

**En utvärdering av sjukskrivnings-
processen efter införandet av de nya
sjukförsäkringsreglerna 2008-07-01**



Utgivare: Försäkringskassan
Analys och prognos

Upplysningar: Peje Bengtsson
010-116 90 62
pererik.bengtsson@forsakringskassan.se

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Försäkringskassan har regeringens uppdrag att fortsätta att följa upp rehabiliteringskedjan. Som ett led i detta har en särskild studie genomförts för att utvärdera hela sjukskrivningsprocessen. Resultatet av studien redovisades i februari 2011 i ett särskilt svar på regeringens uppdrag, dnr 007927-2011.

Nu publicerar också Försäkringskassan svaret i form av en Socialförsäkringsrapport. Ansvarig för utvärderingen har Peje Bengtsson varit.

Magdalena Brasch
Verksamhetsområdeschef
Avdelningen för analys och prognos

Innehåll

1	Sammanfattning	5
1.1	Årsredovisningen 2010.....	5
1.2	Studien av sjukskrivningsprocessen	5
1.3	Positiva resultat	6
1.4	Utvecklingsområden	6
1.5	Utveckling av sjukskrivningsprocessen	7
2	Inledning.....	7
2.1	Bakgrund	7
2.2	Syfte.....	8
2.3	Metod.....	9
3	Resultat	13
3.1	Den första sjukpenningrättsbedömningen.....	13
3.2	Utredningsinsatser för planering av fortsatt handläggning.....	16
3.3	Utredning med arbetsgivare och 90-dagarsbedömningen	19
3.4	En analys av bedömningarna mot den reguljära arbetsmarknaden och särskilda skäl	22
3.5	Bedömningen i anslutning till dag 365.....	25
3.6	Plan för återgång	27
3.7	Insatser för att förkorta sjukskrivningarna	28
3.8	Aktiv eller passiv handläggning	30
3.9	Övriga aktörers agerande.....	33
3.10	Väntetider i vården	33
3.11	Inför det att dagarna i sjukförsäkringen riskerar att ta slut	34
3.12	Avslutningsanledningarna i granskningen.....	34
3.13	lakttagelser i granskningsarbetet.....	36
3.14	Är det en skillnad på sjukintygens längder 2010 jämfört med 2008?	36
4	Diskussion	37
4.1	Granskningar från Riksrevisionen	37
4.2	Positiva resultat	37
4.3	Brister i sjukskrivningsprocessen	38
4.4	Utveckling av sjukskrivningsprocessen	40
	Bilaga	41

1 Sammanfattning

I regleringsbrevet för 2010 har Försäkringskassan fått i uppdrag att fortsätta att följa upp rehabiliteringskedjan. Planen för uppföljningen består av sex punkter. I denna rapport redovisas punkt 3 i uppföljningsplanen, en aktstudie för uppföljning av hela sjukskrivningsprocessen. Därigenom ges ytterligare ett bidrag till uppföljningen av rehabiliteringskedjan.

Studien har skett i form av en granskning av 2000 sjukfallsakter. Den studerade perioden avser handläggningen i dessa ärenden från oktober 2009 fram till den första augusti 2010. Stora delar av denna period kännetecknades av en hög arbetsbelastning, samtidigt som verksamheten stod inför eller mitt uppe i den första stora vågen av försäkrade som uppnådde maximalt antal dagar i försäkringen. Detta har givetvis påverkat handläggningen i övriga sjukfall, vilket bör vägas in i värderingen av de resultat som redovisas i rapporten.

1.1 Årsredovisningen 2010

Rapporten lämnas i anslutning till årsredovisningen för 2010. I årsredovisningen sammanfattas verksamheten inom sjukförsäkringsområdet på följande sätt:

I december 2010 var ohälsotalet 29,5. Det är det lägsta värdet sedan mätningens start. Minskningen 2010 var 10,1 procent vilket kan jämföras med 8,4 procent 2009.

Sjukfallen blir allt kortare, vilket tyder på en allt bättre fungerande sjukskrivningsprocess. Rehabiliteringskedjan som införts har understött utvecklingen. Bedömningen av rätten till sjukpenning enligt de olika kriterierna görs också i högre grad jämfört med 2009. Det minskade ohälsotalet med färre sjukersättningar tyder på ett genomslag för genomförda regeländringar samt ett resultat av en förbättrad sjukskrivningsprocess. Även om sjukskrivningsprocessen har förbättrats återstår en del innan den kan sägas präglas av tidiga och aktiva insatser.

Denna rapport gör det möjligt att analysera och diskutera hur den process ser ut som sammanfattas i årsredovisningen.

1.2 Studien av sjukskrivningsprocessen

Syftet med studien är att få underlag för att diskutera om sjukskrivningsprocessen präglas av tidiga och aktiva insatser och analysera de positiva som negativa iakttagelser som kan göras.

I ljuset av de granskningsrapporter som Riksrevisionen presenterat 2007 och 2009 så framstår det som att väsentliga förbättringar i sjukskrivningsprocessen kan noteras i denna studie.

1.3 Positiva resultat

- Försäkringskassan utreder i ökad utsträckning möjligheterna till olika lösningar på arbetsplatsen för att förkorta sjukskrivningarna.
- Bedömningar mot den reguljära arbetsmarknaden görs i större omfattning och tidigare i sjukfallen jämfört med den tidigare stegbedömningen.
- Ärenden som i 180-dagarsbedömningen bedömts med stöd av särskilda skäl avslutas tidigare och i större omfattning med återgång i det vanliga arbetet jämfört med dem som enbart bedömts mot den reguljära arbetsmarknaden.
- Det framstår som att besluten kring fortsatt och förlängd sjukpenning fungerar i enlighet med intentionerna.
- I studien avspeglas troligen en utveckling där vårdens engagemang i frågor kring sjukskrivning ökat.
- Analysen av deltidssjukskrivning tyder på att deltidssjukskrivning som en medveten handlingsväg med en fastställd plan för upptrappningen av arbetstiden kan ha positiva effekter på sjukskrivningstiden.

Analysen pekar i riktning mot att de ärenden där Försäkringskassan har en aktiv handläggning också avslutas tidigare och i större omfattning jämfört med dem där handläggningen kännetecknas av en mer passiv handläggning. Skulle mot bakgrund av detta andelen ärenden som karaktäriseras av en aktiv handläggning kunna öka finns möjligheter till ännu bättre resultat. Möjligheterna att uppnå detta är beroende av att försöka förbättra eller avhjälpa brister i handläggningen som samtidigt framträder i studien.

1.4 Utvecklingsområden

Studien identifierar brister som fanns i underlag, utredningar, planer och åtgärder. Baserat på studien finns det ett antal förbättringsområden att arbeta med. Dessa diskuteras mot bakgrunden att i en stor del av ärendena fungerar handläggningen mycket väl.

- Tänkbara orsaker till brister i utredningsarbetet är att det i för hög grad styrs av förväntningar på en viss utveckling eller ett visst utfall. Detta kan påverka i vilken omfattning utredningar görs men också på vilket sätt. Ambitionen att hålla tidsgränserna i rehabiliteringskedjan kan också påverka innehållet i utredningarna. Det är viktigt att värna om en utredningsmetodik som bygger på kedjan: samla in → värdera → dra slutsatser → besluta och planera.
- För att få sjukskrivningsprocessen att fungera ännu bättre krävs ett särskilt fokus på ett antal uppgifter i Försäkringskassans arbete. Det gäller:
 - utredningarna med arbetsgivarna,
 - kontakterna med vården,
 - upprättandet av meningsfulla planer för återgång i arbete tillsammans med de försäkrade och

- arbetet med de försäkrade som kan förväntas ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden och därmed ställas inför kravet på omställning inklusive samverkan med Arbetsförmedlingen.

1.5 Utveckling av sjukskrivningsprocessen

De styrkor och svagheter som identifierats i denna undersökning kommer att användas som underlag i det strategiska utvecklingsarbetet med målet att utveckla en mer differentierad handläggning med stöd av riskklassificering av sjukfall. Den differentierade handläggningen bör utvecklas så att de problem som identifieras i sjukskrivningsprocessen begränsas och handläggningen därigenom kännetecknas av välgrundade, väl motiverade och väl dokumenterade aktiva ställningstaganden.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Från den 1 juli 2008 infördes nya regler för sjukförsäkringen. Den centrala förändringen var införandet av den s.k. rehabiliteringskedjan med fasta tidsgränser för bedömningarna av rätten till ersättning. Reglerna innebar inte bara att prövningarna skulle ske vid vissa tidpunkter utan också att bedömningsgrunden för rätten till ersättning ändras efter 90 respektive 180 dagar.

Regelförändringarna innebär för sjukskrivna som har en arbetsgivare att bedömningen av arbetsförmågans nedsättning och rätten till ersättning ska göras mot olika bedömningsgrunder. Upp till dag 90 i den s.k. rehabiliteringskedjan görs bedömningen av den försäkrades arbetsförmåga mot den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt tillfälligt arbete som arbetsgivaren erbjuder. Dag 91–180 tillkommer i bedömningen också omplacering till annat arbete. Från dag 181 ska bedömningen göras mot den reguljära arbetsmarknaden, dag 181–365 kan särskilda skäl tillämpas för att fortfarande göra bedömningen mot arbete hos den försäkrades arbetsgivare. I vissa fall från dag 181 kan bedömningen baseras på att handläggaren anser det oskäligt att bedöma den försäkrade mot den reguljära arbetsmarknaden.

Tidsgränserna infördes för att betona betydelsen av insatser på arbetsplatsen och eventuella rehabiliteringsinsatser. Om den försäkrade efter dag 90 inte kan återgå till något arbete hos arbetsgivaren, även efter en tids rehabilitering, ska han eller hon ges möjlighet att etablera kontakt med Arbetsförmedlingen för att fram till dag 180 kunna genomföra aktiviteter och söka andra arbeten med bibehållen sjukpenning. Under denna period kan också den försäkrade gå tillbaka till sin arbetsgivare i ett arbete där arbetsförmågan kan tas tillvara.

Tanken var att de nya reglerna skulle åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess där åtgärder för arbetsgång på arbetsplatsen eller via Arbetsförmedlingen kommer in tidigare i sjukskrivningen. Sjukskrivnings-

processen handlar i detta perspektiv om hur olika aktörer agerar för att påverka sjukskrivningens längd. Det handlar om den försäkrades och Försäkringskassans agerande, men samtidigt om vad arbetsgivarna, sjukvården och Arbetsförmedlingen gör och hur samspelet mellan dessa olika aktörer fungerar.

I regleringsbrevet för 2010 har Försäkringskassan fått i uppdrag att fortsätta att följa upp rehabiliteringskedjan, inklusive de nya reglerna från januari 2010 och reglerna för steglös avräkning. En plan för uppföljningen under 2010 har utarbetats i samråd med Socialdepartementet.

Planen för uppföljningen består av sex punkter:

1. Utflödet från sjukpenning vid olika tidpunkter i rehabiliteringskedjan
2. Utflödet från tidsbegränsad sjukersättning
3. Aktstudie för uppföljning av hela sjukskrivningsprocessen
4. Deskriptiv statistik och analys
5. Steglös avräkning
6. Försörjningskällor efter avslutad period med sjukpenning respektive tidsbegränsad sjukersättning

I denna rapport redovisas punkt 3 i uppföljningsplanen. Därigenom ges ytterligare ett bidrag till uppföljningen av rehabiliteringskedjan.

I rapporttexten kan bedömningsgrunden dag 91–180 användas synonymt med ”90-dagarsbedömningen”, från dag 181 inklusive särskilda skäl med ”180-dagarsbedömningen”, och exklusive särskilda skäl med ”365-dagarsbedömningen”.

2.2 Syfte

Denna studie bygger på ambitionen bakom regelförändringarna att åstadkomma en aktivare sjukskrivningsprocess. Genom att studera och samtidigt försöka värdera innehållet i sjukfallsakter kommer studien att försöka beskriva hur processen ser ut i dag och ge underlag för att diskutera varför. Undersökningen genomförs för att få underlag till svar på följande frågor:

Hur ser tillämpningen ut och varför? Vad gör handläggaren, vad gör han/hon inte och varför? När handläggaren gör något, hur gör han/hon det? Hur fungerar processen i relation till arbetsgivare, sjukvård, arbetsförmedling och samverkan inom rehabiliteringsområdet?

Svaren på dessa frågor används för att ge ett bidrag till en värdering om sjukskrivningsprocessen präglas av tidiga och aktiva insatser och om handläggningen bidrar till att arbetsförmåga återfås och de försäkrade ges förutsättningar att återgå i arbete. Redovisning kommer att ske i form av en rapport till regeringen, därefter i en fördjupad Socialförsäkringsrapport och annan intern rapportering inom Försäkringskassan som underlag för diskussion, lärande och utveckling.

2.3 Metod

Det är en aktstudie som baseras på ett stratifierat urval av ärenden över ”hela” sjukförsäkringsprocessen vilket innebär att hela processen kan analyseras på en mer övergripande nivå kompletterat med särskilda analyser av olika moment i handläggningen. Studien omfattar bara de försäkrade som var anställda vid sjukfallets start, eftersom regelförändringarna och rehabiliteringskedjan främst påverkat handläggningen för denna grupp.

2.3.1 Urval

Urvalet drogs från pågående sjukfall den 31 januari 2010. Dessa sjukfall sorterades i fyra grupper:

1. 30–90 dagar långa den 31/1,
2. 91–180 dagar,
3. 181–365 dagar och
4. 366 dagar eller längre.

Ur respektive grupp drogs ett obundet slumpmässigt urval på 500 ärenden. Studien omfattar alla händelser under sjukfallet fram till den 1 augusti 2010. Det innebär att information finns både för sjukfall som avslutats efter den sista januari som för de fortfarande pågående den sista juli.

I och med att ett lika stort urval har dragits ur respektive grupp och populationen bakom respektive urval är olika stor så har ärendena i de olika urvalsgrupperna viktats. Dessa vikter har använts då ärenden från olika grupper ingått i en och samma analys.

Urvalsmetoden valdes för att kunna studera vad som händer i handläggningen vid olika tidpunkter i rehabiliteringskedjan, och samtidigt studera så aktuella ärenden som möjligt. Det innebär att information från de olika grupperna används när den är relevant för att belysa en viss frågeställning. När t.ex. den första sjukpenningrättsbedömningen studeras används de två första grupperna som underlag för att inte få med ärenden där denna händelse kan ha inträffat för flera år sedan. På motsvarande sätt används information från grupperna 2 och 3 i analysen av 365-dagarsbedömningen.

Detta sätt att dra urvalet har klara begränsningar. Det är inte optimalt att basera urvalet på pågående ärenden. Det bästa alternativet är att göra ett urval på startade ärenden under en tidsperiod och sedan följa dem över tid. Då finns det i studien information och därigenom kontroll över ärenden som avslutas vid alla tidpunkter och därigenom de som blir olika långa. För att få rimliga volymer att analysera utifrån vad som händer runt 180 dagar eller 365 dagar och därefter i sjukfallen krävs dock större urval än denna studie haft kapacitet att granska.

Studiedesignen är ett uttryck för en kompromiss mellan ambitionen att greppa över hela processen, granskningskapaciteten och aktualiteten i den bild av sjukskrivningsprocessen som redovisas.

Längden på ett sjukfall måste efter rehabiliteringskedjans införande mätas på två olika sätt. Rehabiliteringskedjans införande innebar också att den försäkrade har rätt till som mest 364 dagar med sjukpenning inom en ramtid på 450 dagar.¹ Det innebär att en försäkrad som påbörjar ett nytt sjukfall kan ha "förbrukat" ett antal sjukdagar inom ramtiden, vilket innebär att han eller hon då går in vid en senare s.k. rehabkedjedag. Tidsgränserna för bedömningarna relaterar till dessa rehabkedjedagar. Därför mäts tidpunkten när vissa händelser inträffar i termer av rehabkedjedagar och andra i dagar (sjukfallsdagar).

2.3.2 Aktgranskning

Sjukskrivningsprocessen och regelförändringarna kan ur ett antal aspekter följas upp baserat på registerdata. Registerdata omfattar dock inte alla händelser i ett sjukfall och framför allt inte den dokumentation som finns i sjukfallsakten där bland annat motiveringar till olika bedömningar och ställningstaganden ska framgå. En aktstudie genomförs för att försöka få ut denna information för att bättre försöka förstå hur handläggningen skett.

I denna aktstudie har samtidigt försök gjorts att inte bara registrera informationen i ett granskningsformulär utan att också samtidigt kombinera den med en värdering av det som skett. Det kan gälla om t.ex. informationen kring de medicinska förhållandena bedöms som tillräcklig i anslutning till ett visst ställningstagande. Här har denna värdering vidgats till att också omfatta frågor om någon aktivitet borde ha gjorts i ärendet för att t.ex. få ett bättre underlag eller för att försöka påverka utvecklingen av det aktuella sjukfallet. Dessa olika former av värderingar är beroende av granskarens förståelse av dokumentationen och bedömning av vad som ska anses vara tillräckligt i ett ärende. För att ha någon kontroll över detta ställs stora krav på granskningsprocessen. För att uppnå en så god kvalitet som möjligt i den data som analyseras har följande gjorts.

Antalet granskare har begränsats till 10 personer. De har rekryterats ur den grupp av specialister som finns i verksamheten för att ge stöd och vägledning i tillämpningen. Granskningsformuläret har utformats av en arbetsgrupp med deltagande från avdelningen för försäkringsprocesser, analys och prognos samt LFC. Granskningsformuläret har gått igenom och diskuterats tillsammans med granskarna. Då har frågorna och svarsalternativen i granskningsformuläret diskuterats. Det innebär att kriterierna för de bedömningar granskarna förväntats att göra presenterats och förklarats. Förtydliganden har gjorts för att värderingarna ska göras utifrån gemensamma utgångspunkter. Under granskningsperioden har granskarna och arbetsgruppen träffats vid tre tillfällen för att diskutera hur innehållet i olika ärenden ska tolkas och hur det ska värderas. Efter granskningen har också en träff genomförts där granskningsresultatet diskuterats liksom granskarnas iakttagelser och den bild av handläggningen de fått genom granskningsarbetet. Allt detta har gjorts för att minimera variationen i granskarnas tolkningar och värderingar av det de kunnat utläsa ur akterna.

¹ Från dag 365 kan ersättning som längst utgå i ytterligare 550 dagar i form av främst förlängd sjukpenning.

Till den data som samlats in via granskningen har sedan lagts på olika typer av registerinformation som t.ex. kön, ålder, förmån vid olika tidpunkter och på vilket kontor handläggningen skett. Registerinformationen kommer att kunna användas i olika former av fördjupade analyser.

2.3.3 Begränsningar och felmarginaler

Informationen i studien används för att försöka beskriva hur handläggningen ser ut och förstå varför. Frågan om varför är inte enkel att besvara på ett entydigt sätt. Svaren på den frågan bygger i denna studie på att testa olika alternativ som skulle kunna förklara den bild av handläggningen som framträder. Utifrån detta förs diskussioner kring rimliga tolkningar och slutsatser. Studiens upplägg gör det dock inte möjligt att uttala sig om kausala samband eller effekter. Det handlar snarare om relevanta och rimliga tolkningar.

Analyserna bygger på en urvalsundersökning. Urvalet används för att skatta hur det ser ut i hela populationen av ärenden. Resultaten från urvalet avviker med stor sannolikhet något från förhållandena i hela populationen. Denna avvikelse anges med hjälp av felmarginaler. När andelar undersöks är felmarginalerna beroende både på andelen som hittats i urvalet och på urvalsstorleken. Ju mindre urvalet är som undersöks desto större är felmarginalerna. Eftersom resultaten för undersökningen bygger på olika urvalsstorlekar skiljer sig även felmarginalerna för olika delar i studien. Felmarginalen, i form av 95 %-iga konfidensintervall, ligger maximalt på följande procentenheter vid olika urvalsandelar:

Andel i urvalet:	50 %	20 eller 80 %	10 eller 90 %
Max felmarginal:	± 5,2 %	± 4,2 %	± 3,1 %

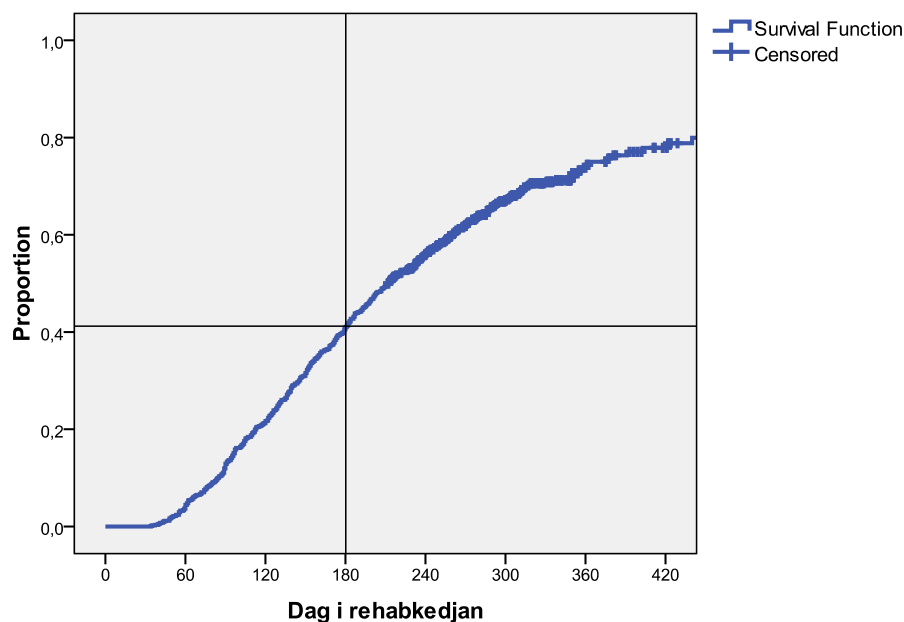
Som exempel skattas i rapporten andelen ärenden med en plan för återgång till 59 procent, vilket innebär att den verkliga andelen bland alla ärenden med 95 % säkerhet ligger i intervallet 54–64 procent (=59 % ± 5 %).

I rapporten anges inte felmarginalerna i anslutning till varje enskild skattning, men ovanstående uppställning kan användas för att få en uppfattning om den maximala felmarginalen i skattningarna. Oftast är den dock några tiondelar lägre.

2.3.4 Introduktion till redovisningen av resultaten

I resultatredovisningen återkommer ett antal figurer och statistiska mått som används som grund för analys och kommentarer. Inledningsvis beskrivs hur dessa ska läsas och tolkas.

Följande figur används ofta i rapporten för att redovisa hur lång tid det går till en viss händelse inträffar, och i hur stor andel av de aktuella ärendena som den har inträffat vid olika tidpunkter. Figurerna baseras på beräkningar med hjälp av Kaplan-Meiermetoden.



I det här exemplet handlar det om när i tiden ärendena avslutas och hur stor andel som är avslutade vid olika tidpunkter. I studien finns det ärenden som är avslutade och ärenden som är pågående vid uppföljningsperiodens slut. För de pågående har ju händelsen inte inträffat, men de kan inte bortses från vid en analys av när i tiden ärenden avslutas eller hur stor andel ärenden som är avslutade vid olika tidpunkter. De pågående ärendena kallas för censurerade ärenden (i figuren den engelska beteckningen "Censored") och syns i figuren som +-tecken vid den dag i rehabiliteringskedjan de uppnått vid uppföljningsperiodens slut. Dessa ärenden blir alltså minst så här långa. Den kurva de uppträder på, från ungefär dag 130 i figuren, är en s.k. överlevnadskurva (Survival Function). I denna rapport kommer den att kallas falltidskurva.

Hur stor andel av ärendena är avslutade vid dag 180? Gå rakt upp från "180" till kurvan och sedan vågrätt ut och läs av på axeln benämnd "Proportion", 0,42 ungefär, dvs. 42 procent. Denna andel är skattad med hänsyn tagen till att vi har ärenden som inte är avslutade vid uppföljningstillfället. Skulle skattningen ha gjorts enbart på avslutade ärenden hade en felaktig och för hög andel beräknats.

Om det är flera falltidskurvor i figuren innebär det att en jämförelse görs mellan olika grupper. I exemplet skulle t.ex. separata kurvor för respektive kön kunna presenteras och tester göras av eventuella skillnader mellan grupperna. Om kurvan för kvinnor ligger över och till vänster om den för män innebär det att dessa ärenden avslutas snabbare och i en större omfattning jämfört med männens ärenden. När flera kurvor redovisas i samma figur så har det skett en redigering för att inte tynga presentationen. Det innebär att de censurerade ärendena i form av plustecken med förklaring vid sidan av figuren har tagits bort från kurvorna. De ingår dock fortfarande i beräkningarna.

I ett antal tabeller används kvartiler för att beskriva genomsnittstider och spridningen. Medianen är det mittersta värdet när tider har ordnats i stor-

leksordning. I hälften av ärendena är tiden således kortare och i hälften av ärenden är tiden längre. Nedre kvartil innebär att 25 procent av ärendena har en tid som är kortare och 75 procent en som är längre och vid övre kvartilen ligger 75 procent av ärendena under och 25 procent över det angivna antalet dagar. I tabellerna har beräkningarna gjorts på de ärenden där händelsen inträffat. Redovisningen svarar här på frågan om när i tiden olika händelser inträffar i de ärenden de inträffar. Detta används för att beskriva när i tiden olika saker görs eller händer.

2.3.5 Ändrade begrepp från den 1 januari 2011-02-01

Från den 1 januari 2011 har alla lagar som rör socialförsäkringen samlats i en enda socialförsäkringsbalk. I samband med det har några begrepp bytts ut. I rapporten används de gamla begreppen och så här heter det i dag:

Gammalt begrepp:	Nytt begrepp:
Försäkran	Ansökan
Sjukpenning under första året	Sjukpenning på normalnivå
Fortsatt sjukpenning	Fler dagar med sjukpenning på normalnivå
Förlängd sjukpenning	Sjukpenning på fortsättningsnivå
Havandeskapspenning	Graviditetspenning

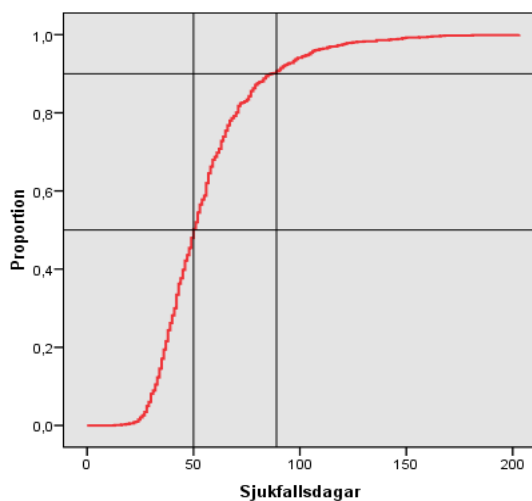
3 Resultat

3.1 Den första sjukpenningrättsbedömningen

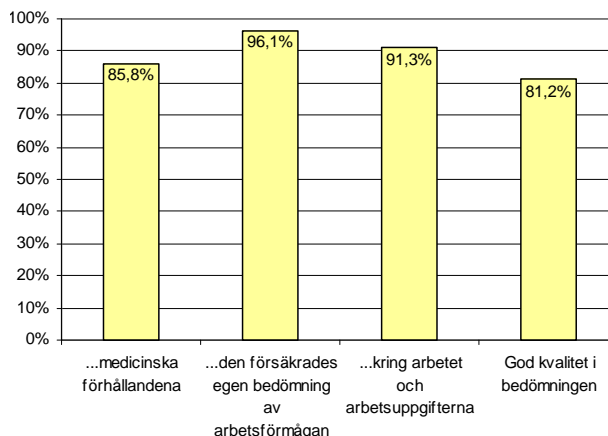
Den första sjukpenningrättsbedömningen görs så snabbt som möjligt i sjukfallet. Bedömningen förutsätter att begäran om ersättning och läkarintyg har kommit in. En beskrivning och analys av arbetet inför den första sjukpenningrättsbedömningen finns i Socialförsäkringsrapport 2010:1. Där analyseras de faktorer som påverkar tiden till beslutet inom ”Tidig bedömning”. Den här aktuella studien startar i den första bedömningen av rätten till ersättning.

Den första sjukpenningrättsbedömningen görs i den absolut övervägande delen av ärendena (ca 94 procent) mot den försäkrades vanliga arbete eller annat lämpligt tillfälligt arbete hos arbetsgivaren. Fördelningen på 90- respektive 180-dagarsbedömningar i den första sjukpenningrättsbedömningen i fallet motsvarar 3 procent var. Efter urvalstidpunkten för denna studie har Försäkringskassan fått uppleva försäkrade som kommer tillbaka till sjukförsäkringen efter det att de i samband med årsskiftet och våren 2010 uppnått maximal tid i sjukförsäkringen. Det innebär att andelen ärenden där den första sjukpenningrättsbedömningen görs mot vanliga arbetet har minskat något medan framför allt gruppen som är aktuell för bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden har ökat.

Figur 1a Tid till första sjukpenningrättsbedömning



Figur 1b Kännetecknas den första sjukpenningrättsbedömningen av god kvalitet och finns det i underlagen tillräcklig information om...



Tiden till den första sjukpenningrättsbedömningen, figur 1a, överensstämmer i stort sett med analysen i studien av Tidig bedömning. Av det följer att det är rimligt att anta att ankomsttidpunkten för underlag i form av försäkrans och läkarintyg, som utgjorde de viktigaste faktorerna för att förklara tiden till beslut, inte förändrats på något avgörande sätt. Detsamma antas gälla för de övriga faktorer som identifierades för att förklara tidpunkten för beslutet. Det handlar bland annat om de ärenden där det krävs kompletteringar från läkare eller försäkrad, särskild SGI-utredning eller att Försäkringskassan överväger att avslå begäran om sjukpenning.

Från figur 1a kan vi utläsa att den genomsnittliga (median) tiden till den första sjukpenningrättsbedömningen ligger på 50 dagar och att 90 procent av bedömningarna är gjorda inom 90 dagar. Det är denna bild som skapar förutsättningarna för det fortsatta utredningsarbetet inför 90-dagarsbedömningen. Det faktum att ungefär hälften av de ärenden som kan vara aktuella för 90-dagarsbedömningen kommer till de personliga handläggarna när mer än 50 dagar gått tillsammans med ytterligare ett antal ärenden som ligger längre fram i rehabiliteringskedjan, begränsar möjligheterna att genomföra tillräckliga utredningar i förhållande till arbetsgivarna och den försäkrades arbetsplats före dag 90 i alla aktuella ärenden.

Andelen ärenden med god kvalitet i den första sjukpenningrättsbedömningen, som redovisas i figur 1b, baseras på att det i granskningen av underlag och dokumentation i ärendet finns tillräckliga uppgifter så att det går att utläsa att kriterierna för rätten till ersättning är uppfyllda. I övriga ärenden finns det olika former av brister i underlagen eller dokumentationen som kan leda till tveksamheter eller oklarheter i beslutsfattandet. I knappt en femtedel av ärendena borde alltså underlagen ha varit bättre och/eller innehållit tydligare värderingar av underlagen och bättre motiveringar till

besluten. I dessa ärenden handlar det framför allt om att underlagen inte ger tillräcklig information kring de medicinska förhållandena.

Det handlar om cirka 14 procent av ärendena där de medicinska underlagen tillsammans med annan tillgänglig information kring de medicinska förhållandena i ärendet bedöms otillräcklig. I cirka 4 procent av ärendena bedöms informationen kring den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan vara otillräcklig, och motsvarande andel när det gäller informationen i ärendena kring arbetet och arbetsuppgifterna ligger på knappt 9 procent.

Det kan tänkas att handläggarens information i ärendet, värderingen av densamma och motiveringar inte framgår tydligt i granskningssituationen. Detta skulle kunna klarna i anslutning till nya bedömningar i ärendet mot samma bedömningsgrund. I studien har därför de nya bedömningarna som gjorts mot samma bedömningsgrund också studerats. I närmare 60 procent av ärendena har det gjorts ytterligare bedömningar mot samma bedömningsgrund som vid den första sjukpenningrättsbedömningen. Ungefär 20 procent av de ärenden som tillhörde gruppen med kvalitetsbrister förbättras. Samtidigt är det så att cirka 8 procent av ärendena med god kvalitet i den första bedömningen försämras. Samma mönster framträder i värderingen av informationen kring de medicinska förhållandena, den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan och informationen kring arbetet och arbetsuppgifterna. Slutsatsen är att i den övervägande delen av ärendena så kvarstår värderingarna i granskningen oförändrade både med avseende på underlagen som kvaliteten i själva bedömningen. Tolkningen är att ottydligheten i handläggarens ursprungliga information, värdering av den och därigenom bedömning i huvudsak kvarstår.

Vid en analys av kvaliteten i bedömningarna vid övergången till en ny bedömningsgrund upprepas ovanstående mönster till stor del. Ungefär 20 procent av de ärenden som tillhörde gruppen med kvalitetsbrister förbättras och uppvisar tillräcklig kvalitet i den första bedömningen mot den nya bedömningsgrunden. Däremot försämras värderingen i den andra gruppen, vilket innebär att cirka 15 procent av ärendena med god kvalitet i den första bedömningen får en sämre värdering i granskningen av bedömningen mot en ny bedömningsgrund.

Om falllängderna skiljer sig åt mellan ärendena med ”bristfälliga” respektive ”fullgoda” bedömningar, i den meningen att de bristfälliga avslutas tidigare, så skulle kvalitetsskillnaderna kunna vara uttryck för rimliga prioriteringar från handläggarnas sida vad gäller den tid som kan läggas på olika ärenden. Denna hypotes har testats, men inte kunnat bekräftas. Det finns ingen sådan skillnad i falllängderna mellan grupperna. De utvecklas under det närmaste halvåret efter bedömningarna i stort sett identiskt.

I tabell 1 analyseras om det finns några skillnader i kvaliteten i den första sjukpenningrättsbedömningen utifrån den sjukskrivnes diagnos. Tumörer, cirkulationsorganens sjukdomar samt skador och förgiftningar har de största andelarna, drygt 90 procent, som bedöms ha en god kvalitet i den första bedömningen, medan psykiska sjukdomar och sjukdomar i nervsystemet/sinnesorganen utgör diagnoser med de lägsta andelarna, omkring 70 procent. Däremellan ligger sjukdomar i det muskuloskeletala systemet,

symtom och övriga diagnoser där ungefär 80 procent av ärendena bedöms ha en god kvalitet i den första bedömningen.

Tabell 1 Kvaliteten i den första sjukpenningrättsbedömningen och diagnoser

		Kännetecknas den första sjukpenningrättsbedömningen av god kvalitet?		Total
		Ja	Nej	
Diagnos	II Tumörer	94 %	6 %	100 %
	V Psykiska sjukdomar	70 %	30 %	100 %
	VI Sjukdomar i Nervsystemet/Sinnesorganen	70 %	30 %	100 %
	IX Cirkulationsorganens sjukdomar	94 %	6 %	100 %
	XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet	83 %	17 %	100 %
	XVIII Symtom etc.	80 %	20 %	100 %
	XIX Skador och Förgiftningar	92 %	8 %	100 %
	Övriga Diagnoser	82 %	18 %	100 %
Total		82 %	18 %	100 %

3.2 Utredningsinsatser för planering av fortsatt handläggning

I tabell 2 redovisas en sammanställning över när i tiden olika utredningsinsatser görs och i hur stor andel av ärendena de görs. Här kan utläsas vid vilken tidpunkt insatserna är gjorda i 25, 50 respektive 75 procent av ärendena. I tabellens kolumn längst till höger redovisas också den bedömning som gjorts i granskningen av i hur stor andel av ärendena insatsen borde ha gjorts. Det ger en mätare på avvikelserna från en önskvärd nivå på utredningsinsatserna.

Tabell 2 Tiden till olika utredningsinsatser och andelar där de genomförts eller borde ha gjorts enligt granskningen

Utredningsinsats	Kvartiler			Andel	Andel borde gjorts
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)		
Första fördjupade utredningskontakt (dagar) ^{a)}	53	68	85	59 %	72 %
SASSAM (dagar)	70	82	114	24 %	47 %
Utredning med arbetsgiv. (rehabkedjedagar)	76	90	126	29 %	57 %
Arbetsgivarutlåtande (rehabkedjedagar)	80	94	121	12 %	39 %
Arbetsprövning (dagar)	92	114	168	3 %	5 % ^{d)}
Avstämningsmöte (rehabkedjedagar)	98	139	188	23 %	33 %
Erbjudet kontaktmöte (rehabkedjedagar)	91	147	172	4 %	23 %
Kontakt med läkaren (dagar) ^{b)}	108	149	176	14 %	43 %
Genomfört kontaktmöte (rehabkedjedagar)	118	162	180	2 %	–
LUH (rehabkedjedagar)	144	182	251	4 %	33 %
SLU (rehabkedjedagar)	138	184	271	2 %	4 % ^{e)}
FMU (rehabkedjedagar)	130	187	262	1 %	3 % ^{e)}
Kontakt med AF (rehabkedjedagar) ^{c)}	163	217	313	2 %	10 %

Anm. Kvartilerna är beräknade på de ärenden där utredningsinsatsen har gjorts.

^{a)} En utredning per telefon eller möte (ej SASSAM) som genomförs i syfte att etablera en tidig kontakt, informera om regelverket och hämta in information för planeringen av den fortsatta handläggningen.

^{b)} Avser kontakt som tagits för att kunna planera handläggningen.

^{c)} Annan kontakt med Af än kontaktmöte för att diskutera åtgärder.

^{d)} Därutöver krävs mer utredning i 19 % men osäkert om exakt metod.

^{e)} Därutöver borde 26 % kompletterats tidigare med behandlande läkaren.

En **första fördjupad utredningskontakt** i form av ett samtal via telefon eller vid ett möte genomförs i ungefär 60 procent av ärendena. Värderingen som är gjord i granskningen pekar mot att denna typ av första utredningskontakt hade behövts i drygt 70 procent. Den genomsnittliga tiden till kontakten (median) är 68 dagar, och inom 85 dagar är tre fjärdedelar av de genomförda utredningarna gjorda. Hälften av dessa utredningar görs inom 12 dagar från den första sjukpenningrättsbedömningen, och tre av fyra inom en månad.

I en klar majoritet av ärendena där kontakten inte tagits görs i granskningen bedömningen att motsvarande utredning gjorts i annan form eller att den inte behövts på grund av ärendets karaktär och den tillgängliga informationen i det.

SASSAM-utredningar görs i ungefär vart fjärde ärende och mediantiden till utredningen ligger på 82 dagar. Enligt granskningen borde utredningen gjorts i nästan dubbelt så många ärenden (47 %). Det motsvarar att göra utredningen i nära vart tredje ärende av de där den inte gjorts i dag. I de ärenden där SASSAM-utredningen har gjorts är andelen ärenden med tillräckliga underlag kring den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan högre inför 180-dagarsbedömningen, cirka 78 procent, jämfört med ärenden utan SASSAM-utredning som ligger på knappt 68 procent.²

² Test av differens mellan proportioner, p-värde = 0,0259.

Utredning med arbetsgivare görs i cirka 29 procent av ärendena och **arbetsgivarutlåtande** begärs i cirka 12 procent. Om man beräknar andelen där någon av eller båda utredningarna gjorts så får man ungefär 41 procent av ärendena. Någon form av utredning borde ha gjorts i ungefär 64 procent av ärendena. Mediantidpunkten ligger på 90 respektive 94 dagar. I ärenden där någon form av utredning med arbetsgivaren (inklusive arbetsgivarutlåtande) har gjorts ger underlagen inför 90-dagarsbedömningen tillräcklig information kring arbetet och arbetsuppgifterna i en större andel av ärendena, drygt 85 procent, jämfört med knappt 72 procent i de ärenden där en sådan utredning saknas.³

Arbetsprövning utgör ingen särskilt vanligt förekommande utredningsmetod. Mer utredning behövs i 19 procent av ärendena men det är osäkert att peka ut arbetsprövning som den relevanta metoden. Det handlar dock om den omfattningen vad gäller behovet av utförligare information kring arbetsförmågans begränsning.

Avstämningsmöten har skett i cirka 23 procent av ärendena gentemot bedömningen i granskningen att det hade behövts i ungefär 33 procent av dem. I de ärenden där det genomförts ett avstämningsmöte är det tre gånger så vanligt med någon form av arbetsplatsanknuten åtgärd jämfört med övriga ärenden.⁴

Granskningen av **erbjudet och genomfört kontaktmöte samt kontakt med Af** innebär att Försäkringskassan borde vara betydligt mer aktiv i detta avseende. Andelen erbjudna kontaktmöten ligger på cirka 4 procent av ärendena, genomförda på cirka 2 procent (främst beroende på att den försäkrade avböjer erbjudandet) och andelen där ett erbjudande borde ha ställts bedöms nästan uppgå till var fjärde ärende. Störst andel av erbjudandena om kontaktmöte görs under den andra halvan av perioden mellan dag 91 och 180 i rehabiliteringskedjan.

Kontakt med den intygsskrivande läkaren för att få information som underlättar planeringen av handläggningen tas i cirka 14 procent av ärendena, men bedöms ha behövt göras i ungefär 43 procent. Den genomsnittliga tiden till denna kontakt ligger på 149 dagar. När det gäller **LUH, SLU och FMU** så begärs de i 4, 2 respektive 1 procent av ärendena, och det sker i genomsnitt efter drygt 180 dagar.⁵ Värderingen i granskningen innebär att LUH borde begäras i ungefär vart tredje ärende som blir längre än 90 dagar och att beställningar av fördjupade läkarutlåtande, SLU och FMU (i dag s.k. TMU⁶), borde fördubblas jämfört med i dag.

I tabellerna B1 och B2 i bilagan redovisas motsvarande utredningsinsatser för de två återstående urvalsgrupperna, ärenden som var 181–365 dagar

³ Test av differens mellan proportioner, p-värde = 0,0002.

⁴ Arbetsplatsanknuten åtgärd: arbetsträning, arbetshjälpmiddel, anpassning, omplacering eller annan åtgärd på arbetsplatsen.

⁵ LUH = Läkarutlåtande om hälsotillstånd, SLU = Särskilt läkarutlåtande och FMU = Utlåtande från försäkringsmedicinsk utredning.

⁶ TMU = Utlåtande från teamutredning.

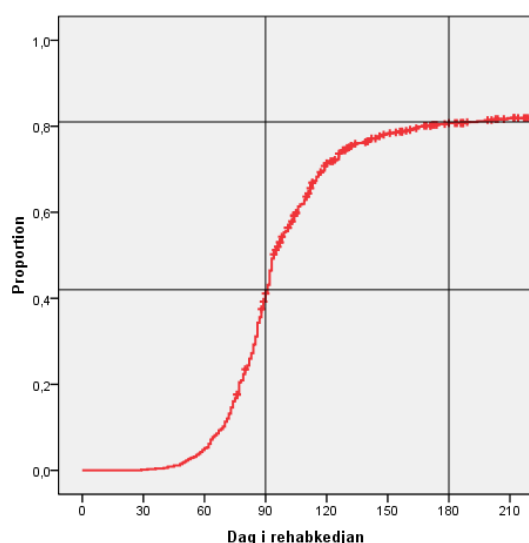
respektive 366 dagar eller äldre vid urvalstidpunkten. Jämförelser mellan urvalsgrupperna måste göras med stor försiktighet. Det går t.ex. inte att uttala sig om hur vanlig t.ex. någon form av första fördjupade utredningskontakt var för något eller några år sedan jämfört med i dag. Däremot kan vissa väl så intressanta resultat tas fram t.ex. avseende förekomsten av olika fördjupade medicinska underlag. Andelen ärenden där LUH begärts är för den äldsta urvalsgruppen cirka 35 procent jämfört med cirka 4 procent tidigare i sjukfallet, motsvarande jämförelse för SLU ger 6 procent mot 2 procent och för FMU 4 procent jämfört med 1 procent. Det innebär att denna form av medicinska underlag används mer i dessa äldre ärenden vilket också syns på när i tiden de kommit in.

Den bild som framträder tyder på att utredningsinsatserna till stor del ligger sent i förhållande till rehabiliteringskedjan och att det finns en skillnad mellan en önskvärd omfattning på och genomförda utredningsinsatser. En fråga som kan ställas är om det är realistiskt att ligga i fas med rehabiliteringskedjan från början när den första sjukpenningrättsbedömningen i många fall görs ett par månader in i sjukfallet, vilket främst beror på den tidpunkt som läkarintyg och begäran om ersättning kommer in till Försäkringskassan.

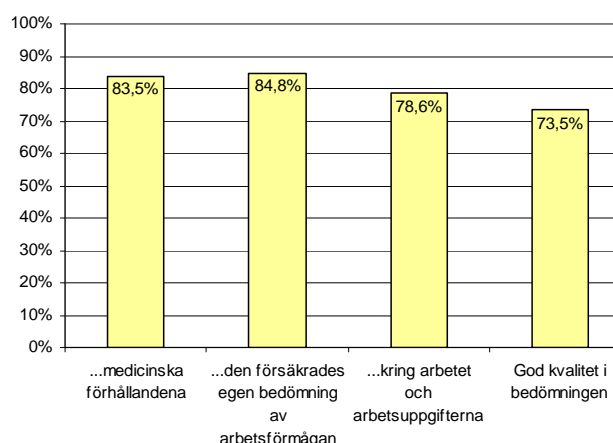
3.3 Utredning med arbetsgivare och 90-dagarsbedömningen

90-dagarsbedömningarna studeras utifrån de båda urvalsgrupperna som omfattar pågående sjukfall i intervallen 30–90 och 91–180 dagar vid urvalstillfället den 31 januari 2010.

Figur 2a Tid till 90-dagarsbedömningen i ärenden med ersättningsanspråk (rehabkedjedagar)



Figur 2b Kännetecknas den första 90-dagarsbedömningen av god kvalitet och finns det i underlagen tillräcklig information om...



I 90-dagarsbedömningen tillkommer nödvändigheten av goda underlag kring arbetsplatsen och arbetsuppgifterna, men framför allt kring möjlig-

heterna att anpassa, förändra eller utföra andra arbetsuppgifter som alternativ till sjukskrivningen. Det kräver information om förhållandena och möjligheterna hos den försäkrades arbetsgivare.

Skattningarna i figur 2a omfattar de ärenden där det kommit in ett ersättningsanspråk för en period efter dag 90. I dessa ärenden görs bedömningen senast dag 90 i drygt 40 procent av ärendena. Inom 180 dagar har bedömningen gjorts i drygt 80 procent av ärendena. Den period när dessa bedömningar var aktuella kännetecknas till stora delar av en hög arbetsbelastning, samtidigt som verksamheten stod inför eller mitt uppe i den första stora vågen av försäkrade som uppnådde maximalt antal dagar i försäkringen. Detta har påverkat möjligheterna att göra bedömningar i den tid och den omfattning som krävs.

Studerar figur 2b så syns att informationen kring de medicinska förhållandena är likartad med den vid den första sjukpenningrättsbedömningen. Däremot sker det en försämring vad gäller informationen kring den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan och informationen i ärendet kring arbetet och arbetsuppgifterna. Detta kan tolkas som ett uttryck för att bedömningsgrunden vidgats, och att Försäkringskassans utredningsarbete inför 90-dagarsbedömningen inte svarar upp mot detta i omkring vart femte ärende där det kommit in ett ersättningsanspråk för en period efter dag 90 i rehabiliteringskedjan.

I cirka 21 procent av ärendena bedöms informationen kring arbetet och arbetsuppgifterna vara så otillräcklig att kvaliteten i beslutet påverkas. Motsvarande andelar för informationen kring den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan och de medicinska förhållandena ligger på cirka 15 respektive 16 procent.

Tabell 3 Kvaliteten i den första sjukpenningrättsbedömningen och den första 90-dagarsbedömningen

		God kvalitet i första 90-dagarsbedömningen?		Total
		Ja	Nej	
God kvalitet i första sjukpenningrättsbedömningen?	Ja	70,0 %	12,3 %	82,3 %
	Nej	3,4 %	14,3 %	17,7 %
Total		73,4 %	26,6 %	100,0 %

I de ärenden där det gjorts en 90-dagarsbedömning så uppvisar 70 procent av dem god kvalitet i både den första sjukpenningrättsbedömningen och i 90-dagarsbedömningen. Nästan 16 procent av ärendena uppvisar god kvalitet i någon av bedömningarna och drygt 14 procent uppvisar brister i båda. Baserat på tabell 6 kan konstateras att ungefär 80 procent av ärendena med brister i kvaliteten vid den första sjukpenningrättsbedömningen också uppvisar kvalitetsbrister vid den första 90-dagarsbedömningen.⁷

⁷ Beräkning: $14,3 \% / 17,7 \% \approx 80 \%$.

När det gäller tidpunkten för 90-dagarsbedömningen påverkas den givetvis av vid vilken tidpunkt i rehabiliteringskedjan som ärendet kommit över till den personliga handläggaren, vilket påverkar utrymmet att hinna genomföra relevanta utredningar innan dag 90 har passerats.

Det finns en statistiskt signifikant skillnad mellan tidpunkterna för 90-dagarsbedömningarna mellan de ärenden där den första sjukpenningrättsbedömningen gjorts före respektive efter dag 70 i rehabiliteringskedjan.

Samtidigt kan det i analysen inte konstateras någon skillnad i tidpunkten för 90-dagarsbedömningen beroende på om någon form av utredning gjorts med arbetsgivaren.⁸ Detsamma gäller om genomförandet av utredningen med arbetsgivaren kontrolleras mot tidpunkten för första sjukpenningrättsbedömning och tidpunkten för inkommet ersättningsanspråk. Det framstår därigenom som att det är något annat än behovet att genomföra utredningar med arbetsgivarna som till stor del styr tidpunkten för 90-dagarsbedömningen. Det är ännu klarare när värderingen i granskningen av att någon form av utredning borde ha genomförts i ärendet inte skiljer sig åt beroende på om 90-dagarsbedömningen är gjord före eller efter dag 90. I båda grupperna handlar det om att utredningen borde ha gjorts i ytterligare nästan 25 procent av ärendena.⁹

Ett ersättningsanspråk utgörs i stort sett alltid av ett nytt läkarintyg som omfattar någon period efter dag 90 i rehabiliteringskedjan. När i tiden det kommer in har givetvis stor betydelse för när bedömningen görs. I tabell 4 syns att ersättningsanspråken i genomsnitt kommer in runt dag 75 och att bedömningen i genomsnitt är gjord omkring dag 90.¹⁰

Tabell 4 Dagar i rehabiliteringskedjan till inkommet ersättningsanspråk och gjord 90-dagarsbedömning (beräknat på de ärenden där händelsen har inträffat)

	Kvartiler		
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)
Inkommet ersättningsanspråk för period efter dag 90	58	75	89
Gjord 90-dagarsbedömning	77	90	105

I tabell 5 kan utläsas att i drygt 20 procent av ärendena där det kommer in ett ersättningsanspråk så kommer detta in efter dag 90 i rehabiliteringskedjan. Den maximala nivån för andelen ärenden där bedömningen kan

⁸ Utredningarna kan här ha genomförts via muntlig kontakt eller begäran om arbetsgivarutlåtande.

⁹ Detta överensstämmer med redovisningen i tabell 2 om man slår ihop utredning med arbetsgivare och arbetsgivarutlåtande som gjorts i 41 % av ärendena men, enligt granskarnas bedömning, borde ha gjorts i 64 %.

¹⁰ Observera att beräkningarna för bedömningarna i tabellen baseras på genomförda bedömningar, utan hänsyn tagen till de ärenden där den inte gjorts inom ramen för studiens uppföljningsperiod.

göras före dag 91 i rehabiliteringskedjan bör alltså uppgå till runt 80 procent av ärendena.

Tabell 5 Rehabiliteringskedjan till inkommet ersättningsanspråk för period efter dag 90 i rehabiliteringskedjan

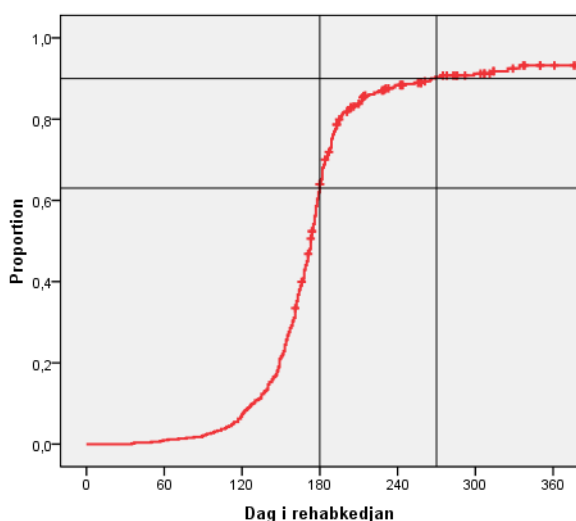
	Procent
-75 dagar	50,8
76-90 dagar	27,2
91 dagar -	22,0
Total	100,0

Figur B1 och tabell B3 i bilagan illustrerar den tid det tar mellan inkommet ersättningsanspråk till gjord 90-dagarsbedömning samt frågan om skillnaden i dessa tider kan förklaras av olika omfattning på utredningarna med arbetsgivarna i dessa ärenden. Andelen ärenden med genomförd utredning med arbetsgivaren skiljer sig inte åt beroende på tiden från inkommet ersättningsanspråk till 90-dagarsbedömningen. Det är intressant mot bakgrund av den tidigare förda diskussionen kring vad som styr tidpunkten för 90-dagarsbedömningen.

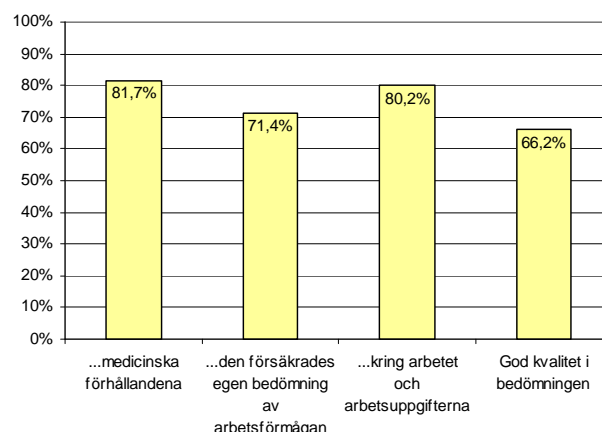
3.4 En analys av bedömningarna mot den reguljära arbetsmarknaden och särskilda skäl

I figur 3a redovisas tidpunkten för 180-dagarsbedömningen för de ärenden som vid urvaltidpunkten, den 31 januari 2010, pågått i 30-90 respektive 91-180 dagar.

Figur 3a Tid till 180-dagarsbedömningen i ärenden med ersättningsanspråk (rehabkedjedagar)



Figur 3b Kännetecknas den första 180-dagarsbedömningen av god kvalitet och finns det i underlagen tillräcklig information om...



Skattningarna i figur 3a omfattar de ärenden där det inkommit ett ersättningsanspråk för tiden efter dag 180. I dessa ärenden görs bedömningen senast dag 180 i cirka 60 procent av ärendena. Bedömningen är gjord i cirka 90 procent av ärendena inom 270 dagar. I de ärenden där ersättningsanspråk kommer in före dag 175 görs drygt 80 procent av bedömningarna senast dag 180 medan motsvarande andel för ärendena där ersättningsanspråket kommer in efter dag 175 ligger på cirka 10 procent.

En analys av informationen i figur 3b visar att i cirka 18 procent av ärendena bedöms informationen kring de medicinska förhållandena vara otillräcklig. Motsvarande andelar för informationen kring den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan samt arbetet och arbetsuppgifterna ligger på cirka 29 respektive 20 procent.

Tabell 6 Dagar i rehabiliteringskedjan till inkommet ersättningsanspråk och gjord 180-dagarsbedömning (beräknat på ärenden där händelsen har inträffat)

	Kvartiler		
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)
Inkommet ersättningsanspråk för period efter dag 180	134	158	175
Gjord 180-dagarsbedömning	152	170	182

Ungefär en fjärdedel av ersättningsanspråken kommer in efter dag 175, vilket innebär att det inte går att göra bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden före dag 180 i alla ärenden.

Bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden ska enligt Försäkringskassans vägledning för sjukpenning och samordnad rehabilitering göras enligt följande: Först bedöms om den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt mot den reguljära arbetsmarknaden. Om det finns arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden görs bedömningen om det finns särskilda skäl för att skjuta upp bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden. Om det ej finns särskilda skäl bedöms slutligen om det kan anses oskäligt att göra bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden. För att använda särskilda skäl ska alltså den försäkrade först ha bedömts ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden. För att oskäligt ska användas måste den försäkrade först bedömts ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden och därefter måste en bedömning ha gjorts att särskilda skäl inte finns.

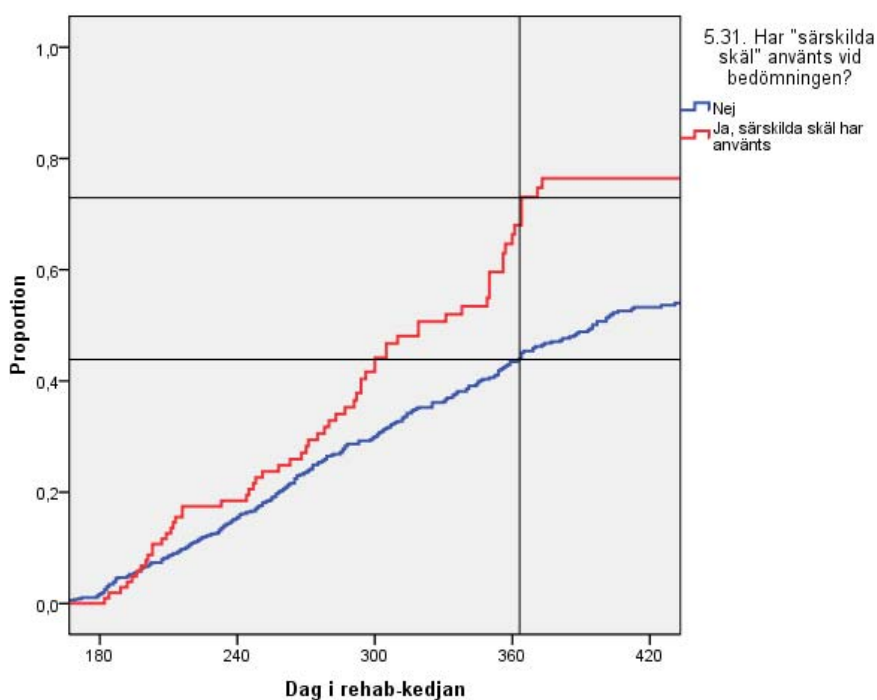
Tabell 7 Bedömningskriterium

	Procent
Enbart mot reguljära arbetsmarknaden	86,2
Särskilda skäl har använts	13,3
Oskäligt har använts	0,5
Total	100,0

I drygt 13 procent av bedömningarna har särskilda skäl använts och i knappt en procent har det bedömts oskäligt att bedöma den försäkrade mot den reguljära arbetsmarknaden. Vanligast är att bedömningen enbart görs mot den reguljära arbetsmarknaden eftersom det är vanligast att arbetsförmågan bedöms vara nedsatt i förhållande till den. Redovisningen i figur 3b av underlag och besluts kvalitet uppvisar inga skillnader beroende på bedömningskriterium. Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader i t.ex. de ärenden där bedömningen baserats på särskilda skäl jämfört med de där bedömningen enbart gjorts mot den reguljära arbetsmarknaden.

När avslutas ärenden där det gjorts en bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden? Figur 4 redovisar andelen avslutade ärenden vid olika tidpunkter efter dag 180 i rehabiliteringskedjan. Fram till dag 365 avslutas en större andel ärenden med särskilda skäl jämfört med dem som enbart bedömts mot den reguljära arbetsmarknaden, cirka 73 mot 45 procent.¹¹

Figur 4 Andel avslutade ärenden vid olika tidpunkter efter bedömning av arbetsförmågan mot den reguljära arbetsmarknaden



Från figur 4 vet vi att avslutningssannolikheterna är högre för gruppen som bedömts utifrån särskilda skäl. Från tabell B4a och B4b i bilagan kan vi konstatera att under tidsperioderna 181–270 och 271–365 dagar beror inte detta på en högre andel indragningar utan på en högre andel återgångar i arbete. Tillämpningen av särskilda skäl tycks till övervägande del fungera i enlighet med intentionerna. En slutsats som understryks i tabell B5a och B5b där studien försökt fånga vad den försäkrade gör efter avslutnings-tidpunkten.

¹¹ Statistiskt test om falltidskurvorna skiljer sig åt: $p < 0,001$.

Indragningarna av sjukpenningen i anslutning till den första bedömningen mot reguljära arbetsmarknaden uppgår till 2,5–3,0 procent av ärendena. Indragningarna under perioden 181–365 dagar ligger på omkring 9 procent av de avslutade ärendena mellan dag 181 och 365. Indragningarna ökar när bedömningskriteriet för rätten till sjukpenning förändras till en bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden.

I figur B2 i bilagan syns att tidpunkten för indragningarna är ganska väl spridd över perioden 181–365 dagar i rehabiliteringskedjan. Det är lite högre frekvens under första hälften vilket syns i att hälften av dessa beslut fattas fram till dag 240 och 75 procent till dag 290.

En bild av hur aktiv Försäkringskassan har varit i indragningsärendena redovisas i tabellerna B6 och B7 i bilagan. Slutsatsen är att kontakter och utredningsinsatser ligger på en högre nivå jämfört med ett genomsnitt över alla ärenden, som exempel har utredning med arbetsgivaren gjorts i 47 procent av dessa ärenden och arbetsgivarutlåtande begärts i 32 procent. Erbjudande av kontaktmöte har lämnats i 21 procent.

3.5 Bedömningen i anslutning till dag 365

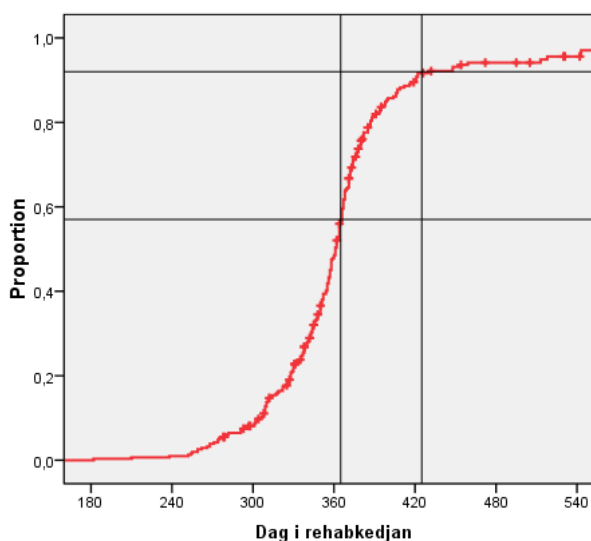
Tiden till 365-dagarsbedömningen analyseras utifrån de ärenden som vid urvalstillfället var 91–180 respektive 181–365 dagar gamla.

Tabell 8 Kvaliteten i 365-dagarsbedömningen

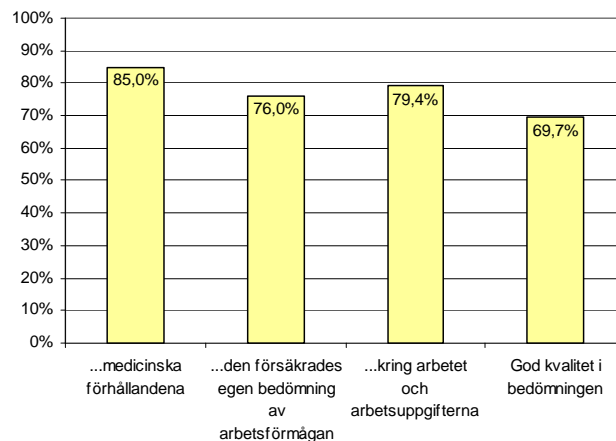
		God kvalitet vid den första 365-dagarsbedömningen?		Total
		Ja	Nej	
Har "särskilda skäl" använts vid 180-dagarsbedömningen?	Nej	72,0 %	28,0 %	100,0 %
	Ja	69,3 %	30,7 %	100,0 %
Total		71,8 %	28,2 %	100,0 %

Det finns ingen skillnad i kvalitet i 365-bedömningen beroende på om 180-dagarsbedömningen baserats enbart på bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden eller i kombination med särskilda skäl, tabell 8.

Figur 5a Tid till 365-dagarsbedömningen i ärenden med ersättningsanspråk (rehabkedjedagar)



Figur 5b Kännetecknas den första 365-dagarsbedömningen av god kvalitet och finns det i underlagen tillräcklig information om...



Inom 365 dagar är 57 procent av bedömningarna gjorda i de ärenden där det finns ett ersättningsanspråk och inom 425 dagar 92 procent.

Hälften av ersättningsanspråken har kommit in till dag 345 och ytterligare cirka 25 procent till dag 360. I de ärenden där ersättningsanspråket kommit in minst 20 dagar före dag 365 så görs cirka 80 procent av bedömningarna senast vid denna tidpunkt. För de anspråk som kommer in mellan dag 345 och 360 är motsvarande andel ungefär 60 procent, och för anspråken inkomna efter dag 360 ligger andelen på cirka 15 procent.

Diagnosfördelningen för fortsatt sjukpenning jämfört med de övriga förmånerna för försäkrade som passerat dag 365 tyder på att tillämpningen av regelverket i huvudsak fungerar i enlighet med intentionerna, tabell 9.

Tabell 9 Senaste diagnos och förmån för försäkrade som passerat dag 365 i rehabiliteringskedjan.

	Förmån		Total
	Forts. Sjukp.	Förl. Sjukp./ Rehab. penning	
II Tumörer	66 %	9 %	16 %
V Psykiska sjukdomar	6 %	35 %	32 %
XIII Sjukdomar i Muskuloskeletala systemet		25 %	22 %
Övriga Diagnoser	28 %	31 %	30 %
Total	100 %	100 %	100 %

Notering: Tabellen baseras på de ärenden som vid urvaltidpunkten var 180 till 365 dagar gamla.

3.6 Plan för återgång

Försäkringskassan ska ta fram en rehabiliteringsplan när den försäkrade ska delta i en åtgärd som ger rätt till rehabiliteringsersättning (30 kap. 12 § SFB). Försäkringskassan har dessutom bestämt att en plan för återgång i arbete ska tas fram i sjukpenningärenden. Huvudregeln är att planen ska tas fram tillsammans med den försäkrade där den försäkrade informeras om de ramar som reglerna medger.

I den här undersökningen särskiljs inte om det är fråga om en rehabiliteringsplan enligt 30 kap. 12 § SFB eller om det är en plan för återgång i arbete som Försäkringskassan har bestämt att använda som verktyg i handläggningen av ärendena.

Plan för återgång analyseras utifrån de ärenden som vid urvalstillfället var 30–90 respektive 91–180 dagar gamla. Det finns en plan för återgång i 59 procent av ärendena. Det borde enligt granskningen ha funnits planer i 80 procent av ärendena. Det är en skillnad på drygt 20 procentenheter. Till dag 90 har planer upprättats i cirka hälften av ärendena. Därefter upprättas inte fler planer för återgång i särskilt stor andel av ärendena.

Tabell 10 Innehåll i plan för återgång

Åtgärder:	I andel av ärendena
Medicinska insatser	65 %
Deltidssjukskrivning	34 %
Annat (inkl. planer utan åtgärder) ^{a)}	22 %
Konvalescens	9 %
Arbetssträning	6 %
Åtgärder på arbetsplatsen (anpassning, omplacering, annan åtgärd)	6 %
Övrigt ^{b)}	4 %

^{a)} Arbetsresor, annat rehabiliteringsprogram men främst planer utan åtgärder.

^{b)} I övrigt ingår arbetsmarknadsåtgärd/Af, arbetshjälpmedel, rehabprogram ordnat av arbetsgivaren, via Samordningförbund eller ESF, sociala insatser och utbildning.

Den dominerande åtgärden i de planer för återgång som upprättas är medicinska insatser. Därefter kommer deltidssjukskrivning. Arbetssträning och andra åtgärder på arbetsplatsen ingår i drygt var tionde ärende och konvalescens i knappt vart tionde. Övriga tänkbara insatser utgör inslag i en mycket liten andel av ärendena.

Tabell 11 Mål som är angivet i planen för återgång

Planens mål	I andel av ärendena
Återgång i tidigare arbete	55 %
Framgår ej	40 %
Arbete på reguljära arbetsmarknaden/arbets sökande	3 %
Annat ^{a)}	3 %

^{a)} Annat stadigvarande eller tillfälligt arbete hos arbetsgivaren, och annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade.

Vanligaste målet i planerna är återgång i tidigare arbete, dock endast i 55 procent av de upprättade planerna för återgång. Detta förklaras troligen av att i 40 procent av planerna framgår inte planens mål.

I planen ska också framgå när målet ska vara uppnått. Detta anges i 55 procent av planerna men saknas alltså i 45 procent (tabell B8 i bilagan).

Tabell 12 Andel ärenden där planen för återgång är upplagd tillsammans med den försäkrade och där den försäkrade fått en kopia av planen

		Har den försäkrade fått en kopia av planen?		Total
		Ja	Nej	
Är planen upplagd tillsammans med den försäkrade?	Ja	52,2 %	35,1 %	87,3 %
	Nej	1,8 %	10,8 %	12,7 %
Total		54,0 %	46,0 %	100,0 %

I drygt hälften av ärendena där plan för återgång har upprättats har både planen upprättats tillsammans med den försäkrade och den försäkrade fått en kopia av planen. I drygt 10 procent av de upprättade planerna har de varken upprättats tillsammans med den försäkrade eller att den försäkrade fått en kopia av planen. Endast 36 procent av planerna motsvarar de krav på en plan för återgång som finns i Vägledningen för sjukpenning och samordnad rehabilitering.

3.7 Insatser för att förkorta sjukskrivningarna

Redovisningen baseras på de ärenden som vid urvalstillfället var 30–90 respektive 91–180 dagar gamla. Genomsnittstiden (median) till insatser ligger mellan 96 och 160 dagar och nära 300 dagar för åtgärder från Arbetsförmedlingens sida.

Tabell 13 Tid till insatser för att förkorta sjukskrivningarna och andel ärenden med insatsen

	Kvartiler			Andel
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)	
Deltidssjukskrivning	a)	a)	a)	36,1 %
Arbets träning	125	160	216	6,4 %
Anpassning på arbetsplatsen	56	96	144	15,2 %
Omplacering på arbetsplatsen	75	155	243	2,9 %
Annan åtgärd på arbetsplatsen	85	120	216	2,1 %
Arbetsmarknadsåtgärd/åtgärd Af	153	291	384	1,4 %
Annan åtgärd ^{b)}	58	98	204	2,1 %

^{a)} Har inte fångat tidpunkterna, enbart händelserna, i granskningen.

^{b)} Annan åtgärd omfattar bland annat: Rehabiliteringsprogram arrangerade av arbetsgivaren, samordningsförbund, ESF, sociala insatser och utbildning.

Från tabell 13 kan utläsas att deltidssjukskrivning utgör den vanligaste åtgärden för att förkorta sjukskrivningen, i cirka 36 procent av ärendena. Åtgärder på arbetsplatsen, inklusive arbets träning, omfattar ungefär 24

procent av ärendena. Dessa två mest vanligt förekommande åtgärder analyseras lite utförligare i de två kommande avsnitten.

3.7.1 Deltidssjukskrivning som den vanligaste åtgärden

Förekomsten av deltidssjukskrivning kan bero på flera olika orsaker. En av dem är som en medveten handlingsväg för att successivt trappa upp arbetstiden för att sjukskrivningen till slut helt ska upphöra och den försäkrade återigen försörja sig via eget arbete. I ungefär hälften av de 36 procent ärenden med deltidssjukskrivning som åtgärd finns det också en upptrappingsplan.

Tabell 14 Andelen ärenden där deltidssjukskrivning har startats som en åtgärd för återgång i arbete, dvs. för upptrapping av arbetstiden

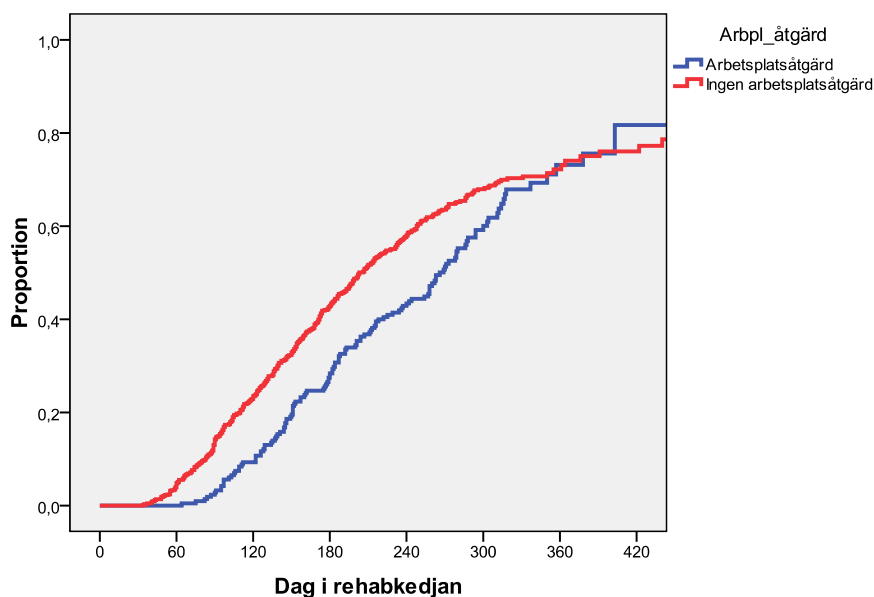
	Procent
Ja, och det finns en upptrappingsplan	18,5
Ja, men det finns ingen upptrappingsplan	17,6
Nej	64,0
Total	100,0

Tiden till avslut har studerats utifrån de tre grupperna i tabell 14. Det finns en statistiskt signifikant skillnad i falltidskurvorna, figur B3 i bilagan, mellan gruppen med upptrappingsplan och den utan deltidssjukskrivning som en åtgärd ($p = 0,002$). Detta tyder på att deltidssjukskrivning som en medveten handlingsväg kan ha positiva effekter på sjukskrivningstiden. Studiens design medger dock inte ett fastställande av ett kausalt samband.

3.7.2 Åtgärder på arbetsplatsen

Åtgärder på arbetsplatsen berör ungefär en fjärdedel av ärendena. I ett första steg studeras dessa ärenden som en grupp, motsvarande analysen av deltidssjukskrivning.

Figur 6 Arbetsplatsåtgärd och tid till avslut



I en analys av arbetsplatsåtgärder baserad på den här studien finns minst två problem som hänger ihop med varandra. Om handläggningen fungerar bra så bör den här typen av åtgärder riktas till de försäkrade där de kan påverka sjukskrivningen. Det innebär att det sker någon form av selektion. Selektionen kan komma från arbetsgivaren eller arbetsplatsens vilja och möjligheter, den försäkrades inställning liksom försäkringshandläggarens arbete. Därför är det svårt att isolera effekten av själva åtgärden. De båda grupperna som studeras i figuren finns det anledning att anta skiljer sig åt med avseende på andra faktorer än själva åtgärden. Hur dessa faktorer spelar in saknas kännedom om.

Figur 10 kan dock kommenteras på följande sätt. Runt dag 300 når båda grupperna i stort sett lika stora andelar av försäkrade som avslutats. Däremot kan inte fastställas att avståndet mellan kurvorna som börjar runt dag 60 hade fortsatt utan arbetsplatsåtgärder. För att pröva hypotesen om en eventuell effekt av arbetsplatsåtgärdena hade dock krävts ett annat studieupplägg.

3.8 Aktiv eller passiv handläggning

Det är viktigt att Försäkringskassan i samtliga sjukdomsfall gör alla relevanta utredningar och bedömningar i rätt tid och på rätt sätt så att sjukpenningrättsprövningen blir effektiv, att eventuellt behov av rehabilitering uppmärksammas, att relevanta åtgärder vidtas tidigt i sjukdomsfallen och att sjukpenning byts ut mot sjukersättning eller aktivitetsersättning när den försäkrade uppfyller förutsättningarna för en sådan förmån. (Prop. 2002/03:89, s. 47)

För att råda bot på passiviteten i sjukskrivningsprocessen föreslår regeringen att en rehabiliteringskedja med fasta hållpunkter införs. De här föreslagna reglerna innebär inte enbart att en prövning ska ske vid en viss tidpunkt utan

också att bedömningsgrunden för rätten till ersättning ändras efter 90 respektive 180 dagar. (Prop. 2007/08:136, s. 58)

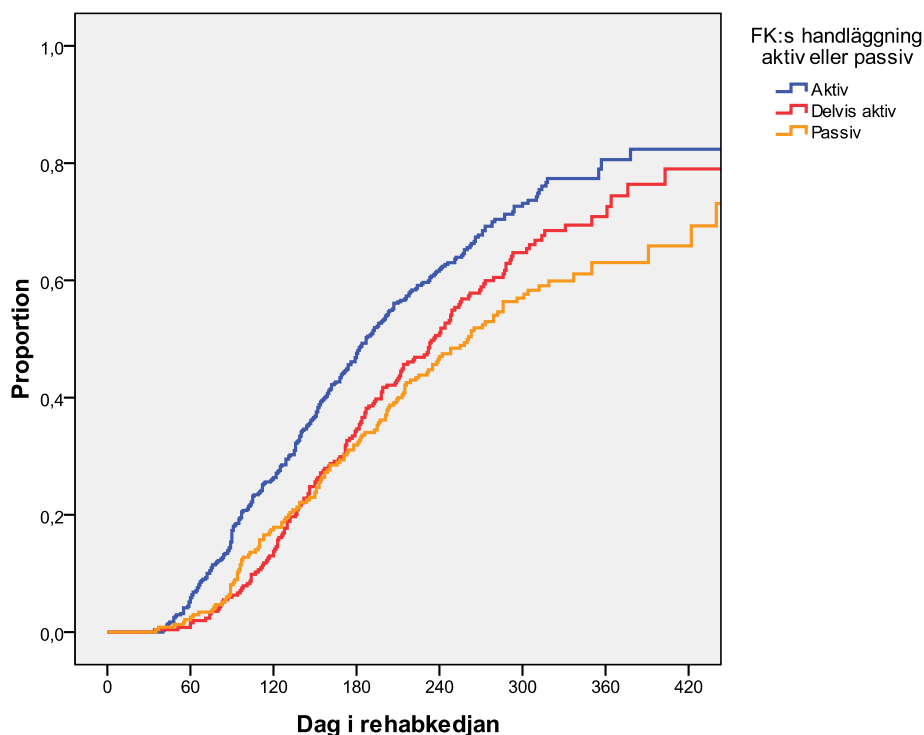
Inom ramen för studien har därför handläggningen värderats i termer av om den kännetecknats av ett aktivt eller passivt förhållningssätt. Aktivt har i detta sammanhang inte gjorts liktydigt med mängden aktiviteter i form av utredningsinsatser eller åtgärder, utan baseras i stället på en bedömning i granskningen om nödvändiga och relevanta aktiviteter har gjorts. Det innebär att ett ärende där handläggaren genom aktiva ställningstaganden, som går att läsa ut ur granskningsunderlaget, valt att avstå från aktiviteter kan bedömas ha kännetecknats av en aktiv handläggning. Värderingen av Försäkringskassans handläggning studeras i detta avsnitt, baserat på de ärenden som vid urvalstillfället var 30–90 eller 91–180 dagar. I tabell 15 har ärendena slagits ihop i tre grupper utifrån den ursprungliga värderingen i fem grupper, tabell B11 i bilagan.

Tabell 15 Har Försäkringskassans handläggning kännetecknats av en aktiv eller passiv handläggning?

	Procent
Aktiv	45,5
Delvis aktiv	28,3
Passiv	26,2
Total	100,0

Det är intressant att se om något mönster kan urskiljas med avseende på sjukfallslängderna i förhållande till en sådan här subjektiv värdering i granskningen.

Figur 7 Tid till avslut för ärenden som kännetecknats av olika grad av passiv till aktiv handläggning



Det ser ut som att utvecklingsmönstren skiljer sig åt för de tre grupperna. Statistiskt test visar att falltidskurvan, och därmed den genomsnittliga sjukfallslängden, för de ärenden som kännetecknas av aktiv handläggning avviker från de övriga två.¹²

Andelen avslutade ärenden skiljer sig åt mellan de tre grupperna:

- Aktiv = 72,2 procent avslutade vid uppföljningstidpunkten den 1 augusti 2010.
- Delvis aktiv = 65,7 procent, och
- Passiv = 60,0 procent avslutade.

Skillnaden är signifikant på 10-procentsnivån för gruppen ”Aktiv” i förhållande till gruppen ”Delvis aktiv” och på 1-procentsnivån i förhållande till gruppen ”Passiv”. Samtidigt finns det bara en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller avslutningsanledning, och det är att andelen indragningar av sjukpenning baserat på AFL 3:7 är signifikant högre i gruppen ”Aktiv” jämfört med gruppen ”Passiv”, 6,1 procent jämfört med 1,4.¹³

Analysen pekar mot att det har betydelse vad Försäkringskassan gör genom att de ärenden som i granskarnas värdering klassificerats som ”aktiv handläggning” avslutas tidigare och i större utsträckning.

¹² P-värde = 0,001 i förhållande till ”Delvis aktiv” och p-värde < 0,001 i förhållande till ”Passiv”.

¹³ P-värde = 0,0292.

3.9 Övriga aktörers agerande

En värdering, likartad den som gjorts för Försäkringskassans handläggning, har försökt göras för övriga aktörer i sjukskrivningsprocessen. Det är ingen lätt uppgift att göra denna värdering baserat på innehållet i Försäkringskassans akter, eftersom det kan göras saker inom vården och på arbetsplatsen som handläggaren saknar kännedom om. Som framgår i tabellerna B12–B14 i bilagan har det ingått att värdera olika former av agerande från aktörernas sida. Notera särskilt att andelen ärenden där värderingen inte kan göras för en enskild fråga kan vara mycket stor, särskilt i relation till Arbetsförmedlingen eftersom frågeställningen inte är relevant i många av dessa.

Här redovisas trots allt den övergripande värderingen baserat på om agerandet bedömts som aktivt eller passivt i det enskilda ärendet. Här kan cirka 60 procent av ärendena användas i värderingen av vården, drygt 50 procent i värderingen av arbetsgivarna och mindre än 3 procent i värderingen av Arbetsförmedlingen. Fördelningen på aktiv, delvis aktiv och passiv baseras på de ärenden där värderingen varit möjlig att göra.

Tabell 16 Övergripande värdering av övriga aktörers agerande (från aktivt till passivt förhållningssätt)

Aktör	Aktiv	Delvis aktiv	Passiv	Andel ärenden möjliga att värdera
Vården	42 %	19 %	38 %	Ca 60 %
Arbetsgivarna	31 %	26 %	42 %	Drygt 50 %
Arbetsförmedlingen	62 %	31 %	8 %	< 3 %

3.10 Väntetider i vården

Väntetider i vården kan påverka sjukskrivningarna. I studien har därför studerats i vilken omfattning det framgår i Försäkringskassans akter och om handläggaren agerat baserat på den informationen.

I 6 procent av ärendena framgår det att Försäkringskassan har information om väntetid i vården. Mediantiden till detta ligger på 74 dagar. I studien har skattningar gjorts av väntetidernas längd till olika medicinska insatser. Vidare har studerats hur Försäkringskassan agerat gentemot den försäkrade och arbetsgivaren mot bakgrund av dessa väntetider.

Tabell 17 Väntetider i vården för försäkrade med sjukfall. (Veckor)

	Kvartiler			Andel
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)	
Specialist (psykiater ingår här) ^{a)}	9	12	12	2 %
Röntgen	2	5	10	2 %
Operation	6	12	12	2 %
Stödsamtal	2	27	52	<1 %
Transplantation	24	38	52	<1 %

Anm. Andelarna beräknade på alla ärenden.

^{a)} Annan läkare än den intygsskrivande läkaren i ärendet.

Väntetiderna är skattningar baserade på den information som går att utläsa ur akterna. När det gäller besök hos specialist och operation är det intressant att både median och övre kvartil ligger på 12 veckor vilket motsvarar vårdgarantins 90 dagar.

I 10 procent av de ärenden där det finns väntetider har Försäkringskassan informerat den försäkrade om att utnyttja vårdgarantin, i 12 procent uppmanat den försäkrade att försöka påverka väntetiden och i 14 procent har kontakt tagits med arbetsgivaren för att anpassa arbetsuppgifterna under väntetiden.

3.11 Inför det att dagarna i sjukförsäkringen riskerar att ta slut

Inför upplägget av studien fanns i tankarna att också kunna studera hur handläggningen från Försäkringskassans sida sett ut inför det att dagarna i sjukförsäkringen riskerar att ta slut. I analysarbetet har det dock visat sig svårt att kombinera granskningsformulärets frågor som ofta inriktat sig på det som görs relativt tidigt i sjukfallet med denna frågeställning. Det ger erfarenheten att frågeställningar kring tiden före det att dagarna kan ta slut måste studeras baserat på en separat granskning som särskilt riktar in sig på denna tidsperiod.

3.12 Avslutningsanledningarna i granskningen

I studien kan de pågående sjukfallen den 1/8 2010 som kortast vara 210 dagar. De som inte pågår vid uppföljningsperiodens slut, den 1/8 2010, har avslutats vid olika fallängder. Vid uppföljningstillfället var 60 procent av ärendena i studien avslutade. Andelen pågående ärenden i olika fallängder vid uppföljningstillfället var:

181–270 dagar:	33 %
271–365 dagar:	52 %
366–730 dagar:	67 %
731– dagar:	50 %

Avslutningsanledningarna för de ärenden som avslutats efter olika lång tids sjukskrivning redovisas i tabell 18 utifrån alla ärenden som ingår i studien.

Tabell 18 Avslutningsanledningar vid olika sjukfallslängder

	Rehabdagsfalllängd						Total
	-90 dagar	91-180 dagar	181-270 dagar	271-365 dagar	366-730 dagar	731-dagar	
Arbetsför	86,6 %	79,9 %	72,1 %	77,4 %	52,4 %	15,8 %	68,0 %
Inte längre rätt sjukpenning AFL 3:4					4,3 %	36,9 %	4,5 %
Inte längre rätt sjukpenning AFL 3:7	0,8 %	3,1 %	9,9 %	7,6 %	11,8 %	5,3 %	6,4 %
Inte längre rätt sjukpenning AFL 3:17					1,3 %		0,2 %
Tillerkänts S/A	0,8 %	0,4 %	3,9 %	4,8 %	10,2 %	12,6 %	4,5 %
Aktivitetsstöd	1,7 %	0,8 %	1,0 %	0,6 %	2,7 %	14,7 %	2,6 %
Annat ^{a)}	10,1 %	15,8 %	13,2 %	9,6 %	17,4 %	14,7 %	13,8 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

^{a)} Här ingår bland annat: Föräldrapenning, Havandeskapspenning och Förebyggande sjukpenning.

De arbetsföra utgör nästan 87 procent av avsluten före dag 90 för att minska när falllängderna ökar, i intervallet 366–730 dagar är andelen nere i drygt 52 procent. Den omvända utvecklingen gäller för indragningar av sjukpenning och av naturliga skäl för övergångar till sjukersättning.

I studien har utöver avslutningsanledningarna också försökts fånga den försäkrades status efter avslutet, dvs. vad gör den försäkrade. Detta redovisas i tabell 19.

Tabell 19 Den försäkrades status efter avslut vid olika sjukfallslängder

	Rehabdagsfalllängd						Total
	-90 dagar	91-180 dagar	181-270 dagar	271-365 dagar	366-730 dagar	731-dagar	
Åter vanliga arbetet	79,8 %	63,7 %	54,2 %	55,9 %	42,5 %	18,9 %	54,8 %
Annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren		2,3 %	1,8 %		0,8 %		1,1 %
Annat stadigvarande arbete hos arbetsgivaren (omplacering)		0,8 %	2,4 %	4,2 %	2,7 %	4,2 %	2,1 %
Annat arbete på reguljära arbetsmarknaden		0,8 %	1,0 %	1,4 %	0,6 %	1,1 %	0,8 %
Annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade	0,8 %				0,8 %		0,2 %
Arbetssökande/arbetsmarknads åtgärd	5,0 %	5,4 %	6,2 %	9,0 %	10,3 %	31,6 %	9,5 %
Utbildning/studier		0,4 %		0,8 %	0,8 %	1,1 %	0,4 %
Annat	8,4 %	13,1 %	18,9 %	11,9 %	27,0 %	28,4 %	17,2 %
Uppgift saknas	5,9 %	13,5 %	15,4 %	16,9 %	14,6 %	14,7 %	13,7 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Återgång i det vanliga arbetet minskar med falllängden och på motsvarande sätt ökar andelen som arbetssökande och deltagare i arbetsmarknadsåtgärder.

3.13 Iakttagelser i granskningsarbetet

Ett granskningsformulär kan inte fånga allt. För att kunna få underlag för att diskutera hur sjukskrivningsprocessen fungerar har därför också en diskussion förts med granskarna om deras intryck under granskningen.

I många fall handlar det om bra, väl handlagda ärenden med underbyggda ställningstaganden och ett utredningsarbete som används till både bedömningarna av rätten till ersättning och planering för att underlätta återgång i arbete. Detta kommer bland annat till uttryck i att nästan hälften av ärendena klassificeras som aktivt handlagda. Bilden är att regelförändringarna i många fall utgjort ett stöd för att åstadkomma detta.

Samtidigt kännetecknas många av de övriga ärendena av en ryckighet i handläggningen med tendenser till kortsiktighet och svag framförhållning. Här finns det ett problem som måste uppmärksammas. Det kan ha att göra med svårigheter att kombinera tidsgränserna för olika bedömningar i rehabiliteringskedjan med förutsättningarna att utreda ordentligt och diskutera med den försäkrade om handlingsalternativ och planera för en återgång i arbete. Granskningen pekar på att dessa ärenden saknar en form av ”röd tråd”, saker görs i handläggningen i anslutning till att en situation uppkommer, t.ex. krav på en sjukpenningrättsbedömning mot en ny bedömningsgrund, vilket rätt som det är ställer krav på lite högre tempo för att handläggningen i samma ärende sedan sjunker tillbaka till ett mer passivt agerande. Denna ryckighet måste diskuteras ordentligt. Orsaker kan vara brister i utredningsmetodik, planering och överblick i handläggningen.

3.14 Är det en skillnad på sjukintygens längder 2010 jämfört med 2008?

I samband med granskningen och i de diskussioner som förts i granskningsarbetet kring de problem som framkommit kring bedömningar, utredningsinsatser och åtgärder så noterades att längderna på sjukintygen ser ut att ha förkortats jämfört med för ett par år sedan. Det innebär i så fall att det kommer in fler intyg i ett enskilt ärende jämfört med tidigare även om sjukfallet är eller blir lika långt. Om intygen i stor utsträckning inte heller sträcker sig över tidsgränserna för nya bedömningskriterier så underlättar inte det framförhållning i handläggningen, planering eller att lyckas göra nödvändiga bedömningar i enlighet med tidsgränserna.

För att få ett underlag för att värdera rimligheten i den typen av resonemang har en särskild studie genomförts direkt efter aktstudien. Studien som redovisas sist i bilagan visar att intygen är signifikant kortare och därigenom fler per ärende som passerar 180 dagars sjukskrivning i dag jämfört med tidigare. Det genomsnittliga antalet intyg till dag 180 har ökat från 5,1 till 5,6 intyg.

Samtidigt kan detta faktum, rätt hanterat, utgöra ett väsentligt stöd i handläggningen eftersom det innebär att möjligheterna för fortlöpande bedömningar och ställningstaganden till insatser baserat på aktuella medicinska bedömningar ökar.

4 Diskussion

För att få perspektiv till en diskussion kring denna studies resultat inleds med en kort återblick på ett antal granskningsrapporter från Riksrevisionen. Dessa avser handläggningen innan regelförändringarna 2008.¹⁴

4.1 Granskningar från Riksrevisionen

I dessa rapporter konstaterar Riksrevisionen bland annat att information om alternativa arbetsuppgifter inte hämtats in i 70 procent av relevanta sjukfall, att Försäkringskassan ofta brister i att utreda sjukskrivnas möjligheter att få anpassade eller nya arbetsuppgifter hos nuvarande arbetsgivare och att hälften av de granskade sjukskrivningarna avslutas med att personen får sjuk- eller aktivitetsersättning. Vidare konstateras att anställda och egenföretagare som varit sjukskrivna i minst 90 dagar är sjukskrivna i 1,5 år innan bedömningen mot annat arbete görs (i de fall den över huvud taget görs). Riksrevisionens granskning visar att Försäkringskassans handläggare ofta saknar underlag av tillräcklig kvalitet vid beslut om sjukpenning, att det dröjer oacceptabelt lång tid innan olika aktiviteter och insatser genomförs. Till exempel tar det i genomsnitt nästan ett år från att sjukförsäkrad inkommit till att avstämningsmöte hålls. De konstaterar att insatser genomförs – och beslutsunderlag upprättas – påfallande sent i sjukskrivningsprocessen.

I ljuset av dessa granskningsrapporter från Riksrevisionen framstår det som att väsentliga förbättringar kan noteras i den nu genomförda aktstudien.

4.2 Positiva resultat

Studien visar att Försäkringskassan i ökad utsträckning utreder möjligheterna till olika lösningar på arbetsplatsen för att förkorta sjukskrivningarna, och att bedömningar mot den reguljära arbetsmarknaden görs i större omfattning och tidigare i sjukfallen jämfört med den tidigare stegbedömningen. I dessa avseenden måste bedömningen vara att införandet av rehabiliteringskedjan har haft positiva effekter på sjukskrivningsprocessen.

Analysen av 180-dagarsbedömningen visar att regelverket med möjligheterna att tillämpa särskilda skäl tillämpas på ett bra sätt av Försäkringskassan. Ärendena som bedömts med stöd av särskilda skäl avslutas tidigare och i större omfattning med återgång i det vanliga arbetet jämfört med dem som enbart bedömts mot den reguljära arbetsmarknaden. Det är ett väldigt positivt resultat eftersom det finns en risk att denna regel kunde ha inneburit att många försäkrade runt dag 365 skulle ha drabbats av att återgången inte lyckats och rätten till ersättning upphört.

I analysen av 365-dagarsbedömningen framstår det som att besluten kring ersättningsform, förlängd eller fortsatt sjukpenning, fungerar i enlighet med intentionerna.

¹⁴ Följande tre granskningsrapporter avses: Tas sjukskrivnas arbetsförmåga tillvara (RiR 2007:19), Omställningskrav i sjukförsäkringen (RiR 2009:1) och Beslut om sjukpenning (RiR 2009:07).

Det försök som gjorts i granskningen att värdera andra aktörers agerande utifrån informationen i Försäkringskassans akter ger givetvis osäkra resultat men avspeglar troligen en utveckling där bland annat vårdens engagemang i frågor kring sjukskrivning ökat. Att vårdgivaren i fyra av tio ärenden, där engagemanget utifrån ett sjukskrivningsperspektiv kunnat värderas, betecknas som aktivt är intressant och positivt.

Analysen av deltidssjukskrivning kan vara väsentlig för det framtida arbetet eftersom den tyder på att deltidssjukskrivning som en medveten handlingsväg med en fastställd plan för upptrappningen av arbetstiden kan ha positiva effekter på sjukskrivningstiden.

Ett annat positivt resultat är att analysen pekar i riktning mot att de ärenden där Försäkringskassan har en aktiv handläggning också avslutas tidigare och i större omfattning jämfört med dem där handläggningen kännetecknas av en mer passiv handläggning. Skulle mot bakgrund av detta andelen ärenden som karaktäriseras av en aktiv handläggning kunna öka finns möjligheter till ännu bättre resultat. Möjligheterna att uppnå detta är beroende av att försöka förbättra eller avhjälpa ett stort antal av de brister i handläggningen som samtidigt framträder i studien. Diskussionsavsnittet fortsätter därför med att försöka ringa in dessa brister som underlag för ett fortsatt förbättringsarbete.

4.3 Brister i sjukskrivningsprocessen

Det finns brister i underlag, utredningar, planer och åtgärder. Baserat på studien finns det ett antal centrala områden att finna lösningar inom. Diskussionen kommer därför att koncentreras på detta. Men den förs mot bakgrunden att i en stor del av ärendena fungerar handläggningen mycket väl.

Ambitionen att hålla tidsgränserna i rehabiliteringskedjan kan påverka innehållet i utredningarna. Särskilt analysen av 90-dagarsbedömningen speglar detta problem. Bristerna i underlagen inför bedömningen förändras från att framför allt gälla informationen om de medicinska underlagen till informationen kring arbetet och arbetsuppgifterna. Samtidigt kan studien inte konstatera något samband mellan genomförandet av eller behovet av att genomföra utredningar med arbetsgivarna beroende på om bedömningen gjorts före eller efter dag 90. Detta tyder på att behovet av dessa utredningar underskattas i handläggningen.

Utredningsbrister kan bero på att utredningsarbetet i för hög grad styrs av förväntningar på en viss utveckling eller ett visst utfall. Detta kan påverka i vilken omfattning utredningar görs men också på vilket sätt. Det är viktigt att värna om en utredningsmetodik som bygger på kedjan: samla in → värdera → dra slutsatser → besluta och planera. Då skulle troligen granskningens värdering av tillräcklig information i förhållande till kvaliteten i olika bedömningar kunna förbättras avsevärt. Det borde också underlätta formulerandet av bra motiveringar till olika ställningstaganden. Det kan också komma att minska skillnaden i genomförda utredningar i förhållande till den mängd som bedömts önskvärda i granskningen.

Studien kan konstatera att ersättningsanspråken i en inte oansenlig del av ärendena kommer in efter den aktuella tidsgränsen. När det gäller t.ex. 90-dagarsbedömningen kommer cirka 20 procent av ersättningsanspråken in efter dag 90. Om detta sker i kombination med ett för passivt förhållningssätt i handläggningen är risken stor att nödvändiga utredningsinsatser inte görs i alla ärenden. Därigenom uppmärksammas inte de behov eller möjligheter som kan finnas i det enskilda ärendet. Den framförhållning som skulle kunna känneteckna handläggningen missas.

Det framstår också som mindre bra att fördjupade medicinska utredningar används i så få 180-dagarsbedömningar och där de genomförs så sker det väldigt sent i perioden 91–180 dagar eller i många fall därefter. Inom ramen för det utvecklingsarbete som sker i regeringsuppdraget för att vidareutveckla metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen ingår att identifiera vilka krav som ska ställas på handläggningen för att nödvändiga utredningar är gjorda i samband med bedömningarna av arbetsförmågan i relation till den reguljära arbetsmarknaden.

För att få sjukskrivningsprocessen att fungera bättre krävs utöver en generell utveckling av utredningsarbetet ett särskilt fokus på ett antal centrala uppgifter i Försäkringskassans arbete. Det gäller utredningarna med arbetsgivarna, kontakterna med vården, upprättandet av meningsfulla planer för återgång i arbete tillsammans med de försäkrade och arbetet med de försäkrade som kan förväntas ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden och därmed ställas inför kravet på omställning inklusive samverkan med Arbetsförmedlingen.

Utredningarna av den försäkrades förutsättningar på den vanliga arbetsplatsen måste göras i den omfattning som krävs. Den försäkrades motivation att aktivt driva på för att detta görs måste lyftas fram som en betydelsefull faktor i handläggningen. Detta skapas troligen mest effektivt genom att den försäkrade är väl informerad om regelverket, och de val och handlingsalternativ han eller hon kommer att ställas inför vid en längre tids sjukskrivning.

En större andel av de sjukskrivande läkarna kan säkert spela en viktig roll för att finna lösningar för den sjukskrivne som innebär att den försäkrade inte behöver ställas inför oväntade och tuffa valsituationer långt fram i sjukskrivningsprocessen. Det förutsätter att dialogen mellan Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården fortsätter att utvecklas. Det förutsätter att Försäkringskassan är aktiv i kontakten och intresserad att föra en diskussion med behandlande läkare kring möjliga lösningar för den försäkrade.

Planerna för återgång i arbete måste vara den försäkrades plan. Att de tas fram med stöd från den personliga handläggaren måste få ett reellt genomslag. Annars kommer de inte att kunna spela den viktiga roll i sjukskrivningsprocessen som de kan göra.

Det sista viktiga förbättringsområdet för att få sjukskrivningsprocessen att fungera bättre handlar om att ställa kraven på omställning på rätt individer. Det nödvändiga stödet i form av Arbetsförmedlingens kompetens och insatser måste komma in tidigare än i dag. Då kan ersättningen från sjukförsäkringen spela en aktiv roll i omställningsprocessen. Det förutsätter att

utredningsinsatserna redan före 90-dagarsbedömningen fungerar väl och att den försäkrade är väl informerad om konsekvenserna av den bedömning som görs.

4.4 Utveckling av sjukskrivningsprocessen

De styrkor och svagheter som identifierats i denna undersökning kommer att användas som underlag i det strategiska utvecklingsarbetet med målet att utveckla en mer differentierad handläggning med stöd av riskklassificering av sjukfall. Den differentierade handläggningen bör utvecklas så att de problem som identifieras i sjukskrivningsprocessen begränsas och handläggningen därigenom kännetecknas av välgrundade, väl motiverade och väl dokumenterade aktiva ställningstaganden.

Bilaga

Kapitel: 3.2 Utredningsinsatser för planering av fortsatt handläggning

Tabell B1 och B2 Jämförelse med urvalsgrupperna 3 (vid urvalstillfället 180–365 dagar långa fall) och 4 (vid urvalstillfället över 365 dagar långa fall) med avseende på utredningsinsatser

B1: Urvalsgrupp 3 (vid urvalstillfället 180–365 dagar långa fall)

Utredningsinsats	Kvartiler			Andel	Andel borde gjorts
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)		
Första fördjupade utredningskontakt (dagar) ^{a)}	56	74	88	61 %	78 %
SASSAM (dagar)	68	89	155	31 %	67 %
Utredning med arbetsgiv. (rehabkedjedagar)	84	106	178	31 %	64 %
Arbetsgivarutlåtande (rehabkedjedagar)	83	112	178	15 %	48 %
Erbjudet kontaktmöte (rehabkedjedagar)	95	185	294	5 %	32 %
Kontakt med läkaren (dagar) ^{b)}	132	190	289	25 %	62 %
Avstämningsmöte (rehabkedjedagar)	130	201	319	41 %	55 % ^{d)}
SLU (rehabkedjedagar)	140	204	328	2 %	9 % ^{f)}
FMU (rehabkedjedagar)	192	228	400	1 %	8 % ^{f)}
Genomfört kontaktmöte (rehabkedjedagar)	116	251	348	2 %	–
Arbetsprövning (dagar)	160	269	378	4 %	9 % ^{e)}
LUH (rehabkedjedagar)	206	284	368	16 %	53 %
Kontakt med AF (rehabkedjedagar) ^{c)}	221	314	373	5 %	18 %

Anm. Kvartilerna är beräknade på de ärenden där utredningsinsatsen har gjorts.

^{a)} En utredning per telefon eller möte (ej SASSAM) som genomförs i syfte att etablera en tidig kontakt, informera om regelverket och hämta in information för planeringen av den fortsatta handläggningen.

^{b)} Avser kontakt som tagits för att kunna planera handläggningen.

^{c)} Annan kontakt med Af än kontaktmöte för att diskutera åtgärder.

^{d)} Därutöver krävs mer utredning i 17 % men osäkert om exakt metod.

^{e)} Därutöver krävs mer utredning i 25 % men osäkert om exakt metod.

^{f)} Därutöver borde 31 % kompletterats tidigare med behandlande läkaren.

B2: Urvalsgrupp 4 (vid urvalstillfället över 365 dagar långa fall)

Utredningsinsats	Kvartiler			Andel	Andel borde gjorts
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)		
Första fördjupade utredningskontakt (dagar) ^{a)}	55	84	144	49 %	68 %
SASSAM (dagar)	84	156	398	44 %	80 %
Utredning med arbetsgiv. (rehabkedjedagar)	104	173	321	30 %	64 %
Arbetsgivarutlåtande (rehabkedjedagar)	110	261	302	7 %	43 %
Avstämningmöte (rehabkedjedagar)	134	275	454	60 %	70 % ^{d)}
Kontakt med läkaren (dagar) ^{b)}	198	326	496	36 %	71 %
FMU (rehabkedjedagar)	178	442	662	4 %	14 % ^{f)}
Arbetsprövning (dagar)	274	450	664	7 %	9 % ^{e)}
LUH (rehabkedjedagar)	322	470	677	35 %	70 %
Kontakt med AF (rehabkedjedagar) ^{c)}	298	477	630	11 %	25 %
SLU (rehabkedjedagar)	262	536	803	6 %	16 % ^{f)}
Erbjudet kontaktmöte (rehabkedjedagar)	447	821	876	5 %	21 %
Genomfört kontaktmöte (rehabkedjedagar)	458	828	886	2 %	–

Anm. Kvartilerna är beräknade på de ärenden där utredningsinsatsen har gjorts.

^{a)} En utredning per telefon eller möte (ej SASSAM) som genomförs i syfte att etablera en tidig kontakt, informera om regelverket och hämta in information för planeringen av den fortsatta handläggningen.

^{b)} Avser kontakt som tagits för att kunna planera handläggningen.

^{c)} Annan kontakt med Af än kontaktmöte för att diskutera åtgärder.

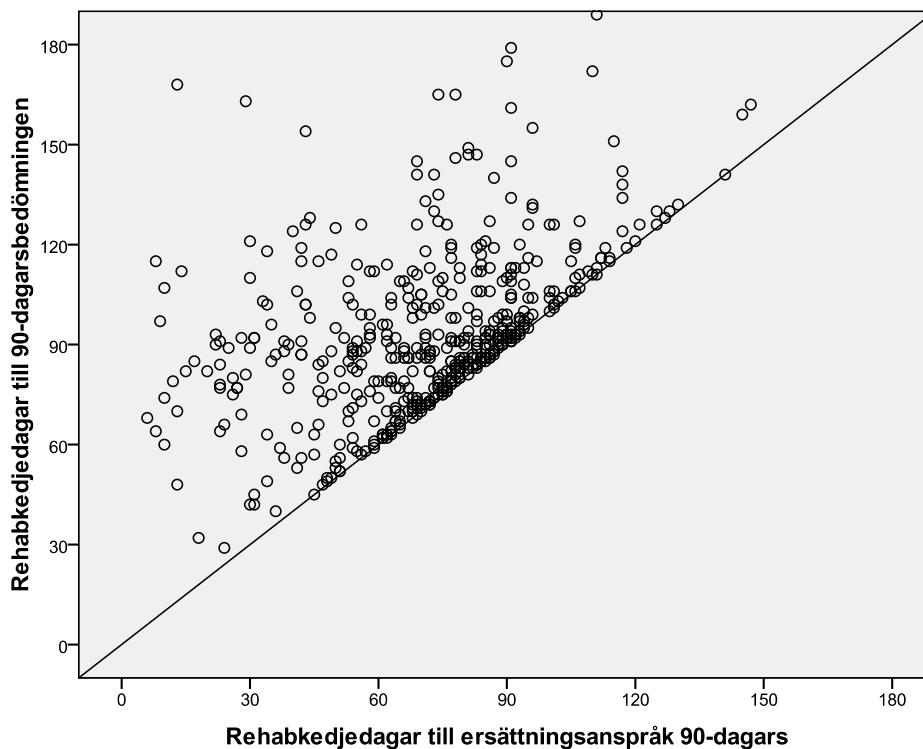
^{d)} Därutöver krävs mer utredning i 14 % men osäkert om exakt metod.

^{e)} Därutöver krävs mer utredning i 26 % men osäkert om exakt metod.

^{f)} Därutöver borde 29 % kompletterats tidigare med behandlande läkaren.

Kapitel: 3.3 Utredning med arbetsgivare och 90-dagarsbedömningen

Figur B1 Ersättningsanspråk inkommer och 90-dagarsbedömningen görs, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)



Tabell B3 Samband mellan tiden från inkommet ersättningsanspråk till 90-dagarsbedömning och om en utredning har gjorts med arbetsgivaren, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

		Har utredning gjorts med arbetsgivaren (inkl ag-utlåtande)?		Total
		Ja	Nej	
Dagar mellan ersättningsanspråk och 90-dagarsbedömning	–10 dagar	50,9 %	49,1 %	100,0 %
	11–35 dagar	45,7 %	54,3 %	100,0 %
	36 dagar –	49,2 %	50,8 %	100,0 %
Total		49,2 %	50,8 %	100,0 %

Kapitel: 3.4 En analys av bedömningarna mot den reguljära arbetsmarknaden och särskilda skäl

Tabell B4a och B4b Avslutningsanledningar i olika tidsintervall, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

B4a: Gruppen som enbart bedömts mot reguljära arbetsmarknaden

		Avslutstidpunkt (dag i rehab-kedjan)	
		181–270 dagar	271–365 dagar
11.3. Avslutningsanledning:	Arbetsför	70,0 %	72,5 %
	Inte längre rätt sjukpenning AFL 3:4	0,0 %	0,0 %
	Inte längre rätt sjukpenning AFL 3:7	12,1 %	9,8 %
	Tillerkänts S/A	5,0 %	4,9 %
	Aktivitetsstöd	0,0 %	1,0 %
	Annat	12,9 %	11,8 %
Total		100,0 %	100,0 %

B4b: Gruppen där särskilda skäl har använts

		Avslutstidpunkt (dag i rehab-kedjan)	
		181–270 dagar	271–365 dagar
11.3. Avslutningsanledning:	Arbetsför	92,9 %	87,5 %
	Inte längre rätt sjukpenning AFL 3:7	3,6 %	9,4 %
	Tillerkänts S/A	0,0 %	0,0 %
	Annat	3,6 %	3,1 %
Total		100,0 %	100,0 %

Tabell B5a och B5b Den försäkrades status efter avslut i olika tidsintervall, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

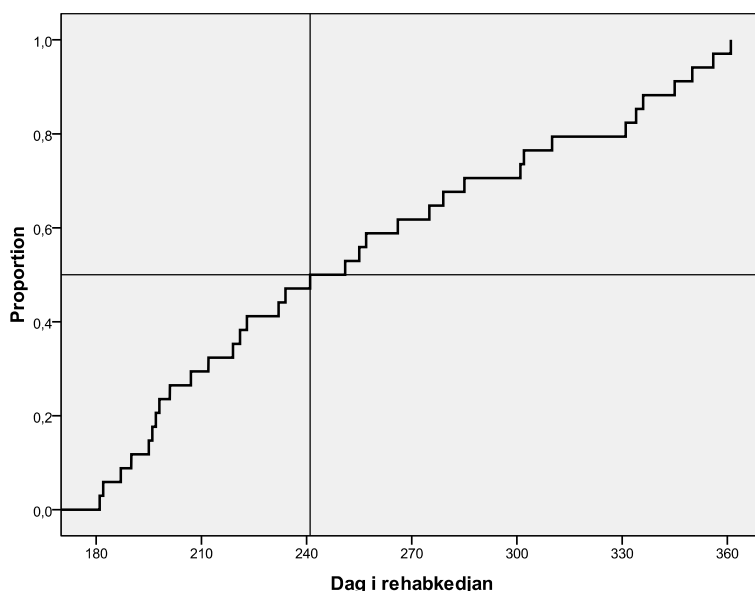
B5a: Gruppen som enbart bedömts mot reguljära arbetsmarknaden

		Avslutstidpunkt (dag i rehab-kedjan)	
		181–270 dagar	271–365 dagar
11.4. Den försäkrades status efter sjukfallets avslutande:	Åter vanliga arbetet	55,4 %	52,9 %
	Annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren	2,2 %	
	Annat stadigvarande arbete hos arbetsgivaren (omplacering)	2,2 %	3,9 %
	Annat arbete på reguljära arbetsmarknaden	0,7 %	2,0 %
	Arbetssökande/arbetsmarknadsåtgärd	2,9 %	8,8 %
	Annat	20,9 %	15,7 %
	Uppgift saknas	15,8 %	16,7 %
Total		100,0 %	100,0 %

B5b: Gruppen där särskilda skäl har använts

		Avslutstidpunkt (dag i rehab-kedjan)	
		181–270 dagar	271–365 dagar
11.4. Den försäkrades status efter sjukfallets avslutande:	Åter vanliga arbetet	75,0 %	65,6 %
	Annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren	3,6 %	
	Annat stadigvarande arbete hos arbetsgivaren (omplacering)	3,6 %	3,1 %
	Arbetssökande/arbetsmarknadsåtgärd	3,6 %	3,1 %
	Utbildning/studier		3,1 %
	Annat	3,6 %	3,1 %
	Uppgift saknas	10,7 %	21,9 %
Total		100,0 %	100,0 %

Figur B2 När i tiden inträffar indragningar under perioden dag 180–365 i rehabiliteringskedjan, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)



Tabell B6 Utredningsinsatser i ärenden med indragningar dag 181–365, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

Utredningsinsats	Andel (%)
Första fördjupade utredningskontakt	50 %
SASSAM	41 %
Utredning med arbetsgivaren	47 %
Arbetsgivarutlåtande	32 %
Avstämningsmöte	41 %
LUH	12 %
Erbjudet kontaktmöte	21 %
Plan för återgång	62 %
Ingen av dessa utredningsinsatser	12 %

Tabell B7 Antal utredningsinsatser i ärenden med indragningar dag 181—365, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

Antal utredningsinsatser	Andel ärenden
0	12 %
1	3 %
2	26 %
3	18 %
4	12 %
5	26 %
6	3 %
Total	100 %

Kapitel: 3.6 Plan för återgång

Tabell B8 Finns det ett datum i planen när målet ska vara uppnått?, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

	Procent
Ja	55,1
Nej	44,9
Total	100,0

Kapitel: 3.7 Insatser för att förkorta sjukskrivningarna

Tabell B9 och B10 Jämförelse med urvalsgrupperna 3 (vid urvalstillfället 180–365 dagar långa fall) och 4 (vid urvalstillfället över 365 dagar långa fall) med avseende på åtgärder

B9: Urvalsgrupp 3 (vid urvalstillfället 180–365 dagar långa fall)

	Kvartiler			Andel
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)	
Deltidssjukskrivning				32,1 %
Arbetsträning	174	222	316	16,3 %
Anpassning på arbetsplatsen	62	155	276	12,3 %
Omplacering på arbetsplatsen	104	210	334	2,8 %
Annan åtgärd på arbetsplatsen	70	244	368	1,5 %
Arbetsmarknadsåtgärd/åtgärd Af	301	348	452	1,8 %
Annan åtgärd *)	160	351	400	6,4 %

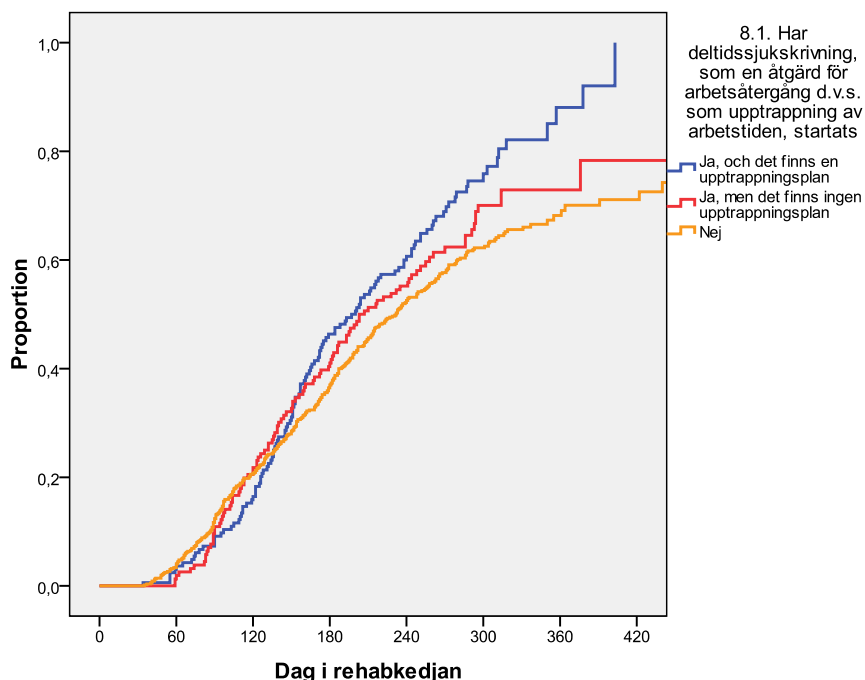
*) Annan åtgärd omfattar bland annat: Rehabiliteringsprogram arrangerade av arbetsgivaren, samordningsförbund, ESF, sociala insatser och utbildning.

B10: Urvalsgrupp 4 (vid urvalstillfället över 365 dagar långa fall)

	Kvartiler			Andel
	Nedre (25)	Median (50)	Övre (75)	
Deltidssjukskrivning				32,0 %
Arbetsträning	300	414	590	19,9 %
Anpassning på arbetsplatsen	127	285	420	16,5 %
Omplacering på arbetsplatsen	308	482	769	4,3 %
Annan åtgärd på arbetsplatsen	122	338	476	2,6 %
Arbetsmarknadsåtgärd/åtgärd Af	384	544	723	8,7 %
Annan åtgärd *)	126	328	558	9,6 %

*) Annan åtgärd omfattar bland annat: Rehabiliteringsprogram arrangerade av arbetsgivaren, samordningsförbund, ESF, sociala insatser och utbildning.

Figur B3 Deltidssjukskrivning och tid till avslut?, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)



Kapitel: 3.8 Aktiv eller passiv handläggning

Tabell B11 Den övergripande värderingen av Försäkringskassans handläggning?, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

	Procent
Handläggningen har helt kännetecknats av ett aktivt förhållningssätt	19,0
Handläggningen har till stor del kännetecknats av ett aktivt förhållningssätt	26,5
Handläggningen har periodvis kännetecknats av ett aktivt förhållningssätt	28,3
Handläggningen har till största delen kännetecknats av ett passivt och avvaktande förhållningssätt	21,3
Handläggningen har helt kännetecknats av ett passivt och avvaktande förhållningssätt	4,9
Total	100,0

Kapitel: 3.9 Övriga aktörers agerande

Tabell B12 Värdering av läkarnas agerande?, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

Läkaren har...	Ja (%)	Nej (%)	Framgång ej (%)
...tagit egna initiativ, utöver adekvat vård och behandling, för att förkorta sjukfallet.	9,8	37,4	52,8
...utöver att ge adekvat vård och behandling, efter kontakt från Försäkringskassan agerat för att hitta lösningar som kan förkorta sjukfallet.	2,0	47,9	50,1
...aktivt kontaktat Försäkringskassan för att diskutera lösningar som kan förkorta sjukfallet	5,0	64,1	30,9
... utöver att ge adekvat vård och behandling, bidragit till att hitta en lösning som förkortar sjukfallet.	5,0	38,0	56,9

Tabell B13 Värdering av arbetsgivarnas agerande?, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

Arbetsgivaren har...	Ja (%)	Nej (%)	Framgång ej (%)
...tagit egna initiativ för att förkorta sjukfallet.	18,4	81,6	0,0
...agerat för att hitta lösningar efter kontakt från Försäkringskassan.	10,2	89,8	0,0
...kontaktat Försäkringskassan för att diskutera en lösning för arbetsåtergång.	3,8	96,2	0,0
...hittat en lösning som förkortar sjukfallet.	11,1	88,9	0,0

Tabell B14 Värdering av Arbetsförmedlingens agerande?, urvalsgrupp 1 och 2 (30–90 respektive 91–180 dagar vid urvalstillfället)

Arbetsförmedlingen har...	Ja (%)	Nej (%)	Framgår ej/ Ej relevant (%)
...etablerat kontakt med den försäkrade.	1,7	0,8	97,5
...haft kontinuerlig kontakt med den försäkrade.	0,4	0,6	99,0
...agerat för att hitta lösningar.	1,0	0,5	98,5
...bidragit till att hitta en lösning som förkortar sjukfallet.	0,3	0,8	98,9

Kapitel: 3.14 Är det en skillnad på sjukintygens längder 2010 jämfört med 2008?

För att undersöka hypotesen att den genomsnittliga längden för sjukintygen är kortare 2010 jämfört med 2008 har ett urval intyg från våren 2008 och våren 2010 studerats.

Studien omfattar ett urval på 493 intyg inom M-diagnoserna, sjukdomar i Muskuloskeletala systemet, första halvåret 2008 och 472 intyg med motsvarande diagnoskapitel första halvåret 2010. Urvalet drogs från ärenden som passerade 180 dagars sjukskrivning under dessa perioder. Antalet intyg fram till det som låg till grund för sjukskrivningen vid dag 180 har studerats. Fr.o.m. och t.o.m.-datum för varje intyg har registrerats. Från detta har längden på varje intyg beräknats.

Urvalsstorlekarna beräknades för att kunna upptäcka en skillnad i genomsnittlig intygslängd på minst 4 dagar på signifikansnivån 0,05 och med en power på 0,8.

Tabell B15 sammanfattar resultaten för alla intyg 2008 respektive 2010.

Tabell B15 Antal intyg, andel nya intyg i ärendena, medelvärde och standardavvikelse för intygslängderna, genomsnittligt antal intyg per ärende och genomsnittlig längd på alla intyg respektive år.

Intyg 2008					Intyg 2010				
	N	Andel	Mean	Std. Deviation		N	Andel	Mean	Std. Deviation
Längd intyg 1	493	100%	40,79	34,127	Längd intyg 1	472	100%	39,68	36,059
Längd intyg 2	487	99%	43,47	33,878	Längd intyg 2	469	99%	37,80	33,837
Längd intyg 3	459	93%	48,63	37,309	Längd intyg 3	449	95%	39,26	27,991
Längd intyg 4	374	76%	44,72	33,297	Längd intyg 4	390	83%	41,93	37,800
Längd intyg 5	274	56%	45,03	34,628	Längd intyg 5	315	67%	41,31	33,273
Längd intyg 6	194	39%	44,28	41,643	Längd intyg 6	233	49%	39,59	29,798
Längd intyg 7	115	23%	40,04	31,238	Längd intyg 7	147	31%	38,10	43,401
Längd intyg 8	56	11%	35,04	24,499	Längd intyg 8	84	18%	28,51	18,199
Längd intyg 9	36	7%	37,69	20,244	Längd intyg 9	46	10%	29,26	19,349
Längd intyg 10	13	3%	39,23	15,691	Längd intyg 10	28	6%	30,68	23,031
Längd intyg 11	4	1%	22,75	7,805	Längd intyg 11	9	2%	33,67	13,757
Längd intyg 12	2	0%	49,00	18,385	Längd intyg 12	2	0%	32,50	17,678

Genomsnittligt antal intyg per ärende 2008: 5,09
--

Genomsnittligt antal intyg per ärende 2010: 5,60
--

Genomsnittlig längd för alla intyg 2008: 43,83
--

Genomsnittlig längd för alla intyg 2010: 39,05
--

Den genomsnittliga längden på intygen skiljer sig mellan 2008 och 2010. Det handlar om i genomsnitt 4,78 dagar kortare intyg 2010. Det är en statistiskt signifikant skillnad klart under 5 %-nivån ($p=0,014$). Det genomsnittliga antalet intyg per ärende har ökat från 5,09 till 5,60, vilket bekräftar resultatet.

I serien Socialförsäkringsrapport har följande skrifter publicerats under år 2011:

- 2011:1 Intygskrav inom tillfällig föräldrapenning. En utvärdering av införd reform 1 juli 2008
- 2011:2 Analys av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet
- 2011:3 Mellan arbete och sjukdom. Rapport från forskarseminariet i Umeå 19–20 januari 2011
- 2011:4 Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos
- 2011:5 Särlevande föräldrar och deras barns boende och underhåll
- 2011:6 Nya ohälsomått inom sjukförsäkringen. En introduktion till det nya sjukpenningtalet samt nybeviljade sjukersättningar eller aktivitetsersättningar per 1000 registrerade försäkrade
- 2011:7 Försäkringsmedicinska beslutsstödet. En långtidsuppföljning av förändringar i sjukskrivningsmönster
- 2011:8 Försäkringskassans samarbetspartners kännedom om de nya reglerna i sjukförsäkringen. Resultat från en undersökning hösten 2010
- 2011:9 Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008. Analys utifrån ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv
- 2011:10 Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen
- 2011:11 Socialförsäkringstaket och föräldralön – ekonomi vid föräldraledighet
- 2011:12 Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden
- 2011:13 Föräldrapenning. Båda föräldrarnas försäkring?
- 2011:14 Utvärdering av prognosverktyget
- 2011:15 En utvärdering av sjukskrivningsprocessen efter införandet av de nya sjukförsäkringsreglerna 2008-07-01