal sorgedagar (sorgeledighet) att ta ut i samband med anhörigas dödsfall genom livets gång. Uttagen vid varje dödsfall skulle kunna anpassas av individen själv och givetvis skulle särskilt ömmande dödsfall, såsom när barn dör, kunna medge undantag med större uttag utöver den individuella potten.

Införande av sorgedighet förutsätter att den psykiatriska diagnostiken skärps, för att sörjande

individer inte både ska få sorgedighet och felaktiga sjukskrivningar för till exempel akut stressreaktion.

Synaps rekommenderar:

Införande av en individualiserad sorgedighet, med ett förbestämt antal sorgedagar att disponera över fritt genom livets gång, i samband med anhörigas dödsfall.

7.4.2 Kommunerna måste vägleda äldre och sjuka mer

En annan situation som kan skapa stress och lidande hos den enskilde är när en (ofta äldre) anhörig behöver hjälp att söka olika kommunala stödinsatser. Den hjälpende individen riskerar dras in i ett byråkratiskt arbete på sin fritid, samtidigt som det ordinarie arbetet kräver full närvaro.

Anhöriga ska inte behöva driva vård- och omsorgsprocesser. Det ligger utanför den här rapporten att diskutera hur kommunerna kan ta ett större ansvar för äldre och sjuka utan egen förmåga att driva ansökningar om stödinsatser. Vad som är säkert är att kommunerna inte får

spara in på det vägledande uppdraget, med konsekvensen att anhöriga och i förlängningen primärvården får bära bördan i stället.

Synaps rekommenderar:

Kommunerna måste ta ett större ansvar för att vägleda äldre och sjuka till olika sorters stödinsatser, och utforma byråkratiska processer som tar hänsyn till brukarens initiativ- och beslutsförmåga, för att anhörigas inblandning ska kunna minska.

7.4.3 Ersättning till personer utsatta för en hotbild

Ibland flyttas utsatta personer från sina hemorter och arbeten, för att skydda dem från någon slags hotbild. Med anledning av hotbilden kan det vara svårt att söka jobb. Naturligtvis kan sådana fall vara förknippade med faktiska akuta stressreaktioner och PTSD, där den drabbade flyr en våldsutsatthet. Då kan sjukskrivningar vara motiverade på grund av de aktuella diagnoserna, men själva hotbilden utgör inte någon sjukdom och ska därför varken bedömas av vårdn eller motivera någon sjukskrivning.

Försäkringskassan borde förvalta en ersättning som täcker förlust av inkomst på grund av en hotbild. Om den utsatta individen på grund av hotbilden har svårt att delta i

arbetsförmedlingens verksamhet, i arbetsplatsinriktad rehabilitering, eller kommunala arbetsmarknadsprogram, ska ersättningen också kunna delas ut. En sådan ersättning ska givetvis stå i proportion till den faktiska hotbilden.

Liksom med sorgedighet förutsätter införandet av denna ersättning en skärpning av den psykiatriska diagnostiken.

Synaps rekommenderar:

Införande av en ersättning för personer som förlorar inkomst och förmåga att söka nya arbeten på grund av en aktuell hotbild.

7.4.4 Oavlönat arbete i hemmet är en jämställdhetsfråga

Försäkringskassan uppmärksammar kvinnornas oavlönade arbete i hemmet som en orsak till den ojämna fördelningen av långtidssjukskrivningar mellan könen.⁹² Ett fenomen som ibland ses i vården är att kvinnor förväntas ställa upp i en oproportionerlig utsträckning med barnomsorg och hushållsuppgifter. Detta ska absolut inte föranleda någon sjukskrivning eftersom åtgärden bara riskerar förvärra situationen: den drabbade individen kan då bli helt fast i hemmet. Läkaren har därutöver ingen insyn i de faktiska hemförhållandena.

