

# Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga

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

Försäkringskassans modell för systematisk kvalitetsutveckling bygger på en kombination av lokala kvalitetsuppföljningar, uppföljning av kvalitetsindikatorer samt fördjupade rättsliga kvalitetsuppföljningar.

Rättsavdelningen ansvarar för de fördjupade rättsliga kvalitetsuppföljningarna. Uppföljningarna inriktas huvudsakligen på sådana områden där det finns indikationer på rättsliga kvalitetsbrister.

I den här rapporten presenteras resultaten av en rättslig kvalitetsuppföljning av aktivitetsersättning. Uppföljningen syftar till att ge fördjupad kunskap om kvaliteten i utredningen och bedömningen av rätten till aktivitetsersättning samt kvaliteten i den plan för ersättningsperioden som upprättas i anslutning till beslutet.

Rättschefen har beslutat om den del av rapporten som avser den rättsliga uppföljningen. Generaldirektören har beslutat om verksamhetens åtgärder med anledning av de rekommendationer som har tagits fram i rapporten.

Rapporten har skrivits av Pernilla Keinestam Lindell, rättslig expert vid Rättsavdelningen. Ett tack riktas till alla som har medverkat i arbetet med uppföljningen.

Kjell Skoglund  
Verksamhetsområdeschef  
Verksamhetsområde Process- och socialförsäkringsjuridik  
Rättsavdelningen

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>5</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>6</b>
Bakgrund.....	6
Syfte.....	6
Metod.....	6
Disposition.....	8
<b>Beskrivning av ärendena</b> .....	<b>10</b>
Anhängiggörande.....	10
Beviljad period och nivå.....	10
Könsfördelning .....	12
<b>Utredningen</b> .....	<b>13</b>
Medicinska underlag .....	13
Konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare .....	15
Utredning med den försäkrade .....	16
Utredning med god man, förvaltare och ombud.....	17
Är utredningen tillräcklig?.....	17
<b>Bedömningen</b> .....	<b>22</b>
Instämmer granskarna i beslutet om aktivitetsersättning?.....	22
Stadigvarande nedsättning? .....	26
<b>Planering för ersättningsperioden</b> .....	<b>28</b>
Finns det en planering för ersättningsperioden? .....	28
Var planeringen adekvat? .....	29
<b>Sammanfattande diskussion och slutsatser</b> .....	<b>32</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>35</b>
Rekommendationer och åtgärder .....	35
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>39</b>
Frågeformulär.....	39

# Sammanfattning

I denna rapport redovisas en uppföljning som syftar till att undersöka den rättsliga kvaliteten i ärenden där Försäkringskassan beviljar aktivitetsersättning på grund av att den försäkrade bedöms ha nedsatt arbetsförmåga.

Uppföljningen omfattar ett slumpmässigt urval om 840 ärenden där beslut har fattats under år 2015.

Resultaten visar att det finns en betydande förbättringspotential när det gäller utredning och bedömning av rätten till aktivitetsersättning. Närmare en tredjedel av ärendena bedömdes vara bristfälligt utredda och av de ärenden där utredningen var tillräcklig har beslutet ansetts tveksamt i nästan hälften.

Det behövs kompetensutveckling för att komma tillrätta med bristerna. Dessutom behöver beslutsfattarnas roll stärkas så att de kan fylla sin funktion som garanter för en högkvalitativ utredning och bedömning av rätten till aktivitetsersättning.

Uppföljningen indikerar att det finns en förbättringspotential när det gäller konsultationer med försäkringsmedicinsk rådgivare. Förutom att rådgivarnas kompetens behöver användas i fler ärenden behöver kvaliteten på yttrandena förbättras.

Försäkringskassan behöver också säkerställa att en adekvat rehabiliteringsplan upprättas för de försäkrade som ska delta i arbetslivsinriktad rehabilitering under perioden med aktivitetsersättning. Det framkommer i uppföljningen att den typ av planer som enligt Försäkringskassans handläggningsprocess ska upprättas i alla aktivitetsersättningsärenden ("Min plan" eller "Överenskommelse om uppföljning") sällan görs. I de fall de kommer till stånd görs de ofta senare än vad som krävs enligt processen och är dessutom ofta bristfälliga. Det kan finnas skäl att se över vilka krav lagstiftningen ställer när det gäller Försäkringskassans samordning av aktiviteter och rehabilitering, och att anpassa ambitionsnivå och processbeskrivning till dessa krav, för att säkerställa rätt prioriteringar.

# Inledning

## Bakgrund

Nybeviljandet av aktivitetsersättningar på grund av nedsatt arbetsförmåga har ökat kraftigt under den senaste tioårsperioden. Sedan slutet av 2015 tycks ökningen dock ha stannat av och det har skett en svag minskning av nybeviljandet. Drygt 80 procent av dem som nybeviljas aktivitetsersättning har en psykisk diagnos, bland annat är det vanligt med tillstånd av ångest, stress och hyperaktivitet. (Socialförsäkringsrapport 2016:7, s. 46 f.)

En hög kvalitet i utredningen och bedömningen av rätten till aktivitetsersättning är särskilt viktig eftersom ersättningen ges till unga personer. Om ersättning beviljas på felaktiga grunder kan det få långsiktiga negativa effekter på den försäkrades förmåga att etablera sig på arbetsmarknaden och på hans eller hennes ekonomiska levnadsstandard.

## Syfte

Uppföljningen syftar till att ge fördjupad kunskap om kvaliteten i utredningen och bedömningen av rätten till aktivitetsersättning samt kvaliteten i den plan för ersättningsperioden som upprättas i anslutning till beslutet.

## Metod

### Urval

Uppföljningen omfattar ärenden där försäkrade som inte tidigare haft sådan ersättning har beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga under år 2015. Försäkrade som tidigare fått aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång ingår dock i uppföljningen.

Två separata urval har gjorts. Det första urvalet omfattar försäkrade som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga direkt efter att ha fått aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång. Den gruppen avser alltså försäkrade som på grund av funktionsnedsättning behövt längre tid än normalt för att avsluta sin grundläggande skolgång och som direkt därefter bedömts sakna arbetsförmåga. Dessa ärenden klassificeras som ”förlängning” i Försäkringskassans ärendehanteringssystem (ÄHS).

Det andra urvalet omfattar övriga försäkrade som nybeviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Även i den gruppen kan det förekomma att den försäkrade tidigare fått aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång, men det har i så fall varit ett uppehåll mellan ersättningsarna. Dessa ärenden klassificeras i ÄHS som ”nybevilja”, även om den försäkrade har haft aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång längre tillbaka i tiden. Vid granskningen visade det sig att det var tio procent av

ärendena i urval två som gällde en försäkrad som tidigare hade fått aktivitetsersättning för förlängd skolgång.

Det första urvalet består av 240 slumpmässigt valda ärenden. Under år 2015 förekom totalt 1 813 ärenden som motsvarade urvalskriterierna, det vill säga som avsåg en försäkrad som beviljades aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga i direkt anslutning till en tidigare period med aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång.

Det andra urvalet består av 600 slumpmässigt valda ärenden. Under år 2015 förekom totalt 4 563 ärenden som motsvarade urvalskriterierna, det vill säga som avsåg en försäkrad som nybeviljades aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga utan att direkt före ha fått aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång.

I det första urvalet föll ett ärende (mindre än en procent) bort. I det andra urvalet fanns det ett bortfall på elva ärenden (ca två procent). Bortfallet bestod av ärenden där den försäkrade hade skyddade personuppgifter samt några ärenden där det visade sig att den försäkrade hade haft aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga under en tidigare period och därför inte skulle ingå i uppföljningen.

I huvudsak redovisas i rapporten det samlade resultatet, det vill säga resultatet för alla granskade ärenden oavsett vilket av urvalen de avser. För att ge läsaren en uppfattning om hur väl resultaten speglar kvaliteten i alla beslut där en försäkrad beviljades aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga för första gången under 2015 redovisas i de flesta fall även konfidensnivå och konfidensintervall för dessa resultat. Tolkningen av dessa är att i 95 procent av upprepade urval så kommer konfidensintervallet att innesluta populationsandelarna. Konfidensintervallen är alltså ett mått på precisionen i urvalsskattningarna av andelarna i populationen och då osäkerheten ökar, till exempel på grund av små urval, blir intervallen bredare.

När det gäller vissa resultat särredovisas dock utfallet för de olika urvalen. Någon beräkning av konfidensnivå och konfidensintervall har inte gjorts i dessa fall, och det har inte heller gjorts någon analys av den statistiska styrkan i skillnaderna mellan utfallen.

Anledningen till att resultaten redovisas på olika sätt är att urvalen och granskningen har gjorts i två omgångar. Granskningen omfattade ursprungligen endast det andra urvalet men utökades sedan till att även omfatta försäkrade som fick aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga direkt efter förlängd skolgång. Avdelningen för analys och prognos har bistått med att i efterhand beräkna totalresultat samt konfidensnivå- och intervall för de viktigaste resultaten men vi har valt att inte göra sådana beräkningar för övriga resultat.

Det slumpmässiga urvalet syftar till att möjliggöra generaliseringar för den studerade perioden. Det går inte att utifrån resultatet dra några säkra slut-

satser om kvaliteten för andra perioder eller typer av ärenden. Urvalsperioden, senaste helåret, har valts med tanke på att det inte tidigare har gjorts någon rättslig kvalitetsuppföljning av aktivitetsersättning och att det finns viss säsongsvariation i inflödet till aktivitetsersättning som eventuellt skulle kunna orsaka variation i den rättsliga kvaliteten. En urvalsperiod som ger en god bild av kvaliteten över längre tid har därför valts.

### Aktgranskning

Ärendena har granskats av sex medarbetare vid Avdelningen för funktionsnedsättning. Två av dem är verksamhetsutvecklare, två är specialister och två är beslutsfattare. Samtliga har goda kunskaper om reglerna om aktivitetsersättning och handläggningen av aktivitetsersättningsärenden. De har granskat lika många ärenden vardera och ärendefördelningen har varit slumpmässig.

Granskningen har gjorts utifrån ett i förväg framtaget granskningsformulär (se bilaga 2). Frågorna har testats och reviderats i omgångar innan granskningen startade. Kalibrering av granskarna har skett genom en provgranskning där de granskade samma ärenden samt ytterligare en provgranskning där granskarnas bedömningar även kalibrerades i förhållande till en grupp som bestod av rättsliga experter och processförare.

Många frågor är 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. Det webbaserade verktyget Easyresearch har använts för att dokumentera resultaten av granskningen.

### Gemensam analys

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

## Disposition

Rapporten är disponerad så att avsnitt två innehåller en beskrivning av ärendena, till exempel vad gäller könsfördelning och beviljad ersättningsnivå.

Avsnitt tre handlar om utredningen av ärendena, bland annat om i vilken mån utredningen är tillräcklig för att fatta beslut.

Avsnitt fyra handlar om beslutet i ärendena och beskriver bland annat i vilken utsträckning granskarna hade fattat samma beslut.

Det femte avsnittet behandlar planering för ersättningsperioden, dvs. för de aktiviteter och åtgärder som ska genomföras för att den försäkrade ska förbättra sin förmåga.



Det avslutande avsnitt sex innehåller sammanfattande diskussion och slutsatser.

I bilaga 1 finns Rättsavdelningens rekommendationer om åtgärder med anledning av resultaten samt uppgift om vilka åtgärder som Försäkringskassans ledning beslutat om.

I bilaga 2 finns granskningsformuläret som har använts.

# Beskrivning av ärendena

I detta avsnitt beskrivs hur ärendena hade anhängiggjorts, vilken ersättningsnivå och ersättningsperiod som hade beviljats samt könsfördelning för de försäkrade som ärendena avsåg.

## Anhängiggörande

Ett ärende om aktivitetsersättning kan inledas på två sätt, med eller utan ansökan. Att ärendet inleds utan ansökan gäller för försäkrade som får sjukpenning eller rehabiliteringspenning. Då kan Försäkringskassan på eget initiativ besluta att byta ut sjukpenningen eller rehabiliteringspenningen mot aktivitetsersättning, om förutsättningarna för sådan ersättning är uppfyllda.

I urvalet förekom det endast ansökningsärenden. En förklaring kan vara att den grupp som är berättigad till aktivitetsersättning sällan har en sådan förankring på arbetsmarknaden att en sjukpenninggrundande inkomst kan fastställas.

## Beviljad period och nivå

### Period

Ett beslut om aktivitetsersättning får inte avse längre tid än tre år (33 kap. 19 § SFB).

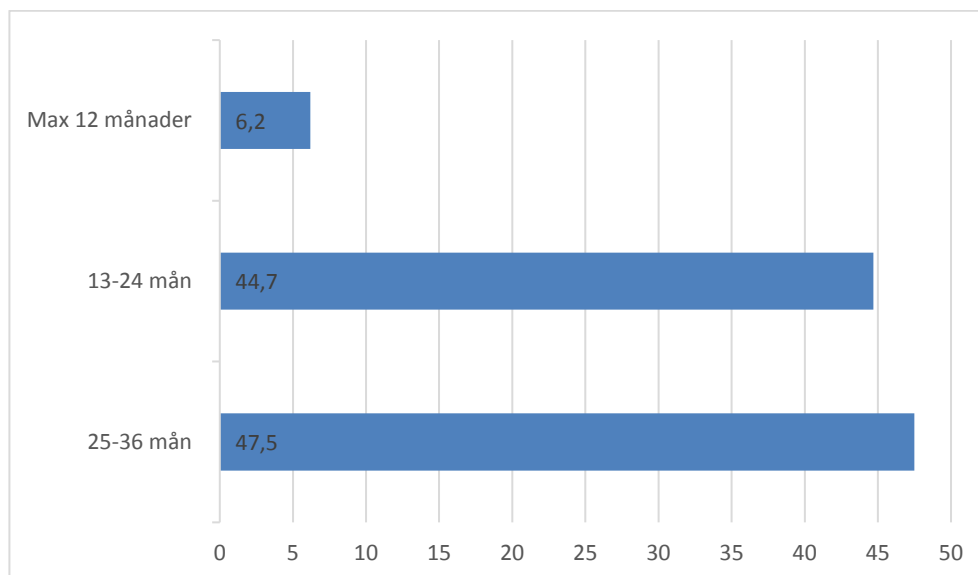
För att ha rätt till aktivitetsersättning måste arbetsförmågan vara nedsatt minst ett år (33 kap. 7 § SFB). Beslutet kan dock avse kortare tid än så, om den försäkrade ansöker för en kortare tid eller om den försäkrade av någon annan anledning än arbetsförmågans nedsättning inte är berättigad till aktivitetsersättning under minst ett år. Ett exempel på det senare kan vara att den försäkrade inte uppfyller kravet på att vara mellan 19 och 30 år under hela perioden med nedsatt arbetsförmåga.

Den försäkrades ansökan sätter ramen för prövningen av periodens längd. Försäkringskassan får inte bevilja ersättning för längre period än vad den försäkrade har ansökt om. Beviljar Försäkringskassan ersättning för kortare period än vad ansökan avser blir det fråga om ett negativt beslut, vilket bland annat ställer krav på tydlig motivering till att perioden begränsats på det sätt som skett.

Ansökningsblanketten för aktivitetsersättning saknar för närvarande ett fält där den försäkrade ska ange för vilken period ansökan gäller. I blanketten efterfrågas endast *från och med* vilken månad man söker ersättning, inte till och med vilken månad. Om det inte framgår av ansökan eller övrig utredning vad den försäkrade yrkar får man utgå ifrån att hen yrkar maximal ersättning, dvs. ersättning under tre år.

Diagrammet nedan visar den beviljade periodens längd i de granskade ärendena.

**Diagram 1** Periodens längd. Andelar i procent av alla ärenden, inklusive bortfall



Konfidensintervall:

Max 12 mån 95 % CI:4,7–7,7

13–24 mån 95 % CI:41,8–47,6

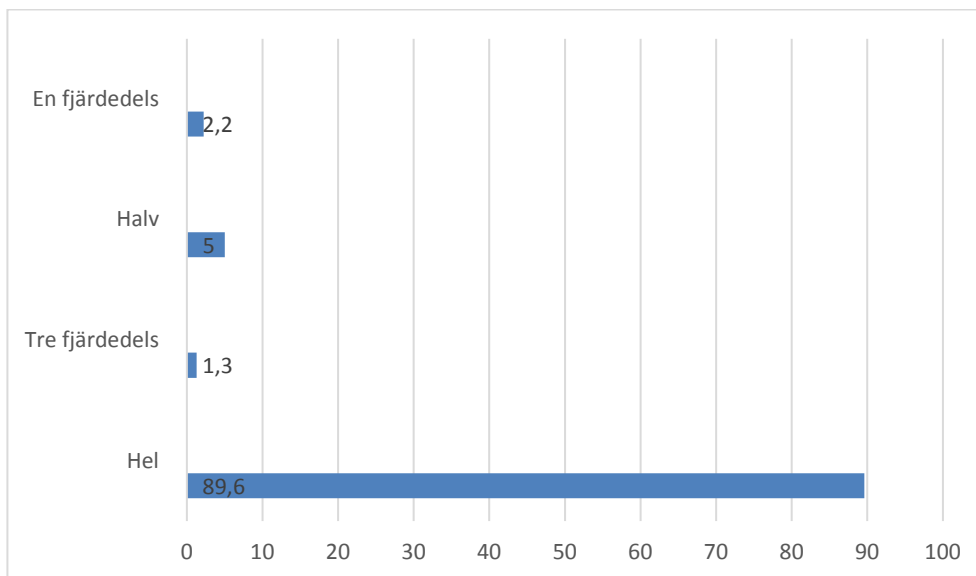
25–36 mån 95 % CI:44,6–50,4

Svarsalternativet 12 månader innefattar även beslut som gällde för kortare tid än 12 månader. Som framgår av tabellen är det relativt ovanligt att beslutet begränsas till högst ett år.

### Nivå

Aktivitetsersättning kan beviljas enligt fyra förmånsnivåer; hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdedels aktivitetsersättning. Nedanstående diagram visar förmånsnivån i de granskade ärendena.

**Diagram 2 Ersättningsnivå. Andel i procent av alla ärenden, inklusive bortfall**



Konfidensintervall:

En fjärdedel 95 % CI:1,3–3,2

Halv 95 % CI:3,6–6,3

Tre fjärdedels 95 % CI:0,6–2

Hel 95 % CI:87,7–91,5

Som diagrammet visar är det i särklass vanligast att beslutet avser hel aktivitetsersättning. Enligt granskarna förekom partiell aktivitetsersättning i princip endast då den försäkrade själv ansökte om detta eller då den försäkrade arbetade partiellt. Det förekom endast några enstaka ärenden där Försäkringskassan bedömt att den medicinska utredningen visade att arbetsförmågan var partiellt nedsatt.

Som framgår i kapitlet Bedömningen ansåg granskarna oftast att den beviljade nivån var korrekt i de fall de ansåg att den försäkrade hade rätt till aktivitetsersättning.

## Könsfördelning

Urvalet har gjorts slumpmässigt och har alltså inte stratifierats utifrån kön. Det visade sig att drygt hälften av ärendena (52 procent) avsåg män och knappt hälften (46 procent) avsåg kvinnor. För de ärenden (två procent av det totala urvalet) som utgjorde bortfall har kön inte registrerats vid granskningen.

Av de personer som under 2015 fick aktivitetsersättning utbetalad var 53 procent män och 47 procent kvinnor. Det framgår i Försäkringskassans årsredovisning för år 2015.

# Utredningen

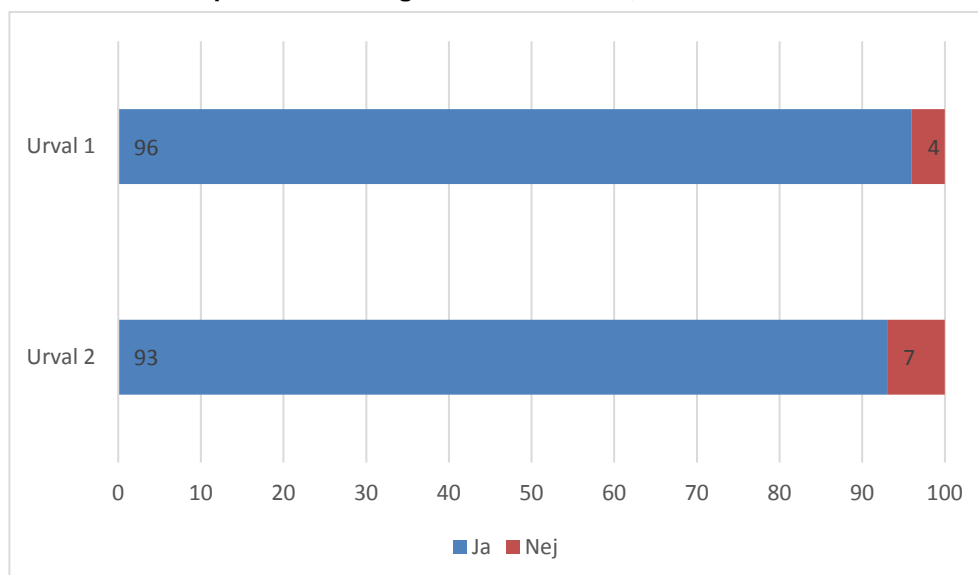
Det här avsnittet beskriver vilken utredning som finns i ärendena och i vilken mån denna är tillräcklig för att fatta beslut

## Medicinska underlag

Den som ansöker om aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga ska bifoga ett läkarutlåtande om sitt hälsotillstånd, om inte särskilda skäl talar emot det (3 § förordningen [2002:986] om sjukersättning och aktivitetsersättning). Ett särskilt skäl kan till exempel vara att de medicinska uppgifter som behövs för att ta ställning till ansökan redan finns tillgängliga för Försäkringskassan i ett annat ärende (Vägledning 2013:2 *Aktivitetsersättning*, avsnitt 2.4).

Nedanstående diagram visar i vilken utsträckning som det förekom ett läkarutlåtande om hälsotillstånd i ärendena, uppdelat på urval 1 (försäkrade som kom direkt från förlängd skolgång) och urval 2 (övriga försäkrade).

**Diagram 3** Förekomst av läkarutlåtande om hälsotillstånd (FK3200). Andel i procent av alla granskade ärenden, exklusive bortfall

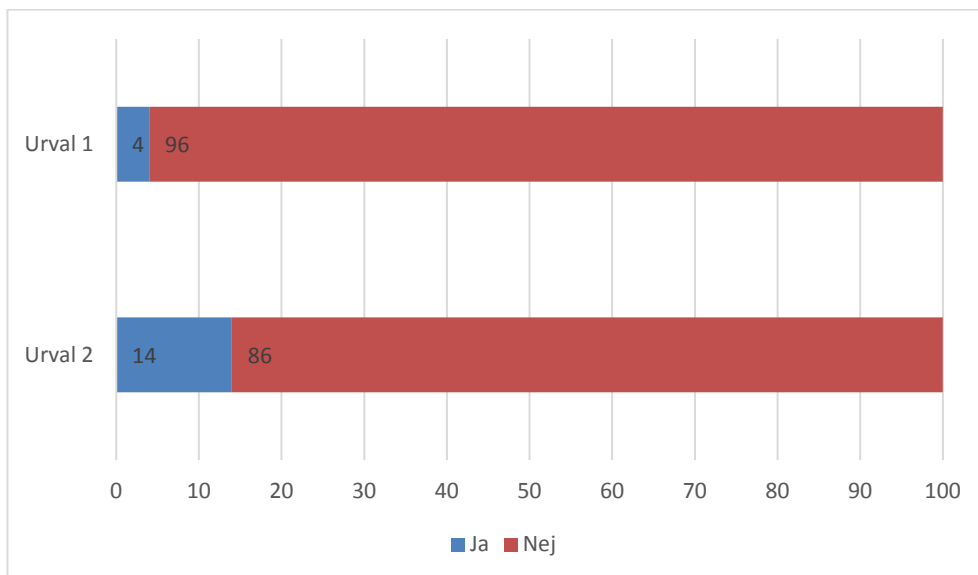


Ett exempel på ärende där det saknades ett läkarutlåtande om hälsotillstånd gällde en försäkrad som avlidit efter att ansökan gjorts och där det fanns tillgång till journalhandlingar från sjukhuset.

Det förekom också ärenden där den medicinska utredningen bestod av ett läkarintyg av den typ som normalt används i sjukpenningärenden (FK7263), ibland kompletterat med till exempel anteckningar från telefonsamtal med läkaren. Så var det till exempel i ett ärende där den försäkrade hade en

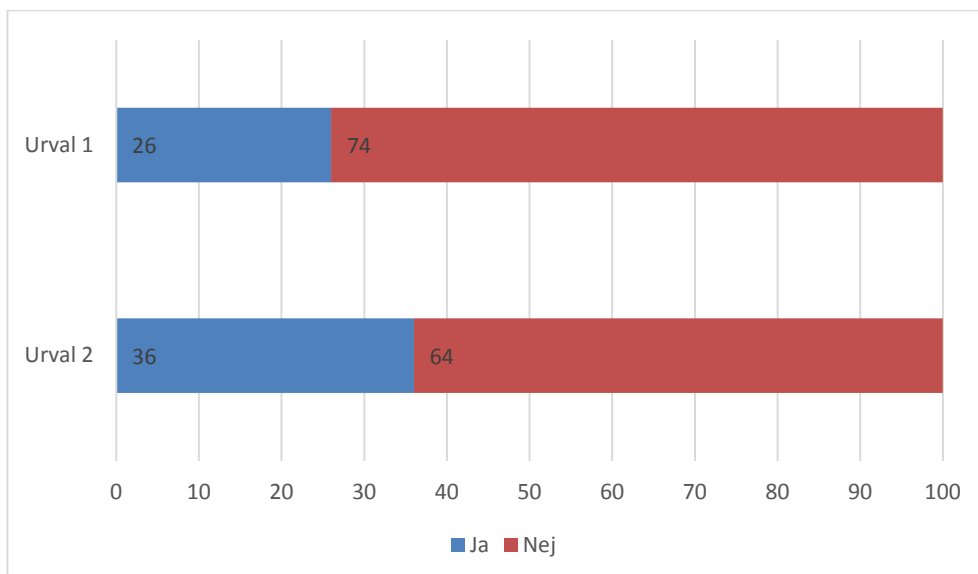
allvarlig tumörsjukdom. Ett sådant läkarintyg förekom också i vissa fall i kombination med ett läkarutlåtande om hälsotillstånd. Nedanstående diagram visar hur vanligt förekommande sådana läkarintyg var i ärendena.

**Diagram 4 Förekomst av läkarintyg (FK7263). Andel i procent av alla granskade ärenden, exklusive bortfall**



I en del ärenden fanns det någon annan typ av medicinskt underlag, dvs. något annat än läkarutlåtande om hälsotillstånd (FK3200) eller läkarintyg (FK7263). Det förekom till exempel journalhandlingar, intyg från sjukgymnast och psykolog, anteckningar från samtal med läkare eller annan vårdpersonal eller skriftligt svar på frågor som ställts till läkare. Diagrammet nedan visar hur vanligt detta var.

**Diagram 5 Förekomst av andra typer av medicinska underlag. Andel i procent av alla granskade ärenden, exklusive bortfall**



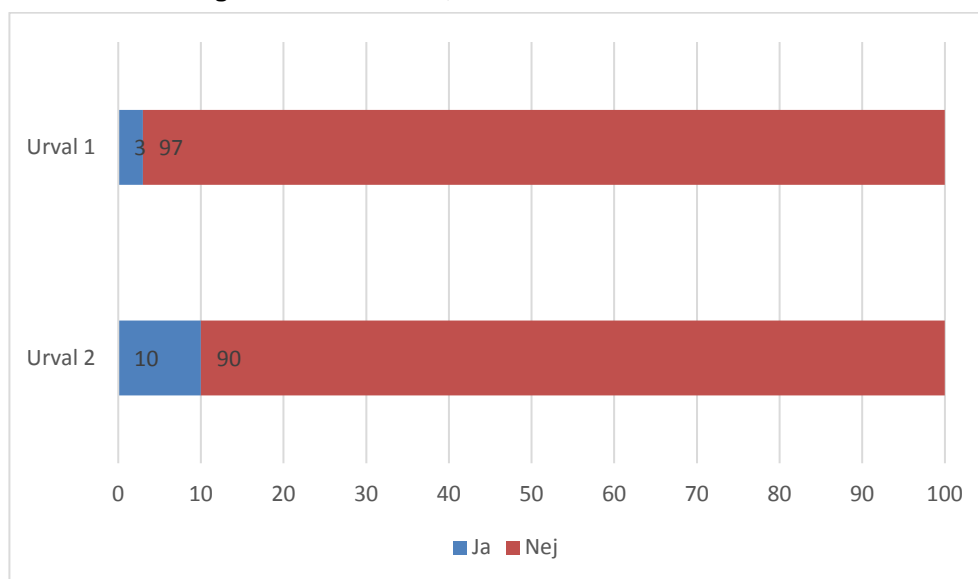
En fördjupad medicinsk utredning förekom bara i ett ärende. Med fördjupade medicinska utredningar avses särskilt läkarutlåtande (SLU), läkarutlåtande efter teamutredning (TMU) och aktivitetsförmågeutredning (AFU). I det aktuella fallet rörde det sig om en AFU. Enligt granskarna hade en TMU varit önskvärd i några av ärendena. Det handlar då om ärenden där den befintliga utredningen med viss styrka talade för att den försäkrade hade rätt till aktivitetsersättning men där det ändå fanns oklarheter kring arten och graden av den försäkrades aktivitetsbegränsningar, främst på grund av brist på objektiva fynd och testresultat.

I ett fåtal ärenden saknades det helt medicinska underlag. I urval 1 (direkt från förlängd skolgång) gällde det i mindre än en procent av ärendena och i urval 2 (övrige försäkrade) en procent av ärendena.

## Konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare

I merparten av ärendena hade man inte konsulterat någon försäkringsmedicinsk rådgivare (FMR). Diagrammet nedan visar i vilken mån sådan konsultation förekommit i de granskade ärendena.

**Diagram 6** Förekomst av FMR-konsultation. Andel i procent av alla granskade ärenden, exklusive bortfall



I de fall man hade konsulterat en FMR var det nästan uteslutande muntliga konsultationer där handläggaren hade gjort anteckningar i journalen om konsultationen. Endast i ett fåtal ärenden (inget ärende i urval 1, en procent i urval 2) förekom det ett skriftligt yttrande från FMR.

Vid analysmötet med granskarna kom det fram att det enligt deras bedömning hade varit önskvärdt att konsultera FMR i fler ärenden. Det gäller särskilt i sådana ärenden där det finns en komplex problematik med både sjukdom och sociala problem. Att FMR-konsultation sällan förekommer kan enligt granskarna bero på att det finns begränsad tillgång till FMR, inte

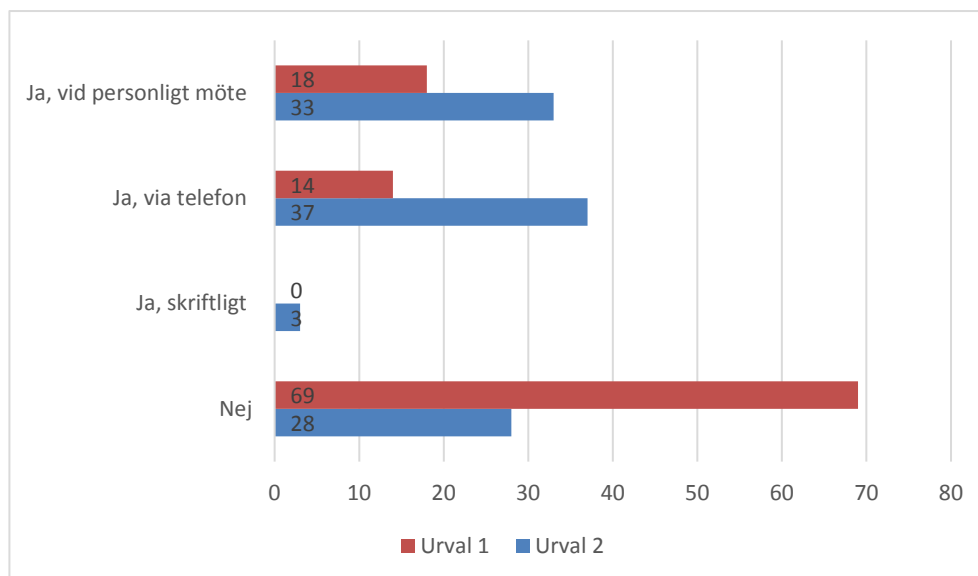
minst FMR med specialistkompetens inom psykiatri. En annan förklaring kan vara att man har ett starkt fokus på handläggningstider, och eftersom det ofta är väntetider så upplever man att FMR-konsultationer fördröjer handläggningen. Ytterligare förklaringar kan vara att handläggaren tar den behandlande läkarens bedömning av arbetsförmågan och prognosen för gott, utan att själv eller med stöd av FMR analysera vilka uppgifter den bedömningen grundar sig på och om den är välgrundad.

Det kom också fram vid analysmötet att granskarna noterat att det finns en betydande förbättringspotential när det gäller de frågor som ställs till FMR och de svar som ges. Det är inte ovanligt att frågan som ställs är av juridisk snarare än medicinsk karaktär, till exempel att handläggaren frågar ”om underlaget styrker ett års nedsättning”. Det förekommer också att FMR inte besvarar den fråga som ställts eller att hen går utöver frågan och till exempel anger att underlaget ”ger rätt till aktivitetsersättning”. Det förekommer mycket sällan någon egentlig motivering till FMR:s bedömning, och källhänvisningar förekommer i princip aldrig.

## Utredning med den försäkrade

Granskningen visar att det är vanligt att handläggaren hämtar in uppgifter från den försäkrade, utöver dem som lämnats i ansökan. Diagrammet nedan visar förekomsten av sådana utredningsåtgärder.

**Diagram 7 Utredning med den försäkrade. Andel i procent av alla granskade ärenden, exklusive bortfall. Flera typer av utredningskontakter kan förekomma i samma ärende**



Som framgår är det inte ovanligt att handläggaren hämtar in ytterligare uppgifter, utöver dem som finns i ansökan och läkarutlåtande, genom ett personligt möte eller telefonsamtal med den försäkrade.

Däremot visade det sig vara ovanligt att utredningen kompletteras skriftligt med den försäkrade. Vi har noterat att handläggaren i dessa fall har skickat

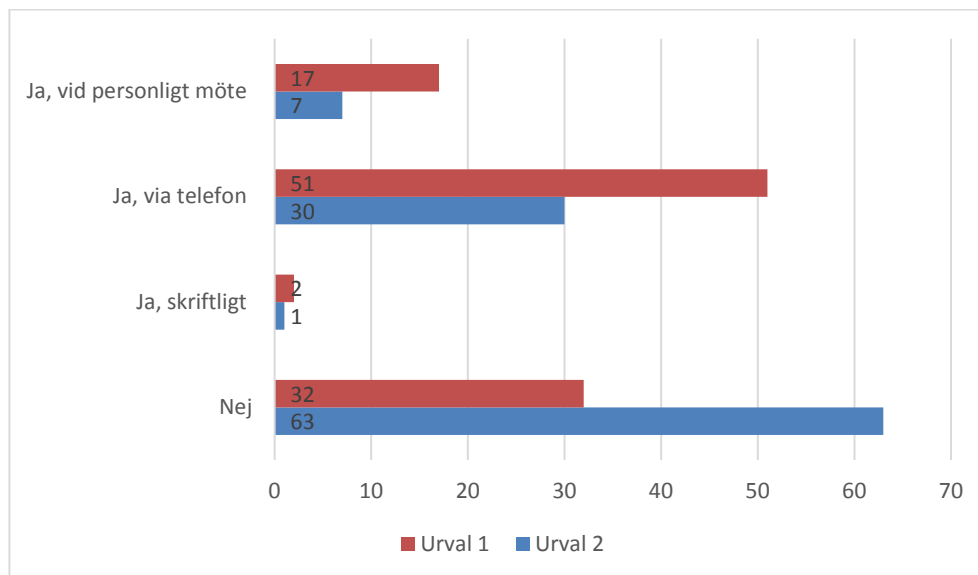


ut en mall med frågor i vissa ärenden, som den försäkrade får svara skriftligt på. I de ärendena där skriftlig komplettering förekom fanns det särskilda omständigheter som gjorde att detta var lämpligt, till exempel att den försäkrade själv hade önskat att få kommunicera skriftligen med Försäkringskassan eller att den försäkrade vårdades ineliggande på sjukhus och var svår att komma i kontakt med på annat sätt.

## Utredning med god man, förvaltare och ombud

Vi har inte undersökt hur stor andel av de försäkrade som har god man, förvaltare eller ombud. Däremot har vi granskat hur vanligt det är att man kompletterar uppgifterna i ansökan genom utredning med någon sådan person. Diagrammet nedan visar hur vanligt detta är.

**Diagram 8** Utredning med god man, förvaltare och ombud. Andel i procent av alla granskade ärenden, exklusive bortfall. Flera typer av utredningskontakter kan förekomma i samma ärende



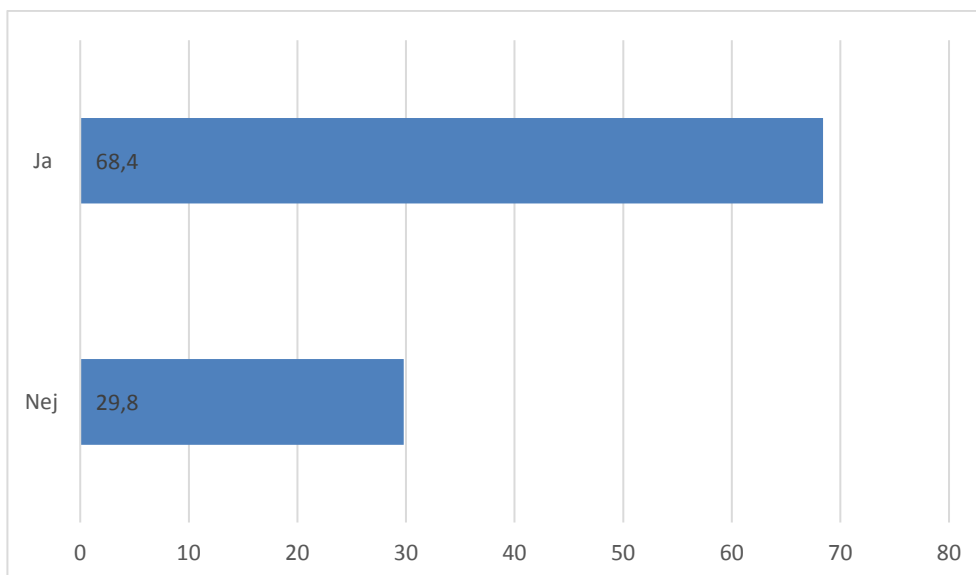
Granskarna noterade att i de fall det förekom ett personligt möte med ombud, förvaltare eller god man deltog oftast även den försäkrade själv. Men ser man till samtliga ärenden där handläggaren har haft någon form av kontakt med ombud, förvaltare eller god man för att utreda ärendet så har det inte sällan skett utan att den försäkrade involverats. Eftersom den försäkrade är den som bäst känner till sin sjukdom och sina personliga förhållanden i övrigt kan hen dock ofta behöva medverka i utredningen personligen trots att det finns god man, förvaltare eller ombud.

## Är utredningen tillräcklig?

Försäkringskassan ska utreda ärendena utifrån deras beskaffenhet, varken mer eller mindre. Om utredningen är otillräcklig finns det risk att beslutet blir felaktigt. En alltför omfattande utredning innebär att resurser läggs på fel saker och att den försäkrade får vänta onödigt länge på beslutet.

Nedanstående diagram visar om utredningen i ärendena bedömts som tillräcklig för att fatta beslut utifrån.

**Diagram 9 Tillräcklig utredning. Andel i procent av alla ärenden, inklusive bortfall. (För bortfallet – 1,8 procent – har kvaliteten i utredning ej bedömts)**



Konfidensintervall:

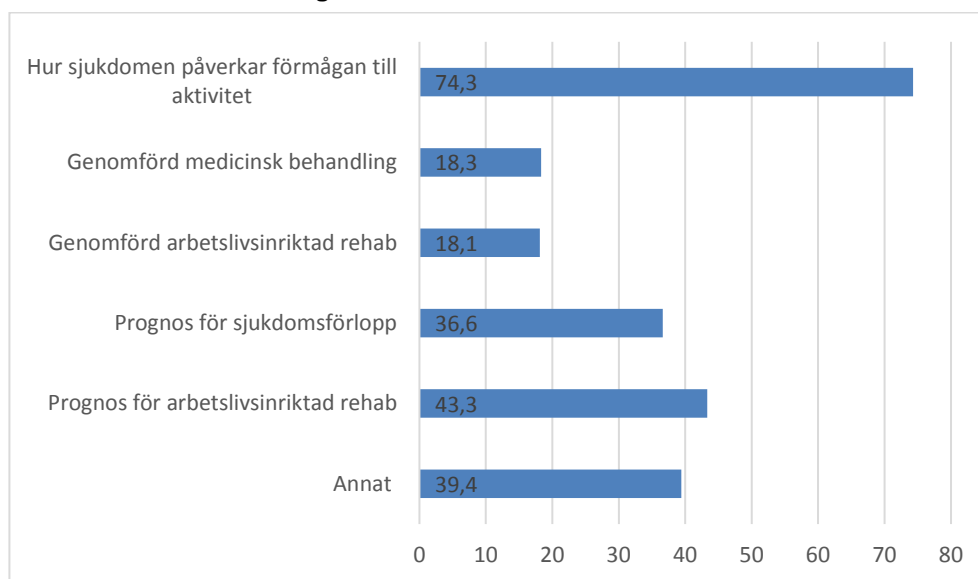
Ja 95 % CI:65,5–71,4

Nej 95 % CI:26,9–32,7

Det var med andra ord närmare en tredjedel av ärendena som bedömdes vara otillräckligt utredda om man ser till alla ärenden. Bland urval 1 (direkt från förlängd skolgång) var det 35 procent och bland urval 2 (övriga försäkrade) 28 procent av de granskade ärendena som bedömdes otillräckligt utredda.

Nedanstående diagram visar vilken typ av uppgifter som saknades eller var bristfälliga. Uppgifterna avser andelen av de ärenden där utredningen bedömts som bristfällig. Flera typer av brister kan förekomma i ett och samma ärende.

**Diagram 10 Typ av brister. Andel i procent av alla ärenden med bristfällig utredning**



Konfidensintervall:

Hur sjukdomen påverkar förmågan till aktivitet 95 % CI:69–79,7

Genomförd medicinsk behandling 95 % CI:13,5–23

Genomförd arbetslivsinriktad rehab 95 % CI:13,4–22,8

Prognos för sjukdomsförlopp 95 % CI:28–39,2

Prognos för arbetslivsinriktad rehab 95 % CI:37,3–49,4

Annat 95 % CI:33,5–45,3

Som framgår är den klart vanligaste bristen att det finns oklarheter om hur sjukdomen påverkar den försäkrades förmåga till aktivitet. Med andra ord är det inte tillräckligt tydligt vilka aktivitetsbegränsningar sjukdomen ger eller hur omfattande dessa är.

I vissa fall består bristen främst i att det är oklart vad läkarens beskrivning av aktivitetsbegränsningarna grundar sig på, eller att det framkommer att den i huvudsak grundar sig på den försäkrades egen beskrivning. Det är problematiskt eftersom bedömningen av arbetsförmåga så långt möjligt och rimligt ska utgå från objektiva fynd, tester och observationer (jfr Domsnytt 2015:040 om sjukersättning och Domsnytt 2016:013 om sjukpenning). Försäkringskassan ska alltså ta ställning till om de undersökningsfynd, tester och observationer som framkommer i läkarutlåtandet visar att sjukdomen ger sådana funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Om utlåtandet saknar tillräckligt utförliga uppgifter om vilka undersökningsfynd, tester och observationer som framkommit vid den medicinska utredningen måste utlåtandet kompletteras.

I en del ärenden finns det oklarheter när det gäller de medicinska eller arbetslivsinriktade insatser som hittills genomförts för den försäkrade. Men mera vanligt är det med brister i uppgifter om prognosen, såväl den rent medicinska prognosen som möjligheter till arbetslivsinriktade åtgärder. Detta går dock delvis in i vartannat, eftersom det är svårt att bedöma prognosen utan att ha en tydlig bild av vad som redan provats och hur det har fallit ut.

De brister som finns när det gäller informationen om de genomförda medicinska insatserna handlar ofta om brist på konkretion. Det behöver som regel framgå vilka konkreta behandlingar som provats, hur lång tid de pågått, vad utfallet blivit och eventuella orsaker till att det inte fungerat som förväntat. Om dessa uppgifter saknas behöver de som regel kompletteras.

När det gäller genomförda arbetslivsinriktade åtgärder så handlar det också ofta om brist på konkretion. Även där behöver man ofta detaljerad information, till exempel om vilka olika arbetsuppgifter som den försäkrade provat, vilka uppgifter som fungerat och som inte fungerat, på vilket sätt det eventuellt inte fungerat och vad förklaringen till detta kan vara.

När det gäller arbetsprovning och liknande har vi noterat att den försäkrade ibland får träna i arbeten som framstår som olämpliga utifrån de medicinska begränsningar som hen har. Den försäkrade kan till exempel få arbetsträna i arbeten med omfattande sociala kontakter, som i kassan i en mataffär eller inom barnomsorgen, trots besvär såsom ångest och social fobi. Det förekommer att Försäkringskassan drar långtgående slutsatser utifrån att sådana åtgärder inte fungerat, utan att efterfråga utförliga uppgifter och att noggrant värdera vad informationen tillför för bedömningen av arbetsförmågan i ett lämpligt arbete på arbetsmarknaden eller för bedömningen av om rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda.

Oklarheter när det gäller prognosen handlar som regel om att läkaren anger för hur länge hen bedömer att arbetsförmågan kommer att vara nedsatt utan att motivera bedömningen tillräckligt. Vi noterar att handläggarna och beslutsfattarna inte sällan godtar läkarens prognosbedömning utan att begära uppgifter om vad bedömningen grundar sig på och göra en självständig provning. Det gäller såväl läkarens prognos för sjukdomen som läkarnas bedömning av möjligheter till och behov av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Samma sak gäller för uppgifter från Arbetsförmedlingen. Även här finns det en tendens att ta Arbetsförmedlingens slutsatser om arbetsförmåga och möjligheter och behov av arbetslivsinriktad rehabilitering för gott. Även om Arbetsförmedlingens slutsatser inte har motiverats godtas de ofta, och i den mån de har motiverats går det ofta inte att utläsa hur Försäkringskassan har värderat uppgifterna.

I vissa ärenden har det varit andra typer av uppgifter som har saknats. Det kan till exempel vara uppgifter om missbruk som kommit fram men som inte har utretts i tillräcklig omfattning. Det kan också handla om andra sociala faktorer. I en del ärenden gäller det uppgifter om studerande eller deltidsarbetande, dvs. att man inte utrett tillräckligt i vilken omfattning den försäkrade studerar eller arbetar och vad studierna eller arbetet konkret innebär.

Sammantaget saknas det inte sällan tillräckliga uppgifter för att bedöma rätten till aktivitetsersättning. Detta kan eventuellt bero på osäkerhet om hur villkoren för aktivitetsersättning ska tolkas och tillämpas. En gedigen kunskap om vad som krävs för att förutsättningarna för aktivitetsersättning ska vara uppfyllda underlättar både utredningen och analysen av de

omständigheter som i det enskilda fallet talar för respektive emot att den försäkrade ska få ersättning.

Vid analysmötet med granskarna framkom att det mycket sällan framgår att beslutsfattaren skickat tillbaka ärendet till handläggaren för komplettering av utredningen. Tillsammans med det faktum att utredningen bedömdes som bristfällig i närmare en tredjedel av ärendena – och, som framgår i det kommande avsnittet om bedömningen, beslutet bedömdes som tveksamt i nästan hälften av de tillräckligt utredda ärendena – kan detta tala för att beslutsfatarrollen i dagsläget har svårt att fylla sin funktion som garant för en högkvalitativ utredning och bedömning av rätten till aktivitetsersättning.

I anslutning till den rättsliga granskning av sjukersättning som genomfördes 2015 framkom att beslutsfattare ibland upplevde sin roll som ifrågasatt (se Rättslig rapport 2015:04 Sjukersättning, s. 18). De upplevde att det kan vara svårt att stå emot om handläggaren driver på att den försäkrade ska beviljas sjukersättning eller om chefen signalerar att besluten måste fattas snabbare. Iakttagelserna i denna uppföljning tyder på att dessa svårigheter i beslutsfatarrollen kvarstår och att de gäller generellt och inte bara för sjukersättningsärenden. Det kan också finnas andra faktorer som påverkar beslutsfattarnas förmåga att fatta enhetliga och rättssäkra beslut, till exempel förekomsten av beslutfattarnätverk för att diskutera och kompetensutveckla sig när det gäller rättstillämpning.

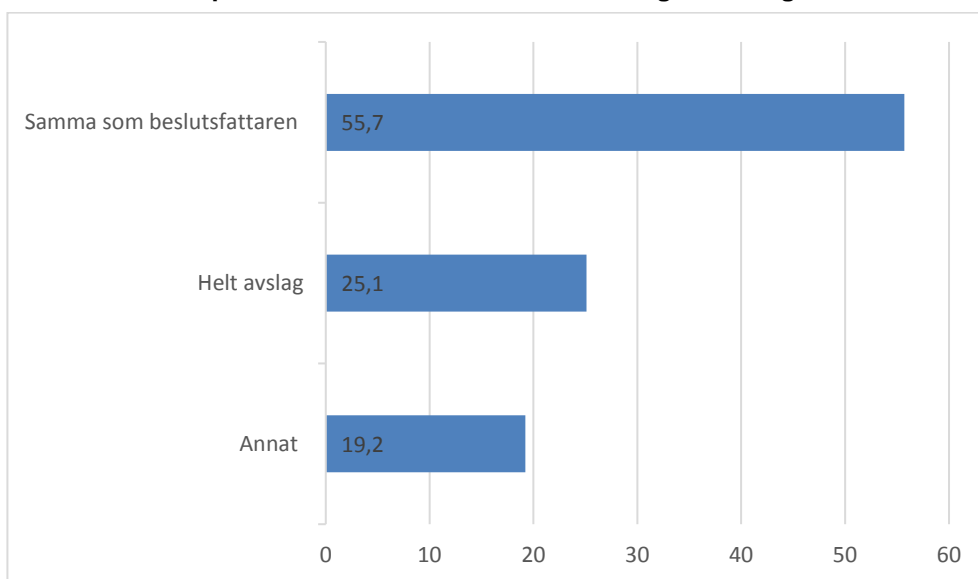
# Bedömningen

I det här avsnittet redovisas i vilken utsträckning granskarna instämmer i det beslut som fattats samt i vilken mån de försäkrades arbetsförmåga bedöms vara stadigvarande nedsatt.

## Instämmer granskarna i beslutet om aktivitetsersättning?

I de ärenden där granskarna bedömt att utredningen var tillräcklig för att fatta beslut har granskarna fått ta ställning till vilket beslut de själva skulle ha fattat. Diagrammet nedan visar andelen (procent) ärenden där granskarna skulle ha fattat samma beslut respektive ett annat beslut.

**Diagram 11** Granskarnas bedömning av rätten till aktivitetsersättning. Andel i procent av alla ärenden med tillräcklig utredning



Konfidensintervall:

Samma som beslutsfattaren 95 % CI:51,8–59,6

Helt avslag 95 % CI:21,8–28,5

Annat 95 % CI:16,1–22,2

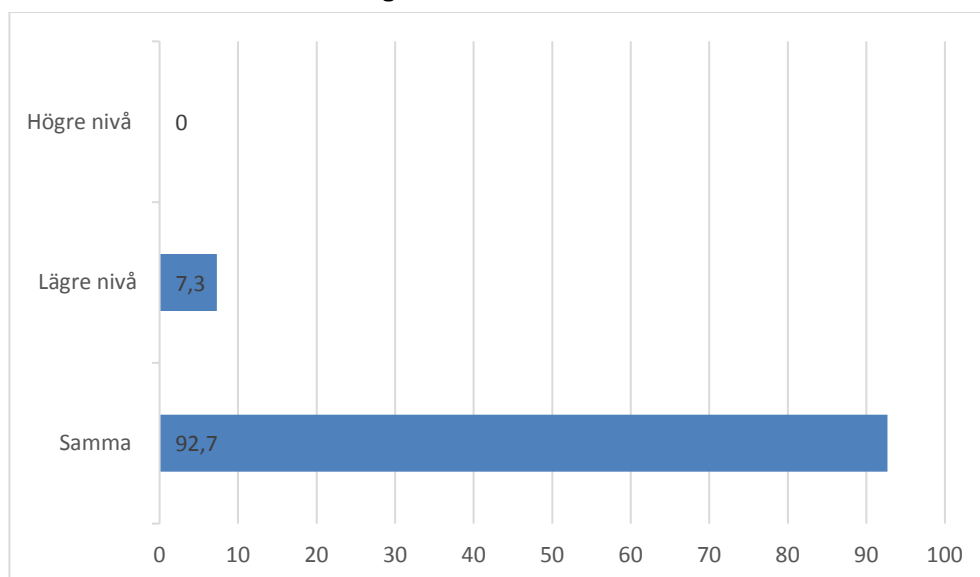
Som framgår instämde granskarna helt och hållet i det fattade beslutet i drygt hälften av de ärenden som hade en tillräcklig utredning om man ser till alla ärenden. Bland urval 1 (direkt från förlängd skolgång) instämde granskarna med beslutet i 64 procent av ärendena med tillräcklig utredning och motsvarande andel för urval 2 (övriga försäkrade) var 52 procent.

I ungefär en fjärdedel av de tillräckligt utredda ärendena ansåg granskarna att förutsättningarna för aktivitetsersättning inte alls var uppfyllda. Fördelat på respektive urval var andelen 15 procent för urval 1 (direkt från förlängd skolgång) och 29 procent för urval 2 (övriga försäkrade).

I cirka en femtedel av de tillräckligt utredda ärendena ansåg granskarna att den försäkrade hade rätt till aktivitetsersättning, men en annan nivå eller period. Andelen var snarlik i de båda urvalen (21 procent i urval 1 och 19 procent i urval 2).

I de ärenden där den försäkrade skulle ha beviljat aktivitetsersättning men för en annan ersättningsperiod eller med en annan ersättningsnivå har vi undersökt hur granskarnas bedömning mer i detalj skiljer sig från beslutsfattarens. I diagrammet nedan redovisas hur granskarnas bedömning av ersättningsnivå förhåller sig till beslutsfattarnas bedömning.

**Diagram 12 Skillnaderna mellan granskarnas och beslutsfattarnas bedömning av ersättningsnivå. Andel i procent av ärenden där granskaren skulle ha fattat annat beslut än beslutsfattaren men inte helt avslagsbeslut**



Konfidensintervall:

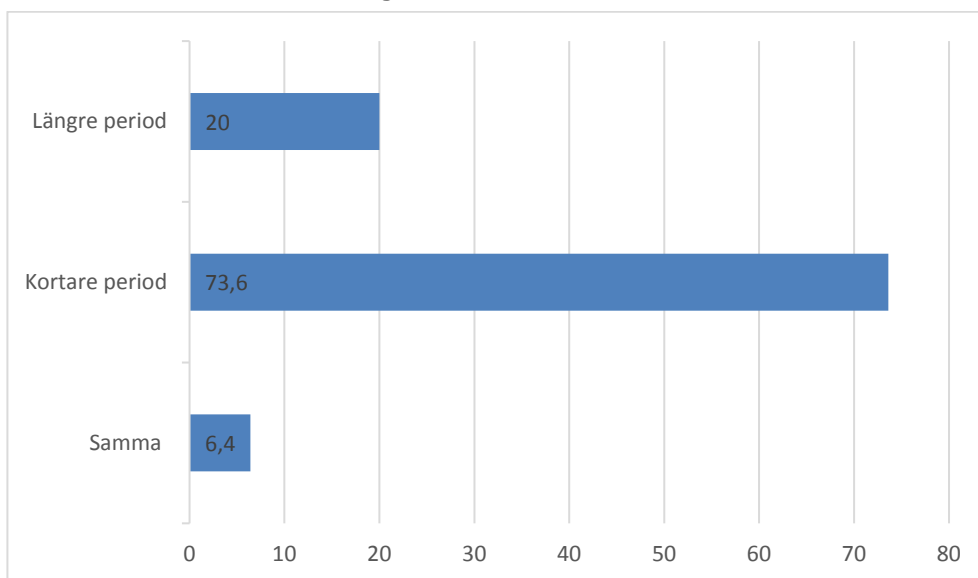
Högre nivå 95 % CI:0

Lägre nivå 95 % CI:2,5–12

Som framgår av diagrammet instämde granskaren som regel med beslutsfattaren när det gäller ersättningsnivån, och i den mån granskaren gjorde en annan bedömning i den frågan handlade det uteslutande om att granskaren skulle ha beviljat en lägre nivå. Det förekom inga ärenden i urval 1 (direkt från förlängd skolgång) där granskarna skulle beviljat en lägre nivå, utan endast ärenden i urval 2 (övrige försäkrade).

Bland de ärenden där granskaren bedömde att den försäkrade i och för sig uppfyllde villkoren för aktivitetsersättning men ändå inte instämde i det fattade beslutet så var det oftare i frågan om ersättningsperiodens längd än ersättningsnivån som man var oenig med beslutsfattaren. Diagrammet nedan visar hur granskarnas bedömning av ersättningsperiodens längd förhåller sig till beslutsfattarnas bedömning.

**Diagram 13 Skillnaderna mellan granskarnas och beslutsfattarnas bedömning av ersättningsperiod. Andel i procent av ärenden där granskaren skulle ha fattat annat beslut än beslutsfattaren men inte helt avslagsbeslut**



Konfidensintervall:

Längre period 95 % CI:12,8–27,2

Kortare period 95 % CI:65,5–81,8

Som diagrammet visar var det vanligaste att granskarna skulle ha beviljat en kortare ersättningsperiod, men det förekommer också en grupp där granskarna skulle ha beviljat en längre period.

Om man delar upp resultatet per urval ser man att granskarna skulle ha beviljat en kortare period i 62 procent av de ärenden i urval 1 (direkt från förlängd skolgång) där man skulle ha fattat ett annat beviljandebeslut än beslutsfattaren hade gjort. Motsvarande andel i urval 2 (övriga försäkrade) är 78 procent. När det gäller ärenden där granskarna skulle beviljat en längre ersättningsperiod är förhållandet det omvända. Det är vanligare att granskarna skulle ha beviljat en längre period i urval 1 än i urval 2 (38 respektive 13 procent av de ärenden där granskarna skulle ha fattat ett annat beviljandebeslut än beslutsfattaren).

I de ärenden där granskarna skulle ha beviljat en längre period ansåg de som regel att utredningen gav stöd för att bevilja maximal tid med aktivitetsersättning. Det handlade ofta om försäkrade med stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan men där beslutet trots det hade begränsats till kortare tid än tre år, och då oftast till och med månaden innan den försäkrades födelsemånad.

Vi har noterat vid granskningen att besluten generellt sett saknar motivering till periodens längd, och som framgått är perioden ibland alltför lång. En förklaring till detta kan vara att brevmallen för beslut om aktivitetsersättning (Wimimall 15910) inte är tydlig på denna punkt. Brevmallen bör ses över så att det blir tydligt att det av beslutsbrevet ska framgå dels vilken period den

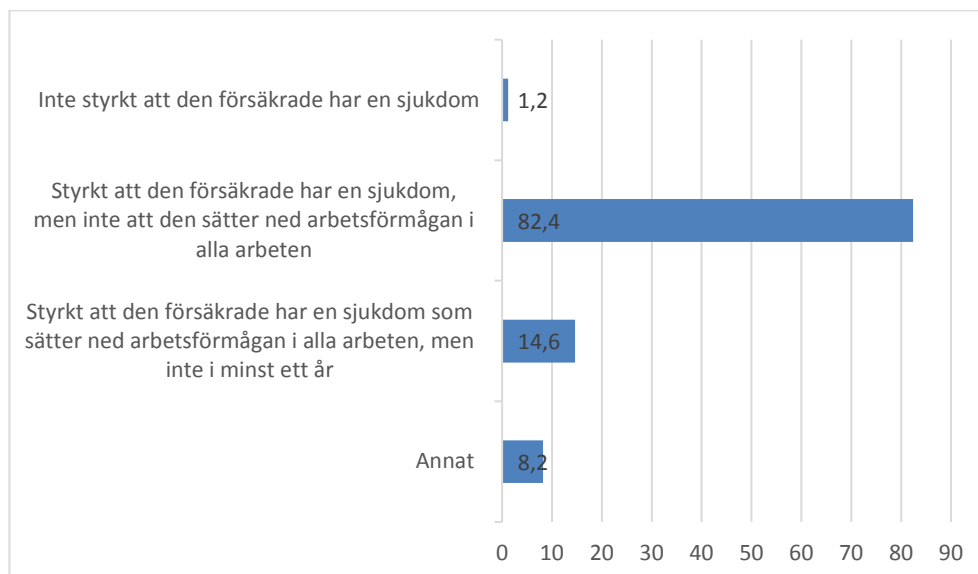


försäkrade har ansökt om ersättning för, dels en motivering till den beviljade periodens längd.

Ett exempel på detta är ett ärende där den försäkrade hade social fobi samt vissa andra lättare psykiska besvär och där behandlande läkare hade bedömt att arbetsförmågan skulle vara nedsatt i ett år. Handläggaren hade konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare, som utan motivering hade angett att arbetsförmågan snarare skulle vara nedsatt i två år. Aktivitetsersättning beviljades i enlighet med den försäkringsmedicinska rådgivarens prognos. Ett annat exempel är ett ärende där den försäkrade hade paniksyndrom och enligt behandlande läkare bedömdes ha nedsatt arbetsförmåga i minst ett år. Aktivitetsersättning beviljades för två år och åtta månader, utan att det framgick hur handläggaren och beslutsfattaren kommit fram till slutsatsen att arbetsförmågan skulle vara nedsatt just i två år och åtta månader.

I de ärenden där granskarna skulle ha fattat beslut om att helt avslå ansökan om aktivitetsersättning kunde detta grunda sig på olika omständigheter. Nedanstående diagram visar på vilken grund den försäkrade bedömdes sakna rätt till aktivitetsersättning.

**Diagram 14 Grund för avslag. Andel i procent av ärenden där granskaren skulle ha fattat beslut om helt avslag**



Konfidensintervall:

Inte styrkt att den försäkrade har en sjukdom 95 % CI:0–2,7

Styrkt att den försäkrade har en sjukdom, men inte att den sätter ned arbetsförmågan i alla arbeten 95 % CI:75,9–88,9

Styrkt att den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan i alla arbeten, men inte minst ett år 95 % CI:8,9–20,4

Annat 95 % CI:3,5–13

Som framgår var det ovanligt att det inte ansågs styrkt att den försäkrade hade en sjukdom.

Den vanligaste grunden för att granskarna skulle ha fattat ett avslagsbeslut var istället att den försäkrades sjukdom inte bedömdes sätta ned arbetsförmågan i alla arbeten på arbetsmarknaden. Dessa ärenden kan i princip delas in i två kategorier.

För det första är det ärenden där den försäkrade har tydliga aktivitetsbegränsningar som påverkar förmågan att arbeta, men inte i alla arbeten på arbetsmarknaden. Här kan det handla om aktivitetsbegränsningar av fysisk karaktär, men även om aktivitetsbegränsningar av psykisk karaktär som i huvudsak har betydelse i arbeten som ställer höga krav till exempel på förmåga att ta initiativ, självständigt planera och genomföra uppgifter, vara stresstålig och interagera med andra.

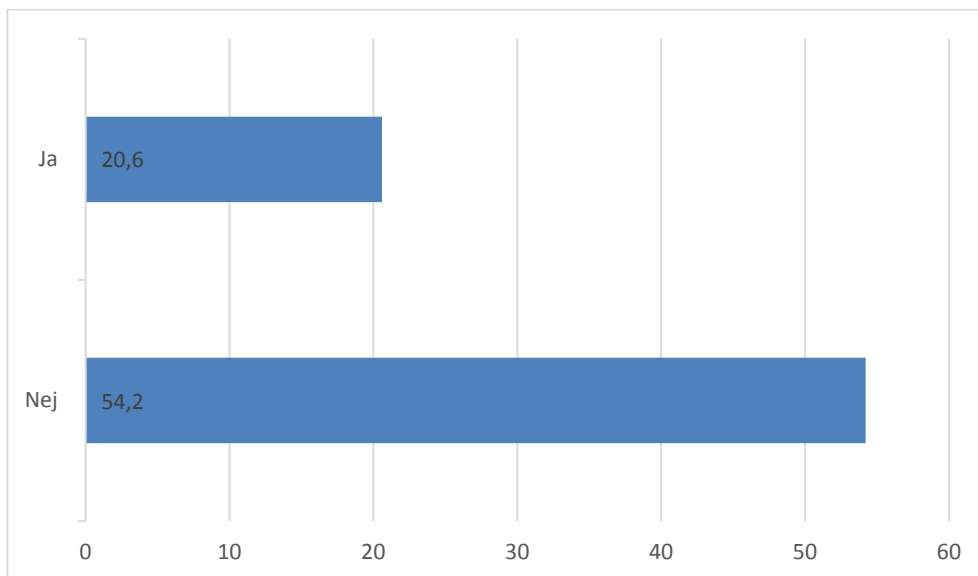
För det andra var det ärenden där den försäkrade hade vaga och förhållandevis måttliga aktivitetsbegränsningar. Om begränsningarna hade varit tydliga och uttalade hade de kunnat påverka förmågan oavsett arbete, men de bedömdes i de aktuella fallen inte vara av sådan dignitet. Här fanns ärenden där de försäkrade hade exempelvis lindrig utvecklingsstörning, Aspergers syndrom, nedstämdhet, ångest, m.m. Ärendena i denna kategori aktualiserar frågan om hur vi ser på arbetslivets krav. Det kunde handla om försäkrade där det inte framkommit några egentliga svårigheter i skolgången och där den försäkrade ibland även bedrivit högre studier eller arbetat och som inte hade råkat ut för någon påtaglig medicinsk försämring. Ändå har de beviljats aktivitetsersättning på grund av att de ansetts helt oförmögna att klara något som helst arbete.

I en del av ärendena bedömde granskarna att den försäkrades arbetsförmåga var nedsatt i alla arbeten, men ansåg inte att det var styrkt att nedsättningen skulle bestå i minst ett år (14,6 procent av de ärenden där granskarna skulle ha fattat avslagsbeslut). Här handlade det om ärenden där prognosen för att återfå arbetsförmågan inom ett år antingen var god eller var oklar. Det kunde till exempel vara ärenden där det redan pågick en behandling som normalt brukar ge effekt inom ett år eller ärenden där prognosen var oklar eftersom det pågick en medicinsk utredning. Det fanns också ärenden där den försäkrade hade en diagnos som enligt Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd inte sätter ned arbetsförmågan under så lång tid och där det saknades uppgifter om varför den försäkrades prognos avvek från det normala. Exempel på det är ärenden med diagnoserna social fobi och depressiv episod.

## Stadigvarande nedsättning?

Det finns ett förslag om att unga personer med stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan, som för närvarande kan beviljas aktivitetsersättning i maximalt tre år, ska kunna beviljas sjukersättning tills vidare. För att få en viss uppfattning om hur stor den gruppen är har vi, i de ärenden där utredningen bedömdes tillräcklig för beslut, tagit ställning till om nedsättningen är stadigvarande. Resultatet framgår i diagrammet nedan.

**Diagram 15** Stadigvarande nedsättning. Andel i procent av alla ärenden med tillräcklig utredning



Konfidensintervall:

Ja 95 % CI:17,8–23,5

Nej 95 % CI:50,5–58

I merparten av ärendena bedömde granskarna att den försäkrade kunde få eller återfå arbetsförmåga inom överskådlig tid, eller att det i vart fall saknades stöd för att redan nu bedöma nedsättningen som stadigvarande. Men i cirka en femtedel av de tillräckligt utredda ärendena bedömde granskarna att utredningen gav stöd för att arbetsförmågan var stadigvarande nedsatt. Det rörde sig då om försäkrade med svåra och bestående funktionsnedsättningar. I den här kategorin fanns till exempel försäkrade med svåra och bestående sviter efter bilolycka, väl utredda grava utvecklingsstörningar eller multipla funktionshinder med bland annat uttalade tal-svårigheter.

# Planering för ersättningsperioden

I detta avsnitt beskrivs i vilken utsträckning det finns en planering för ersättningsperioden, om den i så fall har upprättats inom de tidsgränser som Försäkringskassan bestämt samt i vilken mån planeringen är adekvat.

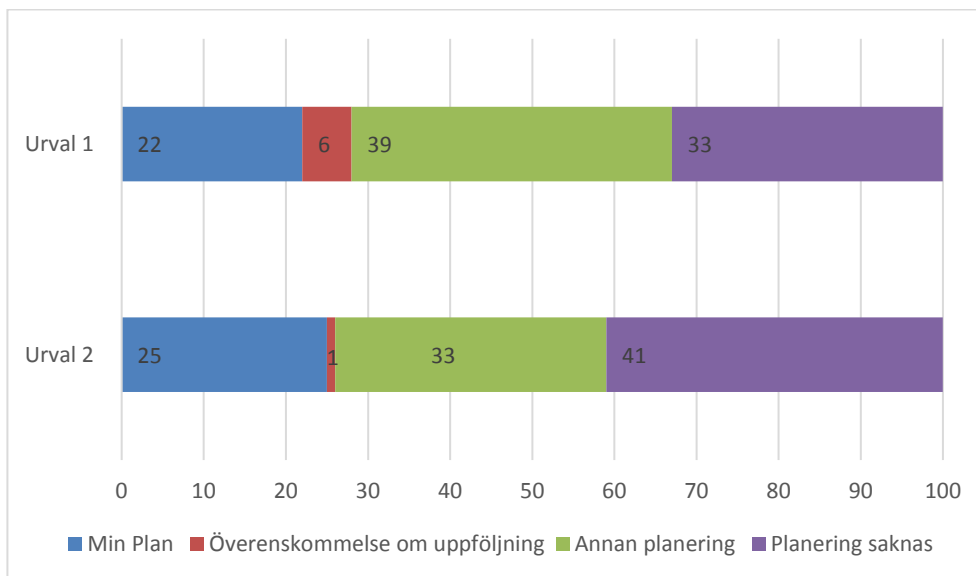
## Finns det en planering för ersättningsperioden?

Enligt Försäkringskassans produktionsprocess för aktivitetsersättning ska en planering för ersättningsperioden upprättas senast 40 dagar efter att beslutet om aktivitetsersättning har fattats. För de försäkrade som bedöms behöva samordning av rehabiliteringsåtgärder eller aktiviteter under ersättningsperioden ska planeringen göras i form av "Min plan". För övriga ska planeringen göras i form av "Överenskommelse om uppföljning".

Enligt processbeskrivningen är syftet med "Min plan" att den försäkrade både ska få en tydlig överblick över de åtgärder som hen ska delta i för att kunna arbeta samt tydligt se vilka aktiviteter som är beslutade. Planen ska tydligt visa vad som är bestämt att hen ska delta i, när det ska ske, vem som ansvarar för åtgärden samt innehålla en överenskommelse om uppföljning. Planen ska bidra till att den försäkrade har en tydlig förståelse för vad som ska ske under ersättningsperioden samt förstå varför hen deltar i åtgärderna och aktiviteterna. Syftet med "Överenskommelse om uppföljning" anges vara att tydliggöra för den försäkrade när, hur och varför uppföljningen ska ske.

Diagrammet nedan visar i vilken omfattning det i ärendena förekom "Min plan", "Överenskommelse om uppföljning" eller någon annan planering för vilka åtgärder som skulle genomföras under ersättningsperioden.

**Diagram 16 Planering för ersättningsperioden. Andel av alla granskade ärenden, exklusive bortfall**



Som framgår fanns det inte någon ”Min plan” eller ”Överenskommelse om uppföljning” i de flesta ärenden. Men det var inte ovanligt att det gick att utläsa av övriga handlingar i ärendet att någon form av åtgärder skulle genomföras under ersättningsperioden. Det kunde exempelvis framgå i läkarutlåtandet att den försäkrade skulle genomgå viss medicinsk behandling eller finnas en journalanteckning om deltagande i daglig verksamhet som kommunen anordnat. Det fanns dock många ärenden där det inte alls framgick någon planering för ersättningsperioden.

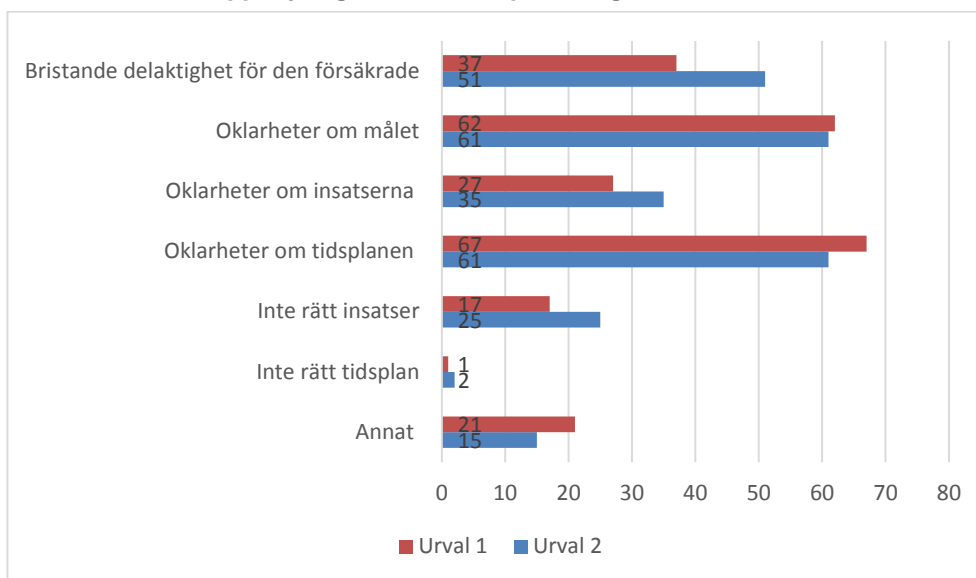
I de ärenden där det fanns en planering av något slag hade den i mindre än hälften av ärendena upprättats inom 40 dagar från beslutet om aktivitetsersättning. Tidsgränsen på 40 dagar hade hållits i 34 procent av ärendena i urval 1 och 41 procent av ärendena i urval 2. Enligt granskarna var det istället vanligt att planeringen gjordes i ett sent skede i ersättningsperioden – ibland till och med inför att ersättningsperioden upphör – och att den föranleddes av någon impuls från till exempel vården eller den försäkrade.

## Var planeringen adekvat?

I de ärenden där det fanns någon form av dokumenterad planering bedömde granskarna ofta att planeringen var bristfällig. Så var det i 62 procent av ärendena i urval 1 och 61 procent av ärendena i urval 2.

Diagrammet nedan ger fördjupad information om vilka förbättringsområden som granskarna noterade i planeringen för ersättningsperioden. Flera olika typer av brister kunde förekomma i samma ärende.

**Diagram 17 Brister i planeringen för ersättningsperioden. Andel i procent av alla ärenden som har "Min plan", "Överenskommelse om uppföljning" eller annan planering**



Som framgår var det vanligaste bristerna att det fanns oklarheter kring mål och tidsplan samt att den försäkrade inte varit delaktig i framtagandet av planen.

När det gäller mål och tidsplan består bristerna ofta i att det inte anges vad som är målet med åtgärderna och att det inte finns någon uppgift om när åtgärderna förväntas vara avslutade. Det kan också handla om att målet är mycket diffust, t.ex. ”stärka mig”. Ofta saknas också tidpunkter för när åtgärderna ska följas upp.

När det gäller brist på delaktighet för den försäkrade visar uppföljningen att planeringen inte sällan görs utan dialog med den försäkrade. I vissa fall har man istället haft kontakt med god man, förvaltare eller ombud, men det förekommer också att handläggaren gör upp planen efter kontakt med exempelvis en kurator eller helt på egen hand. I några ärenden har man, enligt vad som kan utläsas i akten, inte skickat en kopia på planeringen till den försäkrade.

Det var också ganska vanligt att det framstår som oklart vad insatserna egentligen består av eller att de bedöms som mindre lämpliga. Det kunde till exempel anges att den försäkrade skulle delta i daglig verksamhet eller ett namngivet projekt, men det saknades konkreta uppgifter om vad den försäkrade skulle göra och hur omfattande i tid insatsen var. I de ärenden där granskarna bedömt att man planerat tveksamma åtgärder handlar det nästan uteslutande om att åtgärderna bedömts vara alltför försiktiga. Till exempel har man planerat för endast aktiviteter eller för daglig verksamhet enligt LSS trots att den försäkrade bedöms klara arbetsinriktade insatser.

I vissa ärenden bedömdes tidsplanen vara olämplig. Det handlar om ärenden där granskarna bedömt att åtgärderna borde ha pågått kortare tid.

Sammantaget uppfattade granskarna planeringen som mycket bristfällig i majoriteten av ärendena. I den mån det alls fanns någon planering för ersättningsperioden bottnade den ofta i den försäkrades egna önskemål om en viss åtgärd, eller önskemål om att vänta med åtgärder, istället för en analys av vad som behövdes för att den försäkrade så snart som möjligt ska få eller återfå arbetsförmåga.

Vi har också noterat exempel på att den försäkrade deltar i aktiviteter eller åtgärder som kräver förmågor som den försäkrade i samband med beslutet om aktivitetsersättning bedömdes sakna. Det kan indikera att beslutet om aktivitetsersättning fattades på ett ofullständigt underlag eller att bedömningen av rätten till aktivitetsersättning var bristfällig.

## Sammanfattande diskussion och slutsatser

En hög kvalitet i utredningen och bedömningen av rätten till aktivitetsersättning är särskilt viktig eftersom ersättningen ges till unga personer. Om ersättning beviljas på felaktiga grunder kan det få långsiktiga negativa effekter på den försäkrades förmåga att etablera sig på arbetsmarknaden och på hans eller hennes ekonomiska levnadsstandard.

Resultaten visar att det finns en betydande förbättringspotential när det gäller utredning och bedömning av rätten till aktivitetsersättning. Närmare en tredjedel av ärendena bedömdes vara bristfälligt utredda och av de ärenden där utredningen var tillräcklig har beslutet ansetts tveksamt i nästan hälften.

I de fall granskarna inte instämde i beslutet handlade det oftast om att de ansåg att beslutet blivit alltför generöst, antingen för att den försäkrade inte alls uppfyllde villkoren för aktivitetsersättning eller att hen borde ha beviljats en kortare ersättningsperiod eller lägre ersättningsnivå.

I en del ärenden ansåg granskarna dock att det fanns stöd för att bevilja en längre ersättningsperiod. Då handlade det ofta om försäkrade där arbetsförmågan var stadigvarande nedsatt men där beslutet trots det hade begränsats till kortare tid än tre år, som regel till och med månaden innan den försäkrades födelsemånad. Vid analysmötet med granskarna och vid samtal med andra medarbetare inom Avdelningen för funktionsnedsättning har det framkommit att man inom kundmötesorganisationen gett anvisningar till beslutsfattarna om att de ska ”sprida ut” beslutsmånaderna genom att bevilja ersättning till och med månaden innan den försäkrades födelsemånad. På så sätt kan man motverka ett ojämnt inflöde av förlängningsansökningar. En sådan policy är dock inte förenlig med lagstiftningen, utan periodens längd ska alltid grundas på den försäkrades ansökan och på hur länge den försäkrade bedöms uppfylla förutsättningarna för aktivitetsersättning.

Granskningen visar att det ofta finns oklarheter både kring vad den försäkrade yrkar och motiveringen till den beslutade perioden. Den försäkrades yrkande kan inte utläsas av ansökan eftersom det inte efterfrågas i den befintliga blanketten. Eftersom det är den försäkrades yrkande som ska sätta ramen för Försäkringskassans prövning, och då det är en uppgift som bör lämnas skriftligt, behöver blanketten revideras i detta avseende.

Det behöver också säkerställas att prövningen av periodens längd görs på rätt sätt. Ersättning ska beviljas för så lång tid som den försäkrade bedöms uppfylla villkoren för aktivitetsersättning, dock maximalt tre år och inte längre tid än vad den försäkrade har yrkat. Det behöver också säkerställas



att de förvaltningsrättsliga reglerna om kommunikering och beslutsmotivering följs i samband med beslut som avser kortare tid än vad den försäkrade yrkat.

Det behövs kompetens- och metodutveckling för att förbättra utredningen och bedömningen av rätten till aktivitetsersättning. Bland annat behöver man stärka förmågan att analysera de fakta som finns om den försäkrades funktionstillstånd, och självständigt pröva om de visar att arbetsförmågan är nedsatt i samtliga arbeten på arbetsmarknaden. Kompetens- och metodutveckling kan vara aktuellt för både handläggare och beslutsfattare.

Beslutsfattarna har en särskilt viktig roll när det gäller att garantera en hög kvalitet i rättstillämpningen när det gäller bland annat aktivitetsersättning. I samband med avskaffandet av socialförsäkringsnämnderna framhöll Försäkringskassan till regeringen att kvalitets- och rättssäkerhetsskäl talade för att föredragande och beslutsfattare skulle uppfylla högt ställda utbildnings- och kompetenskrav och att beslutsfattandet skulle ske tydligt avgränsat från handläggningen av ärendet.<sup>1</sup>

I anslutning till den rättsliga granskning av sjukersättning som genomfördes 2015 framkom att beslutsfattare ibland upplevde sin roll som ifrågasatt (se Rättslig rapport 2015:04 Sjukersättning, s. 18). De upplevde att det kan vara svårt att stå emot om handläggaren driver på att den försäkrade ska beviljas sjukersättning eller om chefen signalerar att besluten måste fattas snabbare. Iakttagelserna i denna uppföljning kan indikera att dessa svårigheter i beslutsfattarrollen kvarstår och att de gäller generellt och inte bara för sjukersättningsärenden.

I anslutning till denna uppföljning har vi noterat att det är ovanligt att beslutsfattarna returnerar ärenden till handläggare för kompletterande utredning. Enligt granskarna kan detta bland annat bero på att det finns en uttalad press på produktion inom avdelningen och att ledstjärnan i Avdelningen för funktionsnedsättnings kundmötesorganisation varit att besluten ska vara ”good enough”, vilket av vissa kan ha uppfattats som en styrning för snabbare beslut och sänkta kvalitetskrav. Även om beslut inom rimlig tid är en viktig kvalitetsfaktor, och det naturligtvis inte finns anledning att utreda ärendena mer än vad deras beskaffenhet kräver, visar uppföljningen att utredningen behöver förbättras och beslutsfattarrollen behöver stärkas. Beslutsfattarna behöver ha mandat, både formellt och reellt, att självständigt avgöra vilken utredning som krävs i ett ärende och vid behov returnera ärendena för ytterligare utredning.

De rättsliga kvalitetsbrister som kommer fram i denna uppföljning tyder på att beslutsfattarrollen i dagsläget har svårt att fylla sin funktion som garant

---

<sup>1</sup> Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag, Ny beslutsordning för beslut i ärenden som idag beslutas av socialförsäkringsnämnd, dnr 73448-2006. Försäkringskassan har sedan dess avskaffat föredraganderollen, vilket enligt den konsekvensbeskrivning som gjordes skulle innebära en större tydlighet i handläggarrollen och beslutsfattarrollen (dnr 95503-2009).

för en högkvalitativ utredning och bedömning av rätten till aktivitetsersättning. Det finns sannolikt flera faktorer som påverkar beslutsfattarnas förmåga att fatta enhetliga och rättssäkra beslut. Organisatoriska faktorer, såsom koncentration kontra decentralisering av beslutsfattarna samt grad av åtskillnad från handläggningen, kan till exempel ha betydelse. Detsamma gäller inriktningen på styrningen, till exempel i vilken utsträckning kvalitet och en korrekt rättstillämpning står i fokus eller om styrningen främst är fokuserad på kvantitativa mål såsom kötider. Kompetens kan också vara en viktig faktor, bland annat om det ges utrymme för beslutsfattarnätverk för att diskutera och kompetensutveckla sig när det gäller rättstillämpning.

Det kan finnas skäl för Avdelningen för funktionsnedsättning att närmare se över vilka åtgärder som behövs för att stärka beslutsfattarnas roll och säkerställa en enhetlig och korrekt rättstillämpning över hela landet. Det bör också innefatta en dialog med Rättsavdelningen när det gäller till exempel workshoppar utifrån resultaten av denna kvalitetsuppföljning och medverkan på nätverksträffar för att ge stöd i tillämpningsfrågor.

Uppföljningen indikerar även att konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare förekommer i alltför begränsad omfattning och att kvaliteten i konsultationerna behöver förbättras. I ett försäkringsmedicinskt yttrande behöver det tydligt framgå vilken fråga som handläggaren ställt, vilka underlag som ligger till grund för yttrandet, motiveringen till bedömningen samt källhänvisning. Det kan ifrågasättas om det är möjligt för handläggaren att dokumentera sådana uppgifter efter ett muntligt yttrande, särskilt motivering och källhänvisning, eller om det alltid bör krävas ett skriftligt yttrande vid konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare.

Det framkommer i uppföljningen att man ibland utreder ärendet genom kontakt med god man, förvaltare eller ombud, utan att involvera den försäkrade personligen. När kontakten avser utredning av personliga förhållanden är det som regel nödvändigt att involvera den försäkrade även om hen har en företrädare, t.ex. genom ett personligt möte där båda deltar.

Det framkommer i uppföljningen att planering för ersättningsperioden i form av ”Min plan” eller ”Överenskommelse om uppföljning” bara förekommer i ungefär en fjärdedel av ärendena, trots att detta ska finnas i samtliga ärenden enligt processbeskrivningen. Det kan finnas skäl att se över vilka krav lagstiftningen ställer när det gäller Försäkringskassans samordning av aktiviteter och rehabiliteringsåtgärder och säkerställa att ambitionsnivå och processbeskrivning är i linje med detta. Om Försäkringskassan i praktiken inte kan leva upp till ambitionen att ha en plan i varje ärende finns det risk att ärenden där det faktiskt krävs en plan missas och att det blir omotiverade skillnader i handläggningen.

# Bilaga 1

## Rekommendationer och åtgärder

### 1. Rekommendation:

Uppföljningen indikerar att det behövs kompetensutveckling när det gäller förmånsrättsliga och förvaltningsrättsliga regler. Förmågan att utreda relevanta omständigheter, analysera och värdera medicinsk och annan utredning och bedöma rätten till aktivitetsersättning utifrån lag och rättspraxis behöver generellt utvecklas. Detsamma gäller efterlevnaden av förvaltningsrättsliga krav, t.ex. när det gäller dokumentation och beslutsmotivering.

#### A. Se över och utveckla den befintliga utbildningen om aktivitetsersättning

Åtgärder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se över och vid behov revidera befintlig utbildning i Aktivitetsersättning (nivå 1 och 2)</li> <li>• Säkerställa att samtliga medarbetare får gå utbildningen om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som nyligen tagits fram för aktivitetsersättning</li> </ul>
Tidsplan:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revidering av befintlig utbildning i Aktivitetsersättning genomförd Q2 2017</li> <li>• Utbildning neuropsykiatriska funktionsnedsättningar genomförd Q3 2018</li> </ul>
Ansvarig:	Marie Axelsson

#### B. Ta fram typfall som bygger på rättsfall och genomför likabedömningsaktiviteter

Åtgärder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta fram typfall utifrån rättsfall samt bedömningskedja som ger stöd i bedömningen av rätten till aktivitetsersättning</li> <li>• Varje kontor genomför likabedömningsaktiviteter</li> </ul>
Tidsplan:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Typfall och bedömningskedja framtagna Q1 2017</li> <li>• Likabedömningsaktiviteter genomförda i slutet av Q4 2017.</li> </ul>
Ansvarig:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eva Nordqvist (typfall och bedömningskedja)</li> <li>• Marie Axelsson (genomförande av likabedömningsaktiviteter)</li> </ul>

**C. Säkerställ att alla som arbetar med aktivitetsersättning genomgår utbildning i utredningsmetodik**

Åtgärder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varje område inom Avdelningen för funktionsnedsättning inventerar hur många som inte har gått befintlig utbildning i utredningsmetodik och låter handläggare och beslutsfattare inom aktivitetsersättning genomgå den</li> <li>• Alla relevanta yrkesroller som arbetar med aktivitetsersättning ska ges möjlighet att repetera och gå igenom kapitel 5 i vägledningen om aktivitetsersättning. Kapitlet handlar om Försäkringskassans utredning i aktivitetsersättningsärenden.</li> <li>• Ta fram och genomföra en påbyggnadsutbildning i utredningsmetodik inriktad mot aktivitetsersättning</li> </ul>
Tidsplan:	Genomfört Q2 2018
Ansvarig:	Marie Axelsson

**D. Säkerställ att alla som arbetar med aktivitetsersättning och som inte har genomgått utbildningen Förvaltningsrätt i praktiken (1 och 2) gör detta och att de som eventuellt behöver gå den på nytt ges tillfälle till det.**

Åtgärder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varje område inom FV har påbörjat en inventering av hur många som inte har gått utbildningen i förvaltningsrätt</li> <li>• Se till att alla som behöver går ovanstående utbildning</li> </ul>
Tidsplan:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventering klar Q1 2017.</li> <li>• Genomfört Q4 2017.</li> </ul>
Ansvarig:	Marie Axelsson

**2. Rekommendation:  
Stärk beslutsfatarrollen**

Uppföljningen indikerar, tillsammans med den tidigare genomförda uppföljningen av sjukersättning, att beslutsfatarrollen behöver stärkas för att kunna vara en garant för hög kvalitet i utredning och bedömning. Det finns olika möjligheter för att åstadkomma detta, t.ex. att organisatoriskt koncentrera beslutsfattarna eller att skapa nätverk för beslutsfattare för erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling. Hur det lämpligen kan ske är en fråga för FV att ta ställning till.

Åtgärder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Involvera beslutsfattarna i kompetensutvecklingsinsatser som kommer att ske på varje kontor (arbetsplatslärandet)</li> <li>• Tydliggöra ansvarsfördelningen för personlig handläggare, specialist och beslutsfattare</li> <li>• Säkerställa ett enhetligt system för att följa upp kompletteringar av ärenden</li> </ul>
Tidsplan:	Genomfört Q4 2017
Ansvarig:	Marie Axelsson

### 3. **Rekommendation:** **Revidera blanketten för ansökan**

Ansökningsblanketten för aktivitetsersättning innehåller en modul där den försäkrade ska ange vad ansökan gäller. Där finns kryssrutor för vilken nivå ansökan gäller samt en ruta där man anger från och med vilken månad man ansöker. Däremot finns ingen plats för att ange till och med vilken månad man ansöker. Det är den försäkrades ansökan som bestämmer ramen för Försäkringskassans prövning, och det måste därför finnas utrymme för den försäkrade att precisera sin ansökan på ett tydligt sätt. Uppgifterna är av sådan karaktär att de bör lämnas skriftligt och blanketten behöver därför revideras.

Åtgärder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revidering av ansökan om aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga</li> <li>• Förtydligande i vägledningen vad gäller bedömningen av ersättningsperiodens längd</li> <li>• Justering av mallen för utredningssamtal inom aktivitetsersättning</li> <li>• Tillägg i beviljandebeslut, brevmall 15910, så att yrkandet gällande ersättningsperiod tydliggörs och att ersättningsperioden tydligare motiveras</li> </ul>
Tidsplan:	Genomfört Q2 2017
Ansvarig:	Marie Axelsson

### 4. **Rekommendation:** **Öka och utveckla konsultationerna med försäkringsmedicinsk rådgivare**

Uppföljningen visar att försäkringsmedicinska rådgivare inte konsulteras i tillräcklig omfattning och att det nästan aldrig finns något skriftligt yttrande från en försäkringsmedicinsk rådgivare. Det behöver säkerställas att det finns tillräcklig tillgång till försäkringsmedicinska rådgivare, särskilt med specialistkompetens i psykiatri, och att handläggarna alltid konsulterar FMR när det finns behov av det.

Det behöver också säkerställas att konsultationerna dokumenteras på rätt sätt, så att det framgår vilken fråga handläggaren har ställt, vilka underlag den försäkringsmedicinska rådgivaren har haft tillgång till och vad hen har yttrat. Yttrandet ska alltid innehålla en tydlig motivering och när det är relevant även källhänvisning.

Åtgärder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi ska få egna försäkringsmedicinska rådgivare inom FV och vi ska utreda hur många av dem som kan knytas till aktivitetsersättning</li> <li>• Ta fram och genomföra utbildningen om grundläggande försäkringsmedicin</li> <li>• Ta fram ett diskussionsmaterial för seminarier på kontoren om värdering av medicinska underlag och behov av FMR-konsultationer. Där kommer vi även lyfta fram riktlinjen för försäkringsmedicinska konsultationer i syfte att förbättra dokumentationen.</li> </ul>
Tidsplan:	Genomfört Q2 2018
Ansvarig:	Marie Axelsson

## 5. Rekommendation:

### **Säkerställ att en adekvat rehabiliteringsplan upprättas i de fall det är aktuellt med rehabiliteringsåtgärder**

När det är aktuellt med sådan arbetslivsinriktad rehabilitering som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning är Försäkringskassan skyldig att upprätta en rehabiliteringsplan. Planen ska vara adekvat för sitt syfte, dvs. den ska innehålla sådana rehabiliteringsåtgärder som Försäkringskassan bedömer som lämpliga för att den försäkrade så snart som möjligt ska få eller återfå sin arbetsförmåga. Det behöver säkerställas att det finns tillräckligt utrymme och kompetens för att utreda rehabiliteringsbehovet, upprätta adekvata rehabiliteringsplaner och samordna för en effektiv rehabilitering.

I det sammanhanget kan det övervägas om övriga planer för ersättningsperioden, som ska upprättas enligt Försäkringskassans produktionsprocess men som enligt uppföljningen ofta inte görs, fyller tillräcklig funktion och därför ska prioriteras mer än idag eller om processbeskrivningen istället bör revideras.

Åtgärder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktualisera i vilka situationer det är lagkrav på en plan och säkerställa att planer finns i dessa ärenden</li> <li>• Se över om ”Min Plan” kan göras mer användarvänlig</li> <li>• Se över hur vi kan tydliggöra kopplingen mellan planeringen för ersättningsperioden och fastställandet av ersättningsperiodens längd. I detta kommer även en översyn göras om hur dokumentet plan ska användas där det inte är lagkrav.</li> </ul>
Tidsplan:	Genomfört Q2 2018
Ansvarig:	Marie Axelsson

# Bilaga 2

## Frågeformulär

<b>Beslut som ska granskas:</b>	<p>Beslut om aktivitetsersättning pga. nedsatt arbetsförmåga som har fattats under år 2015 och som avser en försäkrad som inte tidigare har haft sådan ersättning.</p> <p>Försäkrade som har haft aktivitetsersättning pga. förlängd skolgång ingår i urvalet.</p>
---------------------------------	--

Nr	Fråga	Svarsalternativ
1.	Löpnummer	
2.	Tillhör ärendet den ärendekategori som ska granskas?	1. Ja 2. Nej
3.	Gäller ärendet en man eller kvinna?	1. Man 2. Kvinna
4.	Är det ett ansökningsärende eller utbytesärende?	1. Ansökningsärende 2. Utbytesärende
5.	För hur lång tid gäller beslutet?	1. 12 månader eller mindre 2. 13–24 månader 3. 25–36 månader
6.	Vilken nivå gäller beslutet?	1. Hel 2. Tre fjärdedels 3. Halv 4. En fjärdedels
7.	Har den försäkrade haft aktivitetsersättning pga. förlängd skolgång?	1. Ja, direkt före 2. Ja, men inte direkt före 3. Nej
8.	Framgår det att den försäkrade har eller har haft någon av följande ersättningar?	1. Sjukpenning 2. Aktivitetsstöd någon gång under de senaste tre åren 3. Vårdbidrag 4. Handikappersättning 5. Assistansersättning 6. Ingetdera
9.	Har den försäkrade någon arbetslivserfarenhet?	1. Ja 2. Nej 3. Framgår inte
10.	Stämmer något av följande på den försäkrade?	1. Har anställning 2. Har aktivitetsstöd 3. Är inskriven som arbetssökande vid AF men inte i arbetsmarknadspolitiskt program 4. Har daglig verksamhet inom LSS 5. Ingetdera

Nr	Fråga	Svarsalternativ
11.	Vilka medicinska underlag finns i ärendet?	1. Läkarutlåtande om hälsotillstånd 2. Läkarintyg (FK7263) 3. SLU 4. TMU 5. AFU 6. Annat 7. Medicinska underlag saknas
12.	Vilken diagnoskod har huvuddiagnosen enligt läkarutlåtande om hälsotillstånd?	Fritext
13.	Finns ytterligare diagnoser i läkarutlåtande om hälsotillstånd, utöver huvuddiagnosen?	1. Ja 2. Nej
14.	Ange vilka diagnoser.	Fritext
15.	Är huvuddiagnosen enligt SLU/TMU/AFU densamma som anges i läkarutlåtandet om hälsotillstånd?	1. Ja 2. Nej
16.	Vilken diagnoskod har huvuddiagnosen enligt SLU/TMU/AFU?	Fritext
17.	Framgår det att FMR har konsulterats?	1. Ja, skriftligt yttrande från FMR 2. Ja, muntligt och antecknat i akten av annan än FMR 3. Ja, muntligt men anteckning om innehållet i yttrandet saknas 4. Nej
18.	Framgår det att handläggaren har hämtat in uppgifter från den försäkrade, utöver de som fanns i ansökan?	1. Ja, vid personligt möte 2. Ja, vid telefonsamtal 3. Ja, skriftligt 4. Nej
19.	Framgår det att handläggaren har hämtat in uppgifter från god man, förvaltare eller annat ombud?	1. Ja, vid personligt möte 2. Ja, vid telefonsamtal 3. Ja, skriftligt 4. Nej
20.	Är utredningen tillräcklig för att fatta beslut?	1. Ja 2. Nej
21.	Vad saknas det tillräckliga uppgifter om?	1. Hur sjukdomen för närvarande påverkar förmågan till aktivitet 2. Genomförd medicinsk behandling och rehabilitering 3. Genomförd arbetslivsinriktad rehabilitering 4. Prognos för sjukdomsförlopp och behandling 5. Prognos för arbetslivsinriktad rehabilitering 6. Annat
22.	Vilka andra uppgifter anser du saknas?	Fritext
23.	Vilket beslut skulle du ha fattat?	1. Samma som beslutsfattaren i ärendet 2. Helt avslag 3. Annat
24.	Skulle du ha beviljat en annan ersättningsnivå?	1. Ja, högre 2. Ja, lägre 3. Nej
25.	Skulle du ha beviljat en annan period?	1. Ja, längre 2. Ja, kortare 3. Nej



Nr	Fråga	Svarsalternativ
26.	Varför bedömer du att den försäkrade inte uppfyller villkoren för aktivitetsersättning?	1. Det är inte styrkt att den försäkrade har en sjukdom 2. Det framgår att den försäkrade har en sjukdom men det inte styrkt att den sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel i alla typer av arbeten på arbetsmarknaden. 3. Det framgår att den försäkrade har en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel i alla typer av arbeten på arbetsmarknaden, men det är inte styrkt att nedsättningen kommer att bestå minst ett år. 4. Annat
27.	Vilken annan anledning finns det till att du bedömer att den försäkrade inte uppfyller villkoren?	Fritext
28.	Bedömer du att den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt?	1. Ja 2. Nej
29.	Har "min plan" eller "överenskommelse om uppföljning" upprättats?	1. Ja, "min plan" 2. Ja, "överenskommelse om uppföljning" 3. Nej
30.	Framgår planeringen någon annanstans i ärendet?	1. Ja 2. Nej
31.	Har planen eller överenskommelsen upprättats inom 40 dagar från beslutet?	1. Ja 2. Nej
32.	Bedömer du att planen, överenskommelsen eller planeringen är adekvat?	1. Ja 2. Nej
33.	På vilket sätt är planen, överenskommelsen eller planeringen inte adekvat?	1. Bristande delaktighet för den försäkrade 2. Oklarheter om målet 3. Oklarheter om insatserna 4. Oklarheter om tidsplanen 5. Inte rätt insatser 6. Inte rätt tidsplan 7. Annat
34.	Vilka andra brister finns i planen, överenskommelsen eller planeringen?	Fritext

**I serien Rättslig uppföljning har följande skrifter publicerats:**

- 2014:1 Rättsfallsöversikt – aktivitetsersättning
- 2014:2 Beslutsunderlag och beslut i sjukpenningärenden. En jämförelse mellan år 2010 och år 2013. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:1 Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar)
- 2015:2 Personkrets och grundläggande behov. Bedömningen av grundläggande rekvisit för assistansersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:3 Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:4 Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:5 EU-rättslig bosättningsbedömning. Rättslig kvalitetsrapport
- 2015:6 Sjukpenning i förebyggande syfte. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:7 Assistansersättning. Fritids- och samhällsaktiviteter. Dubbel assistans. Assistans under tid i barnomsorg, skola och daglig verksamhet. Tillsyn, både som grundläggande och andra personliga behov. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:8 Tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjuka barn. Den första bedömningen. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:1 Aktivitetsstöd vid sjukfrånvaro från ett arbetsmarknadspolitiskt program. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:2 Rehabiliteringsersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:3 Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:4 Etableringstillägg och bostadsersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:5 Omprövning av sjukpenningbeslut. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:6 Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Rättslig kvalitetsuppföljning