

Ta tempen på digitala läkarintyg – en diagnostisk studie av intygdigitalisering

Göran Goldkuhl & Annie Röstlinger
Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling
Linköpings universitet

Sammanfattning:

Denna rapport presenterar en genomförd utvärdering av digitala läkarintyg. Utvärderingen har genomförts i en forskningsstudie och i samverkan med Inera AB. Olika digitala resurser för hantering av läkarintyg har studerats (för utfärdande, lagring, presentation och överföring av läkarintyg). Särskilt fokus har varit på vården (utfärdande läkare) och digitalt samspel med patienter och Försäkringskassan.

Utvärderingen har genomförts med stöd av det sk DRIV-konceptet ("Digitala Resurser I Verksamheter"). Detta inrymmer en flerdimensionell syn på digitala resurser samt ett arbetssätt för strukturerad beskrivning (modellering) av digitala resurser som kallas digitalt klagörande. Genom detta beskrivningssätt har följande aspekter beskrivits: Grundläggande kommunikationslogik avseende läkarintyg, övergripande samspel mellan användare och digitala resurser, digitaliserade verksamhetsprocesser, digitala tjänster, digitaliserat verksamhetspråk, digital interaktion, digitala landskap, olika verksamhetsmåls och regelverks inverkan på intygdigitalisering.

Baserat på dessa modeller har ett antal diagnostiska reflektioner och slutsatser formulerats. Dessa berör följande områden: Läkarintyget som ett flerfunktionellt kommunikationsobjekt, olika variantprocesser för digital överföring av läkarintyg till Försäkringskassan, intygdigitalisering som transformation av pappersblankett till olika digitala informationsobjekt, läkarintyget som digitalt formulär, evolutionär utveckling av digitalt landskap, verksamhetspråkliga utmaningar, regulativa reflektioner samt reflektioner kring måluppfyllelse genom intygdigitalisering. Rapporten avslutas med reflektioner kring den använda utvärderingsmetoden samt några teoretiska slutsatser kring fallstudien och dess lärdomar kring e-förvaltning.

Det inledande arbetet i denna utvärdering finansierades av VINNOVA genom projektet RESONANS guide.

Innehåll

1 Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syften, målgrupper och rapportstruktur.....	2
2 Uppläggning av studie	4
2.1 Digitalt klagörande.....	4
2.2 Tillvägagångssätt: Undersökning och samverkan	5
3 Digitalt klagörande av digitala läkarintyg.....	6
3.1 Verksamhetsprocess och digital funktionalitet.....	7
3.2 Intressenter	12
3.3 Information och verksamhetspråk.....	13
3.4 Interaktion.....	19
3.5 Digitalt landskap	27
3.6 Mål.....	28
3.7 Regelverk.....	35
4 Diagnostiska reflektioner och slutsatser	37
4.1 Läkarintyget: ett flerfunktionellt kommunikationsobjekt.....	37
4.2 Överföring av läkarintyg till Försäkringskassan: tre konkurrerande variantprocesser	40
4.3 Intygdigitalisering: från en pappersblankett till flera digitala informationsobjekt	43
4.4 Läkarintyget som digitalt formulär.....	46
4.5 Evolutionär utveckling av digitalt landskap.....	48
4.6 Verksamhetspråkliga utmaningar	49
4.7 Regulatoriska reflektioner	52
4.8 Normativa reflektioner.....	55
4.9 Sammanfattning av diagnostiska slutsatser	57
5 Metodologiska reflektioner och klarlägganden	59
5.1 Tre arbetssteg och tre spår	59
5.2 Tre utvärderingsstrategier.....	61
5.3 Sammanfattande metodvärdering.....	63
6 Teoretiska slutsatser	65
Referenser	66

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Läkarintyg är ett medicinskt utlåtande och sådana fyller flera viktiga roller i samhället då de behövs för olika ändamål i olika sammanhang¹. Vi fokuserar i denna rapport på läkarintyg som ett medicinskt utlåtande som styrker sjukskrivning av en person. Detta krävs för att personen ska få sjuklön av sin arbetsgivare respektive sjukpenning från Försäkringskassan. Ett läkarintyg innehåller medicinsk information som är relevant för den sjukskrivne samt för vårdpersonal då det samtidigt utgör en journalhandling. Hantering av läkarintyg har successivt digitaliserats under ett antal år; se Inera (2018) för en historisk översikt. Detta arbete har till väsentlig del skett inom ramen för den sk sjukskrivningsmiljarden². Bakom utvecklingsarbetet finns ett antal utredningsrapporter, som t.ex CeHis (2012), Försäkringskassan & SKL (2015), Socialstyrelsen (2015), SKL/Inera/Försäkringskassan (2015), Inera (2016), SKL (2016ab).

Intygdigitalisering har utgjort ett undersökningsobjekt i en forskningsstudie som utförts av oss författare. Vi har empiriskt studerat och analyserat digitala läkarintyg som grund för att framställa ett antal diagnostiska slutsatser. Detta innebär en fokuserad utvärdering av digitala läkarintyg.

Arbetet har bedrivits under en relativt lång tid. Det påbörjades under sensvåren 2016 som del i ett forskningsprojekt kallat RESONANS guide (Goldkuhl & Röstlinger, 2016). Empirisk datainsamling och analys utfördes under resten av 2016. Detta innebär att det vi säger något om i denna diagnostiska studie är digitala läkarintyg anno 2016. Arbetet med utveckling av digitala läkarintyg har pågått sedan dess och det finns en rapport som sammanfattar det utförda arbetet (Inera, 2018).

Det aktuella forskningsprojektet RESONANS guide tog efter 2016 slingriga och delvis nya vägar, vilket tyvärr ledde till att avrapporteringen av denna fallstudie lades på is. Ursprungligen var avsikten att med hjälp av intygdigitalisering pröva en ansats för samstyrning och strategisk kvalitetssäkring av digitala resurser i offentlig sektor kallat RESONANS guide. Arbetet med denna guide kom emellertid att omprövas och ges en annan inriktning. För att göra en lång och omständlig historia kort så gjordes ett antal omprioriteringar i forskningen:

- Vi vidgade perspektivet från digitala resurser (IT-system) i offentlig sektor till digitalisering generellt.
- Vi vidareutvecklade och fördjupade den bakomliggande teorin (ett flerdimensionellt perspektiv på digitala resurser).
- Vi lade, som konsekvens av ovanstående, utveckling och författande av RESONANS guide på is och inriktade oss istället på en generell skrift om digitalisering kallad "Digitala resurser i verksamheter" (Goldkuhl & Röstlinger, 2019a).

¹ I Inera (2018) anges att det finns över 200 typer av intyg som läkare utfärdar.

² Denna reforminsats benämnes "En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess" (Socialdepartementet & SKL, 2016).

- Vi operationaliserade det flerdimensionella perspektivet på digitalisering i ett arbetssätt för beskrivning av digitala resurser som kallas *digitalt klagörande*. Detta perspektiv och arbetssätt kallas nu tillsammans för DRIV-konceptet. DRIV är en förkortning av ”digitala resurser i verksamheter”.
- Vi påbörjade arbete med att visa hur digitalt klagörande kan användas som hjälpmedel för bl.a utvärdering och styrning av digitala resurser.

1.2 Syften, målgrupper och rapportstruktur

Denna rapport har flera syften. Primärt syftar den till att *redovisa en utvärdering av digitala läkarintyg*, dvs de digitala resurser som hanterar läkarintyg. Den bidrar därmed med specifik kunskap om intygdigitalisering. Denna utvärdering är utförd med stöd av DRIV-konceptet, dvs ett flerdimensionellt perspektiv på digitala resurser och ett arbetssätt för beskrivning av sådana digitala resurser.

Ett andra syfte är att *redovisa denna utvärdering av digitala läkarintyg som en tillämpning av DRIV-konceptet* som det finns beskrivet i Goldkuhl & Röstlinger (2019a). Rapporten illustrerar därmed användning av detta arbetssätt och ger en grund för en erfarenhetsanalys som vidare syftar till kvalitetssäkring och vidareutveckling DRIV-konceptet.

Ett ytterligare (tredje) syfte är att *redovisa en intressant fallstudie med generaliserbar kunskap om offentliggemensamma digitala resurser*. Det kan ses som en fortsättning av tidigare redovisade fallstudier som utfördes inom det sk RESONANS-projektet (Goldkuhl m.fl, 2014a; Eriksson, 2014ab; Goldkuhl & Röstlinger, 2014; Eriksson & Goldkuhl, 2015).

Vi vänder oss med denna rapport till flera *målgrupper* (såväl praktiker som forskare):

1. Personer med särskilt intresse för digitalisering av läkarintyg.
2. Personer med intresse för DRIV-konceptet, digitalt klagörande och utvärdering av digitala resurser.
3. Personer med intresse för strategiska frågor avseende digitalisering av offentlig sektor (e-förvaltning).

Digitala läkarintyg är under kontinuerlig utveckling. Detta gjorde själva studien utmanande pga denna typ av ”rörligt mål”. Eftersom vi, av skäl redovisade ovan i avsnitt 1.1, har dröjt med redovisning av denna studie så innebär det att vissa beskrivningar och slutsatser avseende digitala läkarintyg kan ha blivit inaktuella¹. Detta gäller då i första hand syfte 1 ovan (dvs det primära syftet). För det andra och tredje syftet så har detta mindre betydelse.

Rapporten består av 6 kapitel. I nästa kapitel (2) beskriver vi kortfattat vårt tillvägagångssätt i studien. Detta inbegriper beskrivning av konceptet digitalt klagörande och hur detta nyttjas för utvärdering (avsnitt 2.1) samt undersökningsmetoder och samverkansformer (avsnitt 2.2). Kapitel 3 redovisar genomfört digitalt klagörande av digitala läkarintyg. Baserat på detta digitala klagörande görs i kapitel 4 en diagnostisk granskning av olika aspekter av digitala läkarintyg med diagnostiska reflektioner och slutsatser. Kapitel 3 och 4 kan sägas vara kärnan i denna rapport och vänder sig till samtliga målgrupper utifrån deras respektive intressen.

¹ Arbete med vidareutveckling av Intygstjänsten efter 2016 finns beskrivet i Inera (2018); se även Försäkringskassan (2018) och Inera/Socialstyrelsen/Försäkringskassan (2018). Vi kommenterar på några ställen här i vår rapport när vi uppfattar att det finns avvikelser mellan 2016 och 2018/2019.

Kapitel 5 analyserar det tillämpade tillvägagångssättet och redovisar metodologiska erfarenheter och reflektioner kring digitalt klagörande och utvärdering. Detta innebär också en fördjupning av kapitel 2 där utvärderingsansatsen introducerades. Med kapitel 5 vänder vi oss i första hand till målgrupp 2 enligt ovan. Kapitel 6 är ett avslutande kapitel som presenterar några teoretiska abstraktioner och slutsatser utifrån denna diagnostiska fallstudie. Med detta kapitel vänder vi oss i första hand till målgrupp 3 enligt ovan.

2 Uppläggning av studie

2.1 Digitalt klagörande

Den diagnostiska studien av digitala läkarintyg har genomförts med stöd av digitalt klagörande (Goldkuhl & Röstlinger, 2019a) som är ett arbetssätt för beskrivning av digitala resurser. Digitalt klagörande innebär att man beskriver en digital resurs på ett *verksamhetsrelaterat* sätt, dvs vad en sådan resurs gör i verksamheten. Poängen är att på ett *strukturerat* och tämligen *kondenserat* sätt klagöra den digitala resursens *funktioner*, *beståndsdelar* och *verksamhetskontext*. Man beskriver bl.a vilka användare som finns, vad den digitala resursen gör för sina användare, vilken information och kommunikation som hanteras digitalt samt i vilket digitalt sammanhang som den digitala resursen ingår, dvs dess samband till andra digitala resurser i digitala landskap.

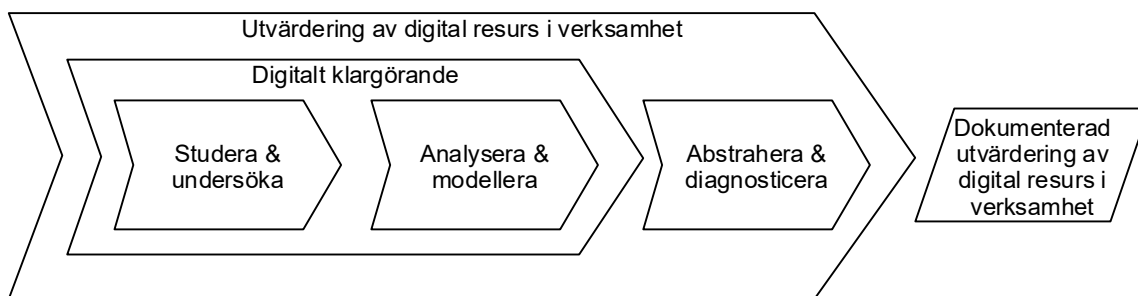
Digitalt klagörande bygger på ett flerdimensionellt perspektiv på digitala resurser. Nio olika dimensioner ingår i detta perspektiv. Dessa framgår av tabell 1.

Dimension	Aspekter
Relationell	Aktörer i den digitaliserade verksamheten; arrangörer; användare (informationsleverantörer, informationskonsumenter)
Funktionell	Digital funktionalitet; digitaliserade verksamhetsprocesser; digitala tjänster
Semantisk	Digitaliserad kommunikation/information; verksamhetsspråk; informationsresurser
Interaktiv	Digitala möten för användare; interaktion via gränssnitt mellan digital resurs och användare
Normativ	Mål och värden som styr den digitaliserade verksamheten
Regulativ	Regelverk som styr den digitaliserade verksamheten
Ekonomisk	Investeringar/kostnader, nyttor och tillgångar i den digitaliserade verksamheten
Arkitektonisk	Digitala landskap; digitala relationer (utbyte, delning) mellan digitala resurser
Teknisk	Teknologier (för mjukvara & hårdvara) och tekniska mekanismer som utnyttjas för den digitala resursen (t.ex överföring, lagring, säkerhet)

Tabell 1. Nio dimensioner av digitala resurser (baserat på Goldkuhl & Röstlinger, 2019a).

Digitalt klagörande utförs i två steg (figur 1). Först sker en empirisk kunskapsinsamling genom "studera och undersöka". Därefter framställs modeller ("analysera & modellera") genom att man på ett strukturerat sätt beskriver digitala resurser i verksamheter. Dessa modeller utgör grund för att åstadkomma diagnostiska slutsatser ("abstrahera & diagnosticera") om den digitala resursen (figur 1).

Den aktuella fallstudien redovisas nedan i kapitel 3 (digitalt klagörande) och kapitel 4 (diagnostiska reflektioner och slutsatser). Vi fördjupar sedan diskussionen kring denna utvärderingsansats genom en erfarenhetsanalys och metodreflektion i kapitel 5.



Figur 1. Utvärdering genom digitalt klargörande

2.2 Tillvägagångssätt: Undersökning och samverkan

Utvärderingen av digitala läkarintyg har utförts genom en samverkan med Inera AB som är ansvarigt för läkarintygstjänsten. En arbetsgrupp formades bestående av oss två forskare och två representanter för Inera med projektledaransvar för läkarintygstjänsten. Denna arbetsgrupp träffades under utvärderingsprocessen på ett antal möten med ingående samtal kring läkarintygstjänsten och dess utveckling. Flera av dessa möten har ljudinspelats. På dessa möten har vi forskare, förutom att ställa en många frågor, även presenterat olika analyser och framtagna modeller av intygdigitaliseringen för att därigenom få dessa granskade och validerade. Datainsamling har också skett genom intervjuer med representanter för Försäkringskassan.

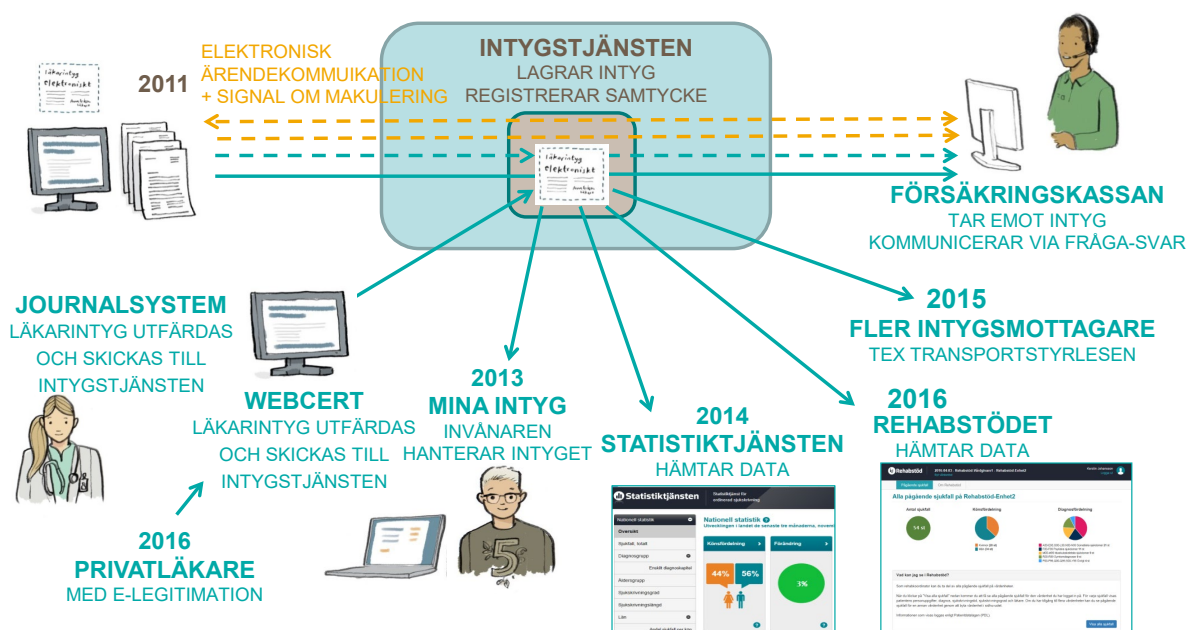
Förutom möten och intervjuer har datainsamling skett genom studier av olika digitala tjänster och olika dokument. Vi har haft tillgång till demoversioner av studerade digitala resurser och har genom att utpröva dessa fått en djupare kunskap om system och tjänster. Vi har också studerat olika dokument som policydokument, författningar, utredningsrapporter, undersökningsrapporter, forskningsartiklar, projektplaner, utvecklingsdokumentation, systembeskrivningar, rutinbeskrivningar, presentationsmaterial, blanketter och tidningsartiklar. Vi vill framhålla att vi utnyttjat undersökningsrapporter som sekundär empiri för att utveckla och styrka en del av våra diagnostiska slutsatser i kapitel 4. Personer från Inera och Försäkringskassan har läst och lämnat synpunkter på denna rapport som vi utnyttjat inför slutlig revidering.

Det är vi forskare som är ansvariga för resultatet i denna utvärdering, men vi vill påpeka att vi har haft stor hjälp av deltagarna från Inera samt övriga respondenter.

3 Digitalt klargörande av digitala läkarintyg

Läkarintyg är ett medicinskt utlåtande som används för att redovisa och styrka en persons hälsotillstånd. Det finns flera olika typer av läkarintyg; här fokuseras på det mest använda intyget; det som används för att styrka behov av sjukskrivning. Men det finns som sagt även flera andra typer av läkarintyg, t.ex i samband med körkortsärenden.

En övergripande beskrivning av digitala läkarintyg (gjord av Inera) finns i figur 2. Här kan man utläsa ett informationsflöde från läkare till olika mottagare som patient¹/invånare och handläggare på Försäkringskassan. Denna beskrivning är ett källmaterial (bland många andra) för vår studie.



Figur 2. Övergripande beskrivning av läkarintygstjänsten (Källa: Inera)

Vi har självklart försökt att göra så korrekta beskrivningar som möjligt av studerade digitala resurser. Det finns emellertid vissa problem avseende terminologi och avgränsning som gjort att våra beskrivningar kan uppfattas som att de avviker från verkliga förhållanden. Vi har uppfattat att begreppet "intygstjänsten" används på ett mångtydigt² sätt. Vi har i våra beskrivningar nedan använt begreppet "Intygstjänsten" för att inbegripa både utfärdande och lagring av digitala läkarintyg. I Ineras beskrivning (figur 2) används benämningen "WebCert" för en digital utfärdandetjänst och "Intygstjänsten" betecknar endast lagring av läkarintyg. För

¹ I denna rapport kommer vi genomgående att använda aktörsbenämningen *patient* för en person som har kontakt med vården för ett eventuellt behov av läkarintyg för sjukskrivning. Denna benämning används också när personen i fråga är i kontakt med sin arbetsgivare eller Försäkringskassan. Vi är medvetna om att i dessa sammanhang skulle andra benämningar vara mer lämpliga (som arbetstagare respektive sökande/"kund"). Men för att eliminera oklarheter kring fokuserad aktör så används genomgående benämningen "patient" i vår framställning.

² Exempel på denna terminologiska mångtydighet finns i en projektrapport (Inera, 2016) som beskriver utveckling av olika "intygstjänster". En av dessa intygstjänster benämns där just "intygstjänsten". Flera andra intygstjänster (WebCert, Mina Intyg, statistiktjänsten, rehabstödet) omnämns också. Samma terminologiska oklarhet kvarstår i slutrapporten från Inera (2018).

att förenkla för läsare som inte är helt insatta i detaljerna kring digitala läkarintyg har vi gjort en terminologisk anpassning genom valet att inbegripa både utfärdande och lagring inom i det vi benämner "Intygstjänsten"¹.

3.1 Verksamhetsprocess och digital funktionalitet

Hantering av läkarintyg är starkt reglerat i lagstiftning och direkt beroende av de befintliga (typer av) organisationer/aktörer som existerar med relevans för detta. Läkarintyg utfärdas av behörig läkare som finns hos en vårdgivare. Försäkringskassan är den statliga myndighet som utbetalar ersättning vid sjukskrivning, sk sjukpenning. En anställd person som är sjuk ersätts under de första två veckorna av sin arbetsgivare genom sk sjuklön. Därefter inträder Försäkringskassan och beviljar/utbetalar ersättning till den sjuke. Begreppet sjukskrivning har visat sig vara ett tämligen odefinierat begrepp i svensk offentlig förvaltning. Vi har inte kunnat finna någon legaldefinition inom lagstiftningen av detta. Det är sällan som detta begrepp används inom författningar, men det är väl använt i den offentliga diskursen kring sjukfrånvaro, dock utan att det ges en tydlig innebördsbestämning².

Vi definierar sjukskrivning och sjukskriven på följande sätt i denna skrift: *En person är sjukskriven om hen är anmäld/registrerad som sjuk (och därmed som partiellt eller helt arbetsförmögen) hos arbetsgivare och Försäkringskassan och då är berättigad till ersättning vid sådan sjukfrånvaro.* Detta innebär att flera personers handlingar krävs för att en person ska vara sjukskriven. Den aktuella personen (patienten) behöver anmäla detta och arbetsgivare och Försäkringskassan behöver notera detta samt i fallet med Försäkringskassan krävs ett explicit ersättningsbeslut. Sjukskrivningen behöver medicinskt styrkas vilket görs genom ett läkarintyg som utfärdas av en behörig läkare. Detta innebär också att uttrycket "en läkare sjukskriver" närmast bör ses som en del (dvs läkarens del) i processen när en person blir sjukskriven.

En översiktlig beskrivning av den grundläggande kommunikationslogiken som gäller för hantering av läkarintyg finns i figur 3. Figuren visar rent principiellt kommunikationslogiken och är framställd utan någon hänvisning till använda digitala resurser. Som framgår av figuren har ett läkarintyg flera kommunikativa funktioner. Intyget informerar patienten om diagnosticerad sjukdom (1) och ger ett bemyndigande till sjukskrivning (2). Beslut om sjukskrivning (och ersättning genom sjukpenning) görs av Försäkringskassan. Men läkarintyget styrker sjukskrivning, gentemot både patientens arbetsgivare (3) och Försäkringskassan (4), dvs att läkaren bedömer att patienten bör avhålla sig från arbete pga sjukdom.

En anställd meddelar sin arbetsgivare sjukfrånvaro och läkarintyg behöver normalt inlämnas efter en vecka för att styrka fortsatt sjukskrivning³ (3). Arbetsgivaren gör sjukanmälan till Försäkringskassan. Efter två veckor övergår ersättningsansvaret för den anställde från

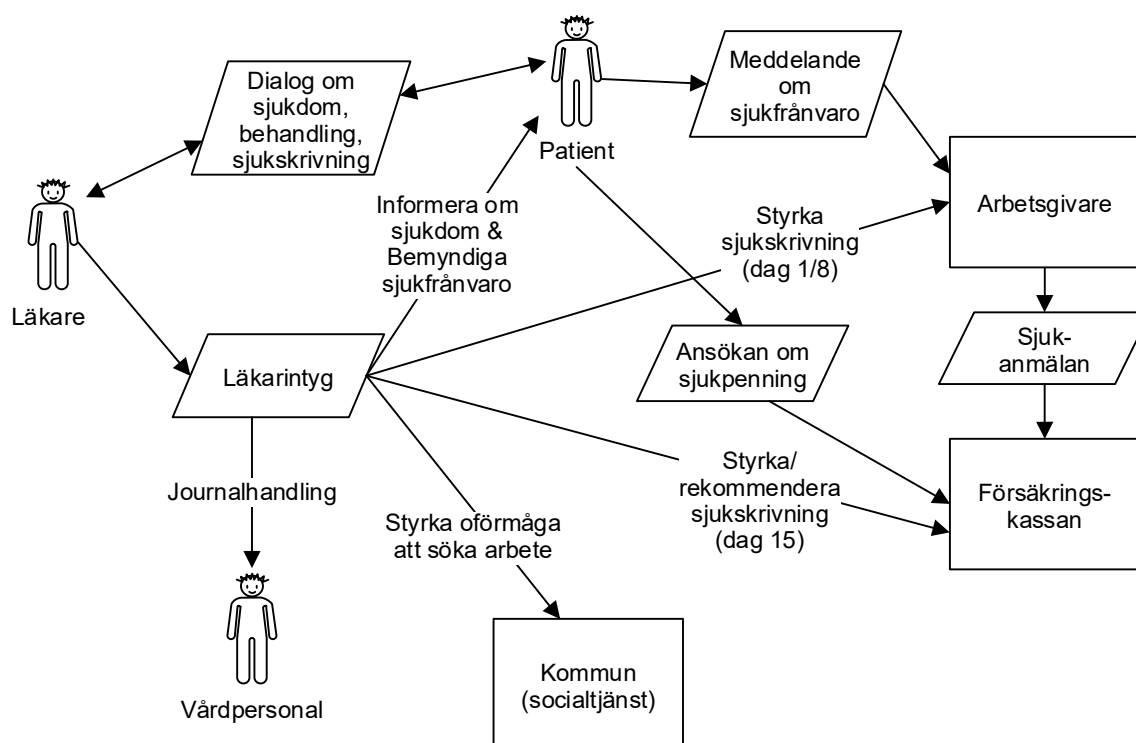
¹ I flertalet av våra modeller nedan så täcker således "Intygstjänsten" både utfärdande och lagring av digitala läkarintyg. I figur 13, som visar det digitala landskapet, så finns en tydlig uppdelning i utfärdande respektive lagring.

² Ett exempel är SBU (2003) som är en 500-sidig genomgång av "Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis", dock utan en direkt klagörande definition av begreppet sjukskrivning.

³ Vissa arbetsgivare kräver sjukintyg redan efter dag 1, därför står det "dag 1/8" för läkarintyget till arbetsgivare i figur 3.

arbetsgivaren till Försäkringskassan. Patienten behöver då lämna in en ansökan om sjukpenning till Försäkringskassan tillsammans med läkarintyg (4).

I figur 3 framgår att ett utfärdat läkarintyg också utgör en sk journalhandling (5). Som sådan ska intyget vara journalfört och annan vårdpersonal kan då ta del av denna information vid eventuellt behov. Läkarintyget kan också användas gentemot kommunens socialtjänst (i samband med hantering av försörjningsstöd) för att eventuellt styrka oförmåga att söka arbete (6).



Figur 3. Grundläggande kommunikationslogik avseende läkarintyg (kommunikationsgraf¹)

Hantering av läkarintyg har tidigare skett manuellt, men nu finns ett antal digitala resurser som stödjer denna hantering. Dessa digitala resurser har förändrat den tidigare helt manuella läkarintygprocessen. Vårdgivare har nu IT-stöd för att utfärda och lagra läkarintyg; nedan kallat "Intygstjänsten"². Patienter kan få tillgång till sina läkarintyg via den nationella webbtjänsten "Mina Intyg"³. Patienter kan också ansöka om sjukpenning via en e-tjänst hos Försäkringskassan⁴. Denna sjukpenningansökan hanteras sedan i ett handläggningssystem hos Försäkringskassan. Dessa fyra digitala resurser och dess användning beskrivs i en

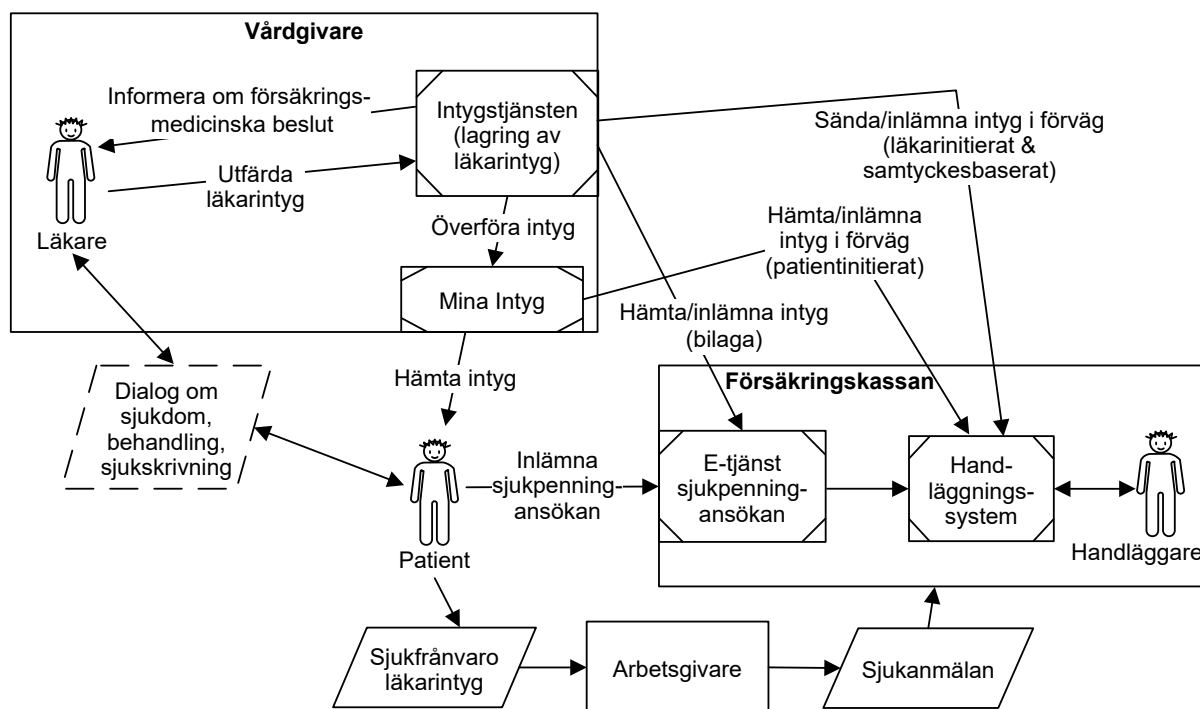
¹ En kommunikationsgraf beskriver kommunikation mellan olika aktörer i en verksamhet. Den kan ses som en variant av ensamverkansgraf (Röstlinger & Goldkuhl, 2006; Goldkuhl & Röstlinger, 2019b) som har utökats med beskrivning av olika kommunikationsfunktioner.

² Vi har som sagts ovan gjort vissa förenklingar i relation till verkliga förhållanden. I realiteten så består detta av flera digitala resurser; det finns en nationell digital tjänst för utfärdande av läkarintyg (WebCert) understödd av ett nationellt försäkringsmedicinskt stöd (FMB) samt en nationell lagringstjänst. Vi har i denna framställning slagit samman dessa under rubriken Intygstjänsten.

³ Mina Intyg är en sk e-tjänst inom ramen för den nationella hälsoportalen 1177 Vårdguiden.

⁴ Denna e-tjänst ingår i "Mina sidor"; Forsäkringskassan.se.

översiktlig verksamhetsbeskrivning, figur 4. Se även figur 13 nedan som är en mer utförlig beskrivning av dessa och andra digitala resurser som kan ses som ingående i ett sk ”digitalt landskap”.



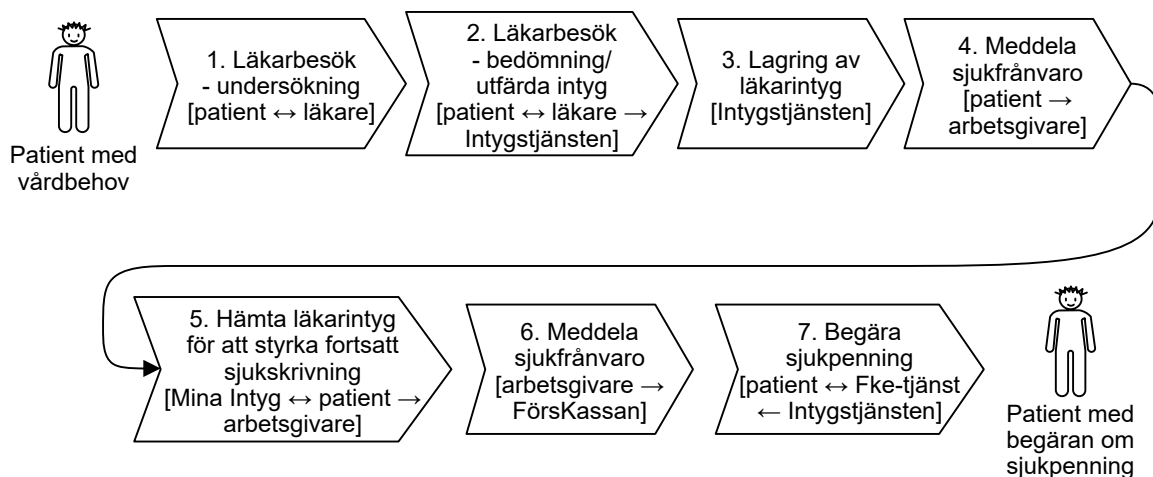
Figur 4. Övergripande verksamhetsbeskrivning av hantering av digitala läkarintyg (beskriven genom en samverkansgraf¹)

Läkaren använder intygstjänsten för att utfärda läkarintyg som sedan även lagras i intygstjänsten. Om patienten har lämnat sitt samtycke² kan läkarintyget skickas över digitalt till Försäkringskassan. Patienten kan själv via den digitala 1177-tjänsten Mina Intyg hämta ut intyget för att t.ex lämna till sin arbetsgivare. Genom den digitala tjänsten kan patienten också när som helst skicka in intyget digitalt till Försäkringskassan. Om/när patienten behöver ansöka om sjukpenning från Försäkringskassan, görs detta via deras e-tjänst för detta ändamål. I denna e-tjänst kan läkarintyget hämtas upp från Intygstjänsten för att digitalt bifogas ansökan.

Av verksamhetsbeskrivningen i figur 4 framgår inte i vilken ordningsföljd som olika aktiviteter utförs. Detta finns klaggjort i figur 5 som är en processbeskrivning (processgraf). I denna beskrivning framgår vilka aktiviteter som utförs, samt vem/vilka som utför/medverkar i dessa aktiviteter. Det handlar alltså om vilka aktörer (personer eller organisationer) som utför aktiviteter samt vilka digitala resurser som medverkar i respektive aktivitet. Läkarintygprocessen är här översiktligt beskriven så alla detaljer framgår inte. Det bör också påpekas att det vi kallar för läkarintygprocessen bara är en delmängd av en mer omfattande process som man kan kalla för sjukskrivningsprocessen, vilket då också kan inkludera bl.a utredning och utbetalning av ersättningar samt rehabilitering.

¹ För samverkansgraf se Röstlinger & Goldkuhl (2006) och Goldkuhl & Röstlinger (2019b).

² Detta krav på samtycke är numera borttaget.



*Figur 5. Läkarintygprocessen
(beskriven genom en processgraf¹)*

Av figur 4 framgår ett antal digitala tjänster vilka är förtydligade i en tjänstetabell (tabell 2). Denna tabell består av fyra kolumner och där framgår 1) digitala tjänster och vilken tjänstetyp som den digitala tjänsten tillhör, 2) vilken användare som primärt nyttjar tjänsten samt vilka andra (sekundära) användare som berörs av utförandet av den digitala tjänsten², 3) den digitala resurs som tillhandahåller tjänsten (vårdresurs) samt andra digitala resurser som behövs för tjänsten (stödresurs), 4) förväntad verksamhetsnytta och berörda aktörer.

Några kommentarer om de olika digitala tjänsterna: Att utarbeta och fastställa ett läkarintyg är en utfärdandetjänst som tillhandahålls för läkare av den digitala resursen Intygstjänsten. Sjukskrivande läkare får här ett kommunikativt stöd, dvs det är en tjänst som stödjer läkares arbete att utfärda och kommunicera läkarintyg. Tjänsten innebär att den digitala resursen stödjer utarbetande av ett intyg genom att redovisa och förklara vilken information som ska registreras för att skapa ett giltigt intyg. Som en integrerad del i denna utfärdandetjänst finns en informeringstjänst; Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB). Denna innehåller information om olika sjukdomstillstånd/diagnoser med förslag på standardiserade sjukskrivningsperioder för sådana diagnoser. FMB hjälper läkare att besluta om lämplig sjukskrivningsperiod för en viss patient med bedömd sjukdomsdiagnos. Utfärdandetjänsten (inklusive dess integrerade informeringstjänst) bidrar till kvalitetssäkring av läkarintyg.

Patienten kan hämta ut sitt läkarintyg genom den digitala resursen Mina Intyg. Detta innebär utlämning riktad till specifik patient. Läkarintyg är skyddad information avsedd för aktuell patient och de organisationer (arbetsgivare, Försäkringskassan) som patienten behöver kommunicera med för att styrka sjukskrivning. Att hämta ut ett läkarintyg måste därför föregås av autentisering för att säkerställa att det är korrekt patient som avser att ta del av sina läkarintyg via Mina Intyg. Enligt lagen om sjuklön (se vidare avsnitt 3.7) är patient inte skyldig att informera arbetsgivare om sjukdom som föranleder sjukfrånvaro. I den digitala tjänsten "hämta intyg" kan patienten därför vid behov välja att filtrera bort denna information från intyget. Den digitala tjänsten Mina Intyg innebär att läkarintyg kommuniceras till

¹ För processgraf se Lind (2001), Röstlinger & Goldkuhl (2006) och Goldkuhl & Röstlinger (2019b).

² Ett tydligt kommunikativt perspektiv tillämpas här genom att uttrycka sändare (från) och mottagare (till) samt i vissa lägen förmedlare (från/till).

patienten för vidare hantering. Sådan hantering kan vara att spara intyget på eget digitalt medium och/eller utskrift av intyg på papper. Patienten kan också digitalt insända intyget till Försäkringskassan genom Mina Intyg.

Digital tjänst & tjänstetyp	Användare: primär, sekundär	Digital resurs: värdresurs, stödresurs	Verksamhetsnytta & aktör
<i>Utfärdande av läkarintyg</i>	Från: <i>läkare</i> Till: <i>patient, arbetsgivare, FK</i>	<i>Intygstjänsten</i>	Kvalitetssäkring av läkarintyg; lagring av intyg för möjlig upphämtning/distribution till <i>patient, arbetsgivare, Försäkringskassan</i>
<i>Informering om försäkringsmedicinska standardbeslut (del i utfärdandetjänst)</i>	Till: <i>läkare</i> Från: <i>Soc.styr</i>	<i>Intygstjänsten, FMB</i>	Kvalitetssäkring av läkarintyg som kan göras av <i>läkare</i> ; särskilt sjukskrivningstid
<i>Sändning/inlämning av läkarintyg (alt 1)</i>	Från: <i>läkare</i> Till: <i>FK</i>	<i>Intygstjänsten, handläggnings-system (FK)</i>	Baserat på samtycke från <i>patient</i> kan läkarintyg sändas digitalt till <i>FK</i> efter att <i>läkaren</i> digitalt har signerat intyget
<i>Hämtning av läkarintyg</i>	Till: <i>patient</i> Från: <i>läkare</i>	<i>Mina Intyg, Intygstjänsten</i>	<i>Patient</i> kan bli informerad om diagnos & sjukskrivning; kan arkivera intyg; skriva ut och vidarebefordra till <i>arbetsgivare, FK</i>
<i>Hämtning/inlämning av läkarintyg (alt 2)</i>	Till/från: <i>patient</i> Från: <i>läkare</i> Till: <i>FK</i>	<i>Mina Intyg, Intygstjänsten, handläggnings-system (FK)</i>	<i>Patient</i> kan digitalt inlämna läkarintyg (i förväg) till <i>FK</i>
<i>Inlämning av sjukpenningansökan (ansöknings-tjänst)</i>	Från: <i>patient</i> Till: <i>FK</i>	<i>E-tjänst sjukpenningansökan handläggnings-system (FK)</i>	Inlämnad sjukpenningansökan för utredning av <i>handläggare</i> på <i>FK</i>
<i>Hämtning/inlämning av läkarintyg (del i ansöknings-tjänst), (alt 3)</i>	Till/från: <i>patient</i> Från: <i>läkare</i> Till: <i>FK</i>	<i>E-tjänst sjukpenningansökan Intygstjänsten, handläggnings-system (FK)</i>	Läkarintyg bifogas sjukpenningansökan för utredning av <i>handläggare</i> på <i>FK</i>

Tabell 2. Sammanställning digitala tjänster (tjänstetabell)

Försäkringskassan tillhandahåller en digital tjänst för att utarbeta och lämna in en ansökan om sjukpenning. En sjukpenningansökan måste vara kompletterad med ett giltigt läkarintyg. Ett sådant intyg kan redan innan ansökan görs vara inskickat till Försäkringskassan, se ovan. Om så inte är fallet, så behöver intyget nu lämnas in till Försäkringskassan. Detta kan då göras via en integrerad hämtningstjänst som del i inlämningstjänsten. Det aktuella läkarintyget hämtas då från det digitala lagret av läkarintyg i Intygstjänsten. Försäkringskassan tillhandahåller således en digital tjänst för patienter (sjukförmånstagare) att inlämna/kommunicera en sådan komplett ansökan till Försäkringskassan.

I tjänstetabellen anges olika tjänstetyper, som utfärdande, informering, hämtning, inlämning. Dessa baseras på ett klassifikationsschema för digitala tjänstetyper; se Goldkuhl & Röstlinger (2019a; kapitel 5).

3.2 Intressenter

Som har framgått av beskrivningen ovan (avsnitt 3.1) är flera aktörer inblandade i processen att hantera läkarintyg. En sammanställning av dessa finns i en intressentförteckning (tabell 3). Beträffande intressenter så skiljer vi mellan arrangörer av digitala resurser och användare av digitala resurser (Goldkuhl & Röstlinger, 2019a). Arrangörer är de som är ansvariga för utveckling och förvaltning samt tillhandahåller digitala resurser för användning. Användare är de som nyttjar en digital resurs för kommunikation eller annan informationshantering.

I intressentförteckningen finns både organisationer och persongrupper (i specifika roller) angivna. I allmänhet är det organisationer som är arrangörer och personer som är användare. I förteckningen har vi för varje intressent klagtjort allmän "verksamhetsroll" och specifik "digital roll" vad gäller digitala läkarintyg. För användare anges vilka digitala resurser som används och för varje sådan digital resurs anges användarens roll. T.ex för användaren patient anges att den digitala resursen Mina Intyg används för att hämta läkarintyg och att e-tjänst för sjukpenningansökan används för att inlämna sjukpenningansökan. Vilka som är arrangörer framgår i intressentförteckningen genom uttrycket "Tillhandahåller" i kolumnen "Digital roll".

Intressent	Verksamhetsroll	Digital roll
Patient	Person med sjukdom som förhindrar arbete och därmed har behov av ersättning vid sjukfrånvaro.	Användare av Mina Intyg (hämtar läkarintyg). Användare av E-tjänst sjukpenningansökan (inlämnar sjukpenningansökan).
Läkare	Läkare som är behörig att utfärda läkarintyg som styrker sjukskrivning.	Användare av Intygstjänsten (utfärdar läkarintyg). Användare av FMB (informerar om FMB-regler/kunskap).
Vårdgivare	Vårdorganisation med anställda läkare och annan vårdpersonal.	Tillhandahåller journalsystem med digital tjänst för utfärdande av läkarintyg. Ansluten till 1177/Mina Intyg.
Försäkringskassan (FK)	Ansvarig för sjukpenningärenden och andra ersättningar/förmåner; utfärdare av blankett/formulär för läkarintyg.	Tillhandahåller digitala resurser (E-tjänst sjukpenningansökan; handläggningssystem) för sjukpenningärenden. Medverkar i kravställande på Intygstjänsten.
Handläggare Försäkringskassan	Handlägger sjukpenningärenden.	Användare av handläggningssystem för sjukpenning.
Arbetsgivare	Organisation med anställda som kan vara sjukfrånvarande och då erhålla sjuklön. Meddelar sjukfrånvaro till FK.	Erhåller utskrivet läkarintyg från patient för styrkande av sjukskrivning.
Socialstyrelsen	Ansvarig för försäkringsmedicinskt beslutsstöd (regelverk och kunskapsbank).	Tillhandahåller FMB som digital resurs.
Inera	Ägs av/arbetar på uppdrag av Sveriges landsting/regioner med IT-frågor.	Tillhandahåller digitala resurser som Intygstjänsten och 1177.


Tabell 3. Intressentförteckning

3.3 Information och verksamhetsspråk

Läkarintyget är ett dokument som utfärdas av behörig läkare och som används av flera andra aktörer (figur 3). Innehållet i läkarintyget är påverkat av lagstiftning kring sjukskrivning. Försäkringskassan är den primära aktör som använder läkarintyget; detta görs för att bedöma om sjukskrivning är befogad och därmed om sjukpenning kan utbetalas. Informationskrav på läkarintyg har fastställts av Försäkringskassan, vilket innebär att blankett/formulär har utformats av Försäkringskassan¹. Ursprungligen användes bara en pappersblankett för läkarintyg

¹ Se Försäkringskassan (2012) för beskrivning av denna blankett och de informationskrav som den bygger på. Denna blankett har nu (2019) ersatts av en ny blankett FK 7804 (Läkarintyg för sjukpenning). Efter granskning av denna nya blankett, ser vi endast marginella förändringar av blanketten/intyget. Det mesta i vår beskrivning och analys förefaller därför fortfarande vara giltigt.

(FK 7263); se figur 6a-b. Blanketten är strukturerad i ett antal fält som ska fyllas i. Nu för tiden är som sagt läkarintyget digitaliserat. Pappersblanketten finns kvar, men har också transformerats till ett digitalt formulär. Vi beskriver detta nedan i avsnitt 3.4 om interaktion.

 Försäkringskassan 0771-524 524 www.forsakringskassan.se	Läkarintyg 1 (2) enligt 27 kap. 26 § socialförsäkringsbalken Patientens namn <input type="text"/> Personnummer <input type="text"/>										
Skickas till Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund											
Om patienten inte är känd ska han eller hon styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29)											
1 <input type="checkbox"/> Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta (fortsätt till fält 8 b)											
2 Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos) Minst tre positioner										
3 Aktuellt sjukdomsförlopp											
4 Funktionsnedsättning - observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Intyget baseras på</th> <th>Datum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> min undersökning av patienten</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> journaluppgifter</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> annat (ange vad i fält 13)</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Intyget baseras på	Datum	<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> journaluppgifter	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> annat (ange vad i fält 13)	<input type="text"/>
Intyget baseras på	Datum										
<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten	<input type="text"/>										
<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	<input type="text"/>										
<input type="checkbox"/> journaluppgifter	<input type="text"/>										
<input type="checkbox"/> annat (ange vad i fält 13)	<input type="text"/>										
5 Aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos (fält 2) och funktionsnedsättning (fält 4)											
6 a Rekommendationer <input type="checkbox"/> kontakt med Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> kontakt med företagshälsovården <input type="checkbox"/> övrigt (ange vad) <input type="text"/>											
6 b Planerad eller pågående behandling eller åtgärd <input type="checkbox"/> inom sjukvården (ange vilken) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> annan åtgärd (ange vilken) <input type="text"/>											

Figur 6a. Försäkringskassans blankett för läkarintyg (sid 1)

7 Är arbetslivsriktad rehabilitering aktuell?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Går inte att bedöma
8 a Patientens arbetsförmåga bedöms i förhållande till		
<input type="checkbox"/>	nuvarande arbete - ange aktuella arbetsuppgifter	
<input type="checkbox"/>	arbetslöshet - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden	
<input type="checkbox"/>	föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn	
8 b Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är		
<input type="checkbox"/>	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/>	nedsatt med 1/4	
<input type="checkbox"/>	nedsatt med hälften	
<input type="checkbox"/>	nedsatt med 3/4	
<input type="checkbox"/>	helt nedsatt	
9 Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger, därför att:		
10 Prognos - kommer patienten att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete? (Gäller inte arbetslösa)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, delvis	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Går inte att bedöma (Förtydliga i fält 13)		
11 Kan resor till och från arbetet med annat färdstätt än normalt göra det möjligt för patienten att återgå i arbete?		
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
12 Kontakt önskas med Försäkringskassan		
<input type="checkbox"/> Ja		
13 Övriga upplysningar och förtydliganden		
Ovanstående uppgifter och bedömningar bekräftas		
14 Datum	16 Läkarens namnteckning	
15 Namnförtydligande, mottagningens adress och telefon		
	17 Förskrivarkod och arbetsplatskod	

Figur 6b. Försäkringskassans blankett för läkarintyg (sid 2)

Blanketten läkarintyg är präglad av medicinskt och försäkringsmedicinskt verksamhetspråk¹. Många av de använda begreppen har specialiserad betydelse beroende av den fackkunskap som utvecklats, dels inom medicin (diagnos och behandling) och dels inom försäkringsmedicin (bedömning inom sjukförsäkring). En grundläggande försäkringsmedicinsk logik finns

¹ Med verksamhetspråk avses det fackspråk (begreppsbyggnad och terminologi) som används inom ett specifikt verksamhetsområde. Begreppet finns närmare preciserat i Goldkuhl & Röstlinger (2019a).

därmed implementerad i läkarintyget. Denna logik utgörs av den sk DFA-kedjan. DFA står för diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning¹. Avsikten är att läkarna ska tillämpa ett sådant DFA-tänkande i samband med intygsutfärdande. Först ställer läkarna en sjukdomsdiagnos (D). Därefter görs en bedömning av vad sjukdomen/diagnosen har för inverkan (nedsättning) på patientens fysiska och psykiska funktioner (F). Sedan bedöms vilken betydelse en sådan funktionsnedsättning har på patientens förmåga att utföra sina arbetsuppgifter, dvs om någon aktivitetsbegränsning föreligger (A). Baserat på detta ska läkaren sedan ta ställning till sjukskrivningsperiod och omfattning (heltid/deltid). En verksamhets-språklig analys av de olika begreppen (ledtexter från intygsblanketten) återfinns i en begreppstabell (tabell 4). Denna begreppstabell har fyra kolumner och är gjord utifrån ett kommunikativt perspektiv, dvs med tanke på sändare och mottagare: 1) aktuellt verksamhetsbegrepp samt plats i formulär, 2) en innebördsbestämning, 3) från vem innehållet kommer (ursprung) och 4) vad innehållet ska användas till (avsedd funktion) och av vem (användare/avsedd mottagare).

Begreppstabellen² utgör resultat av en verksamhetsspråklig analys av läkarintyget. Olika begrepp på blanketten har analyserats. Det finns inte alltid en ordagrann överensstämmelse mellan verksamhetsbegrepp i tabellen och använda ledtexter i blanketten (hänvisning görs genom fältnummer). På läkarintyget har man inte alltid tydligt begreppsgjort (namngett) alla ledtexter. T.ex i fält 8a återfinns ledtexten "Patientens arbetsförhållande bedöms i förhållande till". Detta uttryck ger en adekvat förklaring till vilken information som efterfrågas, men på typnivå blir det otympligt att använda denna språksats istället för ett substantiverat (klargjort/generaliserat) begrepp. I begreppstabellen finns istället detta begreppsliggjort genom uttrycket "bedömningsgrund för arbetsförmåga". Det finns andra exempel på sådana implicita verksamhetsbegrepp, dvs där man använder en språklig omskrivning istället för ett distinkt verksamhetsbegrepp. Sådana språkliga omskrivningar gör det svårt att enkelt och entydigt tala om dessa begrepp. "Bedömningsgrund för funktionsnedsättning" (fält 4) och "motiv för FMB-avvikelse" (fält 9) är två andra sådana exempel där implicita verksamhetsbegrepp på blanketten har ersatts med mer tydliga begreppsliggöranden i begreppstabellen; jämför med texten på intygsblanketten (figurer 6a – 6b). Se vidare resonemang i avsnitt 4.6 nedan.

I begreppstabellen har en uppdelning gjorts av "aktuellt sjukdomsförlopp" (fält 3). Denna uppdelning är gjord utifrån en variation i kommunikativt ursprung. En del i sjukdomsbeskrivning har sin grund i patientens sjukdomsredogörelse (1) och en annan del har sin grund i läkarens bedömning och redovisning (2). Perspektivet vid denna verksamhetsspråkliga analys har varit att klargöra vem som har sagt vad, därför har denna uppdelning gjorts i tabellen. Se vidare avsnitt 4.4 och 4.6 nedan.

Av denna begreppsanalys framgår också att läkarintyget är präglad av Försäkringskassans informationsbehov avseende försäkringsmedicinska bedömningar. Blanketten för läkarintyg är utformad av Försäkringskassan och den är så att säga "optimerad" för denna organisations

¹ Se Försäkringskassan (2012) för en beskrivning av utfärdande av läkarintyg samt en översiktlig beskrivning av DFA-kedjan som central del av en försäkringsmedicinsk analys. En djupare bakgrundsbeskrivning av DFA-kedjan återfinns i SOU 2009:89.

² Den aktuella begreppstabellen är inte helt fullständig; den täcker de flesta men inte alla förekommande begrepp som finns på läkarintyget. En begreppstabell bör innehålla en begreppsdefinition (kolumn 2); andra karaktäristika (kolumner) kan väljas utifrån syfte med aktuell analys och beskrivning.

informationsbehov. Blanketten används även av andra aktörer (patienten och arbetsgivaren), men någon anpassning har inte gjorts för dessa aktörers informationsbehov och möjlighet att ta del av det specifika verksamhetsspråk som används på blanketten för läkarintyg. Se vidare diskussion i avsnitt 4.6.

Begrepp & plats i formulär	Innebörd	Ursprung	Avsedd funktion & användare
Intygsidentitet, saknas	Varje läkarintyg har en egen digital identitet	Skapas i digital tjänst	För att hålla reda på intyg och koppla kommunikation mellan <i>handläggare (FK)</i> och <i>läkare</i> kring ett specifikt intyg
Intygsutfärdare, fält 15, 16, 17	Förskrivande läkare (förskrivarkod samt arbetsplatskod)	Identifiering genom SITHS-kort eller e-leg	För att <i>FK</i> ska kunna kommunicera med utfärdande <i>läkare</i> om intyg och sjukdom
Intygsperson, blanketthuvud	Patient med nedsatt arbetsförmåga	Identifiering genom personnr; patient känd sedan tidigare eller identifieras genom legitimation	För att handläggning hos <i>arbetsgivare</i> och <i>FK</i> ska avse rätt person
Diagnos, fält 2a + b	Diagnos för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga; diagnoskod enligt etablerat kodverk ICD-10	Medicinsk bedömning av utfärdande läkare	För att <i>FK</i> vid handläggning ska kunna bedöma styrkt funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning
Aktuellt sjukdomsförlopp – 1, fält 3	Personlig sjukdomsredogörelse	Lämnad av patienten	För att <i>FK</i> vid handläggning ska kunna bedöma styrkt funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning
Aktuellt sjukdomsförlopp – 2, fält 3	Vårdinsatser och sjukdomsutveckling	Redovisad av utfärdande läkare	För att <i>FK</i> vid handläggning ska kunna bedöma styrkt funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning
Funktionsnedsättning, fält 4a	Typ av funktionsnedsättning och omfattning	Bedömning av utfärdande läkare	För att vid <i>FK</i> handläggning ska kunna bedöma styrkt aktivitetsbegränsning
Bedömningsgrund för funktionsnedsättning, fält 4b	Typ av kontakt och tidpunkt för kontakt med patient	Redovisad av utfärdande läkare	För att <i>FK</i> vid handläggning ska kunna bedöma styrkt funktionsnedsättning

Tabell 4a. Verksamhetsspråklig analys av läkarintyg för sjukpenning (begreppstabell)

Begrepp & plats i formulär	Innebörd	Ursprung	Avsedd funktion & användare
Aktivitetsbegränsning, <i>fält 5</i>	Inverkan på arbetsförmåga	Bedömning av utfärdande läkare	För att FK ska kunna fatta beslut om sjukpenning
Bedömningsgrund för arbetsförmåga, <i>fält 8a</i>	Typ av arbetsuppgifter som patienten har (del i motiv för bedömd aktivitetsbegränsning)	Redovisad av utfärdande läkare utifrån patients redogörelse	För att FK vid handläggning ska kunna bedöma styrkt aktivitetsbegränsning
Sjukskrivningens omfattning och period <i>fält 8b</i>	Inverkan på arbetsförmåga operationaliserad i tid & omfattning	Bedömning av utfärdande läkare	För att FK ska kunna fatta beslut om sjukpenning
Motiv för FMB-avvikelse <i>fält 9</i>	Medicinska bedömningar som avviker från standard i Försäkrings-Medicinskt Beslutsstöd (FMB)	Bedömning av utfärdande läkare	För att FK vid handläggning ska kunna bedöma styrkt funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning
Datum, <i>fält 14</i>	Utfärdandedatum	Skapas i digital tjänst	För att kunna veta när utfärdandet ägde rum

Tabell 4b. Verksamhetsprälig analys av läkarintyg för sjukpenning (begreppstabell)

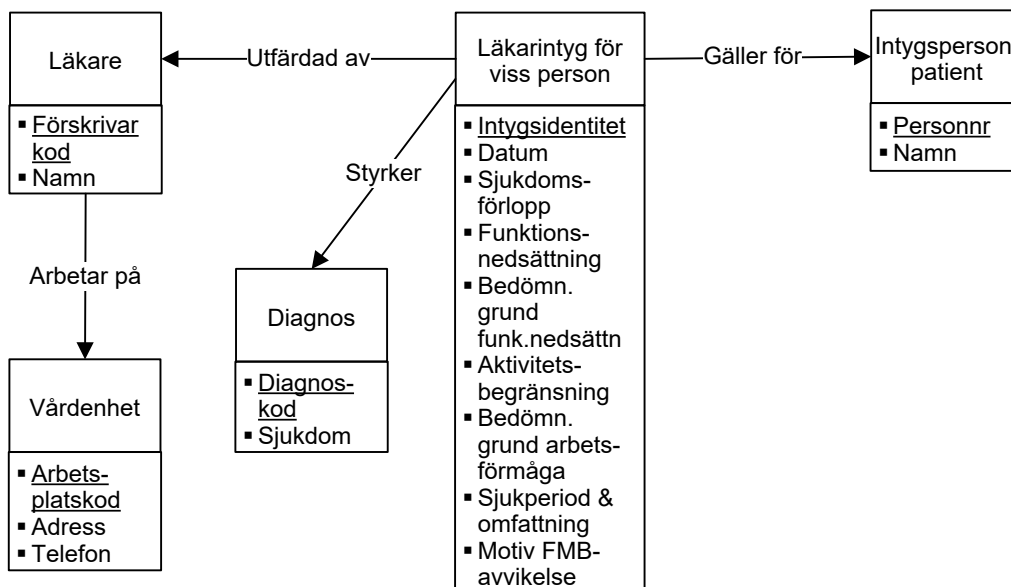
Begreppsinnehåll i det digitala formuläret för läkarintyget har ytterligare klargjorts genom en begreppsgraf (figur 7) som visar på centrala begrepp och dess relationer. Intyget är i grunden ett institutionellt relationsobjekt som utfärdas av en läkare och gäller för en patient. I en pappersbaserad värld fanns inte ett direkt behov av att göra intyget till ett eget objekt med unik identitet. Kompletteringsfrågor kunde (och kan fortfarande i undantagsfall) ställas per telefon av en handläggare på Försäkringskassan i kontakt med utfärdande läkare. Vid övergång till digital hantering av läkarintyg har man infört möjligheter att digitalt ställa och besvara frågor¹. För att detta ska fungera krävs att båda parter (Försäkringskassan och aktuell vårdenhet) enkelt kan identifiera aktuellt intyg i sina respektive digitala resurser. Det har därför införts en intygsidentitet som automatiskt skapas av den digitala utfärdandetjänsten.

För aktörsobjekten läkare och intygsperson/patient anges endast identifierande information (namn och entydig identifierare²). Läkarens vårdenhet ses som ett eget objekt som identifieras genom en arbetsplatskod, men även anges genom adress och telefon. Huvuddelen av information på läkarintyget utgörs av läkarens olika bedömningar av patienten; dennas sjukdom och begränsade arbetsförmåga. Detta handlar om patienten, men är också del av det specifika institutionella förhållandet av *ett intygsutfärdande vid ett tillfälle*. All den information (de egenskaper) som finns kopplade till läkarintyget på begreppsgrafen kan ses som också kopplade till patienten och läkaren. Det är information (egenskaper) som handlar om patienten och som har utsagts/intygats av läkaren. I grunden innebär läkarintyget en kommunikativ handling av en läkare med följande principiella innebörd: ”Jag intyggar att

¹ Denna fråge/svarstjänst finns inte redovisad i ovanstående beskrivningar av digitala tjänster (avsnitt 3.1). Se dock figur 2 och 13 där denna digitala kommunikation framgår.

² Identifierare markeras med understrykning.

patient NN är arbetsoförmögen pga undersökt sjukdom”. I grafen framgår förutom olika objekt och egenskaper även relationer mellan objekten; som att ett läkarintyg är utfärdat av viss läkare och gäller för viss patient samt styrker viss diagnos.



Figur 7. Begreppsgraf¹ för läkarintyg

3.4 Interaktion

Läkarens arbete med att utfärda ett intyg stöds av en särskild utfärdandetjänst² (en del av det som här kallas intygstjänsten). Tjänsten innebär en digitalisering av olika typer av läkarintyg. Vi redovisar nedan en digital tjänst med ett digitalt formulär som motsvarar den blankett för läkarintyg som finns redovisad ovan (figur 6a-b).

Beskrivning av digital interaktion följer en strukturering av interaktionsprocesser i fyra faser. Enligt den sk generiska interaktionsloopen³ kan digital interaktion sägas bestå av fyra steg (faser) som kan benämnas på följande sätt:

1. *Förinformer*ing (användaren tar reda på vad som kan göras genom aktuell interaktionsloop)
2. *Utförande* (användaren genomför någon slags inmatning)
3. *IT-reaktion* (IT-systemet utför någon önskad åtgärd; användaren avvaktar IT-systemets reaktion, som ofta innebär någon feedback till användaren)
4. *Efterinformer*ing (användaren kontrollerar feedback, dvs att det som önskades också blev utfört)

¹ För begreppsgraf (enligt denna notation) se Röstlinger & Goldkuhl (2006) och Goldkuhl & Röstlinger (2019a).

² Det är en del av det som här kallas Intygstjänsten (se figur 4). Den korrekta namngivningen är WebCert (se figur 2).

³ För den generiska interaktionsloopen se t.ex Ågerfalk (2003), Goldkuhl m.fl (2004), Goldkuhl & Röstlinger (2012; 2019a). Denna loopmodell kallades tidigare "elementarinteraktionsloopen"

Interaktionsloopar kan vara av tre typer:

- *Läsloop*, dvs användaren skaffar sig information genom den digitala resursen.
- *Skriloop*, dvs användaren kommunicerar något genom den digitala resursen.
- *Navigeringsloop*, dvs användaren förflyttar sig till någon annan plats inom den digitala resursen.

Digital interaktion innebär att användare genomlöper ett antal sådana interaktionsloopar för att utföra något önskat arbete.

Fem interaktionsprocesser (interaktionsloopar) har identifierats för utfärdande av läkarintyg vid sjukskrivning:

- Välja intygstyp – navigationsloop (figur 8)
- Registrera intygsinformation – skrivloop (figur 9)
- Informera sig om diagnoser och sjukskrivning genom integrerat – läsloop FMB (figur 10)
- Informera sig om diagnoser och sjukskrivning genom separat FMB – läsloop (figur 11)
- Signera läkarintyg – skrivloop (figur 12)

Vi redovisar nedan fem modeller som beskriver dessa interaktionsprocesser¹. Dessa finns beskrivna i sk interaktionsutformning² (figur 8-12) som följer logiken i den generiska interaktionsloopen med dess fyra steg. Förutom dessa fyra steg har ett steg 0 (varifrån, dvs vad har gjorts innan) och ett steg 5 (vad kan följa efter denna interaktion) angetts.

En interaktionsutformning är en slags tabell som består av ett antal fält; ett för varje steg i interaktionen, inklusive varifrån (0) och följdhandlingar (5). Dessutom finns en eller flera skärmbilder³ inklistrade i mitten av tabellen för att konkretisera förståelsen.

Steg 1 innebär förinformerande och beskriver vad användaren gör för att bli klar över den digitala tjänstens handlingsmöjligheter. Användaren kan undersöka den uppvisade funktionaliteten, t.ex öppna informationsboxar. Steg 2 anger användarens utförande, dvs att hen matar in något (t.ex skriver in text, markerar något). Steg 3 innebär IT-systemets reaktion. Detta kan inrymma bearbetning och lagring av information inklusive exponering av feedback-meddelande. Steg 4 (efterinformerande) innebär att användaren kontrollerar att interaktionen ledde till önskat resultat.

Det digitala formuläret följer blanketten, men det finns också några skillnader gentemot blanketten som är föranlett av den digitala kommunikationen; bl.a är ordning mellan olika fält förändrad. I denna digitala tjänst finns möjlighet att välja olika typer av intyg för patienter, dvs det finns alternativa navigationsmöjligheter (figur 8). Efter valt intyg så erhålls ett klagörande av syftet med det valda intyget.

¹ Beskrivningen är som övrigt baserat på 2016 års version av Intygstjänsten. Sedan 2016 har en vidareutveckling av Intygstjänstens användargränssnitt skett (Inera, 2018; Inera/Socialstyrelsen/Försäkringskassan, 2018). Vi har inte haft en direkt tillgång till detta nya användargränssnitt för att kunna jämföra med tidigare version.

² Dessa bygger på notation från Goldkuhl & Röstlinger (2012).

³ Dessa skärmbilder är kopierade ifrån en demoversion som författarna haft tillgång till i samband med den empiriska studien av digitala läkarintyg.

Efter val intygstyp visas ett formulär för det valda intyget för användaren. Där finns ett antal fält som ska fyllas i. I figur 9 visas exempel på sådana inmatningsfält. Inmatning kan ske på olika sätt; ibland väljs ett av flera fördefinierade alternativ; ibland handlar det om inmatning av någon text.

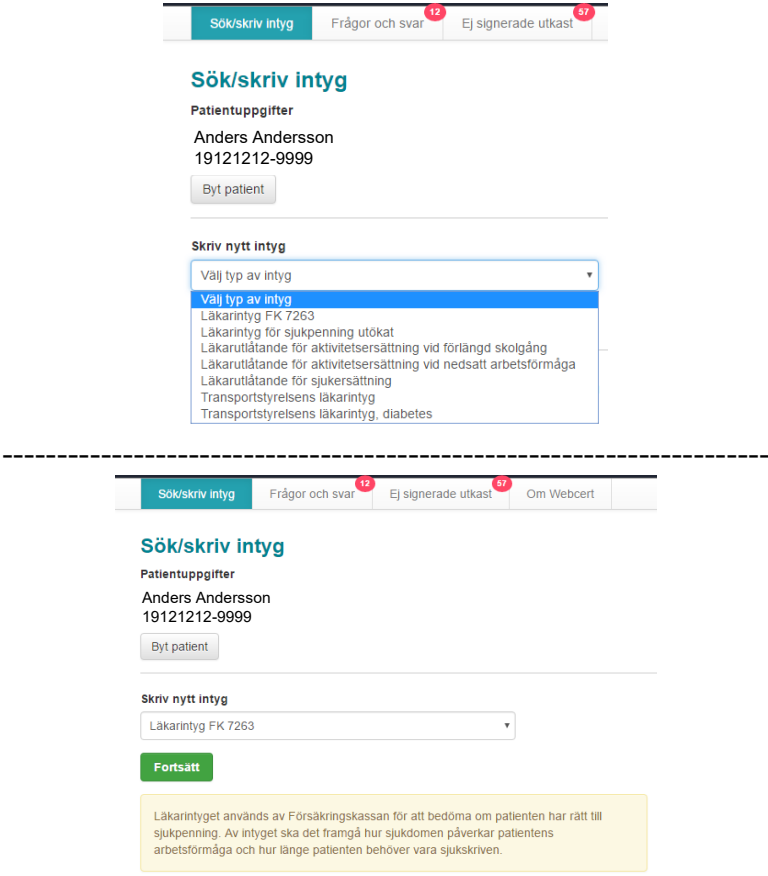
Bredvid ledtexter finns i allmänhet ett frågetecken (?) markerat. Om användaren klickar på frågetecknet så erhålls (i en sk pop-up ruta) en förklaring och/eller ett förtydligande av informationskrav. Detta ger användaren ett informationsstöd för ifyllnad av formuläret.

På läkarintyget ska diagnos anges. För detta ändamål tillämpas en internationell diagnosstandard. Användaren styrs/får hjälp att här ange diagnos. Detta sker med hjälp av en infälld meny där diagnos väljs utifrån förangivna diagnoser. Användaren blir alltså informerad om tillgängliga diagnoser att välja bland.

Användaren har sedan tillgång till en integrerad informeringstjänst (Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – FMB). Här finns information om sjukdomar med underlag för bedömning (figur 10).

Det finns här också en länk till mer omfattande separat informeringstjänst FMB hos ansvarig arrangör (Socialstyrelsen). Om man klickar på denna länk så öppnas ett nytt fönster med denna separata informeringstjänst (figur 11).

Den integrerade informationstjänsten ger stöd åt användaren att välja en adekvat sjukskrivningsperiod. FMB innehåller information hur aktuell sjukdomsdiagnos påverkar arbetsförmåga. Detta ger stöd för att avgöra funktionsnedsättning samt omfattning av sjukskrivning.

<p>0: Varifrån Från vald patient.</p>	
<p>1: Förinformerings Öppna & studera dropplista med valbara intygstyper.</p>	<p>2: Användarens utförande Markera/välj önskad intygstyp.</p>
 <p>The screenshot shows two instances of the 'Sök/skriv intyg' (Search/Write Certificate) interface. The top instance shows a dropdown menu with the following options: 'Välj typ av intyg', 'Läkrintyg FK 7263', 'Läkrintyg för sjukpenning utökat', 'Läkrintyg för aktivitetsersättning vid förlängd skolgång', 'Läkrintyg för aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga', 'Läkrintyg för sjukersättning', 'Transportstyrelsens läkrintyg', and 'Transportstyrelsens läkrintyg, diabetes'. The bottom instance shows the same interface but with 'Läkrintyg FK 7263' selected in the dropdown and a green 'Fortsätt' (Continue) button. A yellow information box at the bottom of the second instance states: 'Läkrintyget används av Försäkringskassan för att bedöma om patienten har rätt till sjukpenning. Av intyget ska det framgå hur sjukdomen påverkar patientens arbetsförmåga och hur länge patienten behöver vara sjukskriven.'</p>	
<p>3: IT-systemets reaktion Formulär för önskad intygstyp visas med klargörande av intygssyfte.</p>	<p>4: Efterinformerings Kontrollera att korrekt intygstyp visas genom att läsa om syfte och titta på intygssyfte.</p>
<p>5: Följdhandlingar Fylla i vald intygstyp.</p>	

Figur 8. Interaktionsutformning: Val av intygstyp (navigationsloop)

0: Varifrån

Från vald intygstyp.

1: Förinformerings

Studera inmatningskrav (ledtexter).
Klargör inmatningskrav genom att öppna förklaringsrutor (klicka på ?).

2: Användarens utförande

Mata in önskad intygsinformation genom att skriva in texter, markera val och markera i kryssrutor.

Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga Fält 2

Välj kodverk: ICD-10-SE KSH97-P (Primärvård)

ICD-10 Diagnos

J20|

- J20 | Akut bronkit
- J200 | Akut bronkit orsakad av Mycoplasma pneumoniae
- J201 | Akut bronkit orsakad av Haemophilus influenzae
- J202 | Akut bronkit orsakad av streptokocker
- J203 | Akut bronkit orsakad av coxsackievirus
- J204 | Akut bronkit orsakad av parainfluenzavirus
- J205 | Akut bronkit orsakad av respiratoriskt syncytialvirus
- J206 | Akut bronkit orsakad av rhinovirus
- J207 | Akut bronkit orsakad av ECHO-virus
- J208 | Akut bronkit orsakad av andra specificerade organismer
- J209 | Akut bronkit, ospecificerad

Tecken kvar: 220

Aktivtetsbegränsning relaterat till diagnos och funktionsnedsättning

Ge en tydlig beskrivning av hur sjukdomen begränsar patientens förmåga, liksom av hur omfattande konsekvenserna är.

Denna information är den mest centrala för bedömning av rätten till sjukpenning. Använd enkel svenska som är begriplig för en person utan medicinsk utbildning.

Tecken kvar: 450

Tecken kvar: 1100

3: IT-systemets reaktion

Motta & visa registrerad information.
Intyget sparas som utkast.

4: Efterinformerings

Kontrollera inmatad information.

5: Följdhandlingar

Signera intyg.

Figur 9. Interaktionsutformning: Inmatning av intygsinformation (skrivloop)

o: Varifrån

I samband med inmatning av intygsinformation.

1: Förinformerings

Observera var FMB ger möjlighet till fördjupad information.

2: Användarens utförande

Öppna integrerat Försäkringsmedicinskt beslutsstöd i samband med inmatning av intygsinformation (för tidigare angiven specifik diagnos).

Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga Fält 2

Välj kodverk: ICD-10-SE KSH97-P (Primärvård)

ICD-10: J20 | Diagnos: Akut bronkit

J201 | Akut bronkit orsakad av Haemophilus influenzae

Tecken kvar: 208

Tecken kvar: 208

Förtydligande av diagnos/diagnoser

Tecken kvar: 208

J20: Information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd

Symtom, prognos och behandling

Akut bronkit orsakas vanligen av luftvägsinflammation och epitelkada (skador på hud och slemhinnor i kroppen) efter vanlig virusförkylning. Akut bronkit kan ge hosta under flera månader och är ofta tecken på inflammation i bronkierna. Symtom är akut påkommande torr eller slemmig hosta. Tillståndet är vanligtvis kortvarigt och varar några dagar till några veckor. Ibland får patienten hosta under flera månader vilket är ett uttryck för en sekundärinfektion. Återkommande akuta bronkit hos rökare bör medföra rökstopp. Bihåleinflammationer efter virus kan ligga bakom återkommande akuta bronkit. Långvarig bronkit kan bero på tvar eller infektion med mykoplasma pneumoniae. Utred långvariga besvär med lungröntgen och eventuell röntgen av bihålorna. Förtydliga anamnesen samt utför spirometri eller PEF-mätningar. Överväg specialistremiss för eventuell bronkoskopi.

Generell information

Akut bronkit nedsätter normalt inte arbetsförmågan. Om patienten har långvarig svår hosta kan det påverka allmäntillståndet genom att patienten blir trött. Sjukskrivning enbart i undantagsfall vid tydligt nedsatt allmäntillstånd i upp till 2 veckor. Röstkrävande yrken

Jag bedömer att arbetsförmåga är Fält 8b

Faktisk tjänstgöringstid timmar/vecka

25% nedsatt arbetsförmåga från och med till och med

50% nedsatt arbetsförmåga från och med till och med

75% nedsatt arbetsförmåga från och med till och med

Helt nedsatt arbetsförmåga från och med till och med

Information från Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd J20 - Akut bronkit

Akut bronkit nedsätter normalt inte arbetsförmågan. Om patienten har långvarig svår hosta kan det påverka allmäntillståndet genom att patienten blir trött. Sjukskrivning enbart i undantagsfall vid tydligt nedsatt allmäntillstånd i upp till 2 veckor. Röstkrävande yrken kan behöva längre sjukskrivning.

3: IT-systemets reaktion

Exponera FMB-information för tidigare angiven diagnos.

4: Efterinformerings

Användaren studerar fördjupad information (FMB) om diagnos, konsekvenser & föreslagna sjukskrivningsperioder.

5: Följdhandlingar

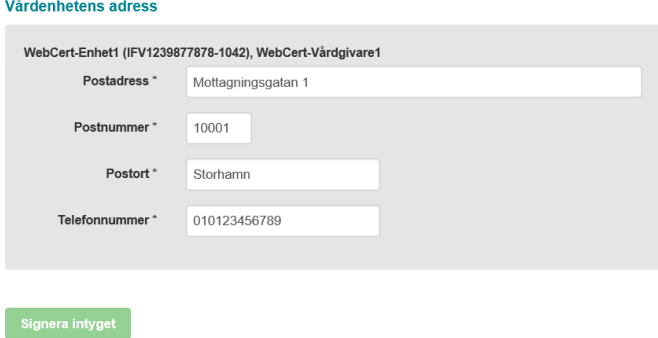
Inmatning av intygsinformation; signera intyg.

Figur 10. Interaktionsutformning: Informering genom integrerat Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (läsloop)

När samtliga fält är ifyllda, kan arbetet med läkarintyget avslutas. Om inte läkaren gör något mer så finns intyget sparad som ett utkast. Det är först efter det att läkaren har signerat intyget som det är redo för utlämning. Signering sker genom att läkaren klickar på signera-knapp (figur 12) samtidigt som läkaren är inloggad. Inloggning sker genom ett särskilt identitetskort (SITHS-kort) eller e-legitimation. När läkaren har signerat, lagras läkarintyget i intygstjänsten och finns tillgängligt för patienten som kan hämta det via den digitala tjänsten Mina Intyg.

<p>0: Varifrån Navigering i samband med inmatning av intygsinformation eller från annan behovssituation.</p>	
<p>1: Förinformer Observera vad FMB ger för möjligheter till fördjupad information (olika diagnoser).</p>	<p>2: Användarens utförande Välja (=klicka på) diagnos.</p>
	
<p>3: IT-systemets reaktion Exponera FMB-information om vald diagnos.</p>	<p>4: Efterinformer Användaren studerar fördjupad information (FMB) om diagnos, konsekvenser & föreslagna sjukskrivningsperioder.</p>
<p>5: Följdhandlingar I samband med utfärdande av läkarintyg: återgå till inmatning av intygsinformation; signera intyg.</p>	

Figur 11. Interaktionsutformning: Informering genom separat Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (läsloop)

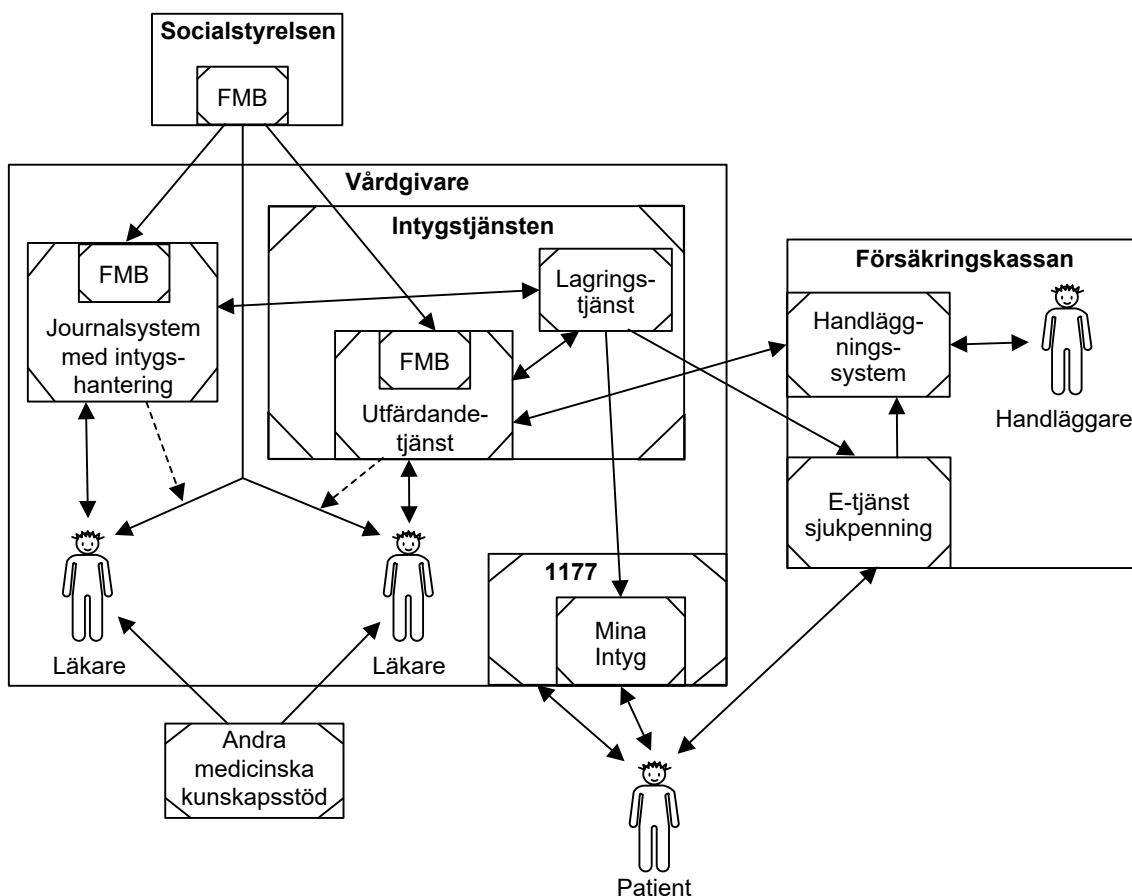
0: Varifrån Efter inmatning av intygsinformation.	
1: Förinformerings Granska inmatad intygsinformation. Identifiera signeringsmöjlighet.	2: Användarens utförande Signera genom att klicka på signera-knapp.
	
3: IT-systemets reaktion Intyget överförs från utkaststatus till färdigstatus, vilket innebär att det lagras 1) i Intygstjänsten för kommande hämtning och 2) som journalhandling. Feedback ges om signerat intyg.	4: Efterinformerings Kontrollera att intyg är signerat genom att läsa feedback-meddelande.
5: Följdhandlingar Andra arbetsuppgifter.	

Figur 12. Interaktionsutformning: Avslutande signering (skrivloop)

De fem beskrivningarna (figur 8-12) är av skilda slag. "Välja intygstyp" är en navigationsloop, då det för användaren genererar ett digitalt formulär av önskad typ för användaren (figur 8). "Registrera intygsinformation" är en skrivloop där användaren skriver in intygsinformation i olika fält i det digitala formuläret (figur 9). "Informera sig om diagnoser och sjukskrivning genom FMB" är en integrerad informeringstjänst i denna digitala utfärdandetjänst (figur 10). Som en informeringstjänst utgörs den av en läsloop. Användaren öppnar en box med text/information som underlag för bedömning. Informeringstjänsten/läsloopen kan utföras som en inskjuten loop under skrivloopen registrering av intygsinformation. Genom den digitala tjänsten går det också att, genom navigering, nå en separat informeringstjänst (FMB) hos Socialstyrelsen (figur 11). Detta är då alltså också en läsloop. "Signera läkarintyg" är en avslutande skrivloop efter det att all information är inmatad (figur 12). Användaren skriver inte in någon text här utan klickar bara på en signera-knapp. Detta innebär slutförande av intygsutfärdande samt också initiering av utlämning av det ifyllda läkarintyget. Intyget lagras i Intygstjänsten och görs tillgängligt för patienten att hämta.

3.5 Digitalt landskap

Digital hantering av läkarintyg innefattar flera olika digitala resurser i olika organisationer. I figur 4 ovan beskrivs ett antal digitala resurser (med sina digitala tjänster) i relation till användare. En mer komplett bild av det digitala landskapet med olika digitala resurser ges i figur 13.



Figur 13. Digitalt landskap för hantering av läkarintyg

Av denna figur framgår att:

- Intygstjänsten består av två delar; en del som stödjer utfärdande av intyg och en del som hanterar lagring av intyg.
- Det finns även andra digitala resurser som hanterar utfärdande av läkarintyg; journalsystem med integrerade moduler för läkarintyg. Dessa digitala resurser är alternativa/konkurrerande till intygstjänstens utfärdandedel. Olika vårdgivare har valt olika digitala resurser för att skriva läkarintyg. Alla olika sådana utfärdandetjänster behöver kunna överföra läkarintyg till Intygstjänsten lagringsdel som är en samlad nationell resurs för detta ändamål.
- Informeringstjänsten Förädlingsmedicinskt beslutsstöd (FMB) utgör en digital komponent i utfärdandetjänsten och andra digitala intygsstöd. FMB har sitt ursprung i Socialstyrelsens digitalisering av denna kunskap. FMB, som separat webbaserad digital resurs hos Socialstyrelsen kan också nås direkt av utfärdande läkare, antingen direkt eller genom navigationslänkning från digitala resurser för utfärdande.

- Det existerar andra medicinska kunskapsstöd som läkare kan använda som kompletterande/alternativa informationsresurser i sitt arbete med diagnos och behandling.
- Mina Intyg, som patienten använder för att hämta ut sina intyg, utgör en del av den större hälsoportalen 1177. Mina Intyg hämtar läkarintyg från Intygstjänstens lagringstjänst.
- Försäkringskassans e-tjänst för ansökan om sjukpenning kan i samband med patientens utarbetande och inlämning av ansökan hämta upp läkarintyget från Intygstjänstens lagringstjänst.
- Den digitala sjukpenningansökan och det digitala läkarintyget överförs därefter till Försäkringskassans handläggningssystem för att stödja handläggares arbete med utredning och beslut om sjukskrivning.
- Försäkringskassans handläggare kan ställa frågor digitalt till ansvarig läkare om läkarintyget och föreslagen sjukskrivning. Läkaren kan svara digitalt via utfärdandetjänsten. Ibland kan det handla om att göra ett nytt reviderat läkarintyg.

Figur 13 är som sagt en mer omfattande bild av det digitala landskapet. Den är dock inte helt komplett. Det finns t.ex hantering av läkarintyg för körkortsärenden där digital kommunikation sker med Transportstyrelsen, men detta täcks alltså inte av figur 13.

3.6 Mål

Verksamheten med läkarintyg och sjukskrivning styrs av olika mål. Denna verksamhet är ett komplext samhällsområde med en komplex och omfattande målbild. Målbilden inventerades inledningsvis genom studier av olika dokument samt intervjuer. En första mållista genererades som resultat av dessa inledande målstudier. Därefter användes ett antal generiska målkategorier för e-förvaltning som utvecklades i samband med det tidigare omtalade RESONANS-projektet. Vi följer en uppdelning i två överordnade målkategorier: Förvaltningsmål och samhällsmål. Med förvaltningsmål avses mål som gäller för offentliga organisationers agerande. Dessa mål ska bidra till att uppnå av de samhällsrelaterade målen. De två målkategorierna är sedan underindelade i ett antal preciserade målkategorier, enligt nedan:

- Förvaltningsmål
 - Ändamålsenlig förvaltning
 - Välinformerad och transparent förvaltning
 - Säker förvaltning
 - Resurseffektiv förvaltning
 - Förtroendeingivande förvaltning
- Samhällsmål
 - Medborgares handlingskapacitet
 - Kunnighet hos medborgare
 - Enkelhet för medborgare
 - Övergripande samhällsvärden

Dessa generiska målkategorier har använts för att klassificera de inventerade målen samt att få fram ytterligare mål med relevans för digitala läkarintyg. Två mållistor finns redovisade i tabell 5 och 6.

När man formulerar mål så bör detta göras så tydligt som möjligt. Man bör helst inte blanda flera olika mål i en och samma målsats. En målformulering bör handla om *ett* målobjekt. Med målobjekt avses det som man i en målformulering utsäger något önskat om. I en målsats anger man en önskad egenskap för det omtalade målobjektet. För t.ex målobjektet "vård och rehabilitering av sjukskrivna" anges den önskvärda egenskapen "effektiv"; se målsats 1 i mållistan för förvaltningsmål (tabell 5).

Målkategori	Mål
Ändamålsenlig förvaltning	1. Effektiv vård och rehabilitering av sjukskrivna 2. God förmåga hos läkare att utfärda kvalitetssäkrade och likvärdiga läkarintyg 3. Korrekt och likformig medicinsk bedömning av patienter genom läkarintyg 4. Korrekt och likformig försäkringsmedicinsk handläggning och beslut
Välinformerad och transparent förvaltning	5. Fritt flöde av intygad medicinsk information till adekvata målgrupper 6. Tydlighet i information till respektive målgrupp och användningssituation
Säker förvaltning	7. Hög säkerhet i medicinsk bedömning 8. Hög säkerhet i vård/rehabilitering 9. Hög säkerhet i hantering av medicinsk information 10. Hög säkerhet i försäkringsmedicinsk handläggning/beslut 11. Bibehållen personlig integritet för patient
Resurseffektiv förvaltning	12. Låga/adekvata kostnader för sjukskrivning 13. Effektiv sjukskrivningsprocess 14. Effektiv hantering av medicinska bedömningar (läkarintyg) 15. Effektiv handläggning av sjukpenningärenden hos Försäkringskassan
Förtroendeingivande förvaltning	16. Högt förtroende hos medborgare för medicinska bedömningar 17. Högt förtroende hos medborgare för vård/rehabilitering 18. Högt förtroende hos medborgare för hantering av läkarintyg 19. Högt förtroende hos medborgare för försäkringsmedicinsk handläggning/beslut

Tabell 5. Beskrivning av förvaltningsmål för digitala läkarintyg (mållista)

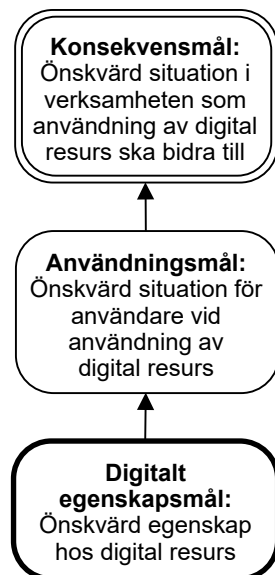
Målkategori	Mål
Medborgares handlingskapacitet	20. Individens kan hantera sin hälsosituation på ett bra sätt
Kunnighet hos medborgare	21. Individens är kunnig om sin sjukdom (orsaker, förlopp), behandling och sjukskrivning
Enkelhet för medborgare	22. Enkelt att administrera läkarintyg för patienter
Övergripande samhällsvärden	23. Tidig återgång till arbete efter sjukskrivning 24. God hälsa hos befolkningen

Tabell 6. Beskrivning av samhällsmål för digitala läkarintyg (mållista)

Dessa olika mål kan ses som övergripande mål för sjukskrivning, hälsa och läkarintygets roll i dessa sammanhang. Detta innebär att verksamheten kring läkarintyg inte på något sätt bör motverka dessa förvaltnings- och samhällsmål, utan istället på bästa sätt bidra till att målen

uppfylls. Man behöver därför också fokusera närmare på de digitala resursernas betydelse för dessa mål.

För detta ändamål använder vi oss av en uppdelning i tre typer av mål: Digitala egenskapsmål, användningsmål, konsekvensmål¹; se illustration i figur 14.



Figur 14. Egenskapsmål vs. användningsmål vs. konsekvensmål för digitala resurser (från Goldkuhl & Röstlinger, 2019a)

Med *digitala egenskapsmål* avses mål som gäller konkreta egenskaper hos den specifika digitala resursen. Det kan t.ex vara mål avseende digitala tjänster eller digitaliserad information. Digitala resurser bör leda till att önskvärda situationer kan uppstå utifrån användning av den digitala resursen. Vi skiljer då mellan:

- 1) *Användningsmål*; önskvärd situation som bör uppstå vid direkt användning av den digitala resursen men även vid användning av producerad digitaliserad information som vidareförs och används skilt från den digitala resursen.
- 2) *Konsekvensmål*; önskvärd situation som utgör en konsekvens av användning av digitaliserad information.

Användningsmål fokuserar vad användaren gör i samband med interaktionen med den digitala resursen eller med information producerad av den digitala resursen. Konsekvensmål handlar istället om verksamhetsmässiga mål eller mer övergripande samhällliga värden, så som förvaltningsmål och samhällsmål. Egenskaper hos en specifik digital resurs ska ha betydelse för dess användning samt dess vidare påverkan utanför själva användningssituationen.

En närmare undersökning av de digitala resurserna och de digitala verksamhetsprocesserna har lett till en kartläggning av både digitala egenskapsmål (tabell 7) och användningsmål (tabell 8). Med utgångspunkt i de digitala egenskapsmålen har en målsambandsanalys

¹ Se Goldkuhl & Röstlinger (2019a) avsnitt 7.3 om denna måltypologi.

genomförts. Digitala egenskapsmål har kopplats samman med användningsmål och konsekvensmål samt dokumenterats i sk målgrafer¹ (figur 15-18).

Mål
25. Intygstjänsten med ifyllnadsstöd för läkarintyg
26. Digitala läkarintyg noggrant & komplett ifyllda
27. Intygstjänsten med förmåga att informera om/föreslå adekvata sjukskrivningsperioder för utvalda diagnoser
28. Digitala läkarintyg med adekvata och likformiga sjukskrivningsperioder
29. Mina Intyg med funktionalitet att visa intyg för patient
30. Mina Intyg med tillhandahållen filtreringsfunktionalitet för läkarintyg
31. Samtycke för distribution av intyg kan registreras i Intygstjänsten
32. Intygstjänsten tillhandahåller sändningsfunktionalitet för utfärdat intyg
33. Mina Intyg tillhandahåller sändningsfunktionalitet för utfärdat intyg
34. FKs e-tjänst för sjukpenning tillhandahåller hämtningsfunktionalitet för utfärdat intyg
35. Effektiv digital överföring av läkarintyg till Försäkringskassan
36. Läkarintyg i digitalt format tillgängligt hos FK

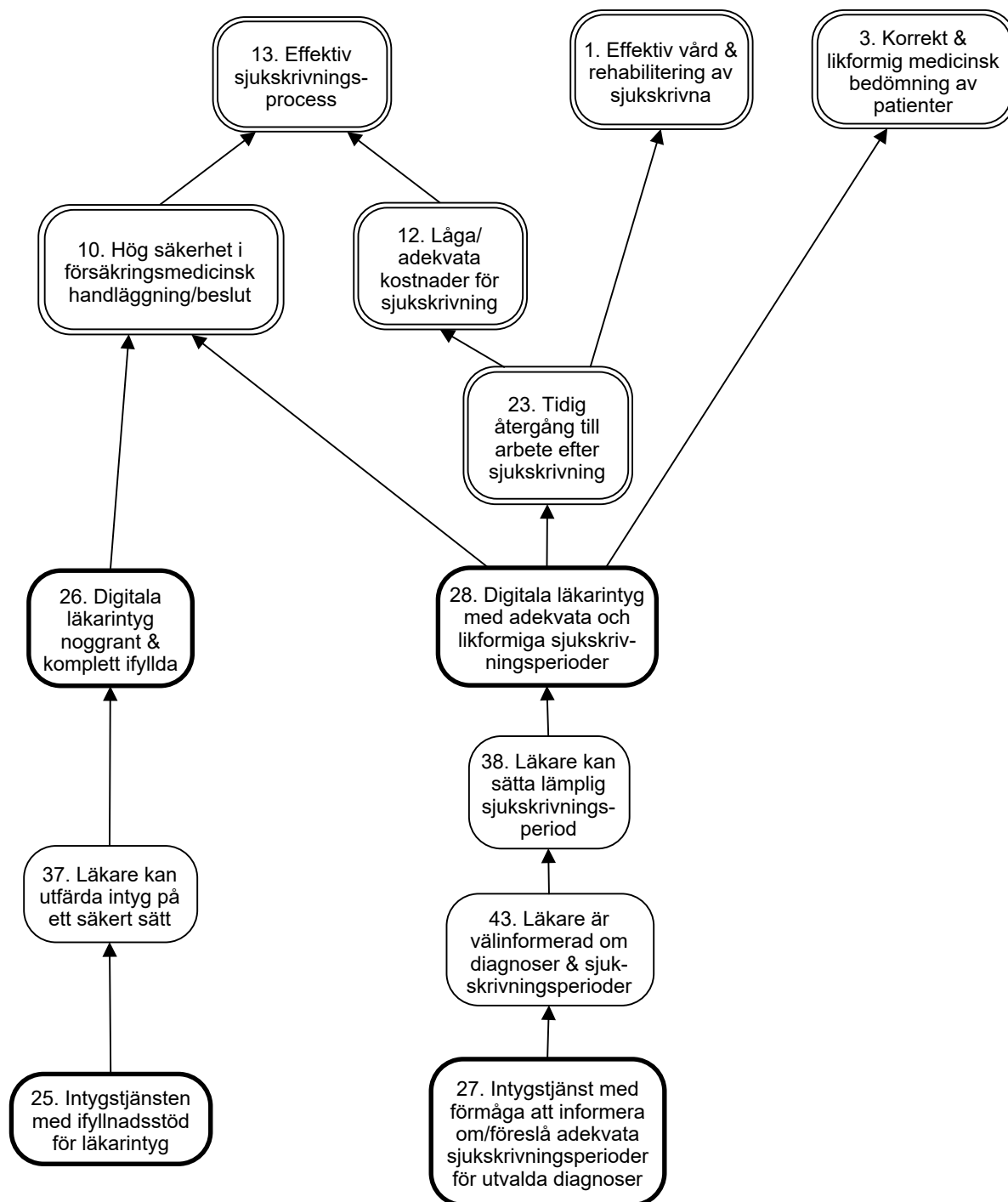
Tabell 7. Beskrivning av digitala egenskapsmål för digitala läkarintyg (mållista)

Mål
37. Läkare kan utfärda intyg på ett säkert sätt
38. Läkare kan sätta lämplig sjukskrivningsperiod
39. Patient kan anpassa läkarintyg till arbetsgivare
40. Arbetsgivare kan erhålla intyg med styrkt sjukfrånvaro
41. Läkare kan skicka in intyg till FK
42. Patient kan skicka in intyg till FK
43. Läkare är välinformerad om diagnoser och sjukskrivningsperioder

Tabell 8. Beskrivning av användningsmål för digitala läkarintyg (mållista)

Figur 15 är en målgraf som handlar om utfärdande av läkarintyg. Den visar två viktiga digitala egenskapsmål för Intygstjänsten (mål 25 och 27). I första hand ska Intygstjänsten ge stöd för att fylla i ett läkarintyg på ett säkert sätt (mål 25). Läkaren ska få stöd för olika uppgifter som ska registreras; stöd genom t.ex olika ledtexter och förklaringsrutor i det digitala formuläret. Intygstjänsten kontrollerar också att alla obligatoriska fält är ifyllda innan signering kan ske. Detta bör leda till att ett läkarintyg skapas som är noggrant och komplett ifyllt samt i digitalt format (mål 26).

¹ Målgrafer används för att reda ut och beskriva mål-medelrelationer mellan olika mål avseende digitaliserade verksamheter. Se Goldkuhl & Röstlinger (2019b) kapitel 11 om målgrafer och målanalys. I Goldkuhl & Röstlinger (2019a) avsnitt 7.3 beskrivs målanalys och målgrafer för de tre måltyperna digitala egenskapsmål, användningsmål och konsekvensmål.

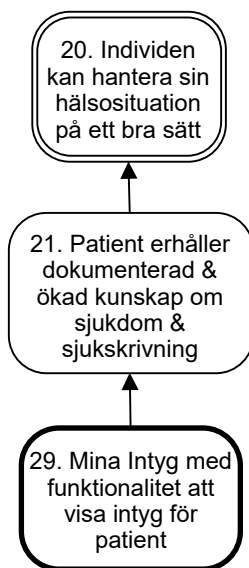


Figur 15. Mål-medelsamband digitala läkarintyg – kvalitetssäkrad digital ifyllnad (målgraf)

Målgrafen (figur 15) beskriver också Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (FMB) som styr läkare till att använda standardiserade och adekvata sjukskrivningsperioder för olika diagnoser (mål 27). Detta kan ske genom att den integrerade informeringstjänsten (som del i utfärdandetjänsten) förser läkaren med kunskapsunderlag och förslag till sjukskrivningsperioder. Den digitala resursen FMB är därmed bärare av mål om likformiga och adekvata sjukskrivningsperioder (mål 28). Den digitala informeringstjänsten (FMB) bidrar därmed till användningsmålet att läkaren blir informerad och kan sätta lämpliga

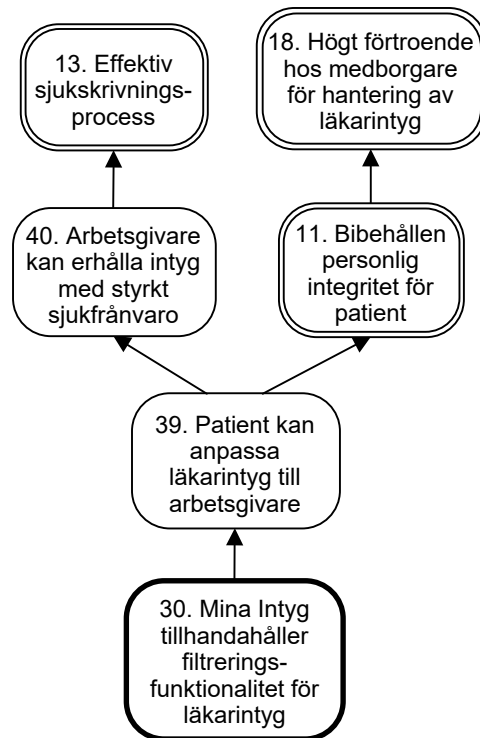
sjukskrivningsperioder (mål 38). Den digitala resursen Intygstjänsten har funktionalitet för kvalitetssäkring och hantering av digitala läkarintyg; bl.a att läkarintyg digitalt överförs till Försäkringskassans handläggare. Olika digitala egenskapsmål och användningsmål kan bidra till övergripande mål (konsekvensmål) som tidig återgång till arbete efter sjukskrivning (mål 23), effektiv rehabilitering av sjukskrivna (mål 1) och låga kostnader för sjukskrivning (mål 12) samt en likformig bedömning av sjukskrivna (mål 3).

Figur 16 är en målgraf som beskriver att patienter kan läsa sina läkarintyg via den digitala tjänsten Mina Intyg. Detta kan bidra till att patienten får (viss) dokumentation om sin sjukdom vilket kan bidra till att patienten hanterar sin hälsosituation på ett lämpligt sätt.



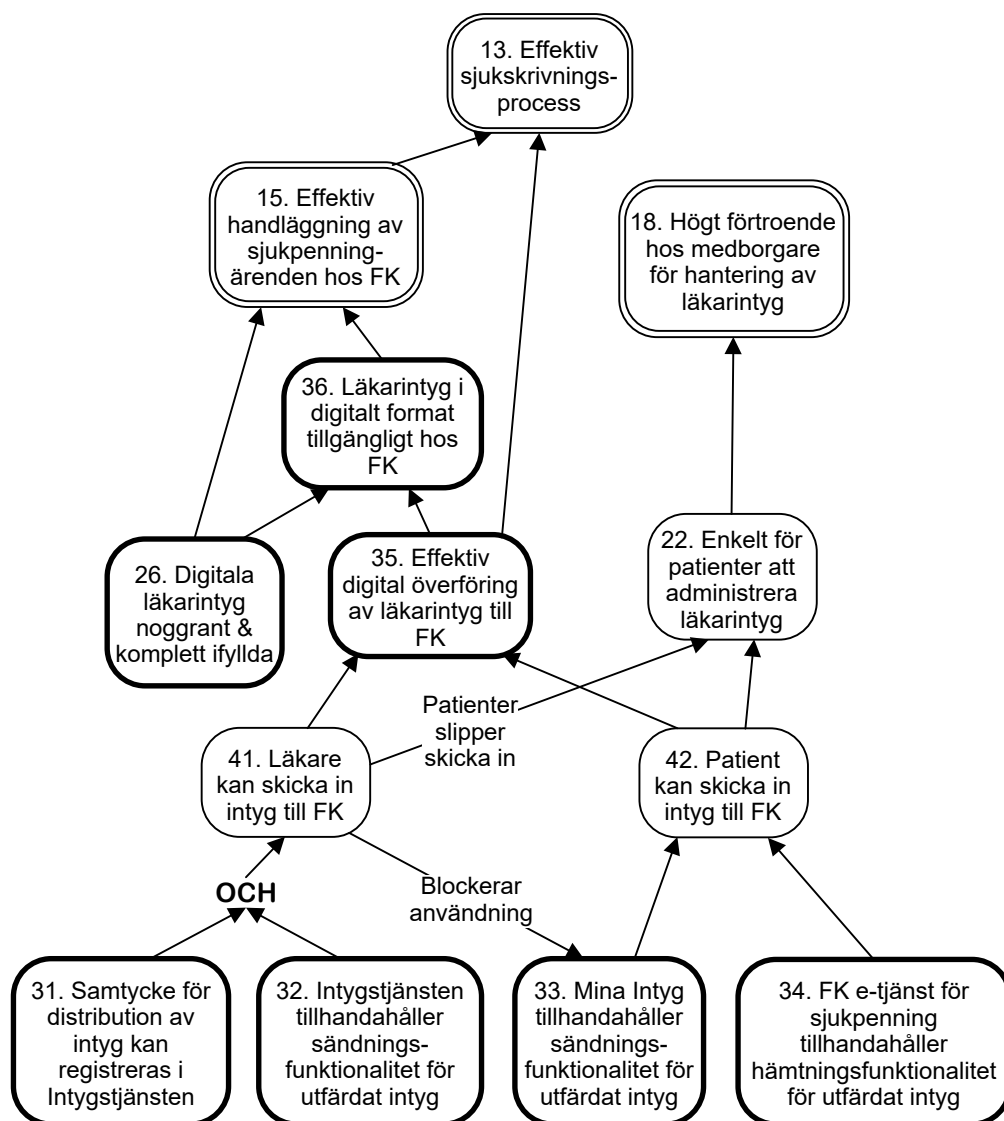
Figur 16. Mål-medelsamband digitala läkarintyg – visa intyg för patient (målgraf)

Målgraf (figur 17) beskriver att patienter kan hämta ut läkarintyg och få dessa filtrerade så att sjukdomsdiagnos inte framgår på intyget. På detta sätt kan patienten erhålla ett läkarintyg som är lämpligt att använda gentemot arbetsgivaren som (enligt sjuklönelagen) inte kan kräva information om sjukdomsdiagnos (mål 40). Detta gör att den personliga integriteten kan upprätthållas för patienten (mål 11) i relation till hans arbetsgivare (ett övergripande konsekvensmål). Den digitala egenskapen filtreringsfunktion för läkarintyg (mål 30) kan därigenom också bidra till ökat förtroende hos patienter för hantering av läkarintyg (mål 18).



Figur 17. Mål-medelsamband digitala läkarintyg – anpassning av intyg till arbetsgivare (målgraf)

Ett utfärdat läkarintyg kan överföras digitalt på tre olika sätt till Försäkringskassan. Detta framgår av den övergripande verksamhetsbeskrivningen som redovisas i figur 4. För att se hur dessa olika överföringssätt kan relatera till mål för digitala läkarintyg, har vi framställt en målgraf som fokuserar överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (figur 18). Målgrafen visar 1) överföring från Intygstjänsten, 2) överföring från Mina Intyg av patienten och 3) överföring (också av patienten) i samband med digital inlämning av sjukpenningansökan via Försäkringskassans e-tjänst. I fall 1 krävs att ett samtycke från patienten är registrerat vad gäller överföringen till Försäkringskassan. Samtliga fall innebär en snabb överföring av intyg och att läkarintyg finns i digitalt format hos Försäkringskassan, vilket förenklar den fortsatta handläggningen och därmed bidrar till det överordnade målet om en effektiv sjukskrivningsprocess. Men dessa olika överföringssätt innebär inte bara fördelar för verksamheten. Vi beskriver detta i avsnitt 4.2 nedan, där vi också redovisar en modifierad version av målgrafen (i figur 18). Denna alternativa målgraf (figur 20) visar på motverkan av överordnade effektivitetsmål (jämför figur 18 och 20).



Figur 18. Mål-medelsamband digitala läkarintyg – överföring av intyg till Försäkringskassan (målgraf)

3.7 Regelverk

Verksamheten med läkarintyg och sjukskrivning är reglerad av flera olika författningar. En sammanställning av olika regelverks inverkan på digitala läkarintyg finns i tabell 9. Detta är en rättstabell, som alltså är ett sätt att dokumentera olika regelverks inverkan på digitala resurser. Som framgår av denna rättstabell är det inte bara en enstaka författning som reglerar hantering av läkarintyg utan flera olika regelverk.

En person som pga sjukdom är frånvarande från arbetet måste styrka sjukdom genom läkarintyg gentemot arbetsgivare (lag om sjuklön) och Försäkringskassan (Socialförsäkringsbalken). Det finns flera författningar som reglerar sättet som läkarintyg skrivs på; bl.a krav på noggrannhet och omsorg. Det finns också tydligt stipulerat att intyget ska kunna förstås av intygspersonen och andra avsedda mottagare.

Regelverk	Funktion i förhållande till digitala läkarintyg
Socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110; 27 kap, 25 §)	Krav på patient (försäkrad/intygsperson) att styrka nedsättning av arbetsförmåga.
Lag om sjuklön (SFS 1991:1047, 8 §)	Krav på patient (arbetstagare) att gentemot arbetsgivare styrka nedsättning av arbetsförmågan genom läkarintyg, dock utan krav på uppgift om sjukdom.
Patientdatalag (SFS 2008:355)	Krav på vårdgivare avseende: Journalföring och hantering av journalhandlingar (som t.ex intyg) samt regler för utlämning; genom patientens samtycke kan utlämning ske även om detta inte är stipulerat. Språket i journalhandlingar ("tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten"). Intygutfärdande om patient begär detta.
Föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:29)	Krav på läkare (intygutfärdare) vid utfärdande av intyg: Krav på intyget (innehåll) och den bedömning som intyget grundas på, krav på differentiering av informationsursprung (läkarbedömning, annan uppgiftslämnare). Övergripande krav riktas mot verksamhetschefer inom hälso- & sjukvården avseende intygutfärdande (rutiner).
Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)	Krav på personal inom hälso- & sjukvården att utfärda intyg "med noggrannhet och omsorg".
Patientlagen (SFS 2014:821, 3 kap 1§ 7§)	Krav på att vården ger information till patient om hälsotillstånd och kommande behandling samt att information ska lämnas skriftligen om patienten begär detta.
Föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14, 4 kap 7§)	Krav på vårdgivare att utfärdade intyg ska journalföras.

Tabell 9. Rättstabell avseende digitala läkarintyg

4 Diagnostiska reflektioner och slutsatser

4.1 Läkarintyget: ett flerfunktionellt kommunikationsobjekt

Som har framgått av figur 3 (kommunikationsgraf) så är läkarintyget ett flerfunktionellt kommunikationsobjekt. Det vänder sig till flera olika intressenter och det har specifika och varierande kommunikationsfunktioner till dessa olika intressenterna. I tabell 10 har vi sammanfattat dessa kommunikationsfunktioner¹. Variationen i kommunikationsfunktioner framgår av kursiverad text i kolumnen ”kommunikationsfunktion”.

Intressent	Kommunikationsfunktion
Patient	<i>Informera om sjukdom</i> <i>Bemyndiga sjukfrånvaro med ersättning (dag 1-14)</i> <i>Bemyndiga sjukfrånvaro gentemot arbetsgivare (dag 15-)</i> <i>Rekommendera sjukfrånvaro med ersättning (dag 15-)</i>
Arbetsgivare	<i>Styrka sjukskrivning med rätt till sjukfrånvaro & sjuklön (dag 1-14)</i> <i>Styrka sjukskrivning med rätt till sjukfrånvaro (dag 15-)</i>
Försäkringskassan	<i>Rekommendera sjukskrivning (dag 15-)</i>
Kommunens socialtjänst	<i>Styrka sjukskrivning som oförmåga att söka arbete</i>
Annan vårdpersonal	Journalhandling, dvs <i>redovisning</i> av utförd bedömning vid sjukskrivning

Tabell 10. Olika kommunikationsfunktioner hos läkarintyget

Det är utmanande för i första hand läkaren (vid utfärdande) och patienten att ha en förståelse och vetskap om denna variation i kommunikationsfunktioner. Man bör särskilt notera de skillnader som finns före och efter att ersättning för sjukfrånvaro hanterats av Försäkringskassan (dvs fr.o.m dag 15). Under dag 1-14 innebär läkarintyget ett *bemyndigande* av sjukfrånvaro med ersättning gentemot patient och arbetsgivare. Fr.o.m dag 15 innebär läkarintyget² gentemot patient och Försäkringskassan en *rekommendation* till sjukskrivning (med ersättning). En sådan sjukskrivning gäller utom i de fall som Försäkringskassan fattar ett annat beslut. Detta innebär att läkarintyget ändrar sin kommunikationsfunktion tidsmässigt (vid dag 15), när ersättningsansvaret övergår till Försäkringskassan. Skillnad i kommunikationsfunktion framgår inte explicit av intyget och det är därför inte säkert att alla patienterna är medvetna om denna förändring av kommunikationsfunktion som sker beroende av tid.

De olika kommunikationsfunktioner som läkarintyget har gentemot olika intressenter och hur sådana funktioner temporalt varierar borde vara viktigt att informera om. Här finns en icke-utnyttjad potential i de digitala resurser som används. Hur skulle man med hjälp av befintliga digitala resurser kunna göra tydligt för alla inblandade vilka olika kommunikationsfunktioner som gäller för läkarintyget i olika situationer?

¹ Detta avsnitt om kommunikationsfunktioner är teoretiskt inspirerat av sk talaktsteori (Austin, 1962; Searle, 1969; Habermas, 1984) och dess tillämpningar inom informationssystemområdet (t.ex Goldkuhl & Lyytinen, 1982; Schoop, 1998).

² Gentemot arbetsgivaren utgör läkarintyget fr.o.m dag 15 ett fortsatt bemyndigande av sjukfrånvaro, dvs patienten har rätt att vara sjukfrånvarande. Som sagt ligger ersättningsansvaret då hos Försäkringskassan.

Som framgår av utförda verksamhetspråkliga analyser av läkarintyget (avsnitt 3.3 och 4.6) så föreligger dessutom en variation inom intyget vad gäller olika språkfunktioner. Intyget innehåller t.ex redovisningar, bedömningar, rekommendationer och motiveringar. Denna variation i språkfunktioner beror delvis på *läkarintygets argumentativa karaktär*. Läkarintyget behöver som rekommendation till sjukskrivning och underlag för beslut om sjukpenning innehålla en *argumentationslogik från premisser* (som sjukdomsbeskrivning) *till slutsats* (förslag till sjukskrivning). Även om det formella beslutet om sjukpenning fattas av Försäkringskassan, så sker en *inledande försäkringsmedicinsk analys* vid utfärdande av läkarintyget. I allmänhet godtas läkarintyg av Försäkringskassan, vilket innebär att man kan säga att den försäkringsmedicinska handläggningen faktiskt redan startar i samband med läkarbesöket och utfärdandet av läkarintyg.

Även om flertalet av läkarintyg godtas av Försäkringskassan så förekommer *omfattande krav på komplettering av intygen* från Försäkringskassans handläggare samt beslut som innebär avvisande av läkares rekommendation till sjukskrivning (RiR 2010:9; RiR 2018:11; RiR 2018:22). Det finns flera undersökningar och rapporter som framför *kvalitetsbrister i läkarintyg* (t.ex SBU, 2003; Söderberg, 2011; Försäkringskassan, 2013; ISF, 2014; SKL/Inera/Försäkringskassan, 2015; RiR 2018:11; RiR 2018:22). Detta har delvis sin grund i de *professionellt utmanande arbetsuppgifterna* att utfärda och använda/bedöma läkarintyg. Inom denna problemsfär finns bl.a följande svårigheter och utmaningar identifierade:

- Arbete med läkarintyg (inklusive hantering av kompletteringskrav) upplevs som administrativt betungande av läkare (Nilsing m.fl, 2013; SOU 2016:2; RiR 2018:11; Alexanderson m.fl, 2018; Svärd m.fl, 2018).
- Utmanande att förena roller som 1) patientens behandlande läkare och 2) medicinskt sakkunnig i sjukskrivningsärenden (Nilsing m.fl, 2013; RiR 2018:11; Alexanderson m.fl, 2018).
- Det finns ofta för lite tid vid läkarbesök att skaffa sig tillräcklig kunskap för att göra ett fullödigt läkarintyg (RiR 2018:11; Svärd m.fl, 2018).
- Flera läkarintyg är ofullständigt ifyllda (SBU, 2003; Försäkringskassan, 2013; ISF, 2014; RiR 2018:11).
- Otillräckliga försäkringsmedicinska kunskaper hos läkare (Nilsing m.fl, 2013; SKL/Inera/Försäkringskassan, 2015; RiR 2018:11; Alexanderson m.fl, 2018).
- Bristfällig försäkringsmedicinsk argumentation i läkarintyg (Försäkringskassan, 2013; RiR 2018:11; Svärd m.fl, 2018).
- DFA-kedjan är svår att tillämpa vid vissa typer av sjukdomar (RiR 2018:11).
- Ibland svårt för läkare att bedöma funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning/arbetsförmåga (Timpka m.fl, 1995; Nilsing m.fl, 2013; RiR 2018:11; Alexanderson m.fl, 2018).
- Ibland svårt att tolka och tillämpa FMB för läkare och FK-handläggare (RiR 2018:11; RiR 2018:22; Svärd m.fl, 2018; Inera/Socialstyrelsen/Försäkringskassan, 2018).
- Utmanande att samtidigt tillämpa generella regelverk enhetligt och ta individuella hänsyn (ISF, 2017; RiR 2018:22).
- Det föreligger ibland samverkansproblem och misstro mellan läkare och FK-handläggare (RiR 2010:9; Söderberg, 2011; Nilsing m.fl, 2013; SKL/Inera/Försäkringskassan, 2015; ISF, 2017; RiR 2018:11; SOU 2018:39; Inera/Socialstyrelsen/Försäkringskassan, 2018; Alexanderson m.fl, 2018; Svärd m.fl, 2018).

Detta ger en omfattande problemgrund, vilken dessutom varit känd och diskuterad under lång tid; se referenser ovan i punktlistan. Arbete med digitalisering av läkarintyg innebär att man adresserar flera av dessa problem och därmed försöker bidra till problemreducering genom att utveckla och införa digitala resurser. Samtidigt bör sägas att digitalisering inte kan ses som en enda universalmedicin för alla dessa problem. Det krävs även kompletterande åtgärder för att utveckla sjukskrivningsprocessen vad gäller kompetens, roller och samverkan.

Hittills har man inte lyckats inrikta problemlösningen på samtliga dessa svårigheter och utmaningar. Utformning av använda digitala resurser (Intygstjänsten, Mina Intyg) kan nog sägas vara *optimerat gentemot Försäkringskassans* handläggning och beslut. Själva läkarintyget är präglad av ett *försäkringsmedicinskt språkbruk* och den argumentation som krävs av läkare för att motivera sjukskrivning. De digitala flödena är inriktade mot att överföra läkarintyget till Försäkringskassan. Det finns tre sådana digitala vägar, vilket diskuteras i avsnitt 4.2 nedan. Ingen digital överföring finns till arbetsgivare. Man kan också konstatera att läkarintyget som sådant inte är anpassat efter arbetsgivares informationsbehov¹. Arbetsgivare skulle t. ex ha behov av uppgift om prognosticerad återkomst till arbete. Här råder således en *informationsbrist*. Det finns också ett *informationsöverskott* som behöver hanteras, eftersom information om sjukdom är sekretessbelagt (se vidare avsnitt 4.6).

Ett läkarintyg är en skriftlig framställning. Huvudsakligen sker läkarens kommunikation med patienten i muntlig form i samband med läkarbesöket. Patienten kanske inte minns all denna information efter besöket, vilket då kan minska vårdeffektiviteten. Inom vårdorganisationen är man noggrann med dokumentation kring vården av patienter i form av journaler (SOSFS 2008:14), men tyvärr är man inte lika mån om att skriftligt kommunicera med patienten². Här skulle ett läkarintyg (i någon utökad form) kunna spela en roll genom att vara utförlig vad gäller diagnos, sjukdomsförlopp och behandling.

I detta sammanhang är det dessutom problematiskt med begreppet intyg³. Det finns t.ex uppgifter på läkarintyget som har sitt ursprung från patienten och dessa kan läkaren svårligen intyga. Det läkaren gör på intyget är istället att vidareförmedla dessa uppgifter; se analys i tabell 4 ovan. Läkarens intygande handlar om det som hen kan gå i god för, som diagnos och utförda bedömningar. Det är också viktigt att notera att de bedömningar som läkaren gör beträffande aktivitetsbegränsning och förslag till sjukskrivning baseras på erhållna uppgifter om karaktären på patientens arbetsuppgifter, vilket också handlar om andrahandsuppgifter snarare än läkarens egna direkta iakttagelser. En differentiering mellan olika sådana kommunikationsfunktioner (t.ex mellan vidareförmedla och intyga) framgår dock inte på själva läkarintyget (figur 6). Se vidare resonemang i avsnitt 4.6 nedan.

Arbetet med utveckling av digitala lösningar för hantering av läkarintyg har bedrivits med finansiellt stöd från den sk ”sjukskrivningsmiljarden” (Socialdepartementet & SKL, 2016). Försäkringskassan har haft ett stort inflytande över fördelning av dessa resurser, vilket

¹ Utvecklingsarbete har sedan 2016 pågått av SKL och Inera och två nya intygstyper ämnade specifikt för arbetsgivare (”Läkarintyg om arbetsförmåga”) kommer att lanseras under 2019 (Inera, 2018, s 58).

² Många vårdgivare tillhandahåller nuförtiden möjligheter för patienter att ta del av sina journaler digitalt där diagnoser, provsvar och behandlingsåtgärder framgår. Journalanteckningar skrivs dock inte primärt riktade mot patienter utan till andra aktörer inom vården som underlag för undersökning och behandling.

³ Detta stycke är, förutom en egen analys, även inspirerat av resonemang i SKL/Inera/Försäkringskassan (2015).

förmodligen kan förklara att Försäkringskassans behov har prioriterats framför andra intressenter.

Det är designmässigt en stor utmaning med ett sådant multifunktionellt kommunikationsobjekt (en medicinsk bedömning som läkarintyg) med flera mottagare. Det är utmanande att skapa ett lämpligt innehåll för olika grupper där informationsbehoven till viss del kan variera beroende på vad varje intressent önskar bli informerad om förutom själva intygandet om sjukskrivning. Det är också utmanande att få till stånd en god design av digitala processer för varierad och anpassad distribution till respektive målgrupp, dvs att gå bortom en primär anpassning till Försäkringskassans behov. Här finns det en förbättringspotential för aktuella digitala resurser, vilket ytterligare kommer att framgå i avsnitt 4.6 nedan.

4.2 Överföring av läkarintyg till Försäkringskassan: tre konkurrerande variantprocesser

En central del i intygdigitaliseringen har varit att åstadkomma en digital överföring av läkarintyget från vården till Försäkringskassan. Det finns tre sätt som ett läkarintyg kan överföras digitalt till Försäkringskassan (dessa framgår av figur 4 ovan samt figur 19-20 nedan):

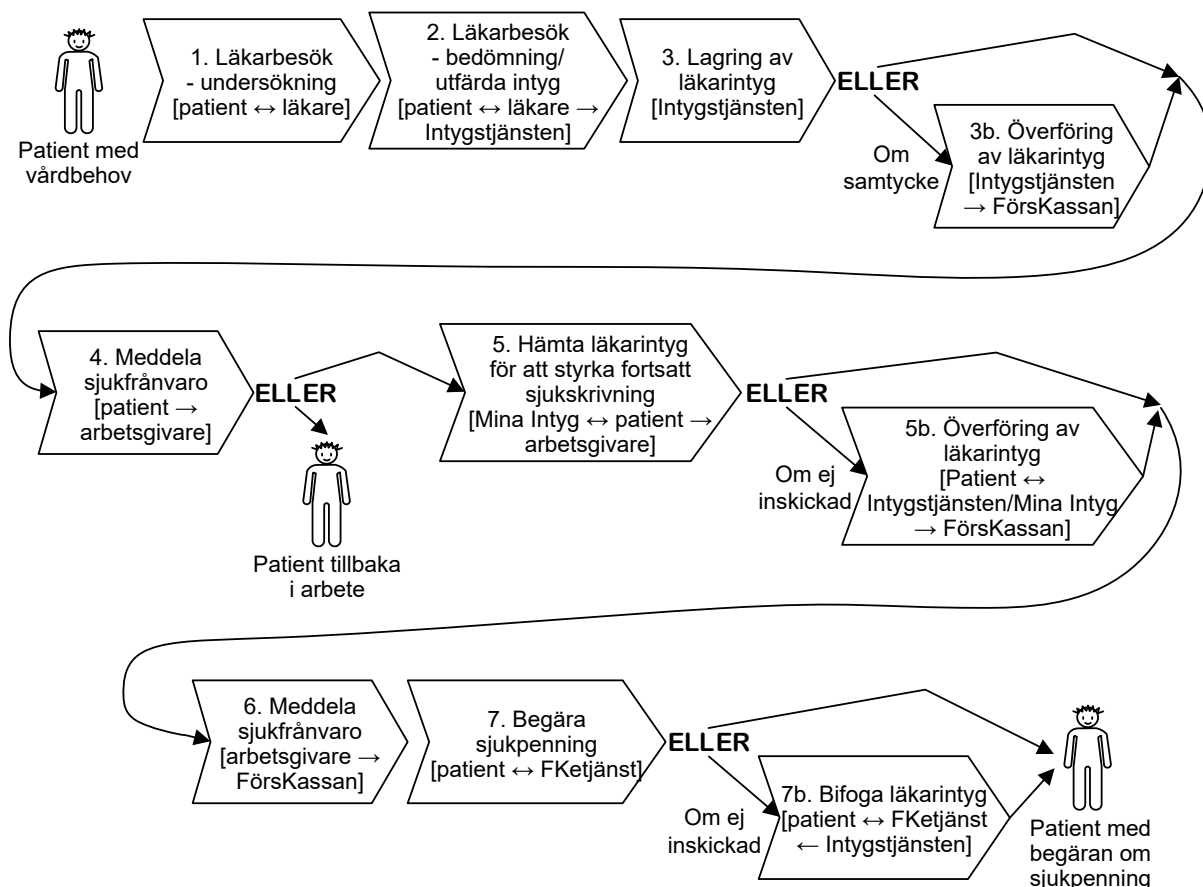
1. Överföring från Intygstjänsten efter att läkaren har utfärdat intyget. Detta bygger legalt på att patienten har gett sitt samtycke till en sådan överföring. Ett sådant förfaringsätt är därmed läkarinitierat och samtyckesbaserat. Se delprocess 3b i figur 19.
2. Patienten kan skicka in intyget genom interaktion med digital tjänst i Mina Intyg. Intyget överförs från Intygstjänsten till Försäkringskassan utifrån patientens initiativ. Se delprocess 5b i figur 19.
3. I samband med att patienten registrerar och inlämnar en sjukpenningansökan digitalt via Försäkringskassans e-tjänst så kan läkarintyget bifogas (dvs hämtas upp från Intygstjänsten). Denna inlämning är då alltså patientinitierad. Se delprocess 7b i figur 19.

Dessa tre digitala vägar in till Försäkringskassan framgår av figur 4 (samverkansgraf). Däremot finns de inte redovisade i beskrivningen av den digitaliserade verksamhetsprocessen (processgraf; figur 5). I figur 19 har därför den digitaliserade verksamhetsprocessen förtydligats med dessa tre olika variantprocesser. Detta är alltså en processgraf som bygger på den tidigare processgrafen (figur 5), och som dessutom redovisar tre alternativa processteg (se 3b, 5b, 7b).

Läkarintyget i sig är inte tillräckligt för att Försäkringskassan ska initiera en handläggning. Det krävs också att det inkommer en ansökan från patienten om sjukpenning. Läkarintyget är i detta sammanhang att betrakta som en *bilaga* till sjukpenningansökan. Den digitala lösningen nr 3 är därför att betrakta som en naturlig lösning. I denna lösning så inkommer genom patientens försorg sjukpenningansökan och läkarintyget (som en bilaga) sammanhållet till Försäkringskassan. I de två andra lösningarna (1 och 2) så skickas bilagan (intyget) in först, före det att själva sjukpenningansökan inlämnas.

För handläggning på Försäkringskassan krävs att dessa två digitala informationsmängder sammankopplas, vilket i lösning 1 och 2 måste utföras av Försäkringskassan. Men det är inte bara en sådan sammankoppling som utgör ett merarbete för Försäkringskassan. Vad som är värre, är att ett i förväg inskickat läkarintyg förvaltningsrättsligt betraktas som en *inkommen*

handling och att denna kräver någon typ av administrativ hantering. Försäkringskassan initierar då en handläggning och skickar ut en förfrågan till patienten med begäran om att inlämna en sjukpenningansökan. Men i vissa lägen är det ju inte aktuellt för patienten att lämna in en sådan ansökan, dvs när hen har tillfrisknat inom 14 dagar och inte behöver ansöka om sjukpenning; detta visas som ett avbrutet flöde efter delprocess 4 i processgraf, figur 19. Tyvärr är det totalt sett ett ganska betydande antal läkarintyg som skickas in läkarinitierat till Försäkringskassan men som då inte genererar något annat än en onödig meradministration.

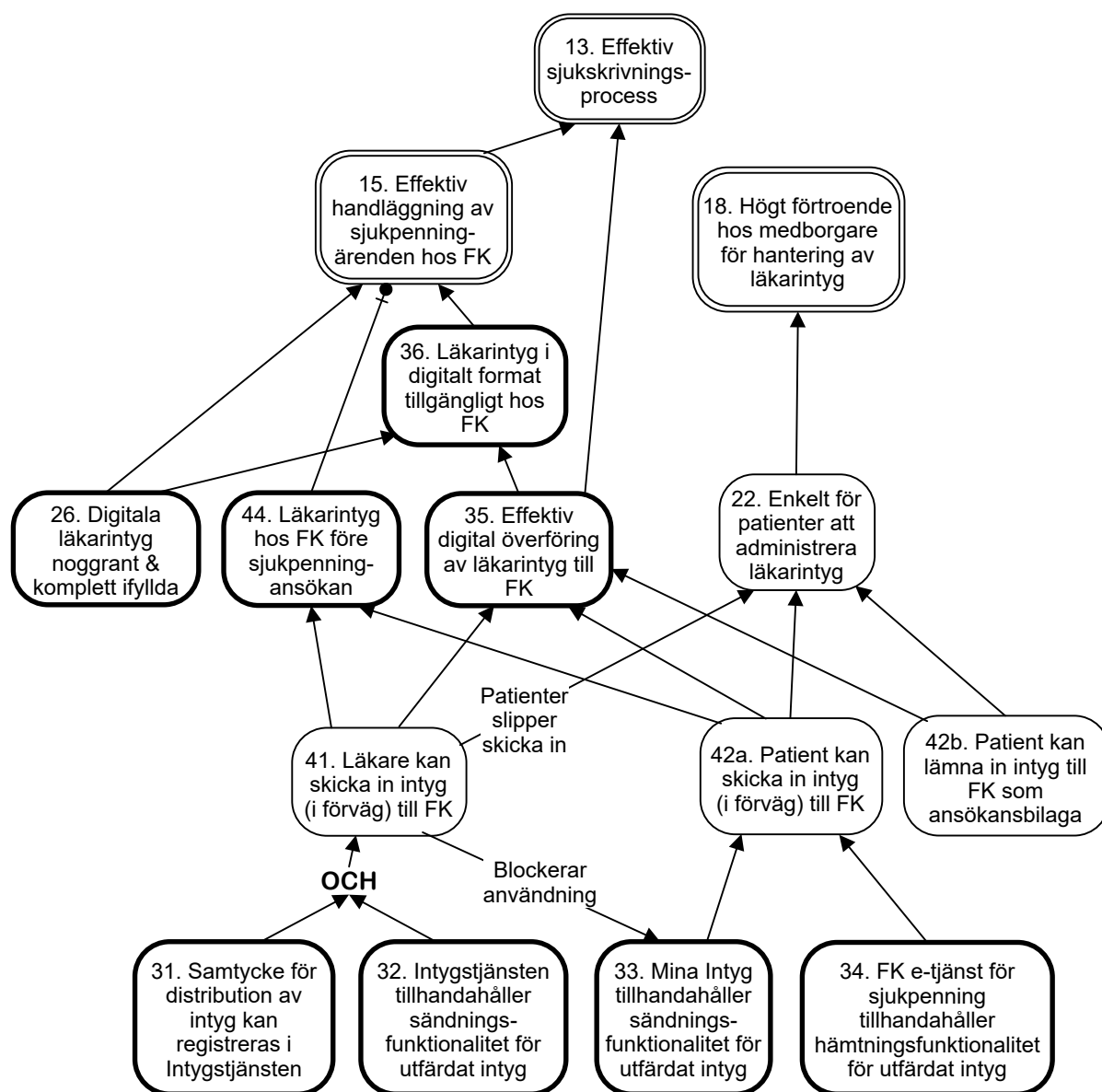


Figur 19. Läkarintygprocessen med tre variantprocesser för överföring av läkarintyg till Försäkringskassan (beskriven genom en processgraf)

Man skulle kunna betrakta dessa tre digitala vägar in som en *överdigitalisering*. Vi uppfattar att denna digitala design har gjorts i en strävan att utforma en flexibel digital lösning för insändning av läkarintyg som inrymmer flera alternativa överföringsvägar. Det kan ses som en idé om att utnyttja digitala möjligheter till *fria informationsflöden*: ”många vägar in”. Denna flexibilitet skulle man kunna hävda innebär bidrag till effektivisering av intygprocessen; se figur 18 (målgraf) för illustration av detta. Tyvärr leder dock vald lösning med tre variantprocesser för digital överföring, med en i förväg skickad bilaga till en eventuellt senare inkommen ansökan, till administrativt merarbete och därmed till onödiga kostnader.

Vi har därför modifierat den tidigare målgraf för digital överföring av intyg till en ny målgraf som även beskriver dessa dysfunktionella egenskaper att intyget kommer före en sjukpenningansökan. I denna nya målgraf (figur 20) finns inte bara positiva målsamband, utan också en målkonflikt. Att läkarintyg kommer till Försäkringskassan före sjukpenningansökan (44)

motverkar¹ en effektiv handläggning av sjukpenningärenden hos Försäkringskassan (15) genom att man där måste hantera dessa som inkommen handling samt utföra samsortering av de digitala dokumenten läkarintyg och sjukpenningansökan; se diskussion ovan.



Figur 20. Mål-medelsamband digitala läkarintyg – överföring av intyg till Försäkringskassan (målgraf i ny modifierad version; jämför figur 18)

De tre lösningsvarianterna för insändning bygger på skild *kommunikationslogik*. Lösning 1 och 2 baseras tydligt på en *trycklogik* ("push"), dvs sändaren trycker in informationen till mottagaren innan behov föreligger. Lösning 3 bygger mer på *draglogik* ("pull"), dvs informationen hämtas från sändaren när det uppstår behov hos mottagaren att erhålla denna information. Man kan i och för sig säga att det finns inslag av tryck även i detta tredje fall eftersom överföringen initieras av att sändaren (patienten) inlämnar ett informationsobjekt (sjukpenningansökan). Emellertid så gäller ändå en slags dragdesign. Mottagaren

¹ Se Goldkuhl & Röstlinger (2019b) avsnitt 11.4 om notation för målgrafer.

(Försäkringskassan) har digitalt arrangerat överföringen som ett slags draglogik, då dennes digitala tjänst hämtar upp det behövda informationsobjektet (läkarintyget som bilaga) hos en avsändare i samband med inlämning av det primära informationsobjektet (ansökan). Denna analys av kommunikationslogik avseende digital överföring visar därmed tydligt på att de två digitala överföringslösningar som bygger på trycklogik *riskerar att leda till ett onödigt informationsöverskott* hos mottagaren.

Man bör dock förstå de olika digitala lösningarna i ljuset av att inte alla sjukpenning-ansökningar inkommer digitalt. Försäkringskassan eftersträvar förstås att så många ansökningar som möjligt inlämnas digitalt, men det förekommer som sagt att ansökningar inlämnas på pappersblankett. Även i dessa lägen önskar Försäkringskassan att läkarintyget ska inlämnas digitalt för att uppnå en effektiv digital handläggning av sjukpenning. Därför fyller de två trycklösningarna en funktion av att öka andelen digitalt inkomna läkarintyg. Även om förekomsten av dessa två lösningar i vissa avseenden är klart dysfunktionell, så kan man alltså se en rationalitet hos dessa överföringslösningar genom att de kan öka antalet digitala inkomna läkarintyg till Försäkringskassan.

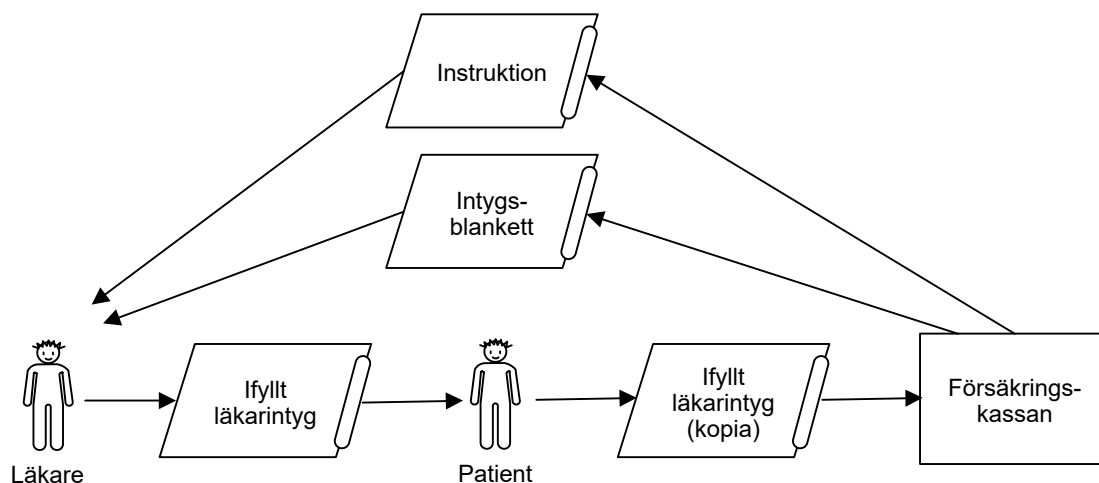
Designmässigt skulle man dock kunna tänka sig ett fjärde alternativ som skulle kunna ersätta all de tre övriga alternativen. Det är ett alternativ som har likheter med det tredje fallet, men bygger renodlat på en draglogik. När en sjukpenningansökan inkommit till Försäkringskassan (antingen digitalt eller pappersvägen), så skulle Försäkringskassans handläggningssystem digitalt kunna hämta aktuellt läkarintyg från Intygstjänsten. Vi uppfattar att en sådan lösning har diskuterats vid utformningen, men förkastats pga rådande sekretesslagstiftning och snäva tolkningar av denna¹. Detta är i så fall ytterligare ett exempel på hur en ogenomtänkt svensk sekretesslagstiftning lägger en hämsko över utveckling av effektiva digitala lösningar i offentlig sektor. Nu har man istället hamnat i ett läge med tre konkurrerande digitala överföringsprocesser som leder till osäkerhet och förvirring hos inblandade aktörer samt till onödigt administrativt arbete och kostnader.

4.3 Intygdigitalisering: från en pappersblankett till flera digitala informationsobjekt

Digitalisering av läkarintyg har inneburit att man har gått från hantering av en pappersblankett till en hantering av flera digitala informationsobjekt (olika versioner, olika kopior, olika funktionella sammanhang). En sådan övergång från hantering av pappersblanketter till digital miljö inrymmer både utmaningar och möjligheter vilket detta fall tydligt visar på. I figur 21 åskådliggörs verksamheten med pappersblankett.

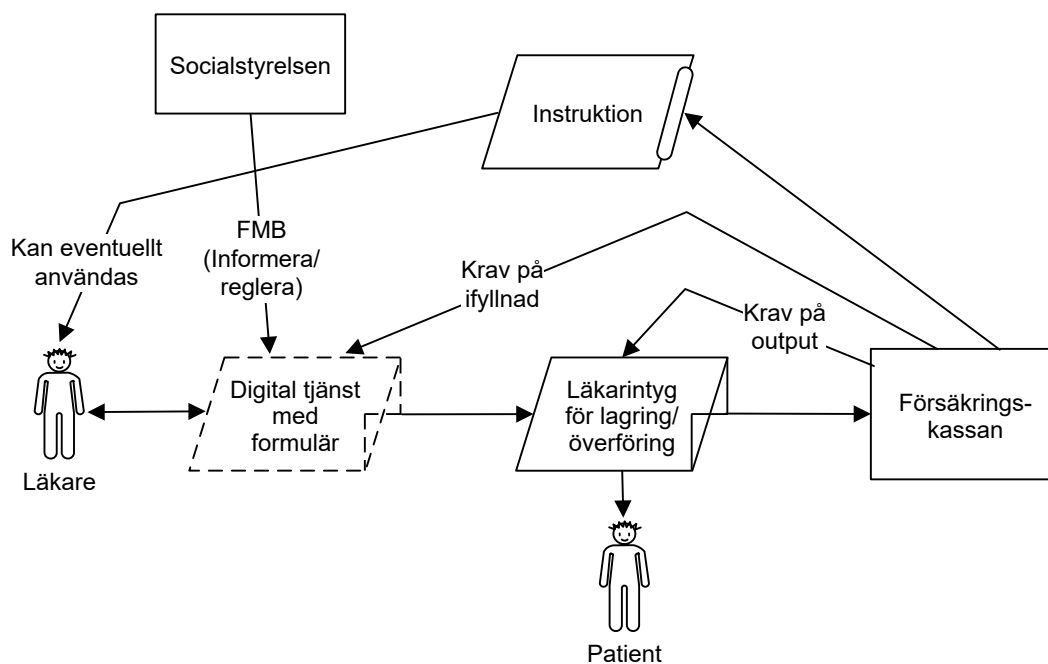
Denna verksamhet kan beskrivas på följande sätt: Läkaren nyttjar en intygsblankett och fyller i och signerar den. Patienten lämnar in läkarintyget eller i vissa fall en kopia av den till Försäkringskassan. Intygsblanketten är utfärdad av Försäkringskassan som tillhandahåller denna till utfärdande läkare. Till läkarens hjälp finns även Försäkringskassans instruktioner i broschyrform om ifyllnad av läkarintyg ”Vad ska ett läkarintyg innehålla?” (Försäkringskassan, 2012).

¹ Enligt vår kännedom har ett sådant designförslag inom Försäkringskassan förkastats av dess jurister då det skulle leda till sk ”överskottsinformation” inom myndigheten (SOU 2012:90). Denna märkliga uppfattning innebär att all den information (i form av läkarintyg) i Intygstjänsten skulle ses som inkomna handlingar hos Försäkringskassan redan innan den var aktivt hämtad.



Figur 21. Utfärda läkarintyg på pappersblankett

I den digitala utformningen har pappersblanketten ersatts med digitala formulär och lagring/överföring av digitala objekt; se figur 22. Den tomma pappersblanketten har ersatts av ett digitalt formulär i Intygstjänsten. Det ifyllda läkarintyget lagras sedan digitalt i Intygstjänsten. Det kan, som framgår av figur 4, sedan exponeras/skrivas ut via Mina Intyg och/eller överförs till Försäkringskassans digitala resurser.



Figur 22. Utfärda läkarintyg digitalt

I blankettalternativet (figur 21) specificeras Försäkringskassans informationskrav på den utfärdande läkaren i första hand genom tillhandahållande av blanketten. I andra hand sker detta genom den separata instruktionen (broschyren) om hur intyget ska fyllas i. När man övergår till en digital verksamhet förändras sättet som dessa informationskrav från Försäkringskassan uttrycks och överförs på. Man kan säga att informationskraven i första hand

gäller den output som vården levererar i form av ett ifyllt och signerat intyg. Detta är den intygsinformation som Försäkringskassan behöver för att handlägga ett sjukpenningärende. Men kraven har i detta fall inte stannat där, utan Försäkringskassan har under designarbetet ställt avgörande krav på det digitala formulär som läkaren arbetar med för att utfärda intyget. Vi menar att ett sådant kravställande inte är helt självklart, även om det förefaller som om arbetsfördelningen mellan Försäkringskassan och Inera¹ har baserats på att Försäkringskassan hade huvudsakligt designansvar för det digitala formuläret i Intygstjänsten².

Detta digitala formulär i Intygstjänsten kan ses som ett arbetsredskap för läkare vid utfärdande av läkarintyg. Det digitala redskapet tillhandahålls till vårdorganisationer av Inera som, i egenskap av en landstingsägd organisation, är en etablerad leverantör av digitala lösningar. Men i detta fall har Försäkringskassan tagit/erhållit ett avgörande designansvar³ för detta digitala formulär. I vår undersökning har vi försökt klarlägga Ineras hållning i detta. Inera har där sett att Försäkringskassan är ”intygsägare”. I en verksamhet med pappersblanketter blir detta tämligen klart. Den som utfärdar och tillhandahåller blanketten är ”intygsägare”. Men i en digital verksamhet behöver man översätta detta till andra omständigheter. Som sagts ovan, är det självklart att uppfatta Försäkringskassan som kravställare av den output som levereras från läkare och Intygstjänsten i form av digitala läkarintyg. Detta innebär krav på informationsinnehåll, dvs vilka olika uppgifter som ska ingå i läkarintyg. Frågan är om det på något sätt är rimligt att även låta Försäkringskassan ha ett avgörande designinflytande över läkarnas arbetsredskap?

Vi har i dessa reflektioner problematiserat Ineras och Försäkringskassans överenskomna arbetsfördelning vad gäller design av det digitala intygsformuläret. Vi menar att det snarare vore naturligt att se Inera, som en IT-leverantör som agerar på uppdrag av landstingsdrivna vårdorganisationer, som den som skulle ha det primära designansvaret. Men vi vill inte helt avfärda ett designinflytande över intygsformuläret från Försäkringskassan. Man har därifrån ett berättigat krav på att erhålla kvalitetssäkrade läkarintyg i digital form. Genom ett digitalt formulär kan man skapa hjälpmedel med kontrollmekanismer och kontextsensitiva informationsstöd för att kvalitetssäkra intygen, dvs att de mer tydligt motsvarar Försäkringskassans försäkringsmedicinska krav. I ett digitalt formulär finns även olika möjligheter att informera och styra utfärdarens arbete. Vi hänvisar till figur 8-12 i avsnitt 3.4 ovan där det aktuella digitala formuläret finns redovisat; se även avsnitt 4.4 nedan. I beskrivningen av den digitala interaktionen (i avsnitt 3.4) visas bl.a hur olika använda termer finns förklarade. Detta ska underlätta läkarens ifyllnad av intyget. En väsentlig del i kvalitetssäkringen av intygen är även användning av det inbyggda Försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB). Detta kommer dock inte från Försäkringskassan utan är en digital kunskaps-/regelprodukt från Socialstyrelsen (2012; 2015).

En invändning från Inera (som vi har uppfattat) mot Försäkringskassans designinflytande över intygsformuläret är att det till alltför väsentlig del varit influerat av ett ”blankettänk”. Den gamla pappersblanketten har varit en för dominerande designförebild vid utformning av det digitala formuläret. Man har då inte kunnat frigöra sig från de designbegränsningar som ett sådant tänkande medför.

¹ Detta innebär Ineras roll som IT-leverantör till vården.

² Kunskap om detta har erhållits genom intervjuer och dokumentation.

³ Vi avser här den kravställande designen. Ansvar för och genomförande av teknisk konstruktion har utförts av Inera.

I kommande avsnitt (4.4) kommer vi att ytterligare fördjupa oss i designen av det digitala intygsformuläret. Vi kommer där beröra det faktum att den ursprungliga broschyren (instruktionen) finns kvar och att all denna information inte har byggts in i det nya formuläret (se figur 22). Det faktum att det finns motstridig information i formuläret och broschyren är något som kan bidra till osäkerhet och förvirring hos användare.

Digital interoperabilitet är en kritisk fråga vad gäller utveckling av e-förvaltning, dvs IT-användning inom offentlig sektor. Detta handlar om att den digitala informationsamverkan som skapas mellan två eller flera offentliga organisationer ska fungera så effektivt och säkert som möjligt. När två organisationer samverkar och där en av dessa organisationer är informationsleverantör till den andra, innebär detta att det uppstår ett inter-organisatoriskt informationsgränssnitt mellan organisationerna. Man behöver överenskomma och fastställa detta gränssnitt i form av semantiska och tekniska egenskaper hos den information som ska överföras. I det aktuella fallet har man dock gått längre. Det har inte bara handlat om att fastställa det inter-organisatoriska och digitala gränssnittet mellan vården och Försäkringskassan. Det har även inneburit att Försäkringskassan varit aktiv vad gäller de digitala arbetsredskap som ska användas inom vården för att generera digitala läkarintyg; se figur 22.

4.4 Läkarintyget som digitalt formulär

Som nämndes ovan (i avsnitt 4.3), så har design av det digitala formuläret för läkarintyg till viss del präglats av ett kvarhållet ”blankettänk”. Man kan säga att Försäkringskassans blankett för läkarintyg FK 7263¹ (figur 6) har fungerat som en stark mall för det digitala formuläret. Några omstruktureringar har gjorts vad gäller ordning på fält som fylls i, men man har i stort sett hållit sig till tidigare blankettbaserade informationskrav. På formuläret finns hänvisningar till ”fält”, men ingenstans anges att det gäller fält på den ursprungliga pappersblanketten.

Vid övergång till digitalt formulär har man i endast begränsad utsträckning använt sig av den digitala teknikens möjligheter att ha flexibelt utrymme för inmatade tecken. Istället förefaller man vara kvar i pappersblankettens begränsningar. Av utvärderingsrapporten Svärd m.fl (2018) framgår att många läkare klagar på just sådana onödiga textbegränsningar. Ett citat från en läkare som belyser detta: ”De [Försäkringskassan] vill ha hela sjukförloppet beskrivet. Det finns inte plats att skriva. Varje sjukintyg skall ju idag vara bärande för sig själv. Vid långa förlopp räcker det inte med plats” (hämtat från *ibid* s 116). En konsekvens av detta är att ”det begränsade antalet tecken i varje fält kan leda till att läkare flyttar text mellan rutorna istället, något som potentiellt kan bidra till ett annat problem som återkommande syns bland de öppna svaren; att handläggare begär kompletteringar för att uppgifter står i en annan ruta än avsett.” (*ibid*).

Man kan här konstatera att det finns diskrepanser mellan 1) Försäkringskassans krav på detaljerad och uttömmande beskrivning och argumentation för sjukskrivning och 2) de redskap i form av digitala formulär som tillhandahålls genom Försäkringskassan för att utföra detta. I Svärd m.fl (2018 s 117) uttrycks detta: ”En vanlig kommentar från läkare var det

¹ Denna blankett har nu (2019) ersatts av en ny blankett FK 2804 (Läkarintyg för sjukpenning). Efter granskning av denna nya blankett, så ser vi endast marginella förändringar av intyget. Det mesta i vår beskrivning och analys förefaller fortfarande vara giltigt.

paradoxala i att de upplevde att Försäkringskassan å ena sidan begär att de ska skriva uttömmande och detaljerat, men å andra sidan att detta är omöjligt genom den tekniska begränsningen av det antal tecken som får plats att skriva i e-intyget.” Utifrån denna kommentar från en läkare, kan man sluta sig till att denna profession (eller åtminstone representanter för den) ser det digitala intygsformuläret som att det emanerar från Försäkringskassan; jämför diskussion i avsnitt 4.3 om vem som tillhandahåller digitala arbetsredskap för läkare.

I det digitala formuläret finns hjälptexter med flera oklarheter som har att göra med den tidigare pappersblanketten. Vid en ledtext ”Förtydligande av diagnos/diagnoser” till ett inmatningsfält finns en förklaring som lyder på detta sätt ”I intygsblanketten kommer allt som inte skrivs i huvuddiagnosens kodruta att hamna i fritext (fältet Diagnos). I fritextfältet kan Du ytterligare kommentera eller förtydliga de angivna diagnoserna eller åtgärderna”. Här finns en oklar hänvisning till ”intygsblankett” (vad avses egentligen?) samt ett resonemang om att viss information placeras i ett fritextfält (övriga upplysningar). Här är det uppenbart att designers inte har kunnat frigöra sig från den tidigare blanketten utan den ligger som ”skugga” kvar över det nya digitala formuläret. Det finns uppenbara risker för osäkerhet och förvirring hos användaren.

Det digitala formuläret innehåller möjligheter att ta del av förklaringstexter för olika begrepp. Genom att klicka på ett ”?” kan man genom en sk pop-up ruta läsa mer om det aktuella begreppet; se exempel i figur 9. Vi har granskat dessa förklaringstexter och jämfört med den tidigare omnämnda broschyren ”Vad ska ett läkarintyg innehålla?” (Försäkringskassan, 2012). Informationen är i allmänhet betydligt utförligare i broschyren än vad som gäller på det digitala formuläret. Man kan definitivt undra över varför man inte tagit tillfället i akt och infogat tillräckligt utförliga förklaringar i det digitala stödet? Vi har också identifierat avvikelser mellan de två typerna av hjälpinformation. Ett exempel på detta gäller Fält 3 som handlar om Aktuellt sjukdomsförlopp. I tabell 11 har vi angett de två skilda texter som beskriver detta fält. Vid en jämförelse framgår att det, dels skett stark *kondensering* av förklaringsinformationen i det digitala formuläret i relation till broschyren samt att det dels skett en *exkludering*. I broschyren anges att ”patientens egen berättelse om sjukdomen ... uppges”. Dessutom anges att ”eventuell journalinformation ... är också av intresse”. I förklaringen i det digitala formuläret finns ingen hänvisning varken till patientens egen berättelse eller till journalinformation¹.

Det är förståeligt med kondensering i ett digitalt formulär. Designers vill kanske minska risken att användaren inte tar del av en längre text och därmed missar viktig hjälpinformation. Men vi undrar om det inte är problematiskt att exkludera viktig information som är kravställande gentemot läkaren. Eller bedömer Försäkringskassan att denna nu inte är så viktig? Det bör finnas risk att denna skillnad mellan olika förklaringstexter leder till *osäkerhet* och *förvirring* hos den utfärdande läkaren. Vilken av hjälptexterna ska man basera sig på? Vilken kan man lita på?

Det är inte så, att vi endast hittat ett fall av kondensering och exkludering av information i jämförelse mellan hjälptexter i broschyr och i det digitala formuläret. Men vi använder oss av detta som ett exempel. T.ex beträffande fält 5 Aktivitetsbegränsning är skillnaden ännu större vad gäller förklarande texter.

¹ Vi behandlar denna fråga i avsnitt 3.2 och 4.6 också.

Aktuellt sjukdomsförlopp	
Förklaring i broschyr	Förklaring i digitalt formulär
”Här ska patientens egen berättelse om sjukdomen och dess konsekvenser kortfattat uppges. Eventuell journalinformation, som bedöms vara relevant, är också av intresse. Det kan till exempel handla om sjukdomens utveckling, uppgifter om insjuknandedatum, eventuellt given behandling, inläggningsdatum, operationsdatum eller tidpunkt för hemgång. Informationen ska endast röra de sjukdomar som sätter ner arbetsförmågan och som redovisas i fält 2.”	”Beskriv kortfattat sjukdomens utveckling, situation vid undersökningstillfället och förhållanden som påverkar sjukdomsutvecklingen.”

Tabell 11. Jämförelse mellan hjälptexter

Vi vill samtidigt lyfta upp en väsentlig fördel med det digitala formuläret¹. I detta finns en inbyggd informeringstjänst med Försäkringsmedicinskt beslutsstöd (figur 10) samt där också en möjlighet att öppna en separat informeringstjänst där man kan ta del av Socialstyrelsens webbinformation (figur 11). Denna FMB-information hjälper läkaren att sätta adekvata sjukskrivningsperioder för patienter. Här har man på ett lämpligt sätt utnyttjat den digitala teknikens möjligheter.

Ett digitalt formulär har en stor potential till förbättring i jämförelse med en pappersblankett. Det finns som angavs i avsnitt 4.1 många undersökningar och rapporter som framhåller kvalitetsbrister i digitala läkarintyg. Det räcker dock inte med att bara designa ett digitalt formulär med förklaringsstexter och inmatningskontroller för att nå en hög kvalitetsnivå, även om sådana åtgärder delvis ger förväntade kvalitetsförbättringar. Det finns efter denna digitala övergång både 1) kvarvarande ifyllnadsproblem, bl.a genom verksamhetspråkliga problem (se avsnitt 4.6 nedan) och 2) ett kvarhållet ”blankettänk”. Ibland innebär också en övergång till digitala formulär att nya restriktioner införs t.ex genom inmatningskontroller. Av Svärd m.fl (2018) framgår att många läkare klagar på en försämrad uttrycksförmåga genom att man på det digitala intyget endast anger *en* diagnos istället för tidigare möjlighet att ange tre diagnoser. För fortsatt digital utveckling är det viktigt att utnyttja empiriska iakttagelser om läkares svårigheter att utfärda läkarintyg samt att göra en design som väl utnyttjar den digitala teknikens möjligheter till en guidad/informativ interaktion.

4.5 Evolutionär utveckling av digitalt landskap

Det digitala landskap som vi har beskrivit i avsnitt 3.5 och figur 13 har successivt utvecklats över tiden. Det är flera aktörer som har varit involverade i utveckling av denna struktur av digitala resurser, som bl.a Inera, Försäkringskassan, SKL, Socialstyrelsen, olika landsting. En väsentlig del av den digitala utvecklingen har styrts genom den sk ”sjukskrivningsmiljarden” (Socialdepartementet & SKL, 2016). Detta har gjort att prioritering av utvecklingsarbete har

¹ Sedan 2016 har en vidareutveckling av Intygstjänstens användargränssnitt skett (Inera, 2018). Detta har bl.a ”inneburit att det försäkringsmedicinska beslutsstödet visas på ett mer användarvänligt sätt” (ibid s 17). Se även närmare beskrivning i Inera/Socialstyrelsen/Försäkringskassan (2018). Vi har inte haft en direkt tillgång till detta nya användargränssnitt för att kunna jämföra med tidigare version.

starkt påverkats av de övergripande politiska ambitionerna att få ner sjukskrivningstalen. Digitala samband mellan vården och Försäkringskassan har haft en hög prioritet.

Intygstjänsten (bestående av utfärdandetjänst och lagringstjänst) har skapats av Inera som en central aktör för digital verksamhetsutveckling för landsting/regioner. Utfärdande av läkarintyg behöver vara samordnat med medicinska journalsystem, men Inera kunde inte i sin roll arbeta med olika sådana journalsystem. Därför skapades först Ineras utfärdandetjänst (också kallat WebCert) som en *referensapplikation* där man förebildligt gjorde en central implementering av det Försäkringsmedicinska beslutsstödet FMB. Denna referensapplikation har dock levt vidare och då fått funktionen som en konkurrerande digital resurs i förhållande till befintliga journalsystem. Detta har ställt krav på samordning mellan Intygstjänsten och olika journalsystem.

När man läser i utvärderingsrapporten från Svärd m.fl (2018) om hur integration mellan olika journalsystem och intygsutfärdande fungerar, kan man konstatera att det finns stora behov av förbättringar och vidareutvecklingar. Många olika praktiska problem förefaller föreligga för läkarna i deras digitala arbetsmiljö.

4.6 Verksamhetsspråkliga utmaningar

Läkarintyg är det centrala informationsobjektet i flera av de beskrivna digitala resurserna. Läkarintyg innebär intygad medicinsk information om viss person gjord i visst syfte. Ett läkarintyg innehåller ett antal olika uppgifter som sammantaget ska styrka ett medicinskt ställningstagande. Den typ av läkarintyg som har varit prioriterat i utvecklingsarbete (samt i denna studie) är läkarintyg för sjukpenning. Detta är ett intyg särskilt anpassat för intygskommunikation från vården till Försäkringskassan som grund för handläggning av ansökan om sjukpenning. Det existerar, som tidigare nämnts, ursprungligen en pappersblankett (FK 7263; se figur 6) som har utgjort mall för digitalt formulär i Intygstjänsten.

Vi har genomfört en sk verksamhetsspråklig analys av detta läkarintyg (se avsnitt 3.3 och tabell 4 ovan). Vi har då granskat blanketten (FK 7263), det motsvarande digitala formuläret i Intygstjänsten, studerat instruktionsbroschyren från Försäkringskassan (2012) samt kompletterat med intervjuer. Termer på läkarintyget (dvs fält som ska fyllas i av läkaren) har analyserats och vi har då klargjort ett antal karaktäristikor. För varje term¹ (verksamhetsspråkligt begrepp) har vi klargjort dess innebörd, ursprung (dvs varifrån som informationen kommer) och den avsedda funktionen med detta specifika informationselement (inklusive vem som är avsedd användare/mottagare). Genom en sådan verksamhetsspråklig analys kan man tämligen detaljerat klarlägga läkarintygets olika språkliga funktioner. Som helhet har detta läkarintyg en funktion att styrka nedsatt arbetsförmåga för att därigenom motivera beslut om sjukpenning. De olika delarna på läkarintyget bidrar på olika sätt till ett sådant styrkande. En viktig aspekt av läkarintyget är att det utgör en kombination av medicinsk och försäkringsmedicinsk information. Den försäkringsmedicinska delen syftar till styrka behov av sjukskrivning genom en för patienten klarlagd sk DFA-kedja (dvs samband mellan medicinsk diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning). Dessa försäkringsmedicinska begrepp har dock visat sig vara svåra att tillämpa. SKL/Inera/Försäkringskassan (2015, s 11)

¹ Vi har inte analyserat samtliga termer/fält på formuläret, utan utelämnat några som bedömts som mindre relevanta i sammanhanget.

skriver ”Det är också så att funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning i nuvarande FK 7263 har varit erkänt svårt att hålla isär. Det har varit svårt att förstå vad som ska stå där”.¹

Genom den verksamhetsspråkliga analysen (tabell 4) har ett antal problemställningar identifierats. Vi påbörjade denna analys i avsnitt 3.3 ovan och fördjupar och fortsätter den här.

För viss information *saknas ett klart begreppsliggörande*. Istället anges en förklarande text bestående av flera ord. Flera exempel på detta finns: Fält 4 på blanketten innebär uppgifter om funktionsnedsättning. Bredvid denna ruta ska läkaren kryssa ett av flera alternativ avseende vad intyget baseras på (undersökning av patienten, telefonkontakt med patienten, journaluppgifter eller annat). Rubriktexten ”Intyget baseras på” är således inte begreppsliggjort. I den verksamhetsspråkliga analysen (tabell 4) har vi gjort ett explicit begreppsliggörande, dvs vi har föreslagit ett sådant verksamhetsspråkligt begrepp: ”Bedömningsgrund för funktionsnedsättning”.

För fält 8a finns motsvarande avsaknad av begreppsliggörande. Det finns en förklarande rubrik för fältet ”Patientens arbetsförmåga bedöms i förhållande till”. I fältet kan läkaren kryssa i alternativ t.ex ”nuvarande arbete” och där tillfoga information baserat på uppmaningen ”ange aktuella arbetsuppgifter”. I vår verksamhetsspråkliga analys (tabell 4) har vi gjort ett explicit begreppsliggörande av ovan nämnd rubrik, dvs vi har föreslagit ett sådant verksamhetsspråkligt begrepp: ”Bedömningsgrund för arbetsförmåga”.

Likaledes finns för fält 9 inget explicit begreppsliggörande. Där anges rubriktexten ”Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än det som det Försäkringsmedicinska beslutsstödet anger, därför att:” med möjlighet att i fritextruta infoga en motiverande kommentar. I den verksamhetsspråkliga analysen (tabell 4) har vi gjort ett explicit begreppsliggörande, dvs vi har föreslagit ett sådant verksamhetsspråkligt begrepp: ”Motiv för FMB-avvikelse”.

Användning av blanketter och formulär innebär ofta en språklig formalisering med tydliggjorda begrepp (som i detta fall t.ex funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning). Detta gäller bara delvis den aktuella blanketten. Som beskrevs ovan finns det för flera fält en avsaknad av explicit begreppsliggörande. Här har man alltså *inte utnyttjat möjligheten till språklig formalisering* (införande av ett tydligt verksamhetsspråkligt begrepp). Utan istället används endast en omskrivande text, vilket inte låter sig utnyttjas lika enkelt eller precist i ett kommunikativt sammanhang. Vi menar inte, att man alltid för formulär behöver uttrycka ett kondenserat verksamhetsspråkligt begrepp, på det sätt som vi har föreslaget ovan i text och tabell 4. Vi menar dock, att det i samband med formalisering och digitalisering finns möjligheter till klagörande av använda begrepp vilket bör medföra en ökad stringens i verksamhetskommunikation.

På Försäkringskassans intygsblankett (FK 7263) finns det *en variation i sättet att ange fältrubriker*. För vissa fältrubriker används etablerade verksamhetsspråkliga begrepp (t.ex diagnos..., aktuellt sjukdomsförlopp, funktionsnedsättning..., aktivitetsbegränsning). För de fall där man inte har etablerat ett verksamhetsspråkligt begrepp används olika sätt att

¹ Se vidare en tidig kritisk analys i SBU (2003), där man också konstaterar svårigheter med bedömning av funktionsförmåga och arbetsförmåga. I denna rapport konstateras också kvalitetsbrister hos läkarintyg med referens till bl.a utformningen av dem som gör dem svåra att fylla i. Se även diskussion i avsnitt 4.1 ovan om olika problem med läkarintyg.

kommunicera till den ifyllande användaren (läkaren). Vi ger nedan exempel på en sådan variation:

- Fält 7 "Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?" är tydligt formulerad som en *fråga* från Försäkringskassan (formulärutfärdare som efterfrågar information) till den ifyllande läkaren.
- Fält 8b "Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är" är en *intygandeformulering* med utgångspunkt i läkaren (=jag) och dennes bedömning, dvs som en kommunikativ text riktad från läkare till Försäkringskassan.
- Fält 8a "Patientens arbetsförmåga bedöms i förhållande till" är en *allmän karaktärisering* av informationsinnehåll, utan någon indikering av kommunikativ riktning.

Vi har alltså här att göra med tre varianter av fältrubriker:

- Kommunikation från formulärutfärdare till ifyllare
- Kommunikation från ifyllare till mottagare (beslutsfattare)
- Karaktärisering av informationskrav utan kommunikativ indikering

Vi menar att användning av dessa skilda sätt att kommunicera mellan informationslämnare (läkare) och informationsmottagande/blankettutfärdande myndighet (Försäkringskassan) kan bidra till *kommunikativ förvirring* och *osäkerhet*, vilket givetvis är onödigt i detta sammanhang.

Som framgår av den verksamhetspråkliga analysen finns en *variation i informationsursprung*. Det är läkaren som fyller i information i formuläret, men förutom information genererad från läkares observation eller bedömning finns *information med ursprung i patientredogörelser*. Innehåll i fält 8a (bedömningsgrund för arbetsförmåga) innebär en redovisning utförd av läkare baserad på patientens redogörelse. Läkarintyget är just ett intyg, dvs information som är intygad och bekräftad av intygsutfärdaren. I texten ovanför läkares signering av intyget står det: "Ovanstående uppgifter och bedömningar bekräftas". Det ligger således (utifrån formulärutfärdande myndighet Försäkringskassan) på läkaren att gå i god för de uppgifter som har erhållits från patienten. Det *saknas explicitet i formuläret avseende informationsursprung* (dvs huruvida informationen har sitt ursprung från läkare eller patient). Detta blir särskilt problematiskt i fält 3 (aktuellt sjukdomsförlopp), som består av en *kombination av patientredogörelse och läkarredogörelse*. Mot denna bakgrund har vi i den verksamhetspråkliga analysen delat upp detta begrepp i två delar beroende av ursprung (1. personlig sjukdomsredogörelse, lämnad av patienten och 2. vårdinsatser och sjukdomsutveckling, redovisad av utfärdande läkare). Denna mix av ursprung i ett fält (verksamhetspråkligt begrepp) ser vi som problematisk¹. Den kan vara problematisk för ifyllande läkare och för dem som tar del av intyget (Försäkringskassan och andra) eftersom det kan vara *svårt att bedöma informationens ursprung*.

Vi har i den verksamhetspråkliga analysen (tabell 4) försökt att differentiera den kommunikativa karaktären på olika informationselement. Vi har då använt uttryck som redogörelse, redovisning och bedömning för att uppnå differentiering². Redogörelse hänför sig till patientens redogörelse av sjukdom, arbetsförhållande och annat av betydelse. Redovisning

¹ Vi har kort behandlat detta ovan i avsnitt 4.1.

² Bland de element som vi utelämnat i analysen finns andra kommunikativa funktioner explicit angivna såsom rekommendation (fält 6a) och prognos (fält 10).

är "sakinformation" lämnad av läkare, medan bedömning avser ett ställningstagande av läkaren av medicinsk eller försäkringsmedicinsk karaktär. Formuläret innehåller för några informationselement (fält) explicit uppgift om att det handlar om "bedömningar" (fält 8a, 8b och 9). För flertalet fält saknas dock detta på formuläret. Men som stöd för ifyllande finns viss kompletterade information i hjälptexter i det digitala formuläret samt i broschyren från Försäkringskassan (2012)¹. Vi menar att det *saknas tillräcklig tydlighet* i formulär (använda begrepp) vad gäller dess *kommunikativa funktioner* (se även avsnitt 4.1 ovan). Detta underlättar inte för den som fyller i formuläret eller för olika mottagare av ifyllt formulär.

Det aktuella formuläret är utformat av Försäkringskassan utifrån dess behov. Detta läkarintyg kan dock användas av andra målgrupper, i första hand patienten själv samt dennes arbetsgivare². Men formuläret är helt klart "optimerat" för Försäkringskassans användning. Det finns ett försäkringsmedicinskt språkbruk och argumentationskedja som styr läkarens utfärdande av intyget. Eftersom det *saknas alternativa dokumentformer* för sjukskrivning så används läkarintyget som sagt även av andra målgrupper. Dock är intyget *inte anpassat efter dessa målgruppers behov*. För patienten skulle det vara önskvärt med mer utförlig skriftlig information om diagnos, sjukdomsförlopp och behandling. För arbetsgivare skulle det vara önskvärt med prognos för den anställdes återkomst till arbete för att underlätta personalplanering. Dessutom finns det "överskottsinformation" på läkarintyget (diagnos) som patienten enligt lag (SFS 1991:1047) inte behöver informera arbetsgivaren om³. I relation till andra målgrupper så finns det således både *informationsbrist* och *överskottsinformation* på läkarintyget.

Man kan eventuellt tycka att ovanstående kommentarer delvis är "petiga". Men vår utgångspunkt vid granskningen har varit att offentlig sektor bör kännetecknas av noggrannhet och professionalitet. Vi anser inte att hjälpmedel (digitala och andra) i offentlig sektor ska vara otydliga, motstridiga eller felaktiga.

4.7 Regulatoriska reflektioner

Det råder ett tämligen fragmenterat författningsstöd för hantering av läkarintyg⁴. Det finns ingen lag om läkarintyg som samlat uttrycker krav på intyg, intygsutfärdande och intygsanvändning. Det finns istället ett antal författningar som reglerar hantering av digitala läkarintyg. I tabell 9 (ovan i avsnitt 3.7) finns en sammanställning av olika regelverk och hur de påverkar hanteringen av digitala läkarintyg. Läkarintyg vid sjukdom behövs för patienter/arbetstagare för att vid arbetsfrånvaro erhålla ersättning från arbetsgivare respektive Försäkringskassan. Kraven på att uppvisa läkarintyg ställs inte direkt mot vårdgivare i lagen utan är istället riktade mot patient/arbetstagare (socialförsäkringsbalken, lag om sjuklön), som i sin tur riktar krav mot vården. Stöd för att begära intyg finns bl.a i patientdatalagen.

¹ Vi har ovan i avsnitt 4.3 och 4.4 berört detta.

² Vi har berört detta i avsnitt 4.1 ovan.

³ Som angavs ovan (avsnitt 4.1) har utvecklingsarbete sedan 2016 pågått av SKL och Inera och två nya intygstyper ämnade specifikt för arbetsgivare ("Läkarintyg om arbetsförmåga") kommer att lanseras under 2019 (Inera, 2018, s 58). Vi uppfattar att dessa intyg hanterar filtrering av diagnos och funktionsnedsättning, för övrigt har vi inte haft möjlighet att granska dessa intygstyper för att avgöra hur de täcker informationsbehov.

⁴ Se SOU 2018:39 för en kartläggning och analys av rättslig reglering av olika läkarintyg. Där sägs att det finns ett 70-tal regleringar i lag och förordning som innefattar krav på läkarintyg. Se även diskussion i SOU 2016:2.

Det finns kvalitetskrav (inklusive språkliga krav) på vårdgivares utfärdande av intyg i Patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården. Några särskilda krav på läkarintyg och dess utfärdande finns inte bland Försäkringskassans föreskrifter. Detta trots att Försäkringskassan är den organisation som utfärdat den intygsblankett som används, inte bara för att styrka nedsatt arbetsförmåga mot Försäkringskassan utan även ofta gentemot arbetsgivare¹. Det som sägs om krav på läkarintyg gentemot arbetsgivare är att läkarintyg krävs för att styrka nedsättning av arbetsförmåga (Lag om sjuklön).

Det konkreta utfärdandet av läkarintyg genom den digitala tjänsten är till väsentlig del styrt av två försäkringsmedicinska procedurer av regulativ karaktär: 1) Den sk DFA-kedjan som reglerar läkarens motivering av arbetsnedsättning genom explicita hänvisningar till Aktivitetsbegränsning, Funktionsnedsättning och Diagnos (se bl.a avsnitt 3.3 och 4.6) och 2) det Försäkringsmedicinska beslutsstödet (FMB) som föreslår/reglerar sjukfrånvaro beroende på ställda diagnoser (se bl.a avsnitt 3.1, 3.3, 3.4 och 4.3). Vad vi har förstått så finns ingen författningsreglering av dessa två försäkringsmedicinska procedurer (DFA, FMB). De förefaller ha sin grund i förslag från statliga utredningar (SOU 2008:66, SOU 2009:89) och särskilda regeringsuppdrag² och att de därefter har operationaliserats och implementerats av de två myndigheterna Försäkringskassan och Socialstyrelsen³ samt är sedan påtvingade vården genom krav på och tillhandahållande av digitala resurser. Detta innebär alltså att styrning sker snarare genom tillhandahållande av digitala resurser än genom explicita föreskrifter.

Det föreligger således sk förarbeten (i detta fall SOU 2008:66, SOU 2009:89) som bas för dessa försäkringsmedicinska procedurer, men detta har (enligt vår vetskap) inte förts vidare till explicita författningar. Det samma har även Riksrevisionen (RiR 2018:11) identifierat i en analys av sjukförsäkring och läkarintyg. Man konstaterar att det ”saknas mer ingående bestämmelser om läkarintyg i sjukförsäkringen” (ibid s 22)⁴. Utifrån detta skulle man alltså kunna hävda att det finns en *regulativ underkodifiering* i befintliga digitala resurser vad gäller den försäkringsmedicinska styrningen. Detta kan ses i kontrast mot den i övrigt omfattande regleringen av vårdverksamheten.

Denna diagnostiska slutsats om regulativ underkodifiering kan också underbyggas av följande uttalande från Inera/Socialstyrelsen/Försäkringskassan (2018, s 20)⁵: ”Försäkringskassans handläggare tolkar text och rekommenderade tider i FMB som regler och lagtext. Här handlade det om att handläggare inte godkänner individuella bedömningar trots att intentionen med FMB varit att rekommendationerna ska var underlag för just individuella bedömningar.” Det vi menar med regulativ underkodifiering ska inte tolkas som att vi föreslår att dessa FMB-regler i sig ska ges någon fullständig legalitet, utan snarare att man ska reglera hur man ska se

¹ Som omnämns kommer särskilda intyg gentemot arbetsgivare att lanseras under 2019 (Inera, 2018).

² Riksrevisionen (RiR 2018:22, s 14) skriver en historisk kommentar: ”I samband med budgetpropositionen för 2007 fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att ta fram ett nationellt beslutsstöd i form av försäkringsmedicinska riktlinjer som ska vara vägledande vid sjukskrivning.”. Se även Socialstyrelsen (2012).

³ Vi har fått uppfattningen att Försäkringskassan är huvudaktör vad gäller DFA och Socialstyrelsen är huvudaktör vad gäller FMB.

⁴ Detta konstaterande görs i samband med analys av DFA-kedjan. Man kommenterar även den legala statusen för FMB: ”FMB är dock inga regler utan en vägledning” (ibid).

⁵ Denna rapport bygger på deras egna utförda undersökningar, men även på andras undersökningar som Alexandersson m.fl (2018), Svärd m.fl (2018) och Björnell (2018).

på tillämpning av dessa regler. Ytterligare uttalanden från Inera/Socialstyrelsen/Försäkringskassan (2018, s 20) understryker den oklara användningen av FMB och svårigheter att nyttja denna kunskapsmassa som ett kommunikationsinstrument mellan vården och Försäkringskassan: "En konsekvens var att läkare inte valde att sjukskriva patienter på korrekt diagnos, utan valde diagnos utifrån hur generösa sjukskrivningstiderna var formulerade i FMB". "Det nämndes också att många kommentarer handlade om att läkare upplevde att de var tvungna att använda 'nyckelord', 'kodord', 'rätt formuleringar' och 'klippa och klistra' från FMB för att Försäkringskassans handläggare skulle godkänna patientens sjukskrivning". Liknande uttalanden finns från Riksrevisionen (RiR 2018:11, s 6)¹: "Läkarna upplever att ... Försäkringskassan fäster stor vikt vid vissa ord eller formuleringar i läkarintygen, trots att det ur ett medicinskt perspektiv saknar betydelse". "Det finns en risk att läkarens ambitioner att tillgodose Försäkringskassans krav på uppgifter i läkarintyget leder till att läkaren skriver av informationsmaterial från Försäkringskassan eller Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd".

Den svenska sekretesslagstiftningen och dess tillämpning är snårig². Detta gäller särskilt vårdsektorn. Det finns ett antal olika författningar (vissa omnämnda i tabell 9) som reglerar hur information ska hanteras inom vårdområdet. Särskilt problematiskt är sk utlämning av uppgifter, dvs när en organisation överför information till en annan aktör. Det finns olika slags bestämmelser för under vilka omständigheter som utlämning får ske. Vad gäller läkarintyg har det historiskt skett genom att patienten erhållit ett intyg (på papper) av läkaren och sedan fört detta (eller kopia av det) vidare till andra aktörer (som t.ex arbetsgivare och Försäkringskassan). I en digital verksamhet uppstår nya, ibland effektivare, möjligheter till delning av information. Som framgått av beskrivningar ovan (se t.ex figur 4, 18 och 20) så kan den intygsutfärdande vårdorganisationen överföra läkarintyget till Försäkringskassan (fall 1 enligt avsnitt 4.2). För detta krävs då att samtycke har lämnats av patienten. Motiv för patienten att lämna sådant samtycke torde vara att slippa att själv lämna in intyg till Försäkringskassan. Som redovisats i avsnitt 4.2 kan detta dock leda till onödigt merarbete. Försäkringskassan initierar ett ärende och patienten kan få en begäran från Försäkringskassan att inlämna en sjukpenningansökan vilket behöver hanteras.

Samtycke skapar också en del andra problem och osäkerheter. Överföringen av läkarintyg från Intygstjänsten till Mina Intyg, där patienten kan läsa och skriva ut intyget, kräver ett samtycke från patienten som redan har identifierat sig för att komma in i Mina Intyg. Detta är märkligt och uppenbarligen en konsekvens av de regulativa osäkerheter som finns för digitalisering inom offentlig sektor. Som patient måste jag samtycka till att jag själv ska få se det intyg som gäller mig. Detta innebär att jag ger en tillåtelse till vårdorganisationen att visa det intyg som gäller mig. Detta är ju en märklig och i vår mening en helt orimlig handling. Varför ska patienten behöva göra detta överhuvudtaget? Jag behöver ju självklart inte ge läkaren en tillåtelse att lämna ut till mig ett utfärdat intyg som gäller mig.

¹ Se även Nilsing m.fl (2013) och Svärd m.fl (2018) för läkares anpassning till Försäkringskassans försäkringsmedicinska terminologikrav.

² Sedan vi utförde denna regulativa analys har regelverk och tillämpning förändrats, främst pga EU:s dataskyddsförordning (EU, 2016). Bl.a är krav på samtycke numera borttaget. Detta innebär att en del av dessa synpunkter blivit inaktuella. Vi har behållit dem här bl.a för att visa på vilka typer av regulativa resonemang som kan finnas i en utvärdering av digitala resurser baserat på DRIV-konceptet.

Detta har också lett till andra märkligheter vad gäller ett eventuellt återkallande av ett sådant samtycke. Varför jag skulle förbjuda vårdorganisationen och Mina Intyg att visa mig ett intyg om mig själv är obegripligt. Vi citerar från information presenterad på Mina Intyg för att klargöra dessa regulativa märkligheter. ”Din vårdgivare är skyldig att föra patientjournal enligt patientdatalagen. Eftersom läkarintygen är en del av din journal kommer dina personuppgifter att finnas lagrade lika länge som de finns i din patientjournal. Uppgifterna sparas i minst 10 år. Den här personuppgiftsbehandlingen är inte frivillig. Det betyder att personuppgifterna och intygen kommer att lagras även om du motsätter dig det. Alla elektroniska intyg lagras i en särskild databas. Därifrån hämtar webbtjänsten Mina Intyg sin information. För att personuppgifterna i intygen ska få hanteras i tjänsten Mina Intyg krävs att du samtycker till det”.

Av detta citat framgår att inget samtycke krävs för att intygen lagras i ”en särskild databas” (dvs Intygstjänsten), men däremot att de överförs till och hanteras i Mina Intyg av patienten själv. Denna uppdelning i olika slags regulativ hantering (dvs om samtycke krävs eller inte) mellan dessa två digitala resurser (Intygstjänsten vs Mina Intyg) förefaller orimlig. Den är i alla fall inte förklarad för läsaren av meddelandet.

4.8 Normativa reflektioner

En utvärdering kan bedrivas målbaserat. Detta innebär att man använder uppsatta mål för att utvärdera en genomförd förändring¹. Blev förändringen som man tänkt sig? Ledde det till ett önskat utfall? Den genomförda granskningen av intygdigitalisering har främst drivits genom andra utvärderingsprinciper (se vidare avsnitt 5.2). I detta avsnitt diskuterar vi dock kortfattat de genomförda digitala förändringarna i ljuset av ställda verksamhetsmål. Vi gör detta i form av en ”målreflektion”. Insamlade data har inte genererats för att kunna göra en fullödig målbaserad utvärdering. Vi har dock genererat kunskap som gör det möjligt att säga något diagnostiskt om en eventuell måluppfyllelse för en del av målen. Vi har utgått från målen i mållistor för förvaltningsmål (tabell 5) och samhällsmål (tabell 6) som togs fram som en del av det digitala klagörandet (avsnitt 3.6).

I tabell 12 har vi dokumenterat reflektioner kring dessa mål. Översiktligt sett kan vi se tre olika utfall från denna målreflektion: 1) De digitala förändringarna kan sägas bidra mer eller mindre till uppställt mål, 2) även om något målbidrag kan identifieras från digitala förändringar så finns en tydlig (ännu ej nyttjad) potential till förbättring och ökad måluppfyllelse och 3) målet ligger vid sidan om utredningsfokus och det saknas därmed kunskap för att göra något uttalande.

¹ Se t.ex Vedung (1991) och Cronholm & Goldkuhl (2003) för denna typ av utvärdering.

Mål	Målreflektion
1. Effektiv vård och rehabilitering av sjukskrivna	Övergripande mål. Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.
2. God förmåga hos läkare att utfärda kvalitetssäkrade och likvärdiga läkarintyg	Intygdigitalisering kan bidra till utveckling och vidmakthållande av läkares förmåga. Luddiga begrepp kan dock ställa till det.
3. Korrekt och likformig medicinsk bedömning av patienter genom läkarintyg	FMB och andra digitala formulärstöd bör ha bidragit till högre måluppfyllelse.
4. Korrekt och likformig försäkringsmedicinsk handläggning och beslut	Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.
5. Fritt flöde av intygad medicinsk information till adekvata målgrupper	Målet har delvis överdrivits; tre vägar in till FK skapar mer problem än nytta. Ökat fokus bör ges på andra målgrupper (patient, arbetsgivare).
6. Tydlighet i information till respektive målgrupp och användningssituation	Information saknas för patienter och arbetsgivare.
7. Hög säkerhet i medicinsk bedömning	Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.
8. Hög säkerhet i vård/rehabilitering	Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.
9. Hög säkerhet i hantering av medicinsk information	Bör ha ökats genom intygdigitalisering.
10. Hög säkerhet i försäkringsmedicinsk handläggning/beslut	Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.
11. Bibehållen personlig integritet för patient	Bättre möjligheter genom digitalisering, men kunde bli ännu enklare för patienter.
12. Låga/adekvata kostnader för sjukskrivning	Övergripande mål. FMB kan bidra till att sjukskrivningstider blir begränsade.
13. Effektiv sjukskrivningsprocess	Övergripande mål, som är svårt att följa upp i sig; viktigt fokusera på olika delprocesser (rehabilitering, administration, ersättning).
14. Effektiv hantering av medicinska bedömningar (läkarintyg)	Detta har förbättrats genom digitalisering, men viktiga förbättringsbehov kvarstår; bl.a överföring till FK och arbetsgivare; info till patient.
15. Effektiv handläggning av sjukpenningärenden hos Försäkringskassan	Viktigt med intyg i digitalt format. Intyg som kommer före sjukpenningansökan orsakar onödigt merarbete.
16. Högt förtroende hos medborgare för medicinska bedömningar	Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.

Tabell 12a. Målreflektion

Mål	Målreflektion
17. Högt förtroende hos medborgare för vård/rehabilitering	Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.
18. Högt förtroende hos medborgare för hantering av läkarintyg	Inget direkt underlag för värdering. Digitalisering ger nya möjligheter för patienter, men förbättringsbehov kvarstår (mer riktad info till patient; enklare överföring till arbetsgivare).
19. Högt förtroende hos medborgare för försäkringsmedicinsk handläggning/beslut	Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.
20. God hantering av individen av sin hälsosituation	Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.
21. Individen är kunnig om sin sjukdom (orsaker, förlopp), behandling och sjukskrivning	Läkarintyg optimerat mot FK; bättre insatser från vården för att informera individen borde vara möjlig som följd av ökad digitalisering.
22. Enkelt att administrera läkarintyg för patienter	Maximal enkelhet är att slippa all administration; en bit kvar till detta mål.
23. Tidig återgång till arbete efter sjukskrivning	Ett viktigt mål för sjukskrivningsmiljarden. Inget underlag för värdering.
24. God hälsa hos befolkningen	Ett självklart övergripande mål. Vid sidan om utredningsfokus; inget underlag för värdering.

Tabell 12b. Målreflektion

4.9 Sammanfattning av diagnostiska slutsatser

Vi ger nedan en sammanfattning av våra diagnostiska reflektioner och slutsatser i form av en punktlista:

- Intyget vänder sig till och används av olika målgrupper.
- Intyget har olika kommunikationsfunktioner (inte alltid explicitgjorda).
- Intygets kommunikationsfunktion varierar över tid och gentemot olika målgrupper.
- Det finns en variation inom läkarintyget vad gäller kommunikationsfunktion för läkaren som intygsutfärdare; vissa uppgifter kan inte intygas utan endast förmedlas.
- Det är designmässigt en utmaning att forma ett multifunktionellt kommunikationsobjekt som läkarintyg; man har ännu inte klarat av att få till stånd en lämplig digital design.
- Det finns tre sätt att digitalt överföra läkarintyget till Försäkringskassan; vilket innebär tillämpning av fria informationsflöden, men detta leder i vissa fall till merarbete för Försäkringskassan då det krävs handläggning av intyget som en inkommen handling.
- Dessa olika överföringssätt bygger på skild kommunikationslogik; trycklogik generar merarbete; draglogik innebär förenkling för Försäkringskassans handläggning.
- Försäkringskassan har tagit/erhållit ett avgörande designansvar för det digitala formuläret för intygsutfärdande (dvs ett digitalt arbetsredskap för läkare som tillhandahålls av Inera som erkänd IT-leverantör till vården).
- Utformningen av det digitala formuläret för intygsutfärdande har till väsentlig del varit påverkad av ett blankettänk, mer specifikt Försäkringskassans pappersblankett för läkarintyg.

- Det digitala formuläret för intygsutfärdande innehåller mindre/annan information (hjälptexter) än en sedan tidigare befintlig instruktionsbroschyr vilket kan bidra till osäkerhet och förvirring hos användare. Information på formuläret är kondenserad och exkluderad i förhållande till broschyren.
- Utveckling av digitala samband mellan vården och Försäkringskassan har prioriterats vad gäller intygsdigitalisering. Utveckling av andra digitala samband har fått vänta.
- Det försäkringsmedicinska språkbruket (med den sk DFA-kedjan) kan vara utmanande för vissa läkare att hantera.
- På digitalt formulär för läkarintyg saknas ibland ett klart begreppsliggörande, dvs en avsaknad av explicit verksamhetspräglade begrepp.
- På digitalt formulär för läkarintyg finns onödigt variation i sättet att ange fältrubriker.
- På digitalt formulär för läkarintyg finns ifyllnadsfält som inrymmer olika slags informationsursprung (kombination av patientredogörelse och läkarredogörelse), vilket kan bidra till osäkerhet vid både ifyllnad och tolkning.
- På digitalt formulär för läkarintyg saknas tillräckligt tydlighet vad gäller kommunikativa funktioner för olika informationsslag.
- Dessa formulärsbister tillsammans innebär att man inte tillräckligt utnyttjat möjligheter till verksamhetspräglad formalisering.
- I relation till andra målgrupper (arbetsgivare, patienter) så finns det informationsbrist på läkarintyget.
- I relation till andra målgrupper (arbetsgivare) så finns det överskottsinformation på läkarintyget.
- Det råder ett tämligen fragmenterat författningsstöd för hantering av läkarintyg.
- Det finns en regulativ underkodifiering i befintliga digitala resurser vad gäller den försäkringsmedicinska styrningen.
- Oklar hantering och information beträffande samtycke av patienter för att ta del av digital information om läkarintyg.
- De digitala förändringarna kan sägas bidra mer eller mindre till uppställda mål (som t.ex adekvata/likvärdiga sjukskrivningsperioder, effektivisering av intygshantering, bibehållen personlig integritet för patient). I vissa fall så finns det dock en tydlig (ännu ej nyttjad) potential till förbättring och ökad måluppfyllelse.

I kapitel 6 nedan har vi kondenserat och abstraherat dessa diagnostiska slutsatser ytterligare i form av ett antal teoretiska slutsatser om e-förvaltning baserat på denna fallstudie.

5 Metodologiska reflektioner och klarlägganden

Denna fallstudie har genererat en beskrivning av intygsdigitalisering (i form av ett digitalt klagörande; se kapitel 3) samt ett antal diagnostiska reflektioner och slutsatser (se kapitel 4). I detta avsnitt betraktar vi fallstudien som en tillämpning av DRIV-konceptet för digitalt klagörande och utvärdering av digitala resurser (Goldkuhl & Röstlinger, 2019a). Detta innebär att vi reflekterar över det metodkoncept som vi har tillämpat och vad man kan lära sig från denna tillämpning metodologiskt. Detta kan kallas för en metavärdering.

5.1 Tre arbetssteg och tre spår

Utvärderingen har bedrivits i tre steg enligt modell i figur 1:

1. Studera & undersöka
2. Analysera & modellera
3. Abstrahera & diagnosticera

De två första stegen kallas sammantaget för digitalt klagörande. Detta består översiktligt sett av att empiriskt undersöka digitala resurser (steg 1) och därefter att beskriva dessa resurser på ett strukturerat sätt med hjälp av modeller (steg 2). Formulering av diagnostiska reflektioner och slutsatser (steg 3) görs baserat på ett dokumenterat digitalt klagörande av studerade digitala resurser.

Detta beskrivs därmed som en tydlig sekvens av tre delprocesser. Men vi bör betona att detta arbete har bedrivits iterativt genom att kontinuerligt växla mellan olika moment. Även om det finns behov av en sådan växling i arbetet, så är det ändå en klar pedagogisk poäng att beskriva processen i termer av en naturlig *sekvens av undersökning, beskrivning och diagnos*. Det är genom en sådan sekvens av delprocesser som den diagnostiska kunskapen kan växa fram. Vi behöver dock fördjupa och nyansera en sådan arbetssekvens för utvärdering av digitala resurser baserat på DRIV-konceptet. Vi gör detta genom att beskriva de tre stegen något utförligare.

1. *Studera & undersöka* genererar kunskaper, anteckningar, inspelningar, kopior (t.ex skärmdumpar) samt selekterade och kommenterade dokument. Bland genererad kunskap kan det finnas intresseväckande iakttagelser (sådant som uppfattats märkligt eller avvikande).
2. *Analysera & modellera* ger modeller, där dessa beskriver olika företeelser och samband mellan dem. Dessa beskrivningar kan innehålla vissa diagnostiska insikter.
3. *Diagnosticera & abstrahera* genererar diagnostiska reflektioner och slutsatser (t.ex styrkor och svagheter vad gäller den digitaliserade verksamheten). Diagnostiska slutsatser kan understödjas av att framställa fördjupade modeller som illustrerar utsagda diagnoser. Beskrivningar kan innehålla abstraktioner som är klagörande och stödjer diagnoser.

Genom samtliga dessa steg i digitalt klagörande och utvärdering löper *tre sammanflätande spår*: ett *deskriptivt-konceptuellt* spår, ett *funktionellt-kausalt* spår och ett *diagnostiskt* spår. Det är inte så att det diagnostiska arbetet tar sin början i och endast är begränsat till steg 3 (diagnosticera & abstrahera) även om här sker det väsentliga arbetet med att formulera diagnostiska slutsatser. Redan i steg 1 (studera & undersöka) kan ett diagnostiskt tänkande tillämpas mer eller mindre medvetet.

Vid undersökning och granskning av digitala resurser kan *intresseväckande iakttagelser* noteras. Det kan handla om sådant som undersökaren finner *märkligt*, t.ex uppenbara brister eller några anomalier hos studerade objekt. Dessa observationer bildar data för fördjupad analys i samband med modellering och explicit diagnosticering. I steg 2 (analysera & modellera) beskrivs digitala resurser och den digitaliserade verksamheten. Denna analys och modellering ger fördjupade kunskaper om dessa digitala resurser. Det kan handla om olika *diagnostiska insikter*, t.ex sådant som fungerar väl eller sådant verkar fungera på ett bristande sätt. Här kan dokumentation ske direkt i gjorda modeller¹ eller som anteckningar som kan föras vidare i den fördjupade diagnosen i steg 3 (diagnosticera & abstrahera). I detta steg så sker en skärpt formulering av den diagnostiska kunskapen. Ett klarläggande av olika *styrkor* och *brister* görs tillsammans med utsägelser om dess möjliga *orsaker* samt uppenbara eller tänkta *konsekvenser*. Stegvis ökar således den diagnostiska tydligheten och precisionen genom utförande av de tre olika arbetsstegen.

All utvärdering bygger på *beskrivning*. Man måste beskriva ett utvärderingsobjekt för att kunna utsäga något utvärderande om objektet. Digitalt klargörande genererar beskrivningar av digitala resurser som en grund för att göra diagnostiska ställningstaganden. Beskrivningar av olika företeelser görs i alla tre stegen, men det sker en *fördjupning* och *ökad abstraktion* genom de olika stegen. Steg 1 (studera & undersöka) är inriktat på ”datafångst”, dvs att erhålla beskrivningar av de digitala resurserna, så att säga nära källan. Observationer av olika slag genereras och sparas för framtida analys. I steg 2 (analysera & modellera) görs en strukturerad beskrivning av digitala resurser med stöd av etablerade begrepp och notationer. Detta innebär att olika observationer förädlas, kategoriseras och dokumenteras i enlighet med DRIV-konceptets dimensioner och teoretiska begrepp. Detta innebär en tolkning, strukturering och abstraktion² av insamlade data från steg 1. Använda notationer understödjer en sådan kategorisering av observerade företeelser genom framställning av modeller. I steg 3 (diagnosticera & abstrahera) sker en ytterligare konceptuell utveckling och abstraktion. Olika begrepp³ artikuleras som direkt stöd till diagnosen.

Det räcker inte med beskrivning av enskilda företeelser under utvärderingsarbetet. En viktig del är att klargöra olika samband mellan företeelser. Hur används digitala resurser? Vad leder användning av digitala resurser till? Hur är digitala funktioner och människors handlingar länkade till varandra? Detta är centrala frågor av *funktionell-kausal* karaktär att reda ut. Grunden för att göra detta läggs i steg 1 (studera & undersöka) genom insamlade data. Detta tas vidare och preciseras i de olika modellerna av digitalt klargörande genom steg 2 (analysera & modellera). Flera av dessa modeller är typiska sambandsmodeller⁴, dvs som klargör hur olika företeelser är relaterade till varandra. Steg 3 (diagnosticera & abstrahera) har dessa beskrivningar av funktionella samband som grund för en diagnostiskt inriktad analys. Här

¹ Exempel på detta är beskrivning av olika digitala överföringssätt i samverkansgraf (figur 4). Detta har sedan tagits vidare i diagnostisk analys (avsnitt 4.2).

² Exempel på detta är olika karaktäriseringar (”redovisning”, ”bedömning”) som görs av termer i intygsformuläret och finns dokumenterat i begreppstabell (tabell 4).

³ Exempel på sådana begreppsabstraktioner som används för att precisera diagnosen är ”fria informationsflöden” (avsnitt 4.2) och ”blankettänk” (avsnitt 4.3-4.4).

⁴ Exempel på sambandsmodeller är samverkansgrafer (figur 4) och processgrafer (figur 5 och 19).

orienteras en kausal analys mot att t.ex finna orsaker till diagnostiska brister eller möjliga konsekvenser¹.

5.2 Tre utvärderingsstrategier

DRIV-konceptet tillämpar en kombination av olika utvärderingsstrategier. Cronholm & Goldkuhl (2003) beskriver tre olika utvärderingsstrategier² som kan tillämpas i samband med utvärdering av IT-system/digitala resurser:

- Målbaserad utvärdering
- Öppen/målfri utvärdering
- Teori-/kriteriebaserad utvärdering

Målbaserad utvärdering innebär att man utnyttjar officiella verksamhetsmål som måttstock för att utvärdera digitala resurser. Målfri utvärdering kan ses som reaktion mot en sådan strategi. Här sätter man medvetet parentes om de officiella målen för att undvika en sådan bias i utvärderingen. Istället tillämpas ett öppet och induktivt tillvägagångssätt. Inga explicita kriterier används för utvärderingen, snarare sk implicita bruksvärden; t.ex vad olika brukare anser fungerar bra respektive dåligt. Teori-/kriteriebaserad utvärdering innebär att man nyttjar externa kriterier, dvs man hämtar kriterier utifrån och inte från den studerade verksamheten. Det kan handla om kriterier från vetenskapliga teorier eller standards från etablerad professionskunskap.

Det sätt som vi har arbetat med utvärdering av Intygstjänsten beskriver vi i termer av dessa tre utvärderingsstrategier. Vi har funnit detta tillämpade tillvägagångssätt (som vuxit fram under arbetet) som ett generativt och framgångsrikt sätt. Det är emellertid viktigt att vid planering av varje specifik utvärdering reflektera över hur man lämpligtvis bör gå tillväga, givet de mål man har med utvärderingen. Med detta menar vi, att man inte bör betrakta det som vi säger utifrån denna utvärdering som det enda eller det bästa sättet att bedriva utvärdering på. Men se det som en möjlig metodmässig förlaga som kan tillämpas vid utvärdering om man gör det utifrån ett medvetet val och på ett reflektivt sätt!

Vi har tillämpat en kombination av de tre omnämnda utvärderingsstrategierna. Detta har gjorts genom en medvetet planerad kombination och sekvensiering av dessa strategier. Dominerande i arbetet har varit en kombination av öppen och teoribaserad undersökning/utvärdering. Vi relaterar här till de tre stegen i utvärderingsarbetet. Den inledande undersökningen var inriktad på att generera adekvat och intressant kunskap om studerade digitala resurser. Till väsentlig del tillämpades en öppen undersökningsstrategi. Vi hade dock en övergripande styrning genom intentioner att fånga olika aspekter av digitala resurser i enlighet med DRIV-konceptets dimensioner. Detta innebar alltså att datainsamlingen styrdes mot att generera kunskap som behövs för att belysa dessa aspekter. Detta gällde i första hand följande dimensioner: Funktionell, relationell, semantisk, interaktiv, arkitektonisk, normativ, regulativ (se kapitel 3 ovan).

¹ Exempel på en sådan kausalt orienterad diagnostisk analys är inriktningen att finna orsaker/skäl till och konsekvenser av förekomsten av tre digitala överföringssätt av läkarintyg till Försäkringskassan; se avsnitt 4.2.

² Dessa benämns ursprungligen "goal-based evaluation", "goal-free evaluation" och "criteria-based evaluation". Vi har här översatt dem här och lätt modifierat benämningar.

DRIV-dimensionerna gav ramar och inriktning på arbetet utan att styra det i detalj. Genomförande av steg 1 (undersöka & studera) styrdes i första hand av målet att generera data som gav en klarläggande och intressant kunskap om utvalda digitala resurser. Undersökningen präglades av ett praktiktänk: Hur fungerar detta? Fungerar det bra? Är det något som verkar konstigt? Är det något som inte verkar fungera bra? I förgrunden var en strävan att upptäcka och fånga det situationella. I bakgrunden fanns DRIV-dimensionerna med sina olika begrepp. Dessa olika DRIV-begrepp ”påminde” oss att fånga data för att kunna göra en tillräckligt täckande beskrivning av utvalda digitala resurser. Dessa DRIV-begrepp har självklart styrt vårt frågande i samband med möten och intervjuer.

I steg 2 (analysera & modellera) har självklart de olika DRIV-begreppen (och så som de finns operationaliserade genom modelleringsnotationer) starkt påverkat analysen. På detta sätt har arbetet varit teoridrivet, men vi har inte applicerat några explicita kriterier för utvärdering här. Olika ideal för digital kvalitet finns förstås implicit med i modelleringen. Detta har hjälpt oss att upptäcka eventuella tveksamheter; t.ex vad som ovan kallas diagnostiska insikter. Detta idealtänkande har skärpts ytterligare i samband med det explicita diagnossteget (dvs steg 3). Här finns en påverkan från DRIV-konceptets kvalitetsideal¹ även om detta inte finns direkt explicitgjort i analysen och framställningen (kapitel 4). Vi vill påpeka att detta diagnostiska arbete har präglats av en växelverkan mellan ett öppet/upptäckande och ett teori-/idealbaserat förhållningssätt. Genom en sådan kombination kan man enligt våra tidigare (och nu förstärkta) erfarenheter² skapa en maximalt generativ utvärderingskunskap. I en sådan kombination bör man först eftersträva situationell öppenhet för att därefter använda sig av dimensioner, kategorier och kriterier från etablerade teorier. Om man först anlägger en teoretisk lins för att betrakta olika företeelser så finns risken att man förstör möjligheter till upptäckt av det situationella och oväntade.

Vid sidan om dessa två utvärderingsstrategier har även en målbaserad utvärdering tillämpats (se avsnitt 4.8). Denna har följt efter de två andra utvärderingsstrategierna. Vi finner en sådan sekvensiering lämplig. Emellertid bör påpekas att en normativ analys redan påbörjades under arbetet med digitalt klagörande där mål inventeras, klagörs och relateras (se avsnitt 3.6). Arbetet med målanalys (under digitalt klagörande) har självklart haft viss kunskapsmässig påverkan på det övriga arbetet med digitalt klagörande och diagnos. De önskvärda situationer (såväl övergripande som mer handlingsnära) som klarlagts genom denna målanalys har påverkat tänkandet kring beskrivning och värdering av de digitala resurserna. Detta gör att de tre utvärderingsstrategierna inte kan ses som frikopplade från varandra.

¹ Se Goldkuhl & Röstlinger (2019a) avsnitt 14.1 för dessa kvalitetsideal.

² Se t.ex Röstlinger m.fl (2013).

Arbete med normativ analys har som sagts ovan skett stegvis och då under samtliga tre arbetssteg. Vi sammanfattar detta arbete här¹ i punktform:

- *Målinventering* utförs genom främst studier av olika dokument, men även kompletterat med intervjuer. Detta sker genom steg 1 (studera & undersöka) och resulterar i formulering av en inledande mållista som del av steg 2 (analysera & modellera).
- Baserat på generiska målkategorier i DRIV-konceptet sker en *fördjupad inventering och formulering av mål*. Detta resulterar i strukturerade mållistor som då också innebär karaktärisering av mål utifrån de generiska målkategorierna. Detta utgörs av arbete inom steg 2 (analysera & modellera). Se exempel i avsnitt 3.6 (tabell 5-6).
- En *målsambandsanalys* görs utifrån en fördjupad målanalys med *inventering och formulering av digitala egenskapsmål* och ett *klarläggande av överordnade användningsmål och konsekvensmål*. Klarläggande av användningsmål och konsekvensmål kan göras genom att koppla till redan identifierade mål eller genom att identifiera ”nya” mål. Detta arbete resulterar i målgrafer som beskriver mål/medelsamband och innebär arbete inom steg 2 (analysera & modellera). Se exempel i avsnitt 3.6 (figur 15-18).
- En *fördjupad målanalys* kan göras i samband med diagnos av några aspekter av den digitaliserade verksamheten. Detta är ett sätt att *tydliggöra ett diagnostiskt ställningstagande* och då klarlägga möjlig måluppfyllelse eller eventuell målnotverkan. Dokumentation kan t.ex ske genom målgrafer. Detta arbete utgör del av steg 3 (diagnosticera & abstrahera). Se exempel i avsnitt 4.2 (figur 20).
- En målbaserad värdering kan göras utifrån genererad kunskap om de digitala resurserna. Detta innebär en *explicit målbaserad utvärdering* och kan resultera i en mållista med utförd värdering. Detta arbete utgör del av steg 3 (diagnosticera & abstrahera). Se exempel i avsnitt 4.8 (tabell 12).

5.3 Sammanfattande metodvärdering

Som framgått av avsnitt 1.1 ovan har det tillämpade arbetssättet för utvärdering av digitala resurser vuxit fram under själva utvärderingen. Initialt var inriktningen att pröva olika delar av den sk RESONANS guide. Under tiden har det sk DRIV-konceptet (Goldkuhl & Röstlinger, 2019a) artikulrats. Detta har bl.a inneburit att beskrivnings sättet för digitalt klagörande utvecklats och preciserats. Detta har tagit sin främsta näring från arbetet med Intygstjänsten. Man kan beskriva det som en växelverkan mellan utveckling och tillämpning av en metodansats för utvärdering av digitala resurser.

Vi har i samband med tidigare utvärderingar² utarbetat vissa modeller av digitala resurser som stöd för utvärdering av dessa. Detta är alltså inget nytt för oss. Vi har dock aldrig utfört en sådan systematisk och omfattande modellering som gjorts genom digitalt klagörande i detta fall. Genom en sådan noggrann modellering bygger man upp en *djup förståelse* av studerade digitala resurser som då utgör en generativ bas för att göra olika *diagnostiska ställningstaganden*. Det handlar såväl om att *upptäcka* relevanta värderingsfrågor som att få en väl *genomarbetad grund* för att kunna göra diagnostiska uttalanden. Det senare handlar om att skapa god *validitet* i själva utvärderingen.

¹ I avsnitt 3.5 har vi tidigare beskrivit delar av detta tillvägagångssätt.

² Se t.ex Goldkuhl m.fl (2010; 2014b), Röstlinger (2011), Röstlinger m.fl (2013), Goldkuhl & Röstlinger (2014) och Eriksson & Goldkuhl (2015).

Det är förstås viktigt att arbeta *situationsanpassat* under ett digitalt klagörande med successiv *relevansprövning* av de modeller som tas fram. Avsikten är inte att göra något slags total modellering av studerade digitala resurser, utan istället att *välja ut* modeller som ger en *essentiell beskrivning* som grund för diagnos. De framställda modellerna ska vara *instrument* för att utveckla en tillräckligt djup förståelse av de studerade digitala resurserna.

All utvärdering bygger på att samlar data genom att undersöka ett utvärderingsobjekt och att man sedan uttalar sig värderande om detta objekt (se t.ex Patton, 1990; Vedung, 1991). Det vi har gjort är att lägga in *modellering som ett explicit mellansteg* (se t.ex Lagsten, 2009 för en likande ansats). På detta sätt struktureras undersökningsdata på ett sätt som befrämjar förståelsen av den digitaliserade verksamheten och utgör därmed generativt underlag för fördjupad diagnostisk analys.

Vi har tillämpat DRIV-konceptets dimensioner på ett situationsanpassat sätt. Vissa dimensioner har vi tonat ner¹ då vi har valt att avgränsa oss från sådana frågeställningar i den verksamhetsinriktade utvärdering som har genomförts. Djup i undersökning och modellering har styrts av vad vi upptäckt och funnit intressant att uppmärksamma och värdera. Detta innebär att det *diagnostiska kunskapsintresset* har varit styrande för omfattning och djup avseende olika dimensioner. Ett diagnostiskt kunskapsintresse innebär att man vid undersökning och analys, är *uppmärksam* och *lyhörd* för det som är eller kan vara *problematiskt* i någon mening för den aktuella verksamheten (se t.ex Dewey, 1938; Röstlinger m.fl, 1997; Goldkuhl, 2011).

Vi är tillfredsställda med tillämpningen av de tre utvärderingsstrategierna. Att hitta en lämplig balans och växelverkan mellan ett öppet och teoribaserat arbetssätt är en utmaning som vi väl känner sedan tidigare. När vi i framtiden kommer att tillämpa DRIV-konceptet för utvärdering, så kommer vi att vara bättre förberedda utifrån den artikulering som nu skett genom denna rapport samt Goldkuhl & Röstlinger (2019a). Detta bör innebära ett mer planlagt och medvetet tillvägagångssätt, till skillnad för det framväxande och successivt prövande tillvägagångssätt som gällt i detta fall. Genom denna fallstudie har en ”metodhypotes” successivt formats. I framtiden så föreligger redan metodhypotesen (dvs det artikulerade DRIV-konceptet), vilket möjliggör ett annat sätt att driva utvärderingsarbetet på.

Vi ser dock framför oss ytterligare behov av precisering och utnyttjande av DRIV-konceptets kunskapsmassa. För utvärdering av intygdigitalisering har vi varit starkt inspirerade av DRIV-konceptets dimensioner samt olika teoretiska begrepp. Vi har till viss del även varit inspirerade av de olika kvalitetsidealen för respektive dimension i vår diagnos; se avsnitt 5.2 ovan. Här ser vi möjligheter till en mer systematisk och konsekvent användning av dessa kvalitetskriterier i framtida utvärderingar.

¹ Detta gäller huvudsakligen ekonomisk och teknisk dimension där vi endast har utfört mycket begränsad datainsamling.

6 Teoretiska slutsatser

Ett viktigt tema i e-förvaltning är *utnyttjande av digitala möjligheter* (SOU 2016:89; Regeringens skrivelse 2017/18:47) vilket också tydligt kan ses i denna diagnostiska fallstudie av intygsdigitalisering. En strävan att exploatera digitala möjligheter kan dock ibland drivas för långt. Ett sådant exempel är design av tre varianter av digitala överföringsprocesser av det digitala läkarintyget från vården till Försäkringskassan. Detta kan kallas *digital överexploatering*, dvs att man identifierar vad som är möjligt med digital teknik och då överdriver nyttjandet av sådana möjligheter. Intressant i sammanhanget är också att fallet uppvisar flera exempel på motsatsen, dvs vad som skulle kunna kallas *digital underexploatering*. Ett kvarhållet blankettänk är ett sådant exempel, dvs när man låter en tidigare pappersblankett styra kommunikativ utformning. Detta har inneburit en bristande kommunikativ förnyelse. Det saknas precision och tydlighet på flera ställen i digitalt formulär (t.ex otillräckliga förklaringar, motstridigheter, onödigt språklig variation, verksamhets-språkliga ofullständigheter). Tydliga moment i en sådan digital underexploatering är också att man optimerat den digitala kommunikationen till en intressent/mottagare (Försäkringskassan). Medan det råder bristande anpassning av kommunikation till övriga mottagare. Detta gäller både 1) *informationsinnehåll* som inte är anpassat (genom informationsbrister och informationsöverskott) till olika mottagare och 2) *digital överföring* (bristande sömlös digital överföring). En utmaning i sammanhanget är således att få till stånd en *balanserad digital exploatering* där man varken överexploaterar eller underexploaterar de digitala möjligheterna.

Dessa utmaningar uppstår i detta fall pga av att man har en situation med *flera mottagare av information av likartat slag*. Man har dock *inte* i tillräcklig grad *anpassat* informationsinnehåll och kommunikationsvägar *till variationen i behov mellan olika mottagare*. För att förstå detta djupare behöver man lyfta blicken mot *digitalt arrangörskap*. Det är två intressenter (Inera och Försäkringskassan) som främst har ansvarat för den digitala utformningen och som därmed utgör de primära digitala arrangörerna. Detta studerade fall av e-förvaltning innebär att utfärda och sedan överföra information till flera olika mottagare. Det är då naturligt att representanter från utfärdaren (Inera som representant för vården) och en mottagare (Försäkringskassan som ansvarig för försäkringsmedicinsk handläggning) samverkar i ett digitalt arrangörskap. Vad som emellertid kan ifrågasättas är dels att *en mottagare ges ett dominerande inflytande över utfärdarnas digitala arbetsredskap* (och därmed begränsar den verksamhets-språkliga och digitala designen) och dels att *kommunikationen mot denna mottagare optimeras på bekostnad av andra mottagare*. Vi uppfattar att Inera och Försäkringskassan tillsammans har skapat denna form av digitalt arrangörskap. Här finns utmaningar att finna *adekvata och balanserade former av digitalt arrangörskap* samt hur man ska ordna det så att andra grupper intressen också kan införlivas i den digitala utformningen i ökad utsträckning. Det är självklart en större utmaning genom mängden av aktörer inom intressentkategorierna patienter och arbetsgivare. Det är dock möjligt att i en designsituation anlägga ett *explicit intressentperspektiv* även om alla dessa intressenter inte kan ges representation pga praktiska skäl.

Referenser

Alexanderson K, Arrelöv B, Friberg E, Haque M, Lindholm C, Lytsy P, Svärd V (2018) Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät år 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004, Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet, Stockholm

Austin J L (1962) *How to do things with words*, Oxford University press, Oxford

Björzell A (2018) Evaluating supportive forms for physicians, Examensarbete, Institutionen för informationsteknologi, Uppsala Universitet

CeHis (2012) Ett bättre och enklare intygsarbete. Slutrapport från Framtidens intygsprocess, Centrum för eHälsa i samverkan, Stockholm

Cronholm S, Goldkuhl G (2003) Strategies for Information Systems Evaluation – Six Generic Types, *Electronic Journal of Information Systems Evaluation*, Vol 6 (2)

Dewey J (1938) *Logic: The theory of inquiry*, Henry Holt, New York

Eriksson O (2014a) Studie av en offentliggemensam digital resurs: Ladok, IIM, Uppsala universitet

Eriksson O (2014b) Studie av en samling offentliggemensamma digitala resurser: E-recept IIM, Uppsala universitet

Eriksson O, Goldkuhl G (2015) Studie av en samling offentliggemensamma digitala resurser: Informationsförsörjning för ekonomiskt bistånd, VITS, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

EU (2016) Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, Europeiska unionens officiella tidning

Försäkringskassan (2012) Vad ska ett läkarintyg innehålla? Den här informationen beskriver vilka uppgifter ett läkarintyg (FK 7263) behöver innehålla, Försäkringskassan, Stockholm

Försäkringskassan (2013) Kvalitet på läkarintyg - En del av sjukskrivningsmiljarden, Försäkringskassan, Stockholm

Försäkringskassan & SKL (2015) Förstudierapport. Stöd för rätt sjukskrivning, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm

Försäkringskassan (2018) Slutrapport av Försäkringskassans utvecklingsarbete inom elektroniskt informationsutbyte med hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Stockholm

Goldkuhl G (2011) The research practice of practice research: theorizing and situational inquiry, *Systems, Signs & Actions*, Vol 5 (1), p 7-29

Goldkuhl G, Cronholm S, Sjöström J (2004) User interfaces as organisational action media, *Proceedings of the 7th International Workshop on Organisational Semiotics*, Setúbal

Goldkuhl G, Eriksson O, Persson A, Röstlinger A (2014a) Offentliggemensamma digitala resurser: Utmaningar i samstyrning och sam användning inom svensk e-förvaltning (RESONANS slutrapport), VITS, Institutionen för Ekonomisk och Industriell utveckling, Linköpings universitet

Goldkuhl G, Lyytinen K (1982) A language action view of information systems, In Ginzberg & Ross (Eds, 1982) *Proceedings of 3rd International Conference on Informations Systems*, Ann Arbor

Goldkuhl G, Persson A, Röstlinger A (2010) Webbtjänster i samspel mellan statlig och kommunal företagspolitik: verksamt.se i samverkan med kommunala IT-miljöer och verksamhetsprocesser, VITS, Institutionen för Ekonomisk och Industriell utveckling, Linköpings universitet

Goldkuhl G, Röstlinger A (2012) Att designa handlingsbar interaktion, VITS, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

Goldkuhl G, Röstlinger A (2014) Studie av en offentliggemensam digital resurs: Verksamt.se, VITS, Institutionen för Ekonomisk och Industriell utveckling, Linköpings universitet

Goldkuhl G, Röstlinger A (2016) RESONANS guide för samstyrning av digitala resurser i offentlig sektor: Praktisk-empirisk kvalitetssäkring, VITS, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

Goldkuhl G, Röstlinger A (2019a) Digitala resurser i verksamheter, VITS, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

Goldkuhl & Röstlinger (2019b) Metodisk verksamhetsutveckling - Tänkesätt och arbetssätt vid förändringsarbete, VITS, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

Goldkuhl G, Röstlinger A, Flak L S (2014b) Nationella företagsportaler som integrerade tjänstearnor: En komparativ studie av Altinn.no och Verksamt.se, VITS, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

Habermas J (1984) *The theory of communicative action 1. Reason and the rationalization of society*, Polity Press, Cambridge

Inera (2016) Intygstjänster 2016 – delrapport 1, Inera AB, Stockholm

Inera (2018) Intygstjänster 2017–2018. Slutrapport, december 2018, Inera AB, Stockholm

Inera/Socialstyrelsen/Försäkringskassan (2018) Gemensam utvärdering av det integrerade FMB och ICF-stödet, Inera AB, Stockholm

ISF (2014) Läkarintygens betydelse för sjukfrånvaron. En registerstudie av till Försäkringskassan inkomna läkarintyg, ISF Rapport 2014:5, Inspektionen för Socialförsäkringen

ISF (2017) Mötet mellan medborgaren och staten. En kommentar om handläggningen vid Försäkringskassan, ISF Rapport 2017:13, Inspektionen för Socialförsäkringen

Lagsten J (2009) *Utvärdera informationssystem - Pragmatiskt perspektiv och metod*, doktorsavhandling, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

Lind M (2001) *Från system till process - kriterier för processbestämning vid verksamhetsanalys*, (doktorsavhandling), IDA, Linköpings universitet

Nilssing E, Söderberg E, Berterö C, Öberg, B (2013) Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: A focus group study in Sweden, *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol 23 (3), pp 450–461

Patton M Q (1990) *Qualitative evaluation and research methods*, SAGE, Newbury Park

Regeringens skrivelse 2017/18:47 Hur Sverige blir bäst i världen på att använda digitaliseringens möjligheter – en skrivelse om politikens inriktning, Regeringskansliet

RiR 2010:9 En förändrad sjukskrivningsprocess, Riksrevisionen, Stockholm

RiR 2018:11 Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar, Riksrevisionen, Stockholm

RiR 2018:22 Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – ett stöd för Försäkringskassan vid psykisk ohälsa?, Riksrevisionen, Stockholm

Röstlinger A (2011) *Kvalitetsideal för verksamt.se – kriterier och utvärdering*, VITS, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

Röstlinger A, Danielsson H, Holgersson S, Goldkuhl G (2013) Rätt riktning med Skolkompassen? En studie av en lärplattformens användning i gymnasieskolan i Jönköping, VITS, Institutionen för Ekonomisk och Industriell utveckling, Linköpings universitet

Röstlinger A, Goldkuhl G (2006) *Grafnotation för SIMM metodkomponenter*, VITS, Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, Linköpings universitet

Röstlinger A, Goldkuhl G, Hedström K, Johansson R (1997) Processorienterat förändringsarbete inom omsorgen, *Konferensen Kvalitet 97*, Göteborg

SBU (2003) Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Stockholm

Schoop M (1998) A language-action perspective on cooperative documentation systems – Habermas and Searle in hospital, *Proceedings of Language Action Perspective - 1998*, Jönköping International Business School

Searle J R (1969) *Speech acts. An essay in the philosophy of language*, Cambridge University Press, London

SFS 1991:1047 Lag om sjuklön, Svensk Författningssamling

SFS 2008:355 Patientdatalag, Svensk Författningssamling

SFS 2010:110 Socialförsäkringsbalken, Svensk Författningssamling

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag, Svensk Författningssamling

SFS 2014:821, Patientlagen, Svensk Författningssamling

SKL (2016a) Stöd för rätt sjukskrivning. Rapport 2016, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm

SKL (2016b) Stöd för rätt sjukskrivning. Verksamhetsanalys, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm

SKL/Inera/Försäkringskassan (2015) Rapport Arbetsgrupp för Verksamhetslogik, 2015-02-06, Sveriges Kommuner och Landsting, Inera AB, Försäkringskassan, Stockholm

Socialdepartementet & SKL (2016) En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016, Regeringskansliet, Stockholm

Socialstyrelsen/WHO (2003) Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2012) Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – vägledning för sjukskrivning. Reviderad 2012, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2015) Försäkringsmedicinskt beslutstöd och HoSp-registret som e-tjänster, Socialstyrelsen

SOSFS 2005:29 Föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen

SOSFS 2008:14 Föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen

SOU 2008:66 Arbetsförmåga? En översikt av bedömningsmetoder i Sverige och andra länder, Statens Offentlig Utredningar

SOU 2009:89 Gränslandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar/Försörjningsförmåga, Statens Offentlig Utredningar

SOU 2012:90 Överskottsinformation vid direktåtkomst. Delbetänkande av Informations-
hanteringsutredningen, Statens Offentlig Utredningar

SOU 2016:2 Effektiv vård, Statens Offentlig Utredningar

SOU 2016:89 För digitalisering i tiden. Slutbetänkande av Digitaliseringskommissionen,
Statens Offentlig Utredningar

SOU 2018:39 God och nära vård. En primärvårdsreform, Statens Offentliga Utredningar

Svärd V, Haque M, Friberg E, Alexanderson K (2018) Läkares erfarenheter av
Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg,
Avdelningen för försäkringsmedicin, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska
Institutet, Stockholm

Söderberg E (2011) Försäkringsmedicinskt beslutsstöd – en vägledning för sjukskrivning,
Socialmedicinsk tidskrift, 5/2011, s 389-398

Timpka T, Hensing G, Alexanderson K (1995) Dilemmas in sickness certification among
Swedish physicians, *European Journal of Public Health*, Vol 5 (3), pp 215–219

Vedung E (1991) *Utvärdering i politik och förvaltning*, Studentlitteratur, Lund

Ågerfalk P J (2003) *Information Systems Actability: Understanding Information
Technology as a Tool for Business Action and Communication*, Ph D diss, Department of
Computer and Information Science, Linköping University