Här finns ett betydande individuellt ansvar att se över sina livomständigheter och se till att arbetsbördan och -fördelningen i hemmet är hållbara. Samtidigt kan det finnas strukturella faktorer som gör att kvinnor i större utsträckning hamnar i den ovan nämnda situationen. Det ligger utanför den här rapporten att diskutera politik för jämställdhet, mer än att konstatera att ytterligare arbete behövs för att jämna ut skillnaderna.

Synaps rekommenderar:

Effektiv politik för jämställdhet behövs för att jämna ut skillnaderna i det oavlönade arbetet i hemmet.



⁹² Försäkringskassan (2025:4).

Referenser

- Aamland, A, Malterud, K, & Wener, E L (2012). Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Symptoms: a systematic review. *Scand J Prim Health Care*, 30(3):147-155.
- Alexandersson, K, et al (2018). Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Rapport. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för klinisk neurovetenskap. <<https://ki.se/media/206724/download>>.
- Andersson, O (2013). »Medikaliserande« sjukskrivningar hot mot rehabiliteringen. *Läkartidningen*, 2013, 110:CF37.
- Berglund, H & Sima, L (2022:1). SVT:s enkät visar: Lågt intresse för primärvården bland landets läkarstudenter. SVT, 22 april. Hämtad 2024-09-21, <<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/svt-s-enkat-visar-lagt-intresse-for-primarvarden-bland-landets-lakarstudenter>>.
- Berglund, H & Sima, L (2022:2). SVT-enkät: Läkare inom primärvården vittnar om en ohållbar arbetssituation. SVT, 20 april. Hämtad 2024-09-21, <<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/svt-enkat-lakare-inom-primarvarden-vittnar-om-ohallbar-arbetssituation>>.
- Bjørndal, M T, et al (2022). Work after mental-health-related absence: a qualitative study of perceived change after a combination of metacognitive therapy and work-focused interventions. *BMC Public Health*, 22:2231.
- Bjørndal, M T, et al (2024). Negative beliefs about working with health problems and support at work as predictors for return to work for people struggling with common mental disorders. *J Occup Rehabil*, oktober 2024. Publicerad online, väntar tryck. Doi: 10.1007/s10926-024-10243-6.
- Bryngelson, A, et al (2013). All-cause and cause-specific mortality after long-term sickness absence for psychiatric disorders: a prospective cohort study. *PLoS ONE*, 8(6):e67887.
- BRÅ (2025). Dödligt våld. Hämtad 2025-02-20, <<https://bra.se/amnen/dodligt-vald#h-DodligtvaldiSverigesedan1990>>.
- Bränström, R, et al (2013). Reasons for and factors associated with issuing sickness certificates for longer periods than necessary: results from a nationwide survey of physicians. *BMC Publ Health*, 13:478.
- Cederberg, J (2017). Många primärvårdsläkare sjukskriver sig. *Läkartidningen*, 2017, 114:EMP7.
- Cederberg, J (2019). Många allmänläkare överväger att lämna vården. *Läkartidningen*, 2019, 116:FXDA.
- Eurostat (2023). Healthcare personnel statistics – physicians. Hämtad 2024-09-21. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians&oldid=460643#Healthcare_personnel>.
- Floderus, B, et al (2005). Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *J Rehabil Med*, 37(5):291-299.
- Folkhälsomyndigheten (2020). Högre risk för suicid bland personer som blir sjukskrivna och arbetslösa. Faktablad. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Försäkringskassan (2023). Försäkringskassans lägesrapport 2023:1 – psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. Rapport. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2024:1). Intyg för sjukpenning. Hämtad 2025-02-10. <<https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/sjukdom-och-skada/intyg-for-sjukpenning>>.
- Försäkringskassan (2024:2). Medicinska underlag och blanketter. Hämtad 2025-02-09. <<https://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/medicinska-underlag-och-blanketter>>.

