

Aktiviteter inom aktivitetsersättningen

Enheten för analys
2004-03-19

Upplysningar:

Karin Bäckbro
08-786 93 97
karin.backbro@rfv.sfa.se

Christina Olsson Bohlin
08-786 91 66
christina.olsson.bohlin@rfv.sfa.se

Ingeborg Watz Forslund
08-786 92 64
ingeborg.watz-forslund@rfv.sfa.se

Anna Karlsson
08-786 98 97
anna.karlsson@rfv.sfa.se

I serien RFV REDOVISAR publicerar Riksförsäkringsverket kortare sammanställningar av resultat från

- försäkringsanalyser
- uppföljningar

Försäkringsanalys går ut på att kontinuerligt och systematiskt samla in, sammanställa och analysera data om de olika förmånerna inom socialförsäkringen.

Publiceringen sker endast på nätet.

Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

RFV Föreskriver (RFFS)	Författningar med bindande föreskrifter.
RFV Rekommenderar (RAR)	Allmänna råd om tillämpningen av författningar.
RFV Vägledning	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer.
RFV Analyserar	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete.
RFV Anser	Tolkningar av rättsläget, uttalande om verkets åsikt i olika frågor och framställningar till regeringen.
RFV Informerar	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
RFV Redovisar	Försäkringsanalyser och rapporter av mer begränsad omfattning.

Sammanfattning

Den 1 januari 2003 infördes nya regler om sjuk- och aktivitetsersättning. Med anledning av detta har Riksförsäkringsverket (RFV) fått i uppdrag att redovisa hur Försäkringskassans ansvar för aktiviteter för försäkrade med aktivitetsersättning har implementerats. Denna rapport är resultatet av en första redovisning av det uppdrag RFV fick av regeringen i regleringsbrevet för år 2003. Förutom att uppdragets frågeställningar kring aktiviteterna och försäkringskassornas insatser besvaras, så beskrivs även gruppen av personer med aktivitetsersättning.

I rapporten behandlas den grupp som fick aktivitetsersättning under de första sex månaderna efter reformens genomförande. Dessa fall följdes under årets första åtta månader. Huvuddelen av dem som har beviljats aktivitetsersättning (87 procent) har fått den på grund av nedsatt arbetsförmåga, resten för att slutföra en grundläggande utbildning, så kallad förlängd skolgång. Aktiviteterna redovisas i denna rapport endast för den förra gruppen.

Endast drygt en femtedel (477 individer) av de de individer som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga deltog i någon aktivitet under den studerade perioden. Både planering och deltagande i aktiviteter minskade med den försäkrades ålder. Medan en tredjedel av 19-åringarna deltog i aktiviteter, var det endast 19 procent av 25–29-åringarna. Skillnaden i deltagande var stor mellan olika diagnosgrupper, vanligast var det i gruppen med någon psykisk sjukdom och minst vanligt bland dem med sjukdomar i rörelseorganen. Det var 25 respektive 11 procent i dessa grupper som deltog i aktiviteter under perioden. Det var också betydligt vanligare att delta i aktiviteter bland dem som beviljats aktivitetsersättning i hel omfattning, jämfört med dem som beviljats partiell ersättning.

Både planering och deltagande i aktiviteter är något vanligare bland kvinnor än bland män. Detta trots att kvinnorna med aktivitetsersättning har en något högre medelålder än männen och dessutom i större utsträckning än män beviljats partiell ersättning.

Aktiviteterna uppvisar en stor variation, men de vanligast förekommande var daglig verksamhet och olika former av kurser. De utgjorde en tredjedel respektive 27 procent av aktiviteterna under perioden. Män deltar i betydligt högre utsträckning än kvinnor i daglig verksamhet, medan kvinnor i högre utsträckning än männen deltar i olika kurser. Detta gäller även inom diagnosgruppen psykisk sjukdom.

De insatser försäkringskassorna gjort har sett mycket olika ut under det första halvåret efter reformens genomförande. Arbetet på försäkringskassorna har under perioden till stor del bestått i att säkerställa att rätt kompetens finns för arbetet med aktiviteter samt att informera, ta kontakt och bygga nya nätverk för att underlätta för individernas deltagande i aktiviteter. RFV:s slutsats är att man under den studerade perioden inte fullt nått upp till en önskad nivå vad gäller planering av och deltagande i

aktiviteter för de berörda personerna. Huruvida syftet med reformen uppnåtts är ännu för tidigt att avgöra.

Inledning

Bakgrund aktivitetsersättning

Den 1 januari 2003 upphörde bestämmelserna om förtidspension och sjukbidrag att gälla och ersattes av nya regler om sjuk- och aktivitetsersättning.

Aktivitetsersättning kan utges till försäkrade i åldrarna 19–29 år som har en nedsatt arbetsförmåga som kan antas bestå under minst ett år. Ersättningen är alltid tidsbegränsad och ges för mellan ett och tre år i taget. Aktivitetsersättning kan även utges till personer som på grund av ett funktionshinder ännu inte avslutat sin utbildning på grundskole- eller gymnasienivå då han eller hon fyller 19 år, så kallad förlängd skolgång. I dessa fall utges hel ersättning under den tid det tar att avsluta utbildningen utan att någon prövning av arbetsförmågan görs.

Ett viktigt syfte med aktivitetsersättningen är att den ska stimulera och uppmuntra till aktivitet och därmed i möjligaste mån kunna ta tillvara den unges möjligheter till utveckling och arbete i ungdomsåren utan att den ekonomiska tryggheten påverkas. Möjligheten att delta i aktiviteter är något helt nytt i lagstiftningen. Att delta i aktiviteter är frivilligt, med andra ord behöver den försäkrade ej delta i aktiviteter för att behålla rätten till aktivitetsersättning. Det är den enskildes psykiska och fysiska förutsättningar som är den avgörande faktorn för deltagandet.

Det finns ingen uttalad nivå för hur stor andel av de försäkrade som uppbär aktivitetsersättning som ska delta i aktiviteter. En önskvärd målsättning bör dock vara att så många som möjligt som vill och har förutsättningar att delta i aktiviteter också kommer att vara aktiva.

Aktivitetserna har till syfte att förbättra förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan och ska kunna antas ha en gynnsam inverkan på de förhållanden som medför att den försäkrades arbetsförmåga är nedsatt. Aktiviteterna ska skiljas från arbetslivsriktad rehabilitering där målet är att den försäkrade ska kunna arbeta trots nedsatt arbetsförmåga.

Försäkringskassan är skyldig att erbjuda dem som beviljats aktivitetsersättning möjligheten att delta i aktiviteter. Detta innebär att om den försäkrade önskar delta i aktiviteter ska Försäkringskassan tillsammans med den försäkrade, utifrån dennes behov, önskemål och förutsättningar, planera och samordna lämpliga aktiviteter som personen kan tänka sig att ägna sig åt. Försäkringskassans ansvar innebär till exempel att samordna olika aktörers insatser före och under aktiviteten och att nödvändiga kontakter tas med myndigheter och andra organ.

Uppstår kostnader i samband med aktiviteterna kan särskild ersättning utges för dessa. Det kan gälla kostnader för kursavgift, studiematerial,

anmälningsavgift, arbetsmaterial samt resor mellan bostaden och aktiviteten eller liknande.

Uppdraget

I regleringsbrevet för budgetåret 2003 avseende Riksförsäkringsverket har RFV fått i uppdrag att redovisa hur Försäkringskassans ansvar för aktiviteter för försäkrade med aktivitetsersättning har implementerats.

I uppdraget ingår att undersöka och redovisa:

- hur samarbetet med olika kategorier av aktörer byggts upp,
- i vilken omfattning de som beviljats aktivitetsersättning utnyttjar möjligheterna att delta i aktiviteter,
- vilken karaktär aktiviteterna har,
- vilka insatser i övrigt försäkringskassorna har vidtagit samt
- hur vidtagna insatser bidragit till att uppnå syftet med lagändringen.

En första redovisning av uppdraget efter det första året med den nya förmånen ska göras senast den 1 mars 2004. En andra mer omfattande utvärdering med förslag till åtgärder som resultatet av utvärderingen kan föranleda ska redovisas senast den 1 augusti 2005.

Denna delrapport utgör en första redovisning inom ramen för uppdraget och redogör för de fyra första punkterna i uppdraget. Huruvida syftet med lagändringen uppnåtts är ännu för tidigt att svara på och därför lämnas denna frågeställning till slutrapporten. Slutrapporten kommer även att omfatta en uppdatering av de förhållanden som rör uppdragets fyra första punkter.

Undersökningarna och urvalet

Resultaten i denna rapport baseras på två undersökningar som genomfördes under oktober–november 2003.¹

För att inom tidsramen för delrapporten kunna samla in och sammanställa data begränsades undersökningspopulationen till de fall där aktivitetsersättning beviljats under de första sex månaderna 2003. Dessa fall följdes sedan under årets första åtta månader.

Då aktivitetsersättningen och möjligheten att delta i aktiviteter endast funnits sedan den första januari 2003 innebär det att den period vi studerar inneburit mycket arbete i form av att bygga nätverk och att informera försäkrade och andra aktörer om den nya förmånen för försäkringskassorna. Den andel av de försäkrade som deltagit i aktiviteter under den period vi studerar kan därför skilja sig från motsvarande andel under hösten 2003 då arbetet med aktiviteter hunnit pågå en längre tid. Det

¹ Det saknas för närvarande registerbaserad statistik över många av de uppgifter som efterfrågas i uppdraget, uppgifter har därför samlats in via två separata undersökningar.

faktum att arbetet med aktiviteter i stor utsträckning kommit igång först under hösten avspeglas i kostnadsutfallet för så kallad särskild ersättning. Under de första åtta månaderna 2003 betalades sammanlagt 250 000 kronor ut i form av särskild ersättning i samband med aktiviteter, motsvarande belopp för hela 2003 var drygt 840 000 kronor.

Den första undersökningen genomfördes via ett webb-baserat uppföljningsformulär där syftet var att studera vilka som beviljats aktivitetsersättning och i vilken utsträckning de som beviljats ersättningen deltagit i aktiviteter. Uppföljningsformuläret distribuerades till handläggare på försäkringskassorna via socialförsäkringsadministrationens intranät. Listor över samtliga individer som beviljats aktivitetsersättning under de första sex månaderna 2003 beställdes från RFV-data och distribuerades till försäkringskassorna. Handläggare på försäkringskassorna fyllde sedan i uppgifter ur de aktuella akterna i uppföljningsformuläret. De ursprungliga listorna omfattade totalt 2 721 personer. I det slutliga datamaterialet finns uppgifter om sammanlagt 2 470 personer, det vill säga en svarsfrekvens på drygt 90 procent.² Under hela 2003 fick sammanlagt 5 474 personer aktivitetsersättning. Detta material omfattar som tidigare nämnts dem som fick aktivitetsersättning under första halvåret och utgör 45 procent av dem som fick aktivitetsersättning under hela 2003.

Då antalet individer som beviljats aktivitetsersättning under perioden är relativt få och då andelen individer som deltagit i aktiviteter utgör cirka en femtedel av dem som beviljats aktivitetsersättning är det inte möjligt att göra alltför fina uppdelningar vid redovisningen av resultaten. Särskilt vid genomgången av resultaten per Försäkringskassa bör man vara medveten om detta.

Uppföljningsformuläret omfattade en del med tolv bakgrundsfrågor av allmän karaktär. Efter detta följde en del med åtta frågor om aktiviteter individerna deltagit i. För varje aktivitet besvarades samtliga åtta frågor. Detta innebär att det insamlade materialet omfattar en del som beskriver den försäkrades situation (diagnos, ersättningens omfattning, ersättning före aktivitetsersättning etc.) och en del som beskriver de aktiviteter de försäkrade deltagit i (aktivitetens karaktär, i vems regi aktiviteten utfördes etc.).

Den andra undersökningen skickades ut i form av ett frågeformulär till samtliga försäkringschefer med ansvar för aktiviteter inom aktivitetsersättningen. Syftet med frågeformuläret var att belysa hur Försäkringskassans samarbete med olika kategorier av aktörer byggts upp samt vilka insatser i övrigt Försäkringskassan vidtagit i arbetet med aktiviteter inom aktivitetsersättningen.

² En del av bortfallet beror på att listorna från RFV-data innehöll personer som inte beviljats aktivitetsersättning. En annan förklaring är att en del av de personnummer som matats in i uppföljningsformuläret varit felaktiga och uppgifterna har därför inte gått att använda.

Vilka har aktivitetsersättning?

Könsfördelningen är jämn, av dem som beviljats aktivitetsersättning under de första sex månaderna 2003 är 51 procent kvinnor och 49 procent män. Kvinnorna är något äldre än männen, kvinnornas medelålder är 24 år medan männen i genomsnitt är drygt 23 år. En utförligare beskrivning av dem som beviljats aktivitetsersättning och skillnaderna mellan kvinnor och män finns i tabell 1.

Tabell 1 Beskrivning av individerna med aktivitetsersättning, med avseende på ålder, kön, diagnos, orsak till aktivitetsersättning, ersättningsperiodens längd samt tidigare ersättning, (%)

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Samtliga</i>
<i>Ålder</i>			
19 år ³	12	17	15
20–24 år	40	45	43
25–29 år	47	37	42
<i>Diagnoser – de största grupperna</i>			
Psykiska sjukdomar	62	70	66
Sjukdomar i nervsystemet	9	10	9
Sjukdomar i rörelseorganen	10	4	7
Medfödda missbildningar	4	4	4
Skador och förgiftningar	7	5	6
Annan/okänd diagnos	8	7	8
<i>Orsak till aktivitetsersättning</i>			
Nedsatt arbetsförmåga	90	84	87
Förlängd skolgång	10	16	13
<i>Ersättningsperiodens längd</i>			
1–6 månader	30	34	32
7–12 månader	18	14	16
13–24 månader	33	27	30
25–36 månader	19	25	22
<i>Tidigare ersättning⁴</i>			
Sjukersättning ⁵	59	61	60
Sjuk- rehabiliteringspenning	18	10	14
Handikappersättning	4	6	5
Annan ersättning	12	10	11
Vet ej	2	2	2
Ej svar	10	17	13
Antal individer	1 261	1 209	2 470

För både män och kvinnor är psykiska sjukdomar den största diagnosgruppen. Psykiska sjukdomar är dock mer vanligt förekommande bland män där 70 procent har någon form av psykisk sjukdom än för kvinnor där motsvarande andel är 62 procent. Bland kvinnorna är sjukdomar i rörelse-

³ Åldern är beräknad vid aktivitetsersättningens beslutsdatum. Vi har valt att särredovisa 19-åringarna för att visa på eventuella skillnader vad gäller de allra yngsta i materialet.

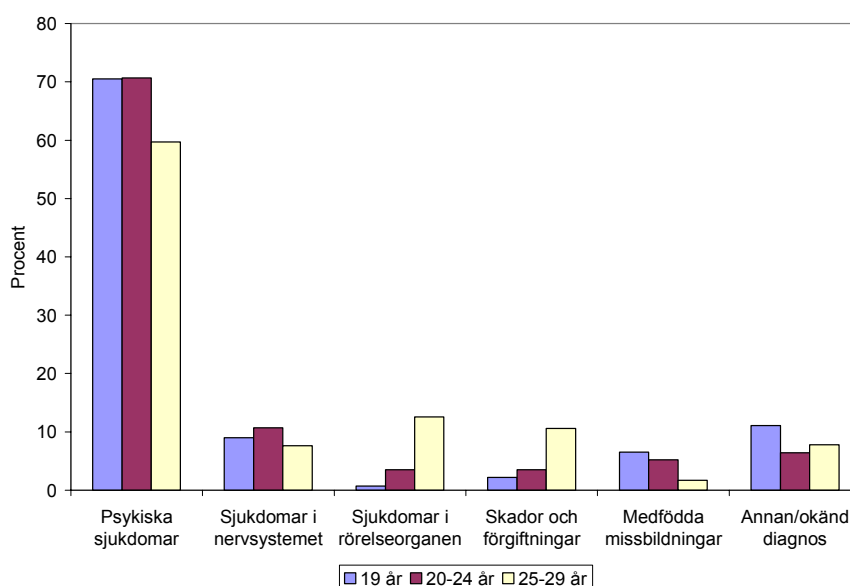
⁴ Här kan andelarna summera till mer än 100 procent då det förekommer att man har mer än en ersättning närmast förestående aktivitetsersättning.

⁵ På grund av övergångsreglerna i samband med laggenomförandet för sjuk- och aktivitetsersättning lyftes samtliga personer med förtidspension/sjukbidrag i åldrarna 19–29 år över till sjukersättning. Sjukbidrag omvandlades då till tidsbegränsad sjukersättning, i samband med att den tidsbegränsade sjukersättningen löper ut blir dessa individer aktuella att prövas för aktivitetsersättning.

organen (muskuloskeletala systemet) mer vanligt förekommande än bland männen, 10 procent av kvinnorna jämfört med 4 procent av männen har denna diagnos.

Två tredjedelar av dem som beviljats aktivitetssättning har följaktligen någon form av psykisk sjukdom. De psykiska sjukdomarna är vanligast förekommande i de yngre åldersgrupperna, se även diagram 1, där drygt 70 procent har någon psykisk sjukdom. För dem i åldersgruppen 25–29 år är motsvarande andel 60 procent. I denna åldersgrupp är i stället sjukdomar i rörelseorganen vanligare än i de yngre åldersgrupperna. Även skador och förgiftningar är mer vanligt förekommande i den äldsta åldersgruppen, 11 procent av 25–29-åringarna har denna diagnos medan den endast förekommer bland 2 procent av 19-åringarna och 3 procent av 20–24-åringarna. Sjukdomar i nervsystemet förekommer i ungefär lika stor utsträckning i samtliga åldersgrupper.

Diagram 1 Ålders- och diagnosfördelning (antal svar 2 356)



Genom att närmare studera dem med någon form av psykisk sjukdom framkommer att psykisk utvecklingsstörning är den dominerande diagnosgruppen bland både kvinnor och män. Inom gruppen psykiska sjukdomar framkommer dock även skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnor har i större utsträckning än män neurotiska och stressrelaterade diagnoser medan männen i större utsträckning än kvinnorna lider av schizofreni och störningar i den psykiska utvecklingen.

Tabell 2 Diagnosfördelning inom gruppen psykiska sjukdomar, (%)

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Samtliga</i>
<i>Psykiska sjukdomar – de största diagnosgrupperna⁶</i>			
Schizofreni och vanföreställningssyndrom	6	16	11
Neurotiska och stressrelaterade syndrom	17	8	13
Psykisk utvecklingsstörning	27	28	27
Störningar i psykisk utveckling	14	22	18
Övriga psykiska diagnoser	36	26	31
Antal individer	752	805	1 557

Nedsatt arbetsförmåga eller förlängd skolgång?

Aktivitetsersättning kan utges på grund av nedsatt arbetsförmåga eller beviljas en försäkrad som på grund av funktionshinder ännu inte har avslutat sin utbildning på grundskole- eller gymnasienivå då han eller hon fyller 19 år, så kallad förlängd skolgång. 87 procent har beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsättning av arbetsförmågan medan 13 procent fått aktivitetsersättning för att slutföra sin grundläggande utbildning. Förlängd skolgång är vanligare bland männen än bland kvinnorna, se även tabell 1.

Aktivitetsersättning på grund av förlängd skolgång utges endast som hel ersättning. Vad gäller aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga finns dock möjlighet att bevilja aktivitetsersättning med en fjärdedels, halv, tre fjärdedels eller hel omfattning. Nedan redovisas hur omfattningen ser ut för dem som fått aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Tabell 3 Aktivitetsersättningens omfattning för dem som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga, (%)

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Samtliga</i>
Hel	84	91	87
Tre fjärdedelar	3	1	2
Halv	10	5	8
En fjärdedel	3	3	3
Antal individer	1 140	1 011	2 151

Av dem som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga är det vanligare bland männen med hel omfattning än vad det är

⁶ Beskrivning av diagnosgrupper: Schizofreni, schizotypa störningar och vanföreställningssyndrom (F20-F29). Neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom (F40-F48) t.ex. fobier, tvångssyndrom och hypokondri. Psykisk utvecklingsstörning (F70-F79) så kallade intellektuella handikapp, Störningar i psykisk utveckling (F80-F89) t.ex. störningar i tal- och språkutveckling samt inlärningsstörningar, Aspergers syndrom, autism.

bland kvinnorna.⁷ Hel omfattning är även vanligare bland dem med psykisk sjukdom än i de andra stora diagnosgrupperna, 94 procent jämfört med 87 procent totalt. Bland de diagnosgrupper som redovisades tidigare så är partiell ersättning vanligast förekommande bland dem med sjukdomar i rörelseorganen, där endast 65 procent har hel omfattning.

Uppföljningsformuläret omfattade även frågor för att kartlägga vad de med partiell ersättning gör på den andra delen. Här framkom att 71 procent av dem med partiell ersättning arbetar medan knappt 20 procent går en utbildning eller är arbetslösa. Omfattningens utveckling för den här gruppen blir därmed intressant att följa inför slutrapporten 2005.

Tidigare ersättning

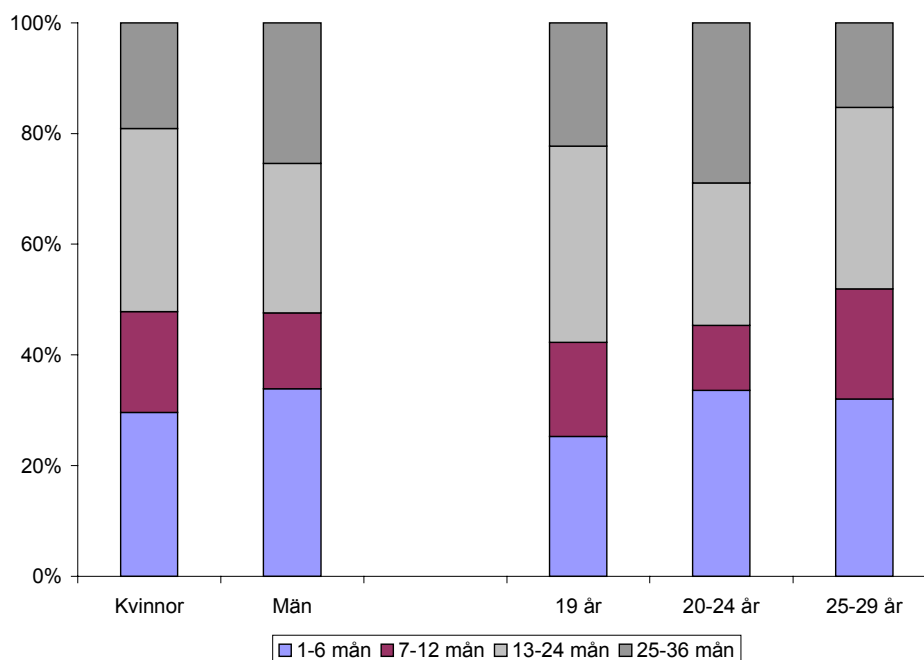
I tabell 1 framgår att många av dem som uppbär aktivitetsersättning har uppburit en annan förmån i direkt anslutning till beslutet om aktivitetsersättning. För att se vilka tidigare ersättningar som förekom i gruppen som nu har aktivitetsersättning gavs följande alternativ i uppföljningsformuläret: *sjukersättning, sjukpenning/rehabiliteringspenning, handikappersättning, annat alternativ* samt *vet ej*. En mindre andel har haft en kombination av två eller flera tidigare ersättningar. Av de 2 470 individer som ingår i materialet hade 60 procent sjukersättning innan aktivitetsersättningen beviljades. 14 procent hade sjukpenning, 5 procent handikappersättning och 11 procent hade någon annan form av ersättning och 2 procent av fallen kunde försäkringskassan inte svara på vilken ersättning individen tidigare haft.

Ersättningsperiodens längd

Aktivitetsersättning ges alltid ut för viss tid, minst ett år och inte längre än tre år. I datamaterialet förekommer dock ersättningsperioder från en månad upp till tre år. Anledningen till detta är att det förmodligen förekommer ett stort antal individer i materialet med så kallade provisoriska beslut. Försäkringskassan är skyldig att meddela ett provisoriskt beslut om det inte utan betydande dröjsmål kan avgöras om rätt till ersättning finns. Provisoriska beslut fattas i regel för perioder kortare än tre månader i avvaktan på ett slutgiltigt beslut. Vad gäller ersättningsperiodens längd förekommer följaktligen perioder på mindre än ett år för dessa personer. De individer som under den studerade perioden fyllde 30 år och därmed inte längre hade rätt till aktivitetsersättning har av naturliga skäl en ersättningsperiod på mindre än ett år. I redovisningen har vi valt att dela in den ersättningsperiodens längd enligt följande: 1–6 månader, 7–12 månader, 13–24 månader samt 25–36 månader. Den redovisning som följer om ersättningsperiodens längd måste tolkas med försiktighet då den bild som redovisas till stor del bygger på provisoriska beslut om ersättningsperiod.

⁷ Detta överensstämmer med tidigare resultat för personer med förtidspension/sjukbidrag i de aktuella åldersgrupperna där det framkommit att kvinnor i högre grad än män har partiell ersättning. Statistik från RFV visar att under 2002 hade 12 procent av kvinnorna med förtidspension/sjukbidrag partiell ersättning medan motsvarande andel för männen i de aktuella åldersgrupperna var 6 procent.

Diagram 2 Ersättningsperiodens längd per kön och ålder (antal svar 2 470)



Aktiviteter – planering, deltagande och uppföljning

Med aktiviteter avses verksamheter som kan antas ha en positiv inverkan på den försäkrades sjukdomstillstånd, psykiska eller fysiska prestationsförmåga. Aktiviteterna har med andra ord till syfte att öka förutsättningarna för att förbättra arbetsförmågan. Många gånger kan det vara fråga om habilitering eller rehabilitering i vid bemärkelse, där det inte nödvändigtvis behöver handla om omedelbart arbetslivsinriktade åtgärder. Aktiviteterna kan inledningsvis avse att ge stöd för den enskilde att hantera sin sjukdom eller sitt funktionshinder i vardagen. Det kan röra sig om olika typer av medicinska habiliteringsåtgärder som mer eller mindre är inriktade på att förbättra det medicinska tillståndet.

Det kan även vara aktuellt att på egen hand eller på annat sätt utveckla olika förmågor, kunskaper och färdigheter. I andra fall kan det vara fråga om att i första hand ägna sig åt sådant som kan betraktas som mer arbetslivsinriktat, exempelvis grundläggande utbildning eller olika former för kontakter med arbetslivet. I stor utsträckning rör det sig om aktiviteter som kurser, daglig verksamhet, föreningsverksamhet, idrottsaktiviteter samt pry.

I följande avsnitt redovisas endast resultaten för dem som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Detta beror på att det visat sig att försäkringskassorna i vissa fall redovisat den förlängda skolgången i sig som aktivitet, vilket inte var avsikten. För att kunna studera de aktiviteter som de försäkrade deltagit i, utöver utbildning inom ramen för förlängd skolgång, baseras därför resultaten om aktiviteter på uppgifter om de totalt 2 151 individer som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga.

Planering av aktiviteter

Många av de personer som önskar delta i aktiviteter behöver hjälp och stöd inte bara i planeringen av sina önskade aktiviteter, utan även vid kontakter med berörda myndigheter/organisationer för att aktiviteterna ska komma till stånd och kunna ske inom rimlig tid.

Har den försäkrade förutsättningar och önskar delta i aktiviteter ska en närmare planering av lämpliga aktiviteter inledas. Planeringen ska ske i samråd med den försäkrade. Försäkringskassan ska även i samråd med den försäkrade utarbeta en plan för aktiviteterna. I möjligaste mån ska individens önskemål tillgodoses.

För cirka 30 procent av individerna i materialet har försäkringskassorna angivit att det finns en planering för aktiviteter. I tabell 4 redovisas omfattningen av planering för aktiviteter för kvinnor och män, olika åldrar samt diagnosgrupper.

Tabell 4 Planering för aktiviteter per kön, ålder och diagnosgrupp, (%)

	Planering för aktiviteter finns	Planering för aktiviteter finns inte	Vet ej
Kvinnor	34	62	4
Män	30	66	4
<i>Ålder</i>			
19 år	39	57	3
20–24 år	36	60	4
25–29 år	28	68	4
<i>Diagnoser – de största grupperna</i>			
Psykiska sjukdomar	36	60	4
Sjukdomar i nervsystemet	32	66	2
Sjukdomar i rörelseorganen	20	77	3
Medfödda missbildningar	26	68	6
Skador och förgiftningar	25	73	2
Annan/okänd diagnos	23	74	3
<i>Samtliga</i>	32	64	4
Antal individer	692	1 370	89

Förekomsten av planering för aktiviteter skiljer sig något mellan könen. Det är något mer vanligt förekommande att det finns en planering för kvinnor än för män. Planering är vanligast förekommande för de allra yngsta. Här har 39 procent en planering för aktiviteter medan motsvarande andel bland 20–24-åringarna är 36 procent och bland 25–29-åringarna har 28 procent en planering. Bland dem som har sjukdomar i rörelseorganen har 20 procent fått en planering för aktiviteter, motsvarande för individer med psykiska sjukdomar är 36 procent.

I de fall där en planering för aktiviteter saknas så anger försäkringskassorna i uppföljningsformuläret att detta i 24 procent av fallen beror på att man avvaktar planering till en senare tidpunkt. I ytterligare 20 procent av fallen är anledningen medicinska orsaker och endast i 8 procent av fallen är orsaken att den försäkrade inte önskar delta i aktiviteter. "Annan orsak" anges i 39 procent av fallen till varför en planering för aktiviteter saknas.

Deltagande i aktiviteter

Försäkringskassorna har i materialet angivit att drygt 20 procent, eller 477 individer, deltagit i en eller flera aktiviteter under de första åtta månaderna 2003. För ytterligare 9 procent är deltagande planerat till en senare tidpunkt och i 6 procent av fallen har försäkringskassorna angivit att man inte vet om den försäkrade deltagit i aktiviteter eller ej.

En något lägre andel av männen än av kvinnorna har deltagit i aktiviteter, det är även färre fall där deltagande planerats till en senare tidpunkt för män än för kvinnor. De yngsta individerna deltar i aktiviteter i störst utsträckning, 33 procent av 19-åringarna har deltagit i en eller flera aktiviteter. Motsvarande andel för åldersgruppen 25–29 år är 19 procent.

Tabell 5 Deltagande i aktiviteter per kön, ålder, diagnoser samt förekomst av planering för aktiviteter samt ersättningsperiodens längd, (%)

	<i>Har deltagit i aktiviteter</i>	<i>Har ej deltagit i aktiviteter</i>	<i>Deltagande planerat till senare tidpunkt</i>	<i>Vet ej</i>
Kvinnor	23	59	11	7
Män	21	66	7	5
<i>Ålder</i>				
19 år	33	53	7	7
20–24 år	24	60	10	6
25–29 år	19	66	8	7
<i>Diagnoser– de största grupperna</i>				
Psykiska sjukdomar	25	60	8	6
Sjukdomar i nervsystemet	21	65	8	6
Sjukdomar i rörelseorganen	11	71	14	4
Skador och förgiftningar	12	72	10	5
Medfödda missbildningar	22	58	10	10
<i>Ersättningsens omfattning</i>				
Hel ersättning	24	60	9	6
Partiell ersättning	10	77	7	6
<i>Planering för aktiviteter</i>				
Planering för aktiviteter finns	62	17	18	3
Planering för aktiviteter finns ej	3	88	4	4
Vet ej	7	24	3	66
<i>Ersättningsperiodens längd</i>				
1–6 månader	19	68	6	7
7–12 månader	20	63	10	6
13–24 månader	22	60	12	6
25–36 månader	28	57	9	6
<i>Samtliga</i>	22	62	9	6
Antal individer	477	1 345	192	137

Vad gäller deltagande i aktiviteter och olika diagnosgrupper så är det inte möjligt att göra uppdelningar på samtliga diagnosgrupper, därför redovisas endast de största diagnosgrupperna i tabellen ovan. Det visar sig att deltagande i aktiviteter är vanligast förekommande för dem med någon form av psykisk sjukdom. För dem med sjukdomar i rörelseorganen har endast en av tio deltagit i aktiviteter. Det är dock en relativt stor andel i denna diagnosgrupp där deltagande är planerat till en senare tidpunkt. En tänkbar förklaring till att en så stor andel av dem med någon form av psykisk sjukdom deltar i aktiviteter är att de redan innan reformen genomfördes deltog i daglig verksamhet i kommunens eller landstingets regi och att de nu fortsatt med detta.

Deltagande i aktiviteter är vanligare bland dem som har aktivitetsersättning med hel omfattning än bland dem som har partiell omfattning. Vi har tidigare konstaterat att bland dem med partiell ersättning är det vanligaste alternativet att man förutom aktivitetsersättning har ett arbete. Bland dem som har ett arbete i kombination med partiell aktivitetsersättning så har 80 procent inte deltagit i aktiviteter under perioden, medan cirka 7 procent deltagit i en eller flera aktiviteter.

Av dem som har en planering för deltagande i aktiviteter deltog 62 procent i en eller flera aktiviteter. Motsvarande andel för dem där en planering för aktiviteter saknas är 3 procent. Sammanlagt 80 procent av dem som har en planering för aktiviteter har deltagit i aktiviteter eller har planerat deltagande i aktiviteter till en senare tidpunkt.

Deltagande i aktiviteter ökar med ersättningsperiodens längd. De som fått aktivitetsersättning för två till tre år deltar i aktiviteter i störst utsträckning.

Uppföljning av aktiviteter

Försäkringskassan ska även följa de försäkrades utveckling under perioden med aktivitetsersättning. Det är därför viktigt att kassan håller kontinuerlig kontakt med berörda kommunala myndigheter för bedömningen av den enskildes situation så att lämpliga aktiviteter vidtas både i nuläget och framtiden. I 64 procent av fallen där en aktivitet påbörjats/genomförts har Försäkringskassan uppgivit att det finns en överenskommelse om tid för uppföljning av aktiviteten. I 22 procent av fallen finns ingen överenskommelse om tid för uppföljning och i 14 procent av fallen har Försäkringskassan uppgivit att de inte vet om det finns en överenskommelse om uppföljning eller ej.

Särskild ersättning

Om den försäkrade har kostnader i samband med aktiviteterna kan han eller hon få särskild ersättning från Försäkringskassan. Särskild ersättning kan betalas ut för till exempel kursavgifter, studiematerial, anmälningsavgifter, arbetsmaterial samt resor mellan hemmet och aktiviteten. Av datamaterialet framgår att Försäkringskassan beviljat särskild ersättning för kostnader i samband med aktiviteterna i 22 procent av fallen. Eftersom särskild ersättning betalats ut i samband med en relativt liten andel av aktiviteterna tillåter inte materialet några djupare studier av sambanden mellan aktiviteter och särskild ersättning. Det går dock att konstatera att det, enligt uppgifterna i materialet, vanligast förekommande är att särskild ersättning utgått i samband med idrottsaktiviteter.

Arbetslivsinriktad rehabilitering

381 personer som har aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga deltog i arbetslivsinriktad rehabilitering under den studerade perioden. Av dem som deltagit i arbetslivsinriktad rehabilitering har 26 procent även deltagit i aktiviteter under perioden, 65 procent har inte deltagit i aktiviteter och 6 procent har planerat att delta i aktiviteter vid någon senare tidpunkt.

Deltagande i arbetslivsinriktad rehabilitering är ungefär lika vanligt bland dem som beviljats aktivitetsersättning med hel som med partiell omfattning (17 procent av dem med partiell ersättning har deltagit i arbetslivsinriktad rehabilitering, motsvarande andel för dem med hel omfattning är 18 procent).

De som deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering har i stor utsträckning (73 procent) tidigare haft sjukersättning.

Aktiviteternas karaktär

Som tidigare nämnts har Försäkringskassan uppgivit att totalt 477 individer deltagit i aktiviteter under perioden första januari till sista augusti 2003. I vissa av dessa fall saknas en fullständig beskrivning av aktiviteterna och i vissa fall har flera aktiviteter beskrivits. Totalt finns 31 fall där Försäkringskassan angivit att den försäkrade deltagit i två aktiviteter och i sex fall har det angivits att den försäkrade deltagit i tre olika aktiviteter under perioden.

Daglig verksamhet och kurser är de två vanligaste aktiviteterna. Även pry/praktik och rehabilitering⁸ är relativt vanligt förekommande aktiviteter. Det finns skillnader mellan könen avseende aktiviteternas karaktär. Män deltar i betydligt större utsträckning än kvinnor i daglig verksamhet medan kvinnor i högre utsträckning än män deltar i olika kurser.

Tabell 6 Aktiviteternas karaktär, (%)

	<i>Kvinnor</i>	<i>Män</i>	<i>Samtliga</i>
Föreningsverksamhet	4	3	3
Daglig verksamhet	26	42	33
Kurs	31	21	27
Idrottsaktivitet	9	9	9
Pry/praktik	15	14	14
Rehabilitering ⁹ /habilitering	12	10	11
Vet ej	3	1	2
Antal aktiviteter	266	211	477

En anledning till att kvinnor och män deltar i olika typer av aktiviteter kan givetvis vara att de har olika diagnoser. Eftersom materialet är relativt litet så tillåter det inte någon utförlig jämförelse avseende kön, diagnosgrupper och aktivitetens karaktär. Det går dock att se att deltagande i daglig verksamhet är vanligare bland män än bland kvinnor även då endast de med psykiska sjukdomar studeras (48 procent av männen och 32 procent av kvinnorna med någon form av psykisk sjukdom deltar i daglig verksam-

⁸ Ej arbetslivsinriktad rehabilitering.

⁹ Ej arbetslivsinriktad rehabilitering.

het).¹⁰ På motsvarande sätt är kursdeltagande vanligare bland kvinnor med psykisk sjukdom (28 procent) än bland män med samma diagnos (17 procent).

Aktiviteternas innehåll – en närmare granskning

Förutom de förvalda kategorierna i uppföljningsformuläret för aktiviteternas karaktär fanns även möjlighet för försäkringskassorna att närmare beskriva aktiviteternas karaktär genom ett fritextalternativ. Det övergripande intrycket när aktiviteternas karaktär studeras är den stora spännvidden. Här framkommer även att samma typ av aktivitet ibland noterats inom olika kategorier. Innehållsligt överlappar de olika kategorierna varandra. Arbetsträning och social träning finns till exempel upptagna både inom pry/praktik och rehabilitering/habilitering och det senare även inom föreningsverksamhet. Ridning är ett annat exempel som förekommer som föreningsverksamhet, idrottsaktivitet och även i form av kurs.

Den vanligaste typen av aktiviteter är som tidigare nämnts daglig verksamhet.¹¹ I vissa fall framkommer att den dagliga verksamheten sker på en arbetsplats. Materialet är dock inte tillräckligt tydligt för att säkert fastställa i vilken form daglig verksamhet sker och om en eventuell placering ute på en arbetsplats avser heltid eller deltid.

Aktiviteter i form av kursverksamhet är den näst vanligaste typen av aktivitet. Kurserna är av mycket varierande karaktär. I drygt en femtedel av fallen är det fråga om kurser inom grund- eller gymnasieskola. Dessa utbildningar tillsammans med studier i specificerade ämnen, skrivarkