

Rehabiliterings- ersättning

Rättslig kvalitetsuppföljning

Utgivare: Försäkringskassan
Rättsavdelningen

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

Webbplats: 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 ärenden om rehabiliteringsersättning. Uppföljningen fokuserar inte bara på själva bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning, utan även på hur Försäkringskassan utreder och bedömer rehabiliteringsbehovet och följer upp rehabiliteringen.

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

Sammanfattning	5
Inledning	7
Bakgrund.....	7
Syfte.....	7
Metod.....	7
Urval.....	7
Aktgranskning.....	8
Gemensam analys.....	8
Kort om rehabilitering och rehabiliteringsersättning	10
Resultat	11
Nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering?	11
Prövningen av rätten till rehabiliteringsersättning	11
<i>Rehabiliteringspenning</i>	11
<i>Särskilt bidrag</i>	14
Rehabiliteringsplanen.....	16
<i>Finns det en rehabiliteringsplan i ärendet?</i>	16
<i>Innehåller planen den information som behövs?</i>	17
Rehabiliteringen	19
<i>Vilken typ av rehabilitering är det fråga om?</i>	19
<i>Bedöms åtgärderna vara lämpliga och effektiva?</i>	21
<i>Uppföljning av rehabiliteringen</i>	22
<i>Arbetsförmågan efter rehabiliteringen</i>	23
Sammanfattande diskussion och slutsatser	24
Rekommendationer och åtgärder	27
<i>1. Rekommendation: Säkerställa att den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering utreds i tillräcklig omfattning innan eventuell planering av arbetslivsinriktad rehabilitering</i>	27
<i>2. Rekommendation: Säkerställa att en utförlig rehabiliteringsplan upprättas i ärenden med rehabiliteringsersättning</i>	28
<i>3. Rekommendation: Säkerställa att rehabiliteringspenning bara betalas ut för den tid då den försäkrade aktivt deltar i rehabilitering</i>	28
<i>4. Rekommendation: Följa upp kvalitet och utfall när det gäller rehabilitering och rehabiliteringsersättning</i>	29
Bilaga 1	31
Frågeformulär.....	31

Sammanfattning

I denna rapport redovisas en uppföljning som syftar till att undersöka den rättsliga kvaliteten i ärenden om rehabiliteringsersättning. Uppföljningen avser utredningen och bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning, men inkluderar också handläggningen och planeringen av den rehabilitering som ersättningen avser.

Uppföljningen omfattar ett slumpmässigt urval om 500 ärenden där den försäkrade ansökt om rehabiliteringsersättning under första kvartalet 2015.

Resultaten visar att det finns en betydande förbättringspotential när det gäller prövningen av den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering innan en rehabiliteringsplan upprättas och beslut om rehabiliteringsersättning fattas. I nästan en tredjedel av ärendena bedömde granskarna att den försäkrade inte hade behov av rehabilitering. Merparten av dessa ärenden var sådana där granskarna bedömde att den försäkrades arbetsförmåga inte var nedsatt och att rehabilitering inte behövdes av den anledningen. Det fanns också en del ärenden där arbetsförmågan bedömdes vara nedsatt men där den försäkrade på sikt ansågs kunna återgå i arbete utan rehabilitering.

Dessa brister innebär att ersättning betalas ut på tveksamma grunder och motverkar målet om en välfungerande sjukförsäkring och ett minskat sjukpenningtal. Rehabiliteringsärenden är dessutom tidskrävande, eftersom planering, samordning och uppföljning av rehabilitering ofta kräver ett flertal möten och avstämningar. Obehövligena rehabiliteringsåtgärder innebär alltså att tid och resurser läggs på fel saker.

För den som behöver rehabilitering för att återfå sin arbetsförmåga är det viktigt att rätt åtgärd vidtas i rätt tid, så att den försäkrade återfår sin arbetsförmåga så snart som möjligt. Den typ av rehabilitering som i huvudsak förekom i ärendena var arbetsträning, men den genomfördes inte alltid i ett arbete som var lämpligt för den försäkrade och i vissa fall förekom det väntetider och avbrott som fördröjde rehabiliteringen. Det finns med andra ord en förbättringspotential när det gäller rätt åtgärd i rätt tid.

Det kan finnas skäl för Försäkringskassan att i högre grad fokusera på andra typer av arbetslivsinriktade åtgärder än arbetsträning. Det handlar då om sådana åtgärder som arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen ansvarar för, såsom arbetsanpassning och omplacering eller lönebidrag som gör det möjligt att få ett arbete med lägre krav än vad som normalt ställs på arbetsmarknaden. Försäkringskassan har i det sammanhanget en roll främst när det gäller att utreda arbetsförmågan och informera om de förutsättningar som sjukförsäkringen ger. Genom ett starkare fokus på utredning, information och korrekta beslut om ersättning skulle Försäkringskassans bidrag till en snabb och effektiv rehabilitering kunna öka, samtidigt som det

skulle kunna spara handläggningsresurser inom Försäkringskassan genom att de ansvariga parterna i högre grad planerar och genomför åtgärder utan Försäkringskassans aktiva involvering.

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 2015 ingick en uppföljning av ärenden om rehabiliteringsersättning.

Rättsavdelningen har tidigare gjort en rättslig kvalitetsuppföljning av sjukpenningärenden som blir så långa att dagarna inom förmånstiden tar slut (Rättslig uppföljning 2015:03 *Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut*). Uppföljningen visade 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. Eftersom det i vissa av de granskade sjukfallen även förekom perioder med rehabiliteringsersättning gav uppföljningen en indikation om den rättsliga kvaliteten även för den förmånen. Vi såg att det fanns skäl att närmare undersöka kvaliteten i ärenden med rehabiliteringsersättning.

Syfte

Uppföljningen syftar till att undersöka den rättsliga kvaliteten i ärenden om rehabiliteringsersättning. Uppföljningen avser utredningen och bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning, men inkluderar också handläggningen och planeringen av den rehabilitering som ersättningen avser.

Metod

Urval

Uppföljningen omfattar ett slumpmässigt urval om 500 ärenden där den försäkrade ansökt om rehabiliteringsersättning under första kvartalet 2015.

Urvalet har hämtats från ÄHS, som är Försäkringskassans IT-baserade handläggningssystem.

Av de 500 ärendena föll fem procent bort. Ärenden som föll bort var sådana där det fanns en särskild sekretessmarkering. Det var också ärenden där den försäkrade hade skickat in en blankett för ansökan om rehabiliteringsersättning men där det visade sig att den försäkrade hade avsett att ansöka om något annat, såsom ersättning för merkostnader för arbetsresor eller sjukersättning.

En majoritet av de försäkrade, 63 procent, var anställda och 39 procent var arbetslösa. En procent var egenföretagare och mindre än en procent var studerande. I en procent av ärendena framgick det inte vilken sysselsättning den försäkrade hade. Anledningen till att summan av dessa andelar blir mer än 100 procent är att en del försäkrade hade flera sysselsättningar.

Aktgranskning

Granskningsarbetet har utförts av fem personliga handläggare. Försäkringskassans avdelning för sjukförsäkring är organiserad i fem geografiska verksamhetsområden och varje verksamhetsområde har bidragit med en granskare.

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.

Granskningen tar sin utgångspunkt i Försäkringskassans dokumentation i ärendet. De uppgifter som har betydelse för utgången i ärendet eller som behövs för att kunna följa ärendets handläggning och de ställningstaganden som görs ska alltid dokumenteras. Men man kan inte helt utesluta att det förekommer dokumentationsbrister som medför att granskarnas bedömning görs utifrån ett ofullständigt underlag.

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 har också genomförts med anledning av resultatet. Dessa genomfördes i Södertälje och i Eskilstuna. På workshopparna deltog främst handläggare, men även specialister, enhetschef och lokal försäkrings-samordnare fanns med. På workshopparna presenterades resultaten från granskning och sedan diskuterades orsaker och tänkbara förbättrings-aktiviteter.

Kort om rehabilitering och rehabiliteringsersättning

Med begreppet rehabilitering avses i socialförsäkringsbalken arbetslivsinriktad rehabilitering. Det definieras som åtgärder som syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete (29 kap. 2 § SFB).

För att kunna få rehabiliteringsersättning måste man dels ha en sjukdom som sätter ned arbetsförmågan med minst en fjärdedel, dels ha behov av rehabilitering för att återfå arbetsförmågan. Ersättningen betalas ut för den tid då man deltar i rehabiliteringen. (31 kap. 3 § SFB)

Rehabiliteringsersättning finns i två former, rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Rehabiliteringspenningen är en dagersättning som betalas ut med ett belopp som motsvarar sjukpenningen. Särskilt bidrag är en kostnadsersättning som täcker vissa kostnader i samband med rehabiliteringen.

Eftersom rehabiliteringsersättning betalas ut för tiden då man deltar är det endast sådan rehabilitering som bygger på någon form av aktivt deltagande som ger rätt till ersättning. Om åtgärden till exempel innebär att arbetsgivaren möjliggör arbetsåtergång genom att anpassa arbetet eller erbjuda ett annat arbete blir det normalt inte aktuellt med rehabiliteringsersättning. Däremot kan rehabiliteringsersättning till exempel förekomma i samband med arbetsträning eller utbildning.

Enligt regeringens regleringsbrev till Försäkringskassan är målet för sjukförsäkringen att rätt ersättning ges till rätt person och att rätt åtgärder ges i rätt tid.

För att åstadkomma det krävs det en ordentlig utredning av arbetsförmågan och behovet av rehabilitering innan man eventuellt påbörjar rehabilitering. Den vars arbetsförmåga inte är nedsatt med minst en fjärdedel har inte rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Det finns inte heller anledning för Försäkringskassan att samordna rehabiliteringsåtgärder i den situationen. Rehabilitering och rehabiliteringsersättning är inte heller aktuellt för den som har nedsatt arbetsförmåga men som kan återfå sin förmåga utan arbetslivsinriktade åtgärder. Om det är endast medicinsk behandling som behövs för att återställa arbetsförmågan är det till exempel inte motiverat med arbetsträning.

Resultat

Nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering?

Granskarna har bedömt att det i nästan en fjärdedel (23 procent) av ärendena inte var styrkt att arbetsförmågan var nedsatt med minst en fjärdedel vid den tidpunkt då rehabiliteringen startade.

I de ärenden där arbetsförmågan var nedsatt bedömdes det inte finnas behov av rehabilitering i en tiondel (10 procent).

Om man beaktar båda dessa grupper – de som redan har arbetsförmåga och de som har nedsatt arbetsförmåga men inget behov av rehabilitering – så utgör de nästan en tredjedel (31 procent) av de granskade ärendena.

Det innebär att enligt granskarnas bedömning genomförs rehabilitering i onödan, utan att det finns ett påvisat behov av det, i nästan en tredjedel av ärendena. Det innebär också att ersättning betalas ut på tveksamma grunder i dessa ärenden.

Prövningen av rätten till rehabiliteringsersättning

Rehabiliteringspenning

Vilket beslut hade Försäkringskassan fattat?

Samtliga försäkrade i de ärenden som granskats hade ansökt om rehabiliteringspenning. Det förekom inte något ärende där den försäkrade enbart hade ansökt om särskilt bidrag. Försäkringskassan har en gemensam ansökningsblankett för de båda formerna av rehabiliteringsersättning, där man kryssar i vilken eller vilka former man ansöker om.

Försäkringskassan hade fattat beslut om att bevilja rehabiliteringspenning i nästan alla ärenden (98 procent). Övriga ärenden var av två olika slag. Dels fanns det några ärenden där handläggaren hade betalat ut rehabiliteringspenning utan att ha fattat något formellt beslut. Handläggaren hade alltså varken upprättat ett särskilt beslutsbrev eller skrivit ett beslut i journalen. Dels fanns det några ärenden där ansökan om rehabiliteringspenning inte hade föranlett någon åtgärd överhuvudtaget. Det är en grundläggande förvaltningsrättslig princip att en ansökan alltid ska besvaras med ett beslut. De förvaltningsrättsliga brister som framkommit i detta avseende är allvarliga, även om det rör sig om få ärenden.

Försäkringskassan hade inte avslagit ansökan om rehabiliteringspenning i något ärende. Det framgick också att det ofta var handläggaren som hade initierat den försäkrades ansökan. Den försäkrade hade alltså inte ansökt på eget initiativ. Det framkom också på de workshoppar med handläggare som vi haft efter granskningen att ”spontana” ansökningar om rehabiliteringsersättning i princip aldrig förekommer.

För hur lång tid hade den försäkrade fått rehabiliteringspenning?

Det finns ingen fast tidsgräns för hur lång tid rehabiliteringspenning kan beviljas. Men det framgår i förarbetena att rehabilitering normalt bör vara avslutad inom ett år. Rehabiliteringen ska bedrivas på ett tidseffektivt sätt.

I åtta procent av ärendena hade den försäkrade beviljats rehabiliteringspenning för längre tid än ett år. Det vanligaste var att den försäkrade hade beviljats rehabiliteringspenning för en period om maximalt tre månader. Det gällde i nästan hälften (47 procent) av ärendena. I 22 procent av ärendena hade det beviljats en period som var 4-6 månader och i 23 procent av ärendena var perioden 7-12 månader.

Uppgifterna om tidsperioden med rehabiliteringspenning avser samtliga beslut som fattats för den aktuella sjukperioden. Urvalet avsåg ärenden där den försäkrade hade ansökt om rehabiliteringsersättning under första kvartalet 2015 men en del försäkrade hade ansökt om rehabiliteringspenning även tidigare eller senare. Ersättning som beviljats med anledning av en sådan ansökan har räknats med, under förutsättning att den avsett samma sjukperiod. Med sjukperiod avses en period då den försäkrade i oavbruten följd antingen har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel eller har rätt till rehabiliteringsersättning eller sjukpenning i förebyggande syfte (27 kap. 26 § SFB).

Hade Försäkringskassan underrättat den försäkrade om beslutet?

Uppföljningen visar att Försäkringskassan som regel underrättar den försäkrade skriftligt om beslutet om rehabiliteringsersättning. I ett fall hade den försäkrade underrättats muntligt och i en handfull ärenden framgick det inte att den försäkrade hade underrättats på något annat sätt än genom utbetalningsbeskedet.

Förvaltningslagen ger utrymme för muntliga beslutsunderrättelser, men Försäkringskassan har bedömt att det är lämpligast att underrätta den försäkrade skriftligt eftersom det minskar risken för missförstånd och underlättar Försäkringskassans dokumentation av det beslut som fattats. Det framgår av Försäkringskassans vägledning 2004:7 *Förvaltningsrätt i praktiken* (version 10, avsnitt 12.4.1).

Eftersom ett beslut om rehabiliteringspenning fattas framåt i tiden och är villkorat med att den försäkrade deltar i den planerade rehabiliteringen är det särskilt viktigt att den försäkrade är fullt införstådd med vad som är beslutat. Hen behöver också få tydligt information om vad som gäller till exempel vid sjukfrånvaro och vid eventuella skador som uppstår under

rehabiliteringen. Den försäkrade bör därför alltid få en skriftlig underrättelse om beslutet tillsammans med skriftlig sådan information.

Bedömningen av rätten till rehabiliteringspenning

I ungefär en tredjedel av ärendena (36 procent) ansåg granskarna att den försäkrade inte alls hade rätt till rehabiliteringspenning. I 22 procent av ärendena ansåg de att den försäkrade hade rätt till rehabiliteringspenning i lägre omfattning än vad handläggarna hade bedömt. I resterande ärenden, 42 procent, delade granskarna handläggarens bedömning av rätten till rehabiliteringspenning fullt ut.

De ärenden där granskarna bedömde att den försäkrade inte alls hade rätt till rehabiliteringspenning var till största delen sådana där granskarna bedömde att den försäkrade inte hade nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel eller där de bedömde att den försäkrade inte hade behov av rehabilitering trots nedsatt arbetsförmåga. Som framgår ovan uppgick andelen sådana ärenden till totalt 31 procent av de granskade ärendena. De övriga ärenden där granskarna bedömde att den försäkrade inte hade rätt till rehabiliteringspenning var sådana där åtgärden som vidtogs inte kunde anses utgöra arbetslivsinriktad rehabilitering. Det kunde istället handla om att den försäkrade deltog i en utredning av arbetsförmågan eller i någon typ av förberedande åtgärd som inte kunde betraktas som arbetslivsinriktad rehabilitering.

I de ärenden där granskarna delvis, men inte helt, instämde i handläggarnas bedömning av rätten till rehabiliteringspenning handlade det om att de ansåg att den beviljade perioden var alltför lång. Det fanns enligt deras bedömning inte stöd för att bevilja rehabiliteringspenning för hela perioden.

Framgår det vilken tid den försäkrade aktivt har deltagit i rehabiliteringen?

Rehabiliteringspenning kan beviljas för den tid då den försäkrade deltar i en rehabiliteringsåtgärd, och i den omfattning som åtgärden hindrar den försäkrade från att förvärvsarbeta (31 kap. 3 och 7 §§).

För att bedöma rätten till rehabiliteringspenning måste man alltså veta vilken tid den försäkrade deltar i åtgärden. Granskarna har bedömt att detta framgick i drygt två tredjedelar av ärendena (69 procent).

Uppgifter om tiden framkom främst i mötesanteckningar och i anteckningar efter telefonsamtal med den försäkrade eller med chef eller anordnare. Granskarnas bild är att det oftare fanns tidsuppgifter i ärenden där den försäkrade arbetstränade hos sin ordinarie arbetsgivare än när den försäkrade deltog i rehabilitering via Arbetsförmedlingen.

Det finns en blankett för närvaroförsäkran vid rehabilitering (FK6646) men granskningen visar att den sällan används. Den förekom inte i något av de granskade ärendena. Det finns inget formellt krav på närvaroförsäkran, men Försäkringskassan behöver tillräckliga uppgifter om det faktiska deltagandet för att kunna ta ställning till rätten till rehabiliteringspenning. Uppgifter om

faktiska förhållanden ska dessutom lämnas på heder och samvete (110 kap. 4 § SFB). Närvaroförsäkringen tillgodoser dessa behov.

En bidragande orsak till att närvaroförsäkringen inte används kan vara att Försäkringskassan för närvarande tillämpar reglerna om rehabiliteringspenning på ett sätt som innebär att den försäkrade i vissa fall får rehabiliteringspenning i högre omfattning än vad som motsvarar det faktiska deltagandet. En försäkrad vars arbetsförmåga är helt nedsatt när rehabiliteringsperioden startar har till exempel kunnat få hel rehabiliteringspenning under rehabiliteringen, oavsett i vilken omfattning hen deltagit och oavsett om arbetsförmågan successivt förbättrats under perioden. Med en sådan tillämpning har det inte varit avgörande för bedömningen av rätten till ersättning att veta den exakta omfattningen på deltagandet.

Den felaktiga tillämpningen identifierades i samband med revideringen av vägledningen för sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning under våren 2015. En förändrad tillämpning bedömdes dock kräva bland annat IT-utveckling för att möjliggöra maskinell utbetalning av olika dagessättningar för samma dag, t.ex. om den försäkrade för samma dag har rätt till halv rehabiliteringspenning och halv sjukpenning. Det bestämdes därför att förändringen skulle skjutas fram till år 2016.

Redan nu behöver Försäkringskassan naturligtvis tillräckliga uppgifter om omfattningen på den försäkrades deltagande, både för att bedöma rätten till ersättning och för att följa upp hur rehabiliteringen framskrider. I samband med att tillämpningen ändras ökar dock behovet av specifika uppgifter om vilken tid den försäkrade faktiskt har deltagit i rehabiliteringen och det behöver därför övervägas hur dessa uppgifter bör hämtas in.

Särskilt bidrag

Vilket beslut hade Försäkringskassan fattat?

I en tredjedel (33 procent) av ärendena hade den försäkrade ansökt om särskilt bidrag.

Försäkringskassan hade fattat beslut om att bevilja ansökan i nästan alla dessa ärenden (95 procent av dem som hade ansökt). I övriga ärenden hade det inte fattats något beslut. Antingen hade ansökan inte föranlett någon åtgärd överhuvudtaget eller så hade särskilt bidrag betalats ut utan att något beslut hade dokumenterats.

Nästan samtliga ansökningar och beslut om särskilt bidrag avsåg resor till och från platsen för rehabiliteringen. Det var 99 procent av besluten som gällde sådana kostnader. I ett ärende hade ersättning beviljats för kursavgift och i två ärenden hade ersättning beviljats för boende på annan ort i samband med rehabiliteringen.

Enligt granskarna var det huvudsakligen arbetslösa försäkrade som ansökte om särskilt bidrag. Det beror sannolikt på att ansökan som regel initierats av handläggaren, och att möjligheten att få särskilt bidrag för resor är mycket

begränsade för den som deltar i rehabilitering hos sin arbetsgivare. Sådan ersättning kan bara beviljas om det är skäligt med hänsyn till de rese-kostnader som den försäkrade skulle haft i sitt ordinarie arbete.

För hur lång tid hade den försäkrade fått särskilt bidrag?

Det finns ingen fast tidsgräns för hur lång tid särskilt bidrag kan beviljas. Men det framgår i förarbetena att rehabilitering normalt bör vara avslutad inom ett år. Rehabiliteringen ska bedrivas på ett tidseffektivt sätt.

I åtta procent av ärendena hade den försäkrade beviljats särskilt bidrag för längre tid än ett år. I 27 procent av ärendena hade den försäkrade beviljats särskilt bidrag för en period om maximalt tre månader. I 30 procent av ärendena hade det beviljats en period som var 4-6 månader och i 35 procent av ärendena var perioden 7-12 månader.

Uppgifterna om tidsperioden med särskilt bidrag avser samtliga beslut som fattats för den aktuella sjukperioden. Urvalet avsåg ärenden där den försäkrade hade ansökt om rehabiliteringsersättning under första kvartalet 2015 men en del försäkrade hade ansökt om ersättning även tidigare eller senare. Särskilt bidrag som beviljats med anledning av en sådan ansökan har räknats med, under förutsättning att den avsett samma sjukperiod. Med sjukperiod avses en period då den försäkrade i oavbruten följd antingen har nedsatt arbetsförmåga med minst en fjärdedel eller får rehabiliteringsersättning eller sjukpenning i förebyggande syfte (27 kap. 26 § SFB).

Hade Försäkringskassan underrättat den försäkrade om beslutet?

I nästan alla ärenden där beslut om att bevilja särskilt bidrag hade fattats hade den försäkrade underrättats skriftligt om beslutet. I ett ärende hade den försäkrade bara fått muntlig information och i två ärenden hade den försäkrade inte underrättats på något annat sätt än genom utbetalningsbeskedet.

Bedömningen av rätten till särskilt bidrag

I ungefär två tredjedelar (68 procent) av ärendena skulle granskarna ha beviljat särskilt bidrag i samma omfattning som handläggaren har gjort. Men i 18 procent av ärendena anser granskarna att den försäkrade inte har rätt till något särskilt bidrag alls, och i 14 procent av ärendena bedömer de att särskilt bidrag skulle betalats ut i mindre omfattning.

De ärenden där särskilt bidrag inte alls skulle ha beviljats var enligt granskarna sådana att den försäkrade inte uppfyllde de grundläggande kraven för rehabiliteringsersättning. Den försäkrades arbetsförmåga var inte nedsatt eller så fanns det inte något behov av rehabilitering trots att arbetsförmågan var nedsatt.

De ärenden där granskarna ansåg att särskilt bidrag skulle ha beviljats i lägre omfattning var huvudsakligen sådana där man beviljat omotiverat höga belopp. Till exempel hade man beviljat ersättning motsvarande dagliga resor trots att den försäkrade bara deltog i rehabilitering någon eller några dagar i veckan. Ett annat exempel är att man beviljat ersättning för resor med egen

bil i situationer då det saknas stöd i regelverket för det. Det finns en förbättringspotential när det gäller utredningen av antalet resor som rehabiliteringen kräver och vilket som är det billigaste färdssättet. Granskarnas upplevelse var att handläggarna verkar osäkra på vilka reskostnader som kan ersättas inom ramen för särskilt bidrag.

Rehabiliteringsplanen

Om en försäkrad behöver en rehabiliteringsåtgärd som man kan få rehabiliteringsersättning för är Försäkringskassan skyldig att upprätta en rehabiliteringsplan (30 kap. 12 § SFB).

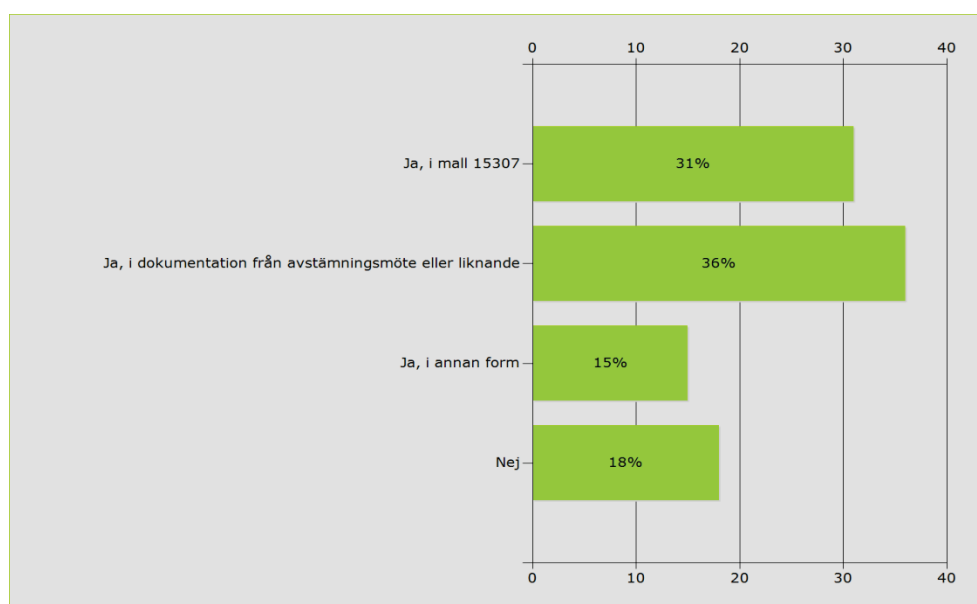
Planen har två syften. Den ska dels säkerställa att de arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder som är nödvändiga genomförs, dels ligga till grund för beslut om rehabiliteringsersättning.

Planen ska alltid innehålla en tidsplan för rehabiliteringen och uppgifter om de rehabiliteringsåtgärder som ska genomföras. Planen ska också innehålla information om vem som ansvarar för de olika rehabiliteringsåtgärderna. Även övriga uppgifter som behövs för att genomföra rehabiliteringen ska framgå. (30 kap. 13 § SFB)

Finns det en rehabiliteringsplan i ärendet?

Nedanstående diagram visar om det förekom en rehabiliteringsplan i ärendena samt vilken form den i så fall hade.

Diagram 1 Andelen (procent) av alla granskade ärenden



En rehabiliteringsplan som upprättats i den framtagna mallen (FK15307) förekom i knappt en tredjedel av ärendena. Det var vanligare att man dokumenterade sin planering på annat sätt, i mötesanteckningar eller i annan

form. När det var i annan form så handlade det i praktiken om Försäkringskassans journalanteckningar.

I nästan en femtedel av ärendena bedömde granskarna att det inte fanns något som kan betecknas som en rehabiliteringsplan. Det fanns då ingen samlad dokumentation av planeringen i ärendet. Om det fanns en samlad dokumentation av planeringen ansågs det som en rehabiliteringsplan, även om den inte hade rubricerats så eller inte innehöll samtliga uppgifter som en rehabiliteringsplan ska innehålla.

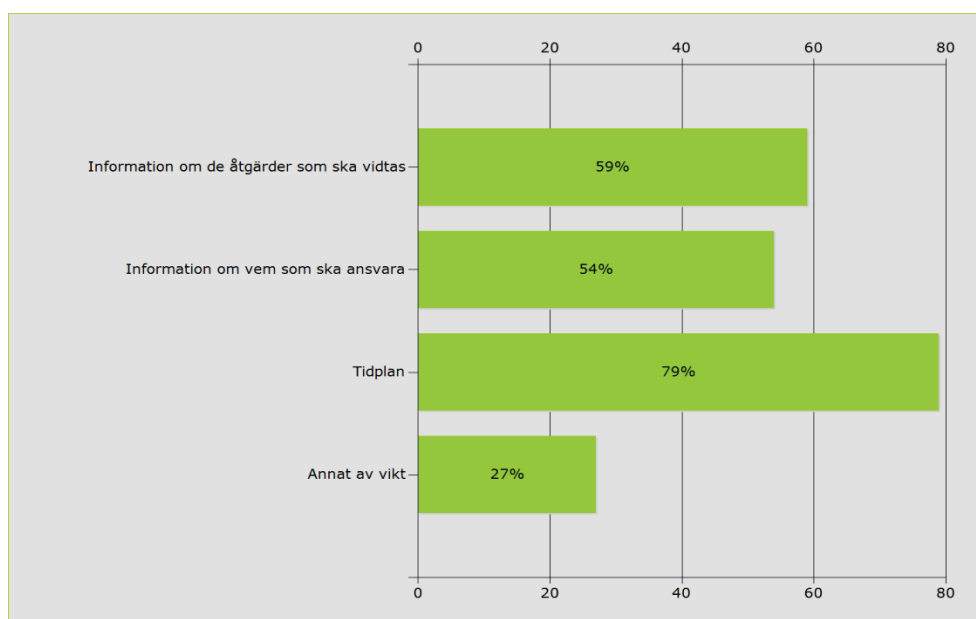
Innehåller planen den information som behövs?

De formella kraven på rehabiliteringsplanen framgår i 30 kap. 13 § SFB. Där framgår att planen ska innehålla uppgifter om de rehabiliteringsåtgärder som ska genomföras, tidsplan för dem, uppgifter om vem som har ansvaret för åtgärderna samt de övriga uppgifter som behövs för att genomföra rehabiliteringen.

För att planen ska anses innehålla tillräcklig information måste det finnas konkreta uppgifter om insatserna som ska genomföras, när och i vilken omfattning de ska genomföras och vem som ansvarar för att anordna och följa upp dem. Det är en förutsättning för att syftet med planen – att tydliggöra planeringen för alla inblandade och att ligga till grund för bedömningen av rätten till rehabiliteringsersättning – ska kunna uppfyllas.

Uppföljningen visar att planerna ofta är bristfälliga. Enligt granskarna innehåller planen den information som behövs i drygt en tredjedel av ärendena (37 procent).

I resterande ärenden är planen bristfällig i något eller några avseenden. Nedanstående diagram visar vilka specifika brister som fanns i dessa ärenden. Granskarna har kunnat ange flera områden där planen varit bristfällig.

Diagram 2 Andel (procent) av ärendena med bristfällig rehabiliteringsplan


Det vanligaste var att tidsplanen var bristfällig. Uppgifterna om när rehabiliteringsåtgärderna skulle genomföras och i vilken omfattning var i dessa fall diffusa, ibland i princip obefintliga. Det kunde t.ex. stå att rehabiliteringen skulle genomföras ”under våren”, utan någon konkret uppgift om vilket datum den skulle starta och när den planerades att sluta. En så övergripande tidsplan kan varken ligga till grund för ett beslut om rehabiliteringsersättning eller bidra till att rehabiliteringen genomförs på ett effektivt och målinriktat sätt. Det behöver finnas en konkret tidsplan med start- och slutdatum och med uppgifter om vilka tider som den försäkrade aktivt ska delta i någon aktivitet.

Det var också vanligt att uppgifterna om vad rehabiliteringsåtgärderna bestod i var bristfällig. Det kunde t.ex. stå att den försäkrade skulle delta i ett fördjupat samarbete med Arbetsförmedlingen, utan att det precisades vilka konkreta insatser som den försäkrade skulle delta i. Det var också vanligt att det stod att den försäkrade skulle arbetsträna hos sin arbetsgivare, men att det inte framgick något mer om vad arbetsträningen innebar. Det behöver finnas konkreta uppgifter om rehabiliteringsåtgärderna för att Försäkringskassan ska kunna bevilja rehabiliteringsersättning och för att Försäkringskassan ska kunna följa upp hur rehabiliteringen fungerar.

Det förekom dessutom att planerna saknade uppgift om vem som ansvarade för de olika insatserna. För den som är insatt i ansvarsfördelningen mellan olika parter på rehabiliteringsområdet kan det kanske framstå som uppenbart, men eftersom det är ett lagkrav och eftersom det skapar tydlighet för alla inblandade är det ändå viktigt att det framgår.

Det förekom också att det saknades annan information, främst om uppföljningen av rehabiliteringen. Det kunde handla om att det inte alls stod något om uppföljning, eller att det t.ex. stod ”uppföljning om en månad” utan att precisera vem som skulle göra vad. Uppföljningen är viktig för att säkerställa att rehabiliteringen framskrider som förväntas och genomförs så

effektivt som möjligt. Det bör därför alltid finnas tydlig information i planen om när och hur uppföljning ska ske, så att alla är införstådda med vad som gäller.

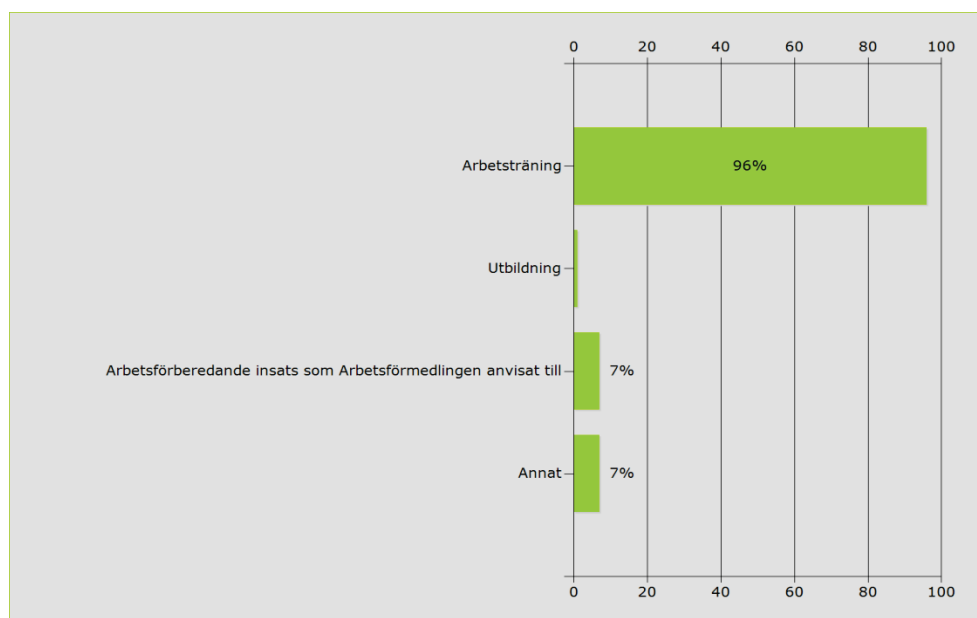
Granskarna har noterat att i det i rehabiliteringsplaner som avser arbetslösa försäkrade ofta anges att Arbetsförmedlingen ska följa upp rehabiliteringen. När Arbetsförmedlingen svarar för själva insatsen är det naturligtvis viktigt att de är aktivt engagerade i genomförandet. Men Arbetsförmedlingens ansvar innebär inte att Försäkringskassan kan låta bli att följa upp hur genomförandet framskrider och hur den försäkrades arbetsförmåga utvecklas. Försäkringskassan har ett ansvar enligt lag att fortlöpande se till att planen följs och att det vid behov görs ändringar i den (30 kap. 14 § SFB). Dessutom måste Försäkringskassan följa utvecklingen för att kunna betala ut rätt ersättning.