- Försäkringskassan (2024:3). Rehabiliteringskedjan. Hämtad 2025-02-10. <<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/rehabiliteringskedjan>>.
- Försäkringskassan (2024:4). Försäkringskassans lägesrapport 2024:1 – psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. Rapport. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2025:1). Antal pågående sjukfall. Hämtad 2025-09-01. <<https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-pagaende-sjukfall-diagnos-alder-langd>>.
- Försäkringskassan (2025:2). Utbetalad sjuk- och rehabiliteringspenning efter diagnos. Hämtad 2025-02-13. <<https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-antal-mottagare-diagnos>>.
- Försäkringskassan (2025:3). Beslut vid första ansökan om sjukpenning. Hämtad 2025-02-14. <<https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk/sjp-beslut-forsta>>.
- Försäkringskassan (2025:4). Kvinnor är sjuk-skrivna dubbelt så ofta som män. Hämtad 2025-09-06. <<https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2025-04-01-kvinnor-ar-sjukskrivna-dubbelt-sa-ofta-som-man>>.
- Gabbay, M, et al (2011). NICE guidance on long-term sickness and capacity. *Brit J of General Practice*, 61(584):e118-e124.
- Goorts, K, et al (2020). Psychological determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study. *J Epidemiol Comm Health*, 74(11):913-918.
- Haller, H, et al (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int*, 112(16):279-287.
- Hedman, F, et al (2018). Svag evidens för rehab-koordinatorer. *Läkartidningen*, 2018, 115:E6TP.
- Hytti, H (2006). Why are Swedes sick but Finns unemployed? *Int J of Soc Welfare*, 15(2):131-141.
- Irving, G, et al (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 2017(10):e017902.
- ISF (2016). Läkares sjukskrivning av kvinnor och män. Rapport. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2018:1). Regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar. Rapport. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- ISF (2018:2). Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. Rapport. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
- Johansson, G, et al (2019). Arbetsmiljön i primärvården – intervjuer med läkare och sjuksköterskor. Rapport. Stockholm: Centrum för arbets- och miljömedicin (CAMM). <<https://slf.se/sflf/app/uploads/2019/11/primarvardens-arbetsmiljo-webb.pdf>>.
- Kommunals a-kassa (2024). Har du sagt upp dig själv? Hämtad 2025-03-05. <<https://www.kommunalsakassa.se/om-du-blir-arbetslos/har-du-sagt-upp-dig-sjalv.html>>.
- Letrilliart, L, & Barrau, A (2012). Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *Eur J Gen Pract*, 18(4):219-228.
- Linden, P, & Riebling, N (2022). Unemployed + sick = more deserving? A survey experiment on how the medicalization of unemployment affects public opinion. *Front Sociol*, 7.
- Linden, P, & Riebling, N (2025). Medicalisation of Unemployment: an analysis of sick leave for the unemployed in Germany using a three-level model. *Work, Empl and Soc*, 39(1):139-162.
- Macías-Toronjo, I, et al (2020). Fear-Avoidance Behavior and Sickness Absence in Patients with Work-Related Musculoskeletal Disorders. *Medicina (Kaunas)*, 56(12):646.
- Marklund, S-E (2010). Läkarnas administrativa arbete ökar allt snabbare. *Läkartidningen*, 15/6 2010. Hämtad 2025-02-14, <<https://lakartidningen.se/lt-debatt/2010/06/lakarnas-administrativa-arbete-okar-allt-snabbare/>>.

- Mather, L, et al (2019). Adverse outcomes of sick leave due to mental disorders: A prospective study of discordant twin pairs. *Scand J Public Health*, 47(2):127-136.
- Mittendorfer-Rutz, E, et al (2012). Sickness absence due to specific mental diagnoses and all-cause and cause-specific mortality: a cohort study of 4.9 million inhabitants of Sweden. *PLoS One*, 7(9):e45788.
- Nilsen, S & Malterud, K (2017). What happens when the doctor denies the patient's request? A qualitative interview study among general practitioners in Norway. *Scand J Prim Health Care*, 35(2):201-207.
- Nilsing, E, et al (2013). Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: a focus group study in Sweden. *J Occup Rehabil*, 23(3):450-461.
- Norrmén, G, Svärdsudd, K, Andersson, D (2006). Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. *Scand J Prim Health Care*, 24(2):104-109.
- OECD (2025). OECD Data Explorer – Waiting Times. Hämtad 2025-02-21. <[https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_WAITING&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&dq=.....WTSP...&pd=2010%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_WAITING&df[ag]=OECD.ELS.HD&dq=.....WTSP...&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb)>.
- Ohlin, E (2007). Marie Åsberg tar över. *Läkartidningen*, 104(40):2854-2856.
- Ohlin, E (2008). Riktlinjerna för utmattningssyndrom klara. *Läkartidningen*, 105(21):1558-1559.
- Regeringsbeslut S2015/07997/RS, S2015/07998/RS, S2015/08135/RS. Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Försäkringskassan. <<https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?RBID=17015>>.
- Region Kalmar län (2023). Riktlinje sjukskrivningsansvar primärvård och specialistkliniker. Hämtad 2025-02-12. <https://vardgivare.regionkalmar.se/globalassets/vard-och-behandling/forsakringsmedicin/riktlinjer/riktlinje-avseende-sjukskrivningsansvaret-for-primarvarden-respektive-berorda-specialistkliniker-i-kalmar-lan_.pdf>.
- Region Skåne (2022). Tillämpningsanvisningar sjukskrivningsansvar. Hämtad 2025-02-12. <<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1-var-driktlinjer/forsakringsmedicin/sjukskrivningsansvar-tillampningsanvisningar.pdf>>.
- Region Uppsala (2023). Sjukskrivning, fördelning av ansvar. Hämtad 2025-02-12. <<https://publikdocplus.regionupsala.se/Home/GetDocument?containerName=e0c73411-be4b-4fee-ac09-640f9e2c5d83&reference=DocPlusSTYR-21139&docId=DocPlusSTYR-21139&filename=Sjukskrivningsansvar%20-%20Riktlinjer.pdf>>.
- Riksdagens utredningstjänst (2025). Läkarintyg vid långa sjukskrivningar. Rapport. Stockholm: Riksdagens utredningstjänst.
- Rueda, S, et al (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *Am J Public Health*, 102(3):541-556.
- SBU (2022). Insatser i vården vid långtidssjukskrivning. Rapport. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).
- Schierenbeck, I (2010). Medicalization of sickness absence. *Work*, 37(3):241-250.
- SFS 2010:110. Socialförsäkringsbalk.
- SFS 2019:1297. Lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.
- Sieurin, L, Josephson, M, & Vingård, E (2009). Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part-time sick leave. *Scand J Public Health*, 37(1):50-56.
- Singh, S, et al (2022). Effects of workload on return to work after elective lumbar spine surgery. *Global Spine J*, 14(2):420-428.
- SKR (2020). Metodbok för koordinering av sjukskrivning och rehabilitering för hälso- och sjukvården. Manual. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.
- SKR (2022). Koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården - en kartläggning. Rapport. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.

- SKR (2023). Fakta om öppen hälso- och sjukvård. Rapport. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner.
- Socialstyrelsen (2003). Utmattningsyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa. Rapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020). Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. <<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-data/forsakringsmedicinskt-beslutsstod/>>. Hämtad 2025-02-13.
- Socialstyrelsen (2021). Vem får skriva intyg och utlåtande? (särskilt reglerad). För hälso- och sjukvården och tandvården. <<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/intyg/>>. Hämtad 2025-02-13.
- Socialstyrelsen (2022). Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt ska bidra till ökad kontinuitet och trygghet i primärvården. Art. nr 2022-4-7896. <<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/nationellt-riktvarde-for-fast-lakarkontakt-ska-bidra-till-okad-kontinuitet-och-trygghet-i-primarvarden/>>.
- Socialstyrelsen (2023). Hälso- och sjukvårdens arbete med rehabilitering – en lägesbeskrivning baserad på enkäter till läkare och regionledning hösten 2022. Rapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2025:1). Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal. Hämtad 2025-02-19. <<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/>>.
- Socialstyrelsen (2025:2). Utmattningsyndrom. Hämtad 2025-09-09. <<https://forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se/beslutsstod-for-diagnoser/diagnoser/psykisk-sjukdom/utmattningsyndrom/>>.
- SOU 2023:48. Rätt förutsättningar för sjukskrivning.
- Starzmann, K, et al (2015). Diagnoses have the greatest impact on variation in sick-leave certification rate among primary-care patients in Sweden: A multilevel analysis including patient, physician and primary health-care centre levels. *Scand J Public Health*, 43(7):704-712.
- Ström, M (2019). Stor stress bland ST-läkarna i allmänmedicin i Östergötland. *Läkartidningen*, 2019, 119:FPEP.
- Svenska distriktsläkarföreningen (2022). Hur ska vi få ST-läkare i allmänmedicin att fortsätta i primärvården i Stockholm? Hämtad 2024-09-21, <<https://slf.se/dlf/nyheter/hur-ska-vi-fa-st-lakare-i-allmanmedicin-att-fortsatta-i-primarvarden-i-stockholm/>>.
- Söderberg, E, Alexanderson, K (2005). Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness benefits. *Scand J Public Health*, 33(4):314-320.
- Söderman, M, et al (2022). Interventions regarding physicians' sickness certification practice – a systematic literature review with meta-analyses. *Scand J Prim Health Care*, 40(1):104-114.
- Torkelsson, A-C (2023). Utredning: enklare läkarintyg och 160 miljarder till regionerna. *Läkartidningen*, 31/8 2023. Hämtad 2025-02-17, <<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/08/utredning-enklare-lakarin-tyg-och-160-miljoner-till-regionerna/>>.
- Torkelsson, A-C (2024). "Miljonprogram för allmänläkare" föreslås för att rädda primärvården. *Läkartidningen*, 27/6 2024. Hämtad 2024-09-21, <<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/06/miljonprogram-for-allmanlakare-foreslas-for-att-radda-primarvarden/>>.
- von Knorring, M, et al (2008). Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care*, 26(1):22-28.
- Vårdanalys (2018). Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård. Rapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vårdanalys (2021). Långt bort men nära: kartläggning av primärvården i landsbygden. Rapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vårdanalys (2022). Vården ur primärvårds-läkarnas perspektiv. Rapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <<https://www.varदानalys.se/rapporter/varden-ur-primarvardslakarnas-perspektiv-2/#:~:text=Vi%20har%20unders%C3%B6kt%20hur%20prim%C3%A4rv%C3%A5rds%C3%A4kare%20i%20Sverige%20upplever,med%20erfarenheterna%20fr%C3%A5n%20prim%C3%A4rv%C3%A5rds%C3%A4kare%20i%20nio%20andra%20OECD-l%C3%A4nder.>>.

Vårdanalys (2024). Vården ur befolkningens perspektiv: International Health Policy Survey (IHP) 2023. Rapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vården i siffror (2025). Läkarpbesök i primärvården. Hämtad 2025-02-13, <<https://vardenisiffror.se/indikator/d6753573-775b-439d-8e7b-2519234daa4c?datefrom=2018-01-01&dateto=2023-12-31&gender&periodtype=year&relatedmeasuresbyentry=kallsystem&relatedmeasuresbyid=5fee1c8f-fdc6-40e6-99a5-3a96a352c236&showtarget=false&units=se>>.

Widerkrantz, P, & Englund, L (2025). ICD-11 i svensk översättning ute på remiss. *Allmänmedicin*, 2025, 46(1):10-12.

Wittlund, S, & Lorentzen, T (2023). Changes in health-related rehabilitation trajectories following a major Norwegian welfare reform. *BMC Publ Health*, 23:1444.

Wynne-Jones, G, et al (2010). What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scand J Prim Health Care*, 28(2):67-75.

Åsberg, M, & Nygren, Å (2016). Kris, anpassningsstörning och utmattningssyndrom. Från Herlofson, J, et al (red). *Psykatri* (upplaga 2:2, sid. 375-391). Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-09497-7.

 Synaps