

# Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut

**Rättslig kvalitetsuppföljning**



Utgivare: Försäkringskassan  
Rättsavdelningen

Upplysningar: Pernilla Keinestam Lindell  
010-116 97 33  
pernilla.keinestam@forsakringskassan.se

Webbplats: [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

# Förord

Försäkringskassan har under det senaste året utvecklat en ny modell för systematisk kvalitetsuppföljning. Modellen bygger på en kombination av lokala kvalitetsuppföljningar, uppföljning av kvalitetsindikatorer samt fördjupade rättsliga kvalitetsuppföljningar.

Rättsavdelningen ansvarar för de fördjupade rättsliga kvalitetsuppföljningarna och kommer att genomföra mellan fyra och åtta sådana uppföljningar per år. I denna rapport presenteras resultatet av en rättslig kvalitetsuppföljning av långa sjukfall. Det gäller sjukfall som blir så långa att dagarna inom förmånstiden tar slut.

Rapporten har skrivits av Pernilla Keinestam Lindell, rättslig expert vid Rättsavdelningen. Ett tack riktas till alla som har medverkat i gransknings- och analysarbetet.

Kjell Skoglund  
Verksamhetsområdeschef  
Område process- och socialförsäkringsjuridik  
Rättsavdelningen

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Innehåll .....</b>	<b>4</b>
<b>Sammanfattning.....</b>	<b>5</b>
<b>Inledning.....</b>	<b>7</b>
<b>Bakgrund .....</b>	<b>7</b>
<b>Syfte .....</b>	<b>7</b>
<b>Metod .....</b>	<b>8</b>
<i>Urval.....</i>	<i>8</i>
<i>Aktgranskning.....</i>	<i>8</i>
<i>Gemensam analys .....</i>	<i>8</i>
<b>Resultat.....</b>	<b>10</b>
<b>Utredningen .....</b>	<b>10</b>
<i>Hur har ärendena utretts?.....</i>	<i>10</i>
<i>Är utredningen tillräcklig? .....</i>	<i>12</i>
<b>Insatser för att förkorta sjukfallet .....</b>	<b>13</b>
<i>Har handläggaren tagit ställning till behovet av rehabilitering? .....</i>	<i>13</i>
<i>Vilka insatser planerades?.....</i>	<i>14</i>
<i>Var planeringen adekvat? .....</i>	<i>15</i>
<i>Har insatserna påbörjats så snart som möjligt?.....</i>	<i>16</i>
<i>Rehabiliteringspenning .....</i>	<i>17</i>
<b>Bedömningen av rätten till sjukpenning .....</b>	<b>18</b>
<i>Arbetsförmågans nedsättning när dagarna tar slut .....</i>	<i>18</i>
<i>Om den försäkrade återvänder och begär sjukpenning på nytt.....</i>	<i>19</i>
<b>Avslutande diskussion .....</b>	<b>20</b>
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>22</b>
<b>Frågeformulär Kvalitetsuppföljning långa sjukfall .....</b>	<b>22</b>

# Sammanfattning

I denna rapport redovisas en uppföljning som syftar till att undersöka den rättsliga kvaliteten i sjukfall som blir så långa att dagarna med sjukpenning tar slut, dvs. 914 dagar. Fokus är både bedömningen av rätten till ersättning och arbetet med att utreda rehabiliteringsbehov och samordna rehabilitering.

Uppföljningen omfattar ett slumpmässigt urval om 800 sjukpenningärenden som har avslutats under perioden 1 oktober 2013- 31 mars 2014 på grund av att den försäkrade förbrukat alla dagar inom förmånstiden.

Resultaten visar att det finns en förbättringspotential, både när det gäller bedömningen av rätten till ersättning och när det gäller hur Försäkringskassan utreder den försäkrades rehabiliteringsbehov och samordnar rehabilitering.

Särskilt tydligt är att kvaliteten i utredningen och bedömningen av den försäkrades medicinska förutsättningar att klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete behöver förbättras och att omställningstanken i rehabiliteringskedjan behöver uppmärksammas mer. Rehabiliteringskedjan bygger på att den som inte kan återgå i sitt arbete, eller som inte kan göra det inom vissa bestämda tidsgränser, ska få stöd i att finna ett arbete som är lämpligare utifrån sjukdomen. Men resultaten i uppföljningen indikerar att sjukförsäkringens karaktär av omställningsförsäkring inte riktigt har slagit igenom i tillämpningen.

Resultatet antyder också att kompetensutveckling när det gäller juridisk metod, till exempel hur man identifierar vad som behöver utredas i ärendet och hur man värderar de uppgifter som kommer fram, kan ha effekt inte bara på rättssäkerheten utan också på effektiviteten i handläggningen. För att förbättra utredningarna kan också en översyn av befintliga utredningsmetoder, främst SASSAM-metoden, behövas.

I anslutning till granskningen har det genomförts workshoppar med handläggare. Vid workshopparna har det kommit fram att handläggarna efterfrågar mer kunskap om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och stöd i hur man som handläggare kan verka för att arbetsgivaren tar det ansvaret. Man efterfrågar också mer fokus på och dialog kring rollen som statstjänsteman, bland annat för att stärka sin förmåga att hantera komplexa situationer i arbetet.

Vid workshopparna kom det dessutom fram att handläggarna ansåg att chefernas budskap kring kvalitet, kundfokus och rättstillämpning i hög grad påverkar hur de utför sitt arbete. En slutsats av det är att chefer med ett tydligt och uthålligt fokus på kvalitet och korrekt rättstillämpning är en central faktor när det gäller att förbättra kvaliteten i tillämpningen och handläggningen.

Försäkringskassan är nu mitt uppe i införandet av sin nya modell för systematisk kvalitetsutveckling (SKU). Modellen som sådan och det införandearbete som pågår ger goda förutsättningar för att sätta kvalitetsfrågorna högt på dagordningen.

# Inledning

## Bakgrund

Enligt Försäkringskassans arbetsordning ansvarar Rättsavdelningen för rättslig kvalitetsuppföljning och återkoppling. Rättslig kvalitetsuppföljning är en av tre delar i Försäkringskassans modell för systematisk kvalitetsuppföljning, som även inkluderar lokala kvalitetsuppföljningar och uppföljning av kvalitetsindikatorer. Den rättsliga kvalitetsuppföljningen syftar till att ge fördjupad kunskap inom områden där det finns tecken på brister i rättstillämpningen.

Rättsavdelningen tar i samråd med övriga avdelningar fram en årlig plan för de rättsliga kvalitetsuppföljningar som ska göras. I planen för 2014 ingick en uppföljning av sjukpenningärenden som avslutas på grund av att dagarna inom förmånstiden tar slut.

Under våren 2014 gjordes en uppföljning av korta och medellånga sjukfall.<sup>1</sup> Där framkom framförallt två utvecklingsområden. Det första var att tillämpningen av rehabiliteringskedjan släpar efter, så att prövningen i förhållande till arbete som normalt förekommer på arbetsmarknaden görs för sent i cirka tre fjärdedelar av ärendena. Det andra huvudsakliga utvecklingsområdet som framkom gällde enhetligheten i bedömningen av arbetsförmåga. Granskarna och handläggarna gjorde inte sällan olika bedömningar, särskilt när handläggaren bedömt att arbetsförmågan är nedsatt i förhållande till normalt förekommande arbete. Granskarna gjorde oftare bedömningen att arbetsförmågan inte var nedsatt. Några statistiskt säkerställda skillnader mellan år 2010 och år 2013 kunde dock inte konstateras i det avseendet.

Den uppföljning som nu är aktuell kan ses som en fortsättning och fördjupning av den redan genomförda uppföljningen av korta och medellånga sjukfall. Det faktum att en viss ökning av fallängden i sjukpenningärendena har konstaterats under de senaste åren och att en relativt stor grupp försäkrade som lämnar sjukförsäkringen på grund av att sjukpenningdagarna tar slut återvänder medför också att sjukfall som blir 914 dagar är intressanta att titta närmare på.

## Syfte

Uppföljningen syftar till att undersöka den rättsliga kvaliteten i sjukfall som blir så långa att dagarna inom förmånstiden tar slut. Fokus är både bedömningen av rätten till ersättning och arbetet med att utreda rehabiliteringsbehov och samordna rehabilitering.

---

<sup>1</sup> Rättslig uppföljning 2014:02 *Beslutsunderlag och beslut i sjukpenningärenden – en jämförelse mellan år 2010 och år 2013*

## Metod

### Urval

Granskningen har omfattat ett slumpmässigt urval om 800 sjukpenning-ärenden som avslutats under perioden 1 oktober 2013- 31 mars 2014 på grund av att den försäkrade förbrukat alla dagar inom förmånstiden.

Urvalet har hämtats från DoA, som är ett IT-system för att registrera uppgifter i sjukpenningärenden. Registreringen i DoA sker manuellt.

Av de 800 ärendena föll 215 ärenden (cirka 27 procent) bort eftersom det visade sig att de inte tillhörde den ärendekategori som skulle granskas. För dessa ärenden hade det registrerats i DoA att de avslutats under perioden 1 oktober 2013 – 31 mars 2014, men i realiteten hade dagarna med sjukpenningen tagit slut innan dess. Sista dagen med sjukpenning inföll alltså i dessa ärenden före den 1 oktober 2013.

De ärenden som fallit bort bedöms inte ha några specifika karaktäristika i förhållande till de granskade ärendena. Bortfallet bedöms därför inte medföra att resultatet blivit missvisande.

### Aktgranskning

Granskningsarbetet har utförts av åtta personer, varav sju är försäkrings-specialister från olika kontor inom Avdelningen för sjukförsäkring och en är verksamhetsutvecklare inom samma avdelning. Samtliga granskare har mycket goda kunskaper om sjukpenningförsäkringen.

Respektive granskare har granskat 100 ärenden. Fördelningen av ärenden på de olika granskarna har varit slumpmässigt.

Granskningen har gjorts utifrån ett i förväg framtaget granskningsformulär. Frågorna har testats och reviderats i omgångar innan granskningen startade. Kalibrering av granskarna har skett genom en provgranskning där de granskade samma ärenden. Resultatet jämfördes och diskuterades, vilket också resulterade i några förtydliganden i granskningsformuläret. Formuläret finns i bilaga 1.

Merparten av granskningsformuläret består av bedömningsfrågor där det inte nödvändigtvis finns ett rätt eller fel svar. Eftersom det inte finns något facit omgärdas bedömningarna av en viss osäkerhet.

Granskarna har tagit del av de ärenden som omfattas av granskningen via ärendehanteringssystemet ÄHS och det webbaserade verktyget Easyresearch har använts för att genomföra granskningen.

### Gemensam analys

Efter att granskningsfasen avslutats genomfördes ett analysmöte där samtliga granskare deltog. Vid mötet gick vi tillsammans igenom resultaten och fångade upp iakttagelser som de gjort under granskningen.

Två lokala workshoppar med handläggare har också genomförts med anledning av resultatet. Dessa genomfördes i Östersund och i Stockholm. På



workshopparna presenterades resultaten från granskning och sedan diskuterades orsaker och tänkbara förbättringsaktiviteter med hjälp av leanmetoder (fiskbensdiagram).

## Resultat

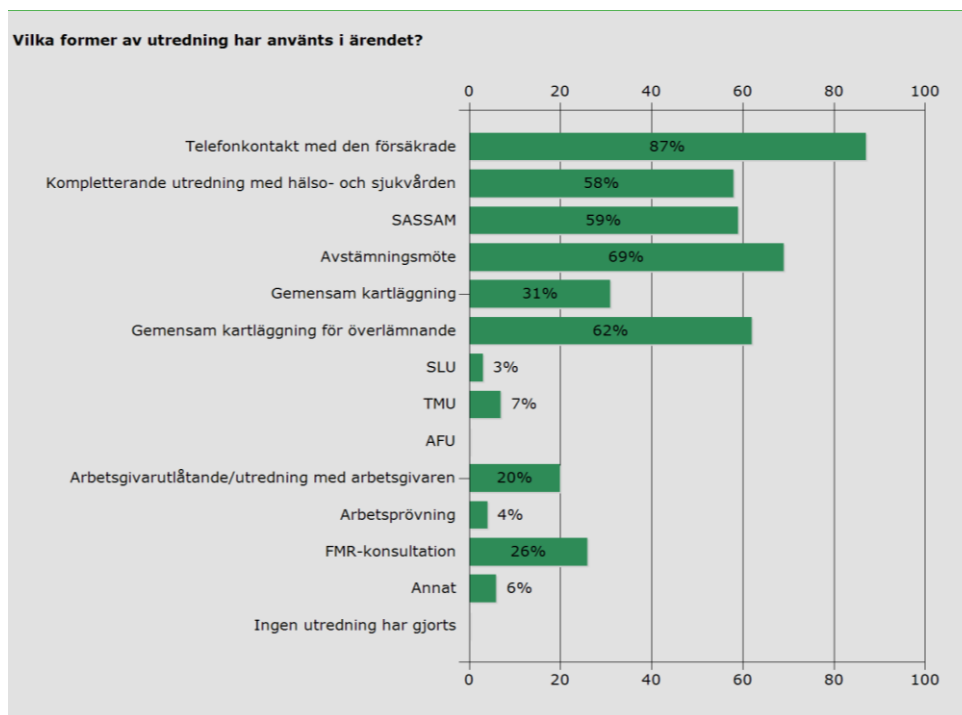
### Utredningen

#### Hur har ärendena utretts?

Försäkringskassan ska se till att ärendena blir utredda i den omfattning som deras beskaffenhet kräver. Den försäkrade är å sin sida skyldig att lämna de uppgifter som behövs för att Försäkringskassan ska kunna bedöma rätten till sjukpenningen och ta ställning till behovet av rehabilitering. Det framgår i 110 kap. 13 § SFB.

I 110 kap. SFB beskrivs också vissa specifika utredningsbefogenheter som Försäkringskassan har. Försäkringskassan får till exempel göra förfrågningar hos den försäkrades arbetsgivare eller läkare, begära att den försäkrade genomgår läkarundersökning eller utredning eller deltar i ett avstämningsmöte.

Nedanstående diagram visar vilken typ av utredning som Försäkringskassan använt i ärendena. Flera olika typer av utredningar kan förekomma i ett och samma ärende.



Handläggaren har haft telefonkontakt med den försäkrade i utredande syfte i 87 procent av ärendena. Ofta har handläggaren ringt den försäkrade i ett tidigt skede i ärendet, både för att hämta in uppgifter och för att ge den försäkrade information om den fortsatta handläggningen och om regelverket. Men telefonutredning har även förekommit senare i ärendet och i vissa ärenden vid ett flertal tillfällen.

SASSAM-utredning har genomförts i drygt hälften av ärendena (59 procent). SASSAM (Strukturerad arbetsmetod för sjukfallsutredning och samordnad rehabilitering) är en form av strukturerat utredningsmöte. Syftet med SASSAM-kartläggningen är generellt sett att utreda arbetsförmågan och behovet av rehabilitering. Utredningsmötet tar sin utgångspunkt i SASSAM-kartan, som är ett hjälpmedel för att strukturera samtalet och analysera informationen.

Avstämningsmöte är en typ av flerpartsmöte som Försäkringskassan kan kalla till för att utreda den försäkrades medicinska tillstånd, arbetsförmåga och behov av och möjligheter till rehabilitering. Utöver den försäkrade kan Försäkringskassan till exempel kalla den försäkrades läkare och arbetsgivare. Avstämningsmöte har genomförts i drygt två tredjedelar av ärendena (69 procent).

Kompletterande utredning med hälso- och sjukvården har gjorts i drygt hälften av ärendena (58 procent). Den siffran inkluderar inte avstämningsmöten där läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal har deltagit. Den inkluderar inte heller fördjupade medicinska utredningar (se nedan om fördjupade medicinska utredningar). Utredningen har istället bestått i att handläggaren begärt att läkaren ska komplettera sitt läkarintyg eller att han eller hon ska svara på vissa specifika frågor. Utredningen har gjorts per telefon eller skriftligt. När det har skett skriftligen har det varit antingen via brev eller via den särskilda tjänsten för elektroniskt informationsutbyte mellan landstingen och Försäkringskassan.

Fördjupade medicinska utredningar, eller försäkringsmedicinska utredningar som de också kallas, förekommer i tre former. Alla tre genomförs av läkare som har gått Försäkringskassans fördjupningsutbildning i försäkringsmedicin. Utredning för att utfärda ett *Särskilt läkarutlåtande för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete* (SLU) görs som utgångspunkt av enbart en läkare, men han eller hon kan ibland ta hjälp i vissa delar av exempelvis en sjukgymnast. Om Försäkringskassan bedömer att det behövs en utredning med ett flertal kompetenser beställer handläggaren istället en *Teamutredning för bedömning av medicinska förutsättningar för arbete* (TMU). Den typen av utredning görs alltid av ett team som – utöver läkaren – består av en sjukgymnast, en psykolog och en arbetsterapeut. *Aktivitetsförmågeutredning* (AFU) är en utredningsvariant som är utformad särskilt för att användas inför dag 181 i rehabiliteringskedjan, då arbetsförmågebedömningen som huvudregel ska göras mot ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. I likhet med SLU görs AFU som utgångspunkt av enbart en läkare. Granskningen visade att fördjupade medicinska utredningar har genomförts i totalt cirka en tiondel av ärendena, oftast i form av TMU. AFU har inte förekommit överhuvudtaget i de granskade ärendena.

Handläggaren har konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR) i ungefär en fjärdedel av ärendena (26 procent). Det är dock mycket ovanligt att konsultationen har resulterat i ett skriftligt yttrande av FMR. Vanligtvis kan man bara utläsa av journalen att handläggaren har tagit upp ärendet vid en gruppkonsultation med FMR, men ibland har handläggaren också skrivit

ned vad FMR har sagt. I dessa fall har FMR oftast uttalat sig om huruvida den försäkrade har en allvarlig sjukdom eller inte.

Gemensam kartläggning är en del i Försäkringskassans förstärkta samarbete med Arbetsförmedlingen. Syftet är att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med den försäkrade ska kartlägga hans eller hennes förutsättningar för arbete och behov av insatser. Försäkringskassan kan ta initiativ till en gemensam kartläggning när som helst i ett sjukfall. Granskningen visade att gemensam kartläggning ofta förekommer när dagarna med sjukpenning börjar ta slut, som ett sätt att ”lämna över” ärendet till Arbetsförmedlingen. En gemensam kartläggning i det syftet har genomförts i cirka två tredjedelar av ärendena (62 procent). I cirka en tredjedel av ärendena (31 procent) har gemensam kartläggning genomförts tidigare i ärendet.

Arbetsprövning är en utredningsform som innebär att den försäkrade provar att utföra olika arbetsmoment. Det kan ske på en för utredningen särskilt utformad arbetsplats eller på en ordinarie arbetsplats. Vanligtvis är det en arbetsterapeut som ansvarar för utredningen och utvärderar utförandet av de olika prövningsmomenten. Sådana utredningar förekommer bara i fyra procent av ärendena, vilket troligen hänger samman med att tillgången är begränsad. Arbetsterapienheter där man kan utreda funktionsförmåga förekommer huvudsakligen i anslutning till specialistkliniker, till exempel för stroke. Men kompetens och praktiska möjligheter för arbetsprövning kan i vissa fall också finnas inom företagshälsovården.

Andra utredningar som har förekommit i de granskade ärendena är utredningar med socialtjänsten. Det har också förekommit att den försäkrade deltagit i olika typer av utredningar via samordningsförbund eller projekt som finansieras via den europeiska socialfonden (ESF-projekt).

### **Är utredningen tillräcklig?**

För att kunna bedöma om en försäkrad har behov av rehabilitering behöver både de medicinska förutsättningarna och arbetsförhållandena i princip vara klarlagda. Man behöver alltså veta hur sjukdomen påverkar den försäkrades funktionstillstånd och hur sjukdomen och funktionstillståndet förväntas utvecklas över tid. Man behöver normalt också veta hur den försäkrades arbetsförhållanden ser ut, t.ex. vilka arbetsuppgifter han eller hon har i sin eventuella anställning eller egna företag, vilka arbetslivsinriktade åtgärder som eventuellt redan har prövats och hur de i så fall har fallit ut samt vilka ytterligare åtgärder som kan erbjudas av arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen. Undantagsvis kan dock uppgifter om de medicinska förutsättningarna vara tillräckligt. Det gäller i de fall det framgår att sjukdomstillståndet och prognosen är sådan att den försäkrade inte kan återfå sin arbetsförmåga i något arbete alls.

Granskarna bedömde att utredningen var tillräcklig för att bedöma den försäkrades behov av rehabilitering i 57 procent av ärendena. I 43 procent av ärendena ansåg granskarna dock att utredningen var otillräcklig.

I åtta procent av ärendena var det de enbart de medicinska förutsättningarna som bedömdes otillräckligt utredda och i åtta procent var det enbart

uppgifterna om arbetsförhållandena som var bristfälliga. I 27 procent ansåg granskarna att utredningen hade generella brister, det vill säga inte bara i det ena eller andra avseendet.

I urvalet var det 46 procent av de försäkrade som hade en anställning och 53 procent som var helt eller delvis arbetslösa. Tre procent var egenföretagare. Uppgiften gäller för tidpunkten då sjukpenningdagarna tog slut. Det kan ha förekommit att den försäkrades sysselsättning ändrats under sjukfallets gång, t.ex. genom att en anställning upphört. Som framgår genom att summan av de nämnda andelarna blir mer än 100 procent så har också några försäkrade haft flera sysselsättningar på samma gång.

Granskarnas bedömning av utredningen skilde sig något mellan de olika sysselsättningskategorierna. När det gällde arbetslösa bedömdes utredningen tillräcklig för att bedöma behovet av rehabilitering i 62 procent av ärendena, medan andelen för både anställda och egenföretagare låg på 50 procent. Några tydliga skillnader i vilken typ av brister man såg i utredningen fanns dock inte mellan grupperna.

En iakttagelse som granskarna gjorde under granskningen var att utredningarna inte sällan saknar precision. Det verkade som att handläggarna inte i förväg identifierat vilka uppgifter som behövdes för att ta ställning i ärendet, vilka uppgifter som saknas och vilket sätt som var det bästa för att hämta in de saknade uppgifterna. Granskarna noterade också att handläggarna ibland godtog tveksamma uppgifter utan att ställa följdfrågor eller begära en motivering. Till exempel kunde en läkares uppfattning om att ett arbetsbyte inte skulle öka hans eller hennes patients förutsättningar för arbetsåtergång godtas utan vidare, även om det nuvarande arbetet framstod som olämpligt utifrån den försäkrades aktivitetsbegränsningar.

## **Insatser för att förkorta sjukfallet**

Försäkringskassan ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs. Försäkringskassan ska dessutom se till att de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade vidtas. (30 kap. 9 § SFB)

### **Har handläggaren tagit ställning till behovet av rehabilitering?**

I cirka två tredjedelar av ärendena (66 procent) framgick det i akten att handläggaren tagit ställning till den försäkrades behov av rehabilitering. I resterande ärenden fanns det dock inget uttryckligt ställningstagande om det.

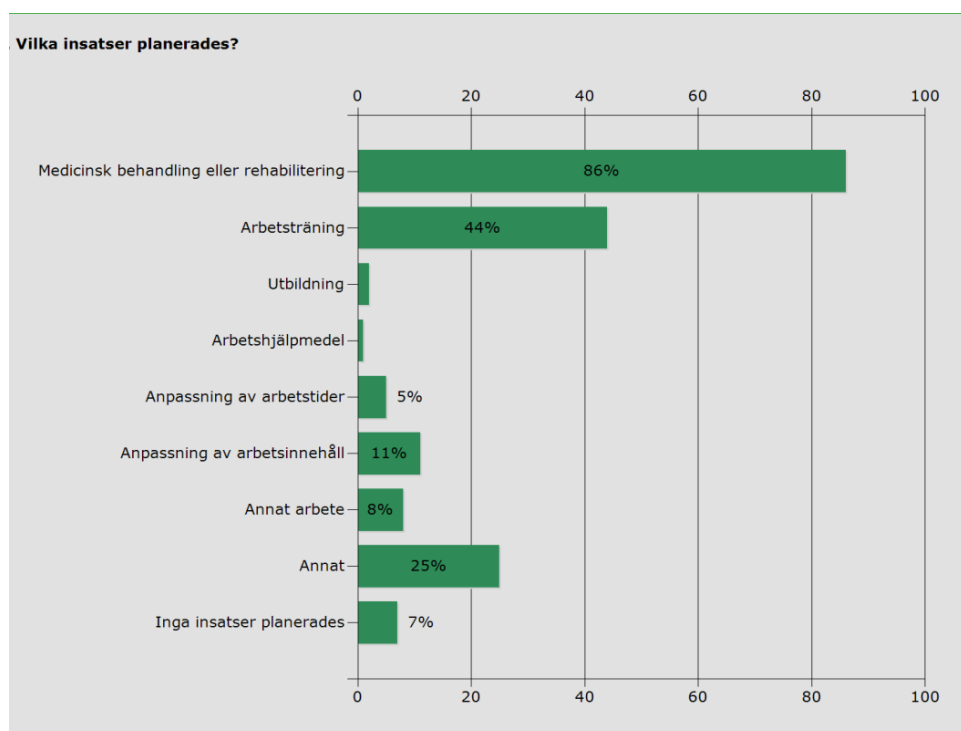
Det kan vara så att handläggaren även i dessa ärenden har tagit ställning till om rehabilitering är aktuellt men att han eller hon inte dokumenterat sitt ställningstagande. Justitieombudsmannen (JO) har dock vid upprepade tillfällen betonat betydelsen av att det ska gå att följa och förstå ett ärendes gång (se till exempel JO:s beslut, dnr 5164-2007, dnr 6603-2010 och dnr 6966-2010). God dokumentation innebär att man beskriver och förklarar ställningstaganden till olika handläggningsåtgärder i ärendet.

Granskningen har inte innefattat frågor om kvaliteten i ställningstagandet till behovet av rehabilitering. Men granskarna har ändå under granskningen

iakttagit att det finns en förbättringspotential när det gäller dessa ställningstaganden. Enligt granskarna har handläggarna inte alltid analyserat uppgifterna i ärendet tillräckligt, vilket medfört att ställningstagandet framstått som tveksamt.

### Vilka insatser planerades?

Nedanstående diagram visar vilka insatser som planerades i ärendena. Flera olika typer av insatser kan förekomma i ett och samma ärende.



Redovisningen avser samtliga insatser som, enligt dokumentationen i ärendet, planerades för den försäkrade. Det rör sig alltså inte bara om sådana insatser som ingår i en rehabiliteringsplan eller plan för återgång i arbete som Försäkringskassan upprättat. Även insatser som till exempelvis bara framkommit på ett läkarintyg finns med.

Medicinsk behandling och rehabilitering planerades i de flesta ärendena (86 procent). I resterande ärenden framgick det inte att några medicinska insatser skulle genomföras. De diagnosgrupper<sup>2</sup> som hade störst andel ärenden där det saknades dokumenterad planering för medicinska insatser var C- och D-diagnoser (tumörer och blodsjukdomar) och H-diagnoser (sjukdomar i ögat och örat). För dessa diagnosgrupper fanns en sådan planering i 60 procent av ärendena. Antalet ärenden i respektive grupp är dock litet och några egentliga slutsatser bör därför inte dras av detta resultat. De diagnosgrupper som dominerade i urvalet var F-diagnoser (psykiska sjukdomar och symptom) och M-diagnoser (sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven). De motsvarade 51 respektive 23 procent av

<sup>2</sup> Enligt klassifikationssystemet ICD-10-SE (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning). ICD-10 förvaltas av Världshälsoorganisationen (WHO) men den svenska versionen ICD-10-SE ansvarar Socialstyrelsen för.

urvalet. För F-diagnoserna fanns det en dokumenterad planering för medicinska insatser i 92 procent av ärenden och för M-diagnoserna i 80 procent av ärendena.

Arbetsträning har planerats i närmare hälften av ärendena (44 procent). För arbetslösa var det vanligare än för anställda och egenföretagare. För arbetslösa planerades arbetsträning i 50 procent av ärendena. För anställda var det i 37 procent av ärendena. För den lilla grupp egenföretagare som förekom i urvalet, dvs. tre procent av alla ärendena, fanns det en planering för arbetsträning i 25 procent av fallen.

Utbildning var sällan något som förekom i planeringen. Detsamma gäller för arbetshjälpmedel, som Försäkringskassan i vissa fall kan lämna bidrag för. Anpassning av arbetsinnehåll, anpassning av arbetstider och arbetsbyte var också sådant som planerades relativt sällan (i 5, 11 respektive 8 procent av ärendena).

I kategorin ”annat” förekom till exempel daglig verksamhet via socialtjänsten och olika aktiviteter inom ramen för ESF-projekt och samordningsförbund.

I 7 procent av ärendena framgick det inte några planerade insatser alls.

Om en försäkrad uppfyller villkoren för sjukersättning eller aktivitetsersättning kan Försäkringskassan på eget initiativ byta ut sjukpenningen mot den förmånen (36 kap. 25 § SFB). Frågeformuläret omfattade inte några frågor om huruvida detta hade varit möjligt i de granskade ärendena. Men granskarna noterade under arbetet att ett utbyte hade kunnat göras i ett fåtal ärenden.

### **Var planeringen adekvat?**

Granskarna har bedömt att planeringen var adekvat i drygt hälften av ärendena (52 procent). I ganska många ärenden (43 procent) bedömdes dock planeringen som bristfällig på så sätt att det saknades åtgärder som hade behövts. Det förekom också i några ärenden att granskarna uppfattade de planerade insatserna som obehövliga (en procent) eller att planeringen var bristfällig både genom att innefatta onödiga insatser och sakna behövliga insatser (fyra procent).

Eftersom urvalet som har granskats bara omfattar ärenden som avslutats på grund av att dagarna inom förmånstiden tagit slut kan man inte vidare överföra resultaten på sjukpenningärenden generellt. I ärenden som avslutas genom att den försäkrade återfår sin arbetsförmåga kan planeringen vara mera adekvat.

Det var vanligare att planeringen bedömdes sakna väsentliga åtgärder i ärenden som gällde anställda. För den gruppen saknades enligt granskarna nödvändiga insatser i 51 procent av ärendena. För arbetslösa var andelen lägre, 37 procent. Gruppen egenföretagare var liten men där var andelen 47 procent.

De iakttagelser som granskarna har gjort under granskningen ger visst stöd för att det kan finnas specifika problem kopplade just till planeringen för anställda och egenföretagare. Granskarna har noterat att man i dessa ärenden inte sällan låter bli att planera för arbetsanpassning eller arbetsbyte, även i de fall sådana åtgärder skulle kunna bidra till att den försäkrade återfår sin arbetsförmåga. Om den försäkrade är anställd eller egenföretagare tycks fokus för planeringen som regel vara återgång i det arbetet, även om det framstår som mindre lämpligt utifrån den försäkrades sjukdom.

Inriktningen på återgång i det tidigare arbetet är enligt granskarna också en förklaring till att vissa planerade åtgärder bedömts som onödiga. Det kan handla om ärenden där man planerat för arbetsträning i den försäkrades tidigare arbete, men där man istället borde inriktat planeringen mot ett lämpligare arbete.

Enligt granskarna kan man i viss mån se motsvarande tendenser för arbetslösa. Även där förekommer det att man till exempel genomför arbetsträning i ett mindre lämpligt arbete. Det tycks bero på att man utgått från vad den försäkrade är intresserad av att arbeta med, har utbildning för eller har arbetat med tidigare, snarare än vad som är möjligt utifrån de begränsningar som sjukdomen ger.

En reflektion som granskarna har gjort är att den här typen av planeringar ofta kommer till stånd vid avstämningsmöten, där strävan i första hand tycks vara att snabbt komma överens med den försäkrade och andra berörda om en planering. Något annat som granskarna har noterat är att arbetsträning ibland används som ett alternativ till successiv återgång i arbete med minskad sjukskrivningsgrad. Det finns ärenden där det inte framgår vad det är som den försäkrade behöver träna på och där det framstår som att den försäkrade faktiskt utför arbete snarare än arbetstränar.

### **Har insatserna påbörjats så snart som möjligt?**

I knappt hälften av ärendena (48 procent) hade samtliga planerade insatser genomförts eller åtminstone påbörjats. I merparten av de andra ärendena hade vissa av de planerade åtgärderna genomförts eller påbörjats, men inte alla. Det kan till exempel vara en planerad behandling som inte blir av eller en planerad arbetsträning som inte kommer till stånd. Att planerade insatser inte genomförs behöver inte i sig vara problematiskt. Ibland kan det röra sig om insatser som redan från början framstod som onödiga eller olämpliga. I andra fall kan det ha skett en oförutsedd utveckling i ärendet som inneburit att planen fått revideras.

För de insatser som genomförs finns det inte sällan en tidsmässig fördröjning. I knappt hälften av ärendena (47 procent) har granskarna bedömt att insatser påbörjats så snart som möjligt. Men i mer än hälften av ärendena har granskarna identifierat fördröjningar.

När planerade insatser inte alls genomförs eller genomförs senare än önskvärt kan det bero på olika saker. En faktor som framkommit i granskningen är väntetider i vården. I nästan hälften (48 procent) av de ärenden där insatser uteblivit eller fördröjts har detta helt eller delvis berott på väntetider i vården. Det kan handla om medicinska utredningar eller



behandlingar som inte kommer till stånd eller sker först efter lång väntan. Det kan också handla om att det är svårt att inom rimlig tid få till stånd till exempel avstämningsmöten med läkare, och att detta fördröjer planeringen och genomförandet av insatser.

Brister i Försäkringskassans samordning har också identifierats som en faktor som bidrar till att insatser uteblir eller fördröjs. Det gäller i nästan hälften av ärendena (49 procent). Eftersom övriga aktörer ofta väntar in initiativ från Försäkringskassan kan inaktivitet från vår sida medföra att sjukfallet drar ut på tiden. Det kan till exempel vara när vi avvaktar med att initiera frågor om arbetsanpassning eller arbetsbyte i ärenden där det är tveksamt om den försäkrade kan återgå i sitt nuvarande arbete, eller om det kan ske inom rehabiliteringskedjans tidsgränser. Ett annat exempel är när vi inte följer upp varför planerade insatser fördröjs eller uteblir och tar ställning till hur det påverkar planeringen och rätten till ersättning.

Ibland har dröjsmålet helt eller delvis sin grund i samverkan med Arbetsförmedlingen. Det gäller i 16 procent av ärendena. Det handlar om ärenden där det har varit svårt att få till stånd möten med Arbetsförmedlingen inom rimlig tid eller där det uppstått en längre väntan på att Arbetsförmedlingen ska tillhandahålla en lämplig arbetsträningsplats eller liknande.

Det förekommer också att den försäkrade själv bidragit till att insatser har fördröjts eller inte kunnat genomföras. Det gäller i 15 procent av ärendena. Det kan handla om att den försäkrade uteblivit från möten, inte varit nåbar eller motsatt sig åtgärder. Granskarna har noterat att detta sällan medfört några konsekvenser för den försäkrade. Försäkringskassans möjligheter att minska eller dra in sjukpenningen för en försäkrad som vägrar genomgå en föreskriven medicinsk behandling eller som vägrar att medverka i utredning eller rehabilitering har inte använts.

### **Rehabiliteringspenning**

I ungefär en tredjedel av ärendena (35 procent) har den försäkrade någon gång under sjukperioden fått rehabiliteringspenning. Arbetslösa var den grupp som oftast fick rehabiliteringspenning. I den gruppen hade 39 procent av de försäkrade fått rehabiliteringspenning. Bland anställda var motsvarande siffra 30 procent. Bland den lilla grupp egenföretagare som fanns i urvalet var det 19 procent som hade fått rehabiliteringspenning.

Granskarna skulle ha bedömt rätten till rehabiliteringspenning på samma sätt som handläggaren i 82 procent av dessa ärenden. Men i 18 procent av ärendena skulle granskaren bedömt ersättningsrätten på ett annat sätt.

När en försäkrad ska genomgå en rehabiliteringsåtgärd som ger rätt till rehabiliteringsersättning ska Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan och dessutom följa upp och vid behov revidera planen (30 kap. 12 och 14 §§ SFB). I nästan en tredjedel av ärendena (29 procent) har granskarna dock bedömt att handläggarnas uppföljning varit bristfällig.

Vid samtal med granskarna har det kommit fram att de ärenden där de gjort en annan bedömning av rätten till rehabiliteringspenning huvudsakligen är

ärenden där den försäkrade i praktiken tycks ha arbetat snarare än arbetstränat. Det har inte framgått vad det är som den försäkrade ska träna på och hur träningen är upplagd. Det har istället framstått som att den försäkrade har utfört arbetsuppgifterna på samma sätt som man gör när man arbetar och får lön. Den försäkrade borde i dessa fall ha minskat sin sjukskrivningsgrad och fått lön för arbetad tid istället för att ”arbetsträna” med rehabiliteringspenning.

När det gäller brist på uppföljning i ärendena har granskarna uppfattat det som vanligare i ärenden där rehabiliteringen skett via Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan har inte aktivt följt upp hur arbetsförmågan utvecklats under rehabiliteringen utan avvaktat initiativ från Arbetsförmedlingen. Om Arbetsförmedlingen tagit initiativ till att minska takten i genomförandet eller att helt avbryta rehabiliteringen har handläggaren ibland förhållit sig passiv, istället för att utreda vilka medicinska hinder som finns för rehabiliteringen och aktivt samordna i ärendet.

## **Bedömningen av rätten till sjukpenning**

### **Arbetsförmågens nedsättning när dagarna tar slut**

Granskarna bedömde att den försäkrades arbetsförmåga var nedsatt med minst en fjärdedel den sista dagen med sjukpenning i drygt två tredjedelar av ärendena (70 procent). Men i resterande ärenden höll granskarna inte med handläggarna om att arbetsförmågan var nedsatt. Det var vanligare att granskarna gjorde en annan bedömning i ärenden som gällde anställda. Där var andelen 39 procent, jämfört med 21 procent av ärendena för arbetslösa. För egenföretagare var andelen 38 procent.

Ser man till vilken sjukdom den försäkrade hade var det vanligast att handläggarna gjorde en annan bedömning i ärenden där den försäkrade hade en M-diagnos (sjukdomar i muskeloskeletala systemet och bindväven). Där gjorde granskarna en annan bedömning i 41 procent av ärendena. Den diagnosgrupp där granskarna instämde i störst omfattning var E-diagnoser (endokrina sjukdomar), men eftersom den gruppen bara motsvarade en procent av ärendeurvalet så går det inte att dra några slutsatser av det. För den största diagnosgruppen i urvalet, F-diagnoserna (psykiska sjukdomar och syndrom), gjorde granskarna en annan bedömning i 25 procent av ärendena.

Vid samtal med granskarna har det kommit fram att den skiljaktighet i bedömningen av arbetsförmåga som fanns då dagarna tog slut som regel fanns redan då den försäkrades arbetsförmåga för första gången i ärendet prövades i förhållande till ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete. För anställda och egenföretagare görs det normalt från och med dag 181 i sjukperioden, medan det för arbetslösa görs redan från första dagen. Granskarna har alltså i ett flertal ärenden gjort en annan bedömning av den försäkrades arbetsförmåga alltsedan den tidpunkten.

En annan iakttagelse som granskarna har gjort är att den bedömning av arbetsförmåga som redovisas i journalen ofta bara består i att man upprepar text från de medicinska underlagen och anger att arbetsförmågan är nedsatt. Det saknas ofta en egentlig motivering till bedömningen.

### **Om den försäkrade återvänder och begär sjukpenning på nytt**

Inom sex månader efter det att sjukpenningdagarna tagit slut hade nästan tre fjärdedelar (73 procent) av de försäkrade sjukanmält sig på nytt. Siffran inkluderar bara försäkrade som sjukanmält sig efter ett uppehåll på minst 87 dagar. Normalt krävs det ett uppehåll på minst 87 dagar för att man på nytt ska kunna få sjukpenning, men i vissa undantagsfall kan man få sjukpenning innan den perioden har passerat (27 kap. 20–24 a §§ SFB). Försäkrade som sjukanmält sig innan 87 dagar passerat och ansökt om att få fler dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå eller fler dagar med sjukpenning på normalnivå inkluderas inte i de 73 procenten.

Av de försäkrade som efter ett uppehåll på minst 87 dagar sjukanmält sig på nytt har de flesta (96 procent) deltagit i det arbetsmarknadspolitiska programmet Arbetslivsintroduktion (ALI) under uppehållet. Sex procent hade istället arbetat hos sin tidigare arbetsgivare. I övrigt förekom det att den försäkrade hade arbetat hos en ny arbetsgivare, i ett eget företag eller hade deltagit i ett annat arbetsmarknadspolitiskt program än ALI. I några ärenden framgick det inte vad den försäkrade hade gjort under uppehållet.

I de nya sjukpenningärendena hade Försäkringskassan beviljat sjukpenning i 97 procent. Två procent av de försäkrade hade fått avslag och en procent hade vid granskningstillfället inte fått något beslut ännu.

Av de ärenden där beslut hade fattats skulle granskarna ha bedömt rätten till sjukpenning på ett annat sätt än handläggaren i 28 procent. Samtliga ärenden där granskarna skulle gjort en annan bedömning gällde försäkrade som beviljats sjukpenning. När det gällde avslagsbesluten fanns det ingen oenighet.

När granskarna gjorde en annan bedömning berodde det oftast på att man var oenig just om arbetsförmågans nedsättning. Så var det i 93 procent av de ärenden där granskaren inte höll med handläggaren. I två procent av dessa ärenden var det istället den försäkrades SGI som man hade olika syn på. I fem procent av ärendena angav granskaren att skillnaden i bedömning grundade sig på något annat än arbetsförmågebedömningen eller SGI:n. Vid samtal med granskarna kom det fram att man i dessa ärenden ansett att underlaget inte var tillräckligt för att bedöma rätten till sjukpenning.

Granskarna noterade under granskningen att det förekommer att man under ALI:n inte genomför någon egentlig utredning eller aktivitet. I dessa fall har man ofta redan i planeringen av ALI ansett att den försäkrade av medicinska eller andra skäl inte kan delta aktivt. Planen har mer eller mindre varit att vänta ut tiden till den försäkrade på nytt kan ansöka om sjukpenning. Enligt granskarna förekom det i ganska många ärenden.

## Avslutande diskussion

Denna uppföljning har fokuserat på den rättsliga kvaliteten i sjukfall som blir så långa att dagarna inom förmånstiden tar slut. Resultaten visar att det finns en förbättringspotential, både när det gäller bedömningen av rätten till ersättning och när det gäller hur Försäkringskassan utreder den försäkrades rehabiliteringsbehov och samordnar rehabilitering.

Särskilt tydligt är att kvaliteten i utredningen och bedömningen av den försäkrades medicinska förutsättningar att klara ett på arbetsmarknaden normalt förekommande arbete behöver förbättras och att omställningstanken i rehabiliteringskedjan behöver uppmärksammas mer. Rehabiliteringskedjan bygger på att den som inte kan återgå i sitt arbete, eller som inte kan göra det inom vissa bestämda tidsgränser, ska få stöd i att finna ett arbete som är lämpligare utifrån sjukdomen. Men resultaten i uppföljningen indikerar att sjukförsäkringens karaktär av omställningsförsäkring inte riktigt har slagit igenom i tillämpningen.

Kvaliteten i bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga i ett normalt förekommande arbete är central för att rehabiliteringskedjan ska fungera på det sätt som är tänkt. Om den försäkrades arbetsförmåga utan tillräcklig grund bedöms vara nedsatt i förhållande till ett normalt förekommande arbete riskerar den försäkrade att bli kvar i sjukförsäkringen istället för att hitta alternativa vägar tillbaka till arbete.

Resultatet antyder också att kompetensutveckling när det gäller juridisk metod, till exempel hur man identifierar vad som behöver utredas i ärendet och hur man värderar de uppgifter som kommer fram, kan ha effekt inte bara på rättssäkerheten utan också på effektiviteten i handläggningen. Det är viktigt att våra resurser läggs på att utreda rätt saker på ett effektivt sätt. I det sammanhanget kan man också överväga om befintliga utredningsmetoder, främst SASSAM, är optimalt utformade utifrån vad som är relevant enligt nuvarande lagstiftning och rättspraxis. Eventuellt skulle ett reviderat utredningsstöd, som mer direkt tar sikte på rättsligt relevanta omständigheter, kunna underlätta för handläggarna att utreda effektivt och med hög kvalitet.

Vid de workshoppar med handläggare som genomförts med anledning av granskningen har det kommit fram att man efterfrågar mer kunskap om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar och stöd i hur man som handläggare kan verka för att arbetsgivaren tar det ansvaret. Man efterfrågar också mer fokus på och dialog kring rollen som statstjänsteman, bland annat för att stärka sin förmåga att hantera komplexa situationer i arbetet.

På workshopparna framkom också tydligt att chefernas förhållningssätt och budskap när det gäller frågor om kvalitet, kundfokus och rättstillämpning har stor betydelse för hur handläggarna utför sitt arbete. Chefer med ett tydligt och uthålligt fokus på kvalitet och korrekt rättstillämpning framstår

som central faktor när det gäller att förbättra kvaliteten i tillämpningen och handläggningen.

Försäkringskassan är nu mitt uppe i införandet av sin nya modell för systematisk kvalitetsutveckling (SKU). Modellen som sådan och det införandearbete som pågår ger goda förutsättningar för att sätta kvalitetsfrågorna högt på dagordningen.

# Bilaga 1

## Frågeformulär Kvalitetsuppföljning långa sjukfall

Nr	Fråga	Svar
1.	Löpnummer	
2.	Tillhör ärendet den ärendekategori som ska granskas?	1. Ja 2. Nej
3.	Har den försäkrade beviljats fler än 914 dagar med sjukpenning?	1. Ja, fler dagar med sjukpenning på normalnivå 2. Ja, fler dagar med sjukpenning på fortsättningsnivå 3. Ja, både på normalnivå och på fortsättningsnivå 3. Nej
4.	Vilken diagnosgrupp tillhör den försäkrades huvuddiagnos vid tidpunkten då sjukpenningdagarna tog slut?	1. C eller D (tumörer, blodsjukdomar m.m.) 2. E (endokrina sjukdomar m.m.) 3. F (psykiska sjukdomar och syndrom) 4. G (sjukdomar i nervsystemet) 5. H (sjukdomar i ögat och örat) 6. I (sjukdomar i cirkulationsorganen) 7. J (sjukdomar i andningsorganens sjukdomar) 8. K (sjukdomar i matsmältningsorganen) 9. L (hudsjukdomar) 10. M (sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven) 11. S och T (skador och förgiftningar) 12. Annat 13. Framgår inte
5.	Vilken sysselsättning hade den försäkrade vid tidpunkten då sjukpenningdagarna tog slut?	1. Anställd 2. Egenföretagare 3. Arbetslös 4. Vård av barn med föräldrapenning 5. Arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering som ingår i plan som Försäkringskassan upprättat 6. Uppdragstagare 7. Framgår inte
6.	Har arbetsförmågan bedömts i förhållande till reguljära arbetsmarknaden / normalt förekommande arbete från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan?	1. Ja 2. Nej, särskilda skäl 3. Nej, oskäligt 4. Nej, annan anledning 5. Bedömningsgrund framgår inte 6. Inte aktuellt
7.	Vilka former av utredning har använts i ärendet?	1. Telefonkontakt med den försäkrade 2. Kompletterande utredning med hälso-och sjukvården 3. SASSAM 4. Avstämningsmöte 5. Gemensam kartläggning 6. Gemensam kartläggning för överlämnande 7. SLU 8. TMU 9. AFU 10. Arbetsgivarutlåtande 11. Arbetsprövning 12. FMR-konsultation 13. Annat 14. Ingen utredning har gjorts
8.	Är utredningen tillräcklig för att	1. Ja

Nr	Fråga	Svar
	bedöma den försäkrades behov av rehabilitering?	2. Ja, men borde gjorts tidigare 3. Nej, otillräckligt när det gäller medicinska förutsättningar 4. Nej, otillräckligt när det gäller arbete/arbetsmarknad 5. Nej
9.	Har handläggaren aktivt tagit ställning till behovet av rehabilitering?	1. Ja 2. Nej
10.	Vilka insatser planerades?	1. Medicinsk behandling eller rehabilitering 2. Arbetsträning 3. Utbildning 4. Arbets hjälpmedel 5. Anpassning av arbetstider 6. Anpassning av arbetsinnehåll 7. Annat arbete 8. Annat 9. Inga insatser planerades
11.	Framgår det att insatserna har genomförts?	1. Ja, alla de planerade insatserna 2. Ja, vissa av de planerade insatserna 3. Nej, har inte genomförts 4. Nej, framgår inte
12.	Bedömer du att insatserna har påbörjats så snart det varit möjligt?	1. Ja 2. Nej
13.	Vad bedömer du är orsaken till att insatserna inte har genomförts eller att insatserna inte har påbörjats så snart det varit möjligt?	1. Brister i Försäkringskassans samordning 2. Väntetider i vården 3. Arbetsgivaren har inte uppfyllt sitt rehabiliteringsansvar 4. Väntetider hos Arbetsförmedlingen 5. Arbetsförmedlingen har inte kunnat tillhandahålla de åtgärder som behövts 6. Den försäkrades hälsotillstånd försämrades 7. Den försäkrade har inte medverkat 8. Annat
14.	Bedömer du att planeringen var adekvat?	1. Ja 2. Nej, insatser som behövdes saknades 3. Nej, de planerade insatser behövdes inte 4. Nej, planeringen innehöll insatser som inte behövdes och saknade insatser som behövdes
15.	Ingår det dagar med rehabiliteringspenning i de förbrukade ersättningsdagarna?	1. Ja 2. Nej
16.	Skulle du ha bedömt rätten till rehabiliteringspenning på samma sätt som handläggaren?	1. Ja 2. Nej
17.	Bedömer du att handläggaren i tillräcklig omfattning har följt upp rehabiliteringsplanen och reviderat den vid behov?	1. Ja 2. Nej
18.	Bedömer du att utredningen visar att arbetsförmågan var nedsatt med minst en fjärdedel den sista dagen i sjukfallet?	1. Ja 2. Nej
19.	Hade du efterfrågat ytterligare underlag för att bedöma arbetsförmågan den sista dagen i sjukfallet?	1. Ja 2. Nej
20.	Har den försäkrade inom sex månader sjukanmält sig på nytt efter ett uppehåll på minst 87 dagar?	1. Ja 2. Nej
21.	Vad har den försäkrade gjort under uppehållet?	1. Deltagit i ALI 2. Deltagit i annat arbetsmarknadspolitiskt program 3. Arbetat hos sin tidigare arbetsgivare 4. Arbetat hos en ny arbetsgivare 5. Arbetat i eget företag 6. Annat 7. Framgår inte



Nr	Fråga	Svar
22.	Har den försäkrade beviljats sjukpenning eller rehabiliteringspenning i det nya ärendet?	1. Ja 2. Nej, har fått avslag 3. Nej, ansökan har inte behandlats ännu
23.	Skulle du ha bedömt rätten till ersättning på samma sätt?	1. Ja 2. Nej
24.	Varför skulle du ha bedömt rätten till ersättning på ett annat sätt?	1. Jag gör en annan bedömning av arbetsförmågan 2. Jag gör en annan bedömning av försäkringstillhörigheten 3. Jag gör en annan bedömning av om den försäkrade har en SGI 4. Annat