Rehabiliteringen

Vilken typ av rehabilitering är det fråga om?

Diagrammet nedan visar vilken typ av rehabilitering som enligt dokumentationen förekom i ärendena. I vissa ärenden förekom mer än en typ av åtgärd.

Diagram 3 Andel (procent) av samtliga granskade ärenden



Arbetssträning

Arbetssträning var den i särklass vanligaste typen av rehabiliteringsåtgärd. Det förekom i 96 procent av alla ärendena.

Anställda arbetstränade oftast i det ordinarie arbetet. Så var det i drygt hälften (52 procent) av de ärendena. En femtedel (20 procent) av de anställda som arbetstränade gjorde det istället i ett annat arbete hos

arbetsgivaren. Ungefär en fjärdedel (26 procent) arbetstränade i ett arbete utanför arbetsgivarens verksamhet. I resterande ärenden (två procent) framgick det inte vad det var för arbete.

De flesta (86 procent) av de arbetslösa som arbetstränade gjorde det i ett arbete inom den öppna arbetsmarknaden. I åtta procent av ärendena genomfördes arbetsträningen istället i ett arbete inom den skyddade arbetsmarknaden, som regel på Samhall. I resterande ärenden framgick det inte vad det var för arbete.

Av de få egenföretagare som förekom bland de granskade ärendena så deltog tre av fem i arbetsträning, och i samtliga fall skedde arbetsträningen i ett arbete på den öppna arbetsmarknaden.

I urvalet förekom också två studerande, och båda arbetstränade i ett arbete på den öppna arbetsmarknaden.

Utbildning

Utbildning förekom mycket sällan, i en procent av ärendena. Det är inte förvånande, eftersom sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp är renodlat medicinskt och rehabilitering ska syfta till att återställa arbetsförmågan. En utbildning förbättrar normalt inte de medicinska förutsättningarna att *utföra* ett arbete. Utbildning kan dock innebära att den försäkrade förbättrar sin förmåga att *få* ett arbete.

För en anställd vars arbetsgivare kan erbjuda omplacering till ett annat arbete under förutsättning att man går en utbildning kan rehabilitering i form av utbildning bli aktuell under den period i rehabiliteringskedjan då bedömningen av arbetsförmåga begränsas till arbete hos arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga ska bedömas i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan utbildning bli aktuellt om förmågan är nedsatt i sådana arbeten men ett specialanpassat eller skyddat arbete skulle kunna bli aktuellt efter utbildning.

I uppföljningen var det två anställda och fem arbetslösa som genomgick rehabilitering i form av utbildning. Det förekom inte någon egenföretagare eller studerande som deltog i sådan rehabilitering.

Arbetsförberedande insats

Arbetsförberedande åtgärder är ett individuellt anpassat program som Arbetsförmedlingen kan erbjuda den som behöver förbereda sig för ett annat arbetsmarknadspolitiskt program. Enligt Försäkringskassans rättsliga ställningstagande 2012:04 ska en försäkrad som deltar i en förberedande åtgärd som Arbetsförmedlingen anvisat till genom ett programbeslut anses vara en arbetslivsinriktad rehabiliteringsåtgärd, oavsett vilka konkreta aktiviteter som den förberedande åtgärden består i. Arbetsförberedande insatser förekom som regel i kombination med en efterföljande arbetsträning.

Arbetsförberedande insatser förekom i sju procent av alla ärendena, och både för anställda och arbetslösa. Av de anställda var det fem procent och av de arbetslösa 14 procent som deltog i en sådan insats. En av de fem egenföretagarna som fanns i urvalet deltog också i en arbetsförberedande insats, däremot ingen av de båda studerande som fanns i urvalet.

Annat

I sju procent av ärendena fanns det uppgift om någon annan typ av åtgärd under perioden med rehabiliteringsersättning. Det förekom till exempel att den försäkrade skulle genomgå någon typ av utredning, t.ex. en arbetsprovning för att klarlägga arbetsförmågan eller någon annan utredning via Arbetsförmedlingen eller något företag som tillhandahåller utredningstjänster. Det förekom också att den försäkrade skulle delta i något projekt men att det inte framgick vad det var för typ av åtgärder som det gällde. Det förekom också uppgifter om att den försäkrade skulle delta i någon slags arbetsförberedande åtgärder, men att det inte framgick att det var ett program som Arbetsförmedlingen anvisat till och inte heller i övrigt framgick vad det var för typ av åtgärder.

Bedöms åtgärderna vara lämpliga och effektiva?

Som vi konstaterat ovan var det nästan en tredjedel av ärendena där den försäkrade bedömdes antingen inte ha nedsatt arbetsförmåga eller, om arbetsförmågan var nedsatt, sakna behov av rehabilitering för att återfå sin förmåga. I dessa ärenden fanns det alltså inte skäl att genomföra några rehabiliteringsåtgärder alls.

För dem som har nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering är det viktigt att rätt åtgärder genomförs. Enligt granskarnas bedömning var åtgärderna dock olämpliga i en fjärdedel (25 procent) av ärendena. Andelen gäller i förhållande till de ärenden där den försäkrade bedömdes ha nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering. Om man lägger samman dessa ärenden med de ärenden där rehabiliteringsåtgärderna var onödiga, eftersom den försäkrade inte bedömdes ha nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering, blir det nästan hälften (48 procent) av de granskade ärendena.

Ett exempel på åtgärd som granskarna inte bedömt som lämplig är när man arbetstränar i ordinarie arbete trots att det arbetet inte är lämpligt ur medicinsk synvinkel. Sådan arbetsträning fördröjer den omställning till annat arbete som behövs och riskerar att förlänga sjukfallet. Ett annat exempel är när man arbetstränar i ett annat arbete hos sin arbetsgivare utan att arbetsgivaren har erbjudit en faktisk omplacering till det arbetet. Även det kan många gånger fördröja en långsiktig lösning och riskera att förlänga sjukfallet, men behöver inte göra det om det aktuella arbetet är optimalt ur medicinsk synvinkel och man har en planering för vad som ska hända när arbetsförmågan har återställts så att det inte blir bakslag då. Ytterligare ett exempel är när man arbetstränar via Arbetsförmedlingen, men det aktuella arbetet inte är lämpligt ur medicinsk synvinkel.

Ett annat problem som framkom var att rehabiliteringen ibland föreföll ta omotiverat lång tid utifrån den försäkrades förutsättningar. Det förekom i vissa fall långa väntetider innan rehabiliteringen startade som inte berodde på den försäkrades hälsotillstånd. Det förekom också att rehabiliteringen fortsatte längre än vad som framstod som motiverat. Rehabiliteringen ska inte fortsätta när den försäkrade inte längre har nedsatt arbetsförmåga. Det finns inte heller anledningen att fortsätta rehabiliteringen när den försäkrade inte längre har behov av rehabilitering för att återfå arbetsförmågan, utan kan återgå i arbete eller arbetsökande genom att successivt trappa ned sjukskrivningsgraden.

Ser man till de ärenden där granskarna bedömde att den försäkrade hade nedsatt arbetsförmåga och behov av rehabilitering och dessutom ansåg att inriktningen på åtgärderna var lämplig var det i en dryg tredjedel (37 procent) som granskarna bedömde att rehabiliteringen tog omotiverat lång tid. Enligt granskarna handlade det huvudsakligen om ärenden där rehabilitering skedde i samverkan med Arbetsförmedlingen. I dessa ärenden förekom inte sällan dröjsmål från det att behovet av rehabilitering identifierats och den försäkrade skrivits in i ett arbetsmarknadspolitiskt program tills det att den faktiska rehabiliteringen startade.

Sammantaget var det en tredjedel (33 procent) av alla granskade ärenden som granskarna bedömde hade en i alla delar lämplig rehabiliteringsplanering. I resten av ärendena (67 procent) bedömde granskarna att rehabiliteringen var onödig eftersom den försäkrade inte hade nedsatt arbetsförmåga eller behov av rehabilitering för att återfå arbetsförmågan, att åtgärderna som sådana var olämpliga eller att rehabiliteringen pågick onödigt länge.

Uppföljning av rehabiliteringen

I avsnittet om rehabiliteringsplanen ovan noterade vi att det inte sällan saknas tillräckliga uppgifter i planen om hur, när och av vem som genomförandet av rehabiliteringen ska följas upp. Vi har i granskningen också tittat på vilken uppföljning handläggaren faktiskt har gjort, utifrån vad som framkommer i dokumentationen.

Granskarna har bedömt att handläggaren har följt upp rehabiliteringen i tillräcklig omfattning i majoriteten (79 procent) av ärendena. Enligt granskarna är det oftast i ärenden där rehabilitering sker i samarbete med Arbetsförmedling som uppföljningen är bristfällig. Det fanns ärenden där det saknades information för långa perioder, i vissa fall i mer än ett halvår.

Det var vanligt att rehabiliteringsplanen reviderades vid något eller några tillfällen under rehabiliteringen. Det skedde i mer än hälften av ärendena (56 procent). Det berodde som regel på medicinska faktorer, såsom att den försäkrade upplevde att rehabiliteringen medförde ökad smärta eller trötthet. Det föranledde att rehabiliteringen avbröts tillfälligt eller permanent, att omfattningen minskades eller att en planerad utökning inte genomfördes.

Enligt granskarna fattades besluten att revidera planen ofta utifrån den försäkrades egna uppgifter om hälsotillståndet. Det utreddes inte om det fanns tillräcklig medicinsk grund för att revidera planeringen. Det förekom flera ärenden där den behandlande läkaren uppgav att planeringen behövde revideras, men där läkaren enbart hänvisade till sin patients uppgifter och inte lämnade någon medicinsk förklaring till sin bedömning. Alla parter, även Försäkringskassan, verkade godta den försäkrades egen bedömning av sin förmåga.

Arbetsförmågan efter rehabiliteringen

Alla ärenden var inte avslutade vid granskningstillfället. I 17 procent pågick rehabiliteringen fortfarande.

I 37 procent av de ärenden där rehabiliteringen hade avslutats var den försäkrades arbetsförmåga fortfarande nedsatt i samma omfattning som innan rehabiliteringen. Rehabiliteringen hade alltså inte medfört att den försäkrade kunnat minska sin sjukskrivningsgrad, i vart fall inte under den tid som kunnat studeras i uppföljningen.

I 26 procent av ärendena där rehabiliteringen hade avslutats hade den försäkrades arbetsförmåga i viss mån förbättrats, men den försäkrade var fortfarande sjukskriven till någon del. I 31 procent av dessa ärenden hade den försäkrade helt återfått sin arbetsförmåga, vilket framgick av att den försäkrade inte längre var sjukskriven till någon del och det fanns dokumenterat att den försäkrade helt återgått i arbete eller arbetssökande.

I en del ärenden (6 procent) framgick det inte riktigt vad rehabiliteringen hade resulterat i. Sjukfallet var avslutat men det fanns inga uppgifter om vad den försäkrade gjorde efter avslutad rehabilitering.

Sammanfattande diskussion och slutsatser

Resultaten visar att det finns en betydande förbättringspotential när det gäller att pröva den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering innan en rehabiliteringsplan upprättas och beslut om rehabiliteringsersättning fattas.

Det framkommer att Försäkringskassan i princip aldrig avslår en ansökan om rehabiliteringsersättning. Eftersom Försäkringskassan som regel är involverad i den planering som leder fram till ansökan är det inte förvånande. Men det ursprungliga initiativet till rehabiliteringen tycks många gånger komma från arbetsgivaren eller hälso- och sjukvården. För att Försäkringskassan ska kunna bidra till att rätt åtgärd ges till rätt person vid rätt tidpunkt samt säkerställa att ersättning beviljas på rätt grunder är det viktigt att Försäkringskassan värderar impulsen utifrån sjukförsäkringens regelverk och vidtar den ytterligare utredning som eventuellt behövs redan innan planeringen görs.

I nästan en tredjedel av ärendena bedömde granskarna att den försäkrade inte hade behov av rehabilitering. Merparten av dessa ärenden var sådana där granskarna bedömde att den försäkrades arbetsförmåga inte var nedsatt och att rehabilitering därför inte behövdes. Men det fanns också en del ärenden där arbetsförmågan bedömdes vara nedsatt men där den försäkrade ansågs kunna återgå i arbete utan rehabilitering, till exempel genom att successivt trappa ned sjukskrivningsgraden.

Dessa brister innebär att ersättning betalas ut på tveksamma grunder och motverkar målet om en välfungerande sjukförsäkring och ett minskat sjukpenningtal.

Rehabiliteringsärenden är tidskrävande, eftersom planering, samordning och uppföljning av rehabilitering ofta kräver ett flertal möten och avstämningar. Obehövliga rehabiliteringsåtgärder innebär alltså att tid och resurser läggs på fel saker.

De rehabiliteringsåtgärder som förekom i de granskade ärendena var huvudsakligen arbetsträning och förberedande insatser inför arbetsträning. I uppföljningen såg vi exempel på att arbetsträningen genomfördes i ett olämpligt arbete och att den därför inte kunde förväntas leda till att den försäkrade så snart som möjligt återfick sin arbetsförmåga. Det förekom till exempel att den försäkrade arbetstränade i ordinarie arbete trots att det arbetet inte var lämpligt ur medicinsk synvinkel, eller att hen arbetstränade i ett annat arbete hos arbetsgivaren utan att det framgick att omplacering hade erbjudits eller att det fanns någon annan planering för vad som skulle hända efter arbets-

träningen. Sådan rehabilitering riskerar att fördröja den omställning som behövs och förlänga tiden med ersättning.

Uppföljningen indikerar också att rehabiliteringen ibland tar längre tid än vad som är motiverat utifrån den försäkrades hälsotillstånd, särskilt när det gäller rehabilitering som sker i samverkan med Arbetsförmedlingen. Det förekommer väntetider och avbrott som fördröjer rehabiliteringen.

Den försäkrade var efter avslutad rehabilitering sjukskriven i samma omfattning som innan rehabiliteringen i nästan 40 procent av ärendena. I ungefär en tredjedel av ärendena hade sjukskrivningen helt avslutats efter att rehabiliteringen slutförts. Det är svårt att dra några bestämda slutsatser av utfallet, eftersom det inte går att veta hur arbetsförmågan hade utvecklats om rehabiliteringen inte hade genomförts och eftersom man kan behöva ett längre tidsperspektiv för att utvärdera effekter.

Man kan konstatera att det generellt sett finns begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt på sjukfrånvaro.¹ Men begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är vagt och mångfacetterat och vissa åtgärder kan ha större effekter än andra.

Enligt lagstiftningen ska Försäkringskassan verka för att sådana åtgärder som behövs för en *effektiv rehabilitering* vidtas. För att rehabiliteringsersättning ska beviljas krävs det att åtgärden i det enskilda fallet kan förväntas återställa eller förbättra arbetsförmågan. Försäkringskassan måste alltså värdera vilka åtgärder som kan förväntas ge effekter på arbetsförmågan. Detta är mycket svåra bedömningar, och det behövs mer kunskap för att göra dem med hög kvalitet.

Sjukförsäkringens arbetsförmågebegrepp är renodlat medicinskt. Det är endast nedsättningar som beror på sjukdom som ger rätt till ersättning och det är endast sådana nedsättningar som, ur försäkringens perspektiv, kan kräva rehabilitering. Begreppet är också relationellt. Vid bedömningen av arbetsförmågan ställs individens medicinska förutsättningar i relation till kraven i det arbete eller på den arbetsmarknad som bedömningen ska göras i förhållande till. Det innebär att det principiellt sett finns två sätt att förbättra arbetsförmågan; att förbättra den försäkrades medicinska förutsättningar eller att anpassa arbetskraven.

¹ Se t.ex. *Arbetslivsinriktad rehabilitering*, underlagsrapport nr 7 till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), Inspektionen för socialförsäkringen, Rapport 2010:2 *Samverkan inom socialförsäkringen. En sammanställning av uppföljnings- och utvärderingsrapporter inom verksamheter finansierade med samverkansmedel*, Hetzler, Antoinette; Melén Daniel; Bjerstedt Daniel (2005). *Sjuk-Sverige: Försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion. Se även den parlamentariska socialförsäkringens slutbetänkande, där man framhåller att forskning visar att återgång i arbete i sig ofta kan påskynda tillfrisknandet och stärka den enskildes självtillit även om arbetsförmågan inte är helt återställd (SOU 2015:21 *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 269 och 586 ff.).

Arbetsträning innebär att prestationskraven sänks så länge arbetsträningen pågår men innebär inte i sig någon långsiktig förändring av kraven. Såvida inte någon arbetsanpassning görs är prestationskraven desamma vid arbetsträningens slut som de var innan arbetsträningen startade. För att arbetsträningen ska ha effekt på arbetsförmågan förutsätts det alltså att den förbättrar den försäkrades medicinska förutsättningar för arbetet. Generellt sett är det sannolikt medicinska åtgärder som i första hand kan bidra till att förbättra den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete. Men det kan inte uteslutas att arbetsträning också kan ha en sådan effekt, i vart fall vid vissa psykiska diagnoser.

Det kan finnas skäl för Försäkringskassan att i högre grad fokusera på andra typer av åtgärder, där förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan framstår som bättre. Vid sidan av medicinska åtgärder handlar det då om sådana arbetslivsinriktade åtgärder som förändrar arbetskraven. För den som är anställd kan arbetsanpassning och omplacering vara åtgärder som på goda grunder kan förväntas göra skillnad för arbetsförmågan, så länge arbetsförmågan ska bedömas i förhållande till arbete hos arbetsgivaren. För den vars arbetsförmåga är nedsatt i förhållande till arbeten som normalt förekommer på arbetsmarknaden kan det handla om arbetslivsinriktade åtgärder i form av lönebidrag eller liknande, som gör det möjligt att få ett arbete med lägre krav än vad som normalt ställs på arbetsmarknaden.

Åtgärder av detta slag är inte något som berättigar till rehabiliteringsersättning. Det är inte heller något som Försäkringskassan kan erbjuda, utan det är något som arbetsgivaren eller Arbetsförmedlingen ansvarar för. Men Försäkringskassan har ändå en viktig roll i sådan arbetslivsinriktad rehabilitering. Genom att utreda arbetsförmågan och tydliggöra för berörda parter vilka förutsättningar sjukförsäkringen ger kan Försäkringskassan underlätta för dem att vidta rätt åtgärder. Om Försäkringskassan till exempel klargör att sjukpenning troligen inte kommer att betalas efter dag 180 i rehabiliteringskedjan har den försäkrade och arbetsgivaren tydliga förutsättningar för sin planering och kan tillsammans ta ställning till hur situationen ska lösas.

Ett starkare fokus på utredning, information och korrekta beslut om ersättning skulle alltså kunna öka Försäkringskassans bidrag till en effektiv rehabilitering, samtidigt som det skulle kunna spara handläggningsresurser för Försäkringskassan. Detta genom att i högre grad överlåta till de berörda parterna att själva diskutera och planera lösningar utifrån de förutsättningar som råder. Till exempel skulle ett ökat användande av ett sådant arbetsgivarutlåtande som regleras i 110 kap. 21 § SFB kunna vara ett sätt att stärka parternas ansvar och minska Försäkringskassans arbetsinsats när det gäller rehabiliteringsplaneringen. Syftet med att ett sådant utlåtande infördes som en utredningsåtgärd i SFB var just att stärka parternas, särskilt den försäkrades, egna ansvar för att ta initiativ till åtgärder som möjliggör återgång i arbete (prop. 2007/08:136 s. 64 f.). Utifrån vad vi kunnat se i uppföljningen verkar det dock vara ovanligt att ett sådant utlåtande begärs.

Rekommendationer och åtgärder

1. Rekommendation: Säkerställa att den försäkrades arbetsförmåga och behov av rehabilitering utreds i tillräcklig omfattning innan eventuell planering av arbetslivsinriktad rehabilitering

En noggrann utredning av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete och av vad som kan förbättra dessa förutsättningar är nödvändig för att kunna ta ställning till arbetsförmågan och behovet av rehabilitering. Mot bakgrund av de brister som kommit fram i uppföljningen, och eftersom det övergripande målet för sjukförsäkringen är att rätt person ska få rätt ersättning och att rätt åtgärder ska vidtas i rätt tid, så måste det ske en ambitionshöjning i detta avseende.

Avdelningen för sjukförsäkring behöver säkerställa att handläggarna inte initierar rehabilitering utan att det finns ett fördjupat medicinskt underlag som ger en tydlig bild av aktivitetsförmågan och prognosen. Man behöver också säkerställa att handläggarna dokumenterar och motiverar sitt ställningstagande när det gäller arbetsförmåga och behov av rehabilitering samt vad de aktuella åtgärderna kan förväntas leda till.

Åtgärd:

Flertalet av de åtgärder som planeras och prioriteras under 2016 handlar om att säkerställa att våra utredningar och bedömningar av arbetsförmåga håller högre kvalitet. Den största delen av detta arbete kommer att göras inom ramen för det strategiska initiativet ”Samlad plan för att minska sjuktalet”. Tillräcklig medicinsk information som ger en tydlig bild av aktivitetsförmågan och prognosen, kan samlas in på olika sätt. I och med implementeringen av processen för sjukpenning och rehabilitering som kom september 2015 har vikten av tillräcklig medicinsk information tydliggjorts. Ett ställningstagande ska alltid göras om det inte behövs en försäkringsmedicinsk utredning tidigt i sjukperioden. Detta tydliggörs ytterligare i processen som införs under april 2016. Genom detta identifierar vi vilka som har ett behov av arbetslivsinriktad rehabilitering. Vi bedömer därför att det i de flesta fall kommer det att finnas ett fördjupat medicinskt underlag innan en rehabiliteringsplan upprättas där det ska framgå vad de aktuella åtgärderna ska förvänta leda till.

Ansvarig: Lars-Åke Brattlund

Tidsplan: 30 april 2016 i samband med att processen är införd (del 2). Strategiskt initiativ kommer pågå i olika etappmål fram till och med 2020.

2. Rekommendation: Säkerställa att en utförlig rehabiliteringsplan upprättas i ärenden med rehabiliteringsersättning

Uppföljningen visar att Försäkringskassan inte sällan underlåter att upprätta en rehabiliteringsplan i de ärenden där rehabiliteringsersättning blir aktuell. De planer som upprättas saknar ofta tillräckliga uppgifter för att kunna ligga till grund för beslutet om rehabiliteringsersättning. En orsak till detta kan vara att den lagstadgade rehabiliteringsplan som Försäkringskassan ska upprätta när den försäkrade ska delta i rehabilitering har blandats ihop med den ”plan för återgång i arbetet” som Försäkringskassan upprättar i övriga sjukfall. Bland annat är mallen gemensam för båda typerna av plan, trots att det rör sig om helt olika situationer.

Avdelningen för sjukförsäkring bör i samråd med Rättsavdelningen se över mallen för rehabiliteringsplan och se till att den innehåller alla de uppgifter som behövs för att uppfylla formkraven och för att ligga till grund för beslut om rehabiliteringspenning och särskilt bidrag. Man bör också se till att handläggaren i samtliga fall upprättar rehabiliteringsplanen innan beslutet om rehabiliteringsersättning, samt att planen och ersättningsbeslutet begränsas till den period för vilken man kan bedöma arbetsförmågan, behovet av rehabilitering samt rätten till rehabiliteringsersättning.

Åtgärd:

Avdelningen för sjukförsäkring kommer att säkerställa att en utförlig rehabiliteringsplan upprättas i ärenden med rehabiliteringsersättning och i det arbetet ingår att ta ställning till om själva mallen behöver justeras.

Ansvarig: Lars-Åke Brattlund

Tidsplan: 20 september 2016

3. Rekommendation: Säkerställa att rehabiliteringspenning bara betalas ut för den tid då den försäkrade aktivt deltar i rehabilitering

Rehabiliteringspenning kan betalas ut för den tid då den försäkrade behöver avstå från förvärvsarbete för att delta i rehabilitering. Ersättningen ska alltså bara beviljas för den tid då den försäkrade aktivt deltar i rehabiliteringen. För närvarande betalar Försäkringskassan i vissa fall ut rehabiliteringspenning för ytterligare tid.

Rättsavdelningen behöver tydliggöra i vilken omfattning rehabiliteringsersättning kan beviljas i förhållande till omfattningen av rehabiliteringen.

Avdelningen för sjukförsäkring behöver implementera den förändrade tillämpningen och, i samråd med Rättsavdelningen, se över hur ansökningsförfarandet kan utformas för att säkerställa att rehabiliteringspenning betalas ut för rätt tid.

Åtgärd:

Med anledning av rekommendationen till Rättsavdelningen, att säkerställa att rehabiliteringspenning bara betalas ut för den tid då den försäkrade aktivt deltar i rehabilitering, kommer Vägledning 2015:03 *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* att förtydligas. Det behöver mer uttryckligt framgå i vägledningen att rehabiliteringsersättning enbart kan betalas ut i motsvarande omfattning som den försäkrade aktivt deltar i rehabilitering och avstår från förvärvsarbete.

Ansvarig: Eva Nordqvist

Tidsplan: 30 juni 2016

Åtgärd:

Avdelningen för sjukförsäkring och IT-avdelningen kommer att säkerställa att det finns en IT-lösning på plats från den 1 oktober 2016. Fram till att IT-lösningen är genomförd är ambitionen att hantera utbetalningarna så rätts-säkert och effektivt som möjligt.

Ansvarig: Lars-Åke Brattlund

Tidsplan: 1 oktober 2016

4. Rekommendation: Följa upp kvalitet och utfall när det gäller rehabilitering och rehabiliteringsersättning

Försäkringskassan har tagit fram ett verktyg för lokal kvalitetsuppföljning (Väksten) som gäller rehabiliteringsersättning. Det framgår dock av den nationella kvalitetsanalys som Avdelningen för sjukförsäkring gjorde i november 2015 att sådana uppföljningar hittills har genomförts i mycket begränsad omfattning. Det finns inte heller några kvalitetsindikatorer som fångar kvaliteten i ärenden om rehabiliteringsersättning. Indikatorer som skulle kunna bidra till att ge en bild av kvaliteten och effektiviteten i rehabiliteringen är till exempel hur lång tid rehabiliteringen pågår och hur utfallet i termer av återgång i arbete blir.

Avdelningen för sjukförsäkring bör öka uppföljningen av ärenden om rehabiliteringsersättning med stöd av Väksten. Man bör också tillsammans med Avdelningen för analys och prognos, Rättsavdelningen samt Avdelningen för gemensamma försäkringsfrågor ta fram ytterligare indikatorer för rättslig kvalitet i dessa ärenden, till exempel indikatorer som visar om de genomförda rehabiliteringsåtgärderna leder till återgång i arbete och indikatorer som signalerar om det finns skillnader mellan områden när det gäller omfattningen på den beviljade rehabiliteringsersättningen.

Åtgärd:

Avdelningen för sjukförsäkring kommer inför den nationella kvalitetsanalysen se till att varje verksamhetsområde genomför uppföljningar och regionala analyser om rehabiliteringsersättning. Dessa analyser kommer

även att ligga till grund för riskanalysen för felaktiga utbetalningar inom rehabiliteringsersättning under 2016. Uppföljning av indikatorerna kommer i första hand ske ett par gånger per år på regional nivå i samband med kvalitetsanalyserna. Arbetet kommer att prioriteras och ske i samråd med Avdelningen för analys och prognos, Rättsavdelningen och Avdelningen för gemensamma försäkringsfrågor.

Ansvarig: Lars-Åke Brattlund

Tidsplan: Väksten 17 maj 2016. Indikatorerna hela 2016.

Bilaga 1

Frågeformulär

Beslut som ska granskas:

Det är ärenden där en ansökan om rehabiliteringsersättning har kommit in i under perioden 1 januari–31 mars 2015 som ska granskas.

Nr	Fråga	Svarsalternativ
1.	Löpnummer	
2.	Tillhör ärendet den ärendekategori som ska granskas?	1. Ja 2. Nej
3.	Vilken sysselsättning har den försäkrade?	1. Anställd 2. Egenföretagare 3. Arbetslös 4. Studerande 5. Annat 6. Framgår inte
4.	Finns det en rehabiliteringsplan i ärendet?	1. Ja, i mall 15307 2. Ja, i dokumentation från avstämningsmöte eller liknande 3. Ja, i annan form 4. Nej
5.	Innehåller planen den information som behövs?	1. Ja 2. Nej
6.	Vilken information saknas?	1. Information om åtgärder som ska vidtas 2. Information om vem som ska ansvara 3. Tidplan 4. Annat av vikt
7.	Vad är målet för rehabiliteringen (typ av arbete)?	1. Återgå i ordinarie arbete hos arbetsgivaren 2. Återgå i annat arbete hos arbetsgivaren 3. Återgå i eget företag 4. Klara arbete på arbetsmarknaden 5. Annat 6. Framgår inte
8.	Ange vilket annat mål som fanns för rehabiliteringen.	Fritext

Nr	Fråga	Svarsalternativ
9.	Vad är målet för rehabiliteringen (omfattning)?	1. Samma omfattning som innan sjukfallet 2. Lägre omfattning än innan sjukfallet 3. Högre omfattning än innan sjukfallet 4. Framgår inte
10.	Vilken typ av rehabilitering har planerats?	1. Arbetsträning 2. Utbildning 3. Arbetsförberedande insats som Arbetsförmedlingen anvisat till 4. Annat
11.	I vilket arbete ska den försäkrade arbetsträna?	1. Ordinarie arbete hos arbetsgivaren 2. Annat arbete hos arbetsgivaren 3. Eget företag 4. Öppna arbetsmarknaden 5. Skyddat arbete 6. Framgår inte
12.	Vilken typ av utbildning har planerats?	1. Yrkesutbildning 2. Allmänteoretisk eller orienterande utbildning som är en nödvändig förberedelse för yrkesutbildning 3. Orienterande utbildning i datateknik för personer med bristfällig eller föråldrad skolutbildning 4. Annan 5. Framgår inte
13.	Framgår det om handläggaren har utrett om utbildningen kan finansieras med studiemedel?	1. Ja, och det kan den 2. Ja, och det kan den inte 3. Nej
14.	Vilken annan typ av rehabilitering har den försäkrade deltagit i?	Fritext
15.	Bedömer du att den utredning som fanns då rehabiliteringen startade styrkte att den försäkrades arbetsförmåga var nedsatt med minst en fjärdedel?	1. Ja 2. Nej
16.	Bedömer du att den utredningen som fanns då rehabiliteringen startade visade att den försäkrade var i behov av rehabilitering för att återfå sin arbetsförmåga?	1. Ja 2. Nej
17.	Bedömer du att inriktningen på rehabiliteringen var adekvat?	1. Ja 2. Nej
18.	Bedömer du att de planerade åtgärderna var tidseffektiva?	1. Ja 2. Nej
19.	Bedömer du att handläggaren har följt upp hur rehabiliteringen fortlöper i tillräcklig omfattning?	1. Ja 2. Nej

Nr	Fråga	Svarsalternativ
20.	Har planeringen reviderats?	1. Ja 2. Nej
21.	Framgår det att den reviderade planeringen beror på medicinska faktorer?	1. Ja 2. Nej
22.	Har den försäkrade återfått sin arbetsförmåga?	1. Ja, helt 2. Ja, delvis 3. Nej 4. Framgår inte 5. Rehabiliteringen pågår fortfarande
23.	Har den försäkrade ansökt om rehabiliteringspenning?	1. Ja 2. Nej
24.	Har den försäkrade beviljats rehabiliteringspenning?	1. Ja 2. Nej, helt avslag 3. Nej, beslut om rätten till rehabiliteringspenning har inte fattats
25.	Har den försäkrade under rättats om beslutet att bevilja rehabiliteringspenning?	1. Ja, skriftligt 2. Ja, muntligt 3. Nej
26.	För hur lång tid har den försäkrade beviljats rehabiliteringspenning?	Ange antal månader
27.	Framgår det vilken tid den försäkrade aktivt har deltagit i rehabiliteringen?	1. Ja 2. Nej
28.	Skulle du ha bedömt rätten till rehabiliteringspenning på samma sätt som handläggaren?	1. Ja, helt 2. Ja, delvis 2. Nej
29.	På vilket sätt skulle du gjort en annan bedömning?	1. Ingen rehabiliteringspenning alls 2. Lägre omfattning 3. Färre dagar 4. Annat
30.	Har den försäkrade ansökt om särskilt bidrag?	1. Ja 2. Nej
31.	Har den försäkrade beviljats särskilt bidrag?	1. Ja 2. Nej, helt avslag 3. Nej, beslut om särskilt bidrag har inte fattats
32.	Har den försäkrade under rättats om beslutet att bevilja särskilt bidrag?	1. Ja, skriftligt 2. Ja, muntligt 3. Nej
33.	För hur lång tid har den försäkrade beviljats särskilt bidrag?	Ange antal månader

Nr	Fråga	Svarsalternativ
34.	Vad har den försäkrade beviljats särskilt bidrag för?	1. Kursavgifter 2. Kostnader för tal- och punktskriftsböcker 3. Läromedel för handikappade 4. Studieresor (reskostnad och/eller traktamente) 5. Dagliga resor mellan bostaden och platsen för rehabiliteringen. 6. Boende i samband med rehabilitering på annan ort 7. Resor vid start och slut av rehabilitering på annan ort samt vid längre uppehåll i sådan rehabilitering 8. Besöksresor för den försäkrade eller familjen i samband med rehabilitering på annan ort 9. Kostnad för ledsagare 10. Annat 11. Framgår inte
35.	Vilken annan kostnad har den försäkrade beviljats särskilt bidrag för?	Fritext
36.	Har det särskilda bidraget betalats ut i förskott?	1. Ja 2. Nej
37.	Bedömer du att det fanns särskilda skäl att betala ut det särskilda bidraget i förskott?	1. Ja 2. Nej
38.	Skulle du ha bedömt den försäkrades rätt till särskilt bidrag på samma sätt som handläggaren?	1. Ja, helt 2. Ja, delvis 3. Nej
39.	På vilket sätt skulle du gjort en annan bedömning?	1. Inget särskilt bidrag alls 2. Lägre belopp 3. Färre dagar 4. Annat

I serien Anser har följande skrifter publicerats sedan år 2011:

- 2011:1 Rättsfallsöversikt – personlig assistans
- 2012:1 En analys av vissa frågor om återbetalning och eftergift. Rättsfallsöversikt
- 2012:2 Rättsfallsöversikt – personlig assistans
- 2013:1 Rättsfallsöversikt – bilstöd
- 2013:2 Regeringsrättens och Högsta förvaltningsdomstolens domar i socialförsäkringsmål. Januari 2010–september 2012. En rättsfallsöversikt

Från år 2014 har serien Anser bytt namn till Rättslig uppföljning. I serien Rättslig uppföljning har följande skrifter publicerats sedan år 2014:

- 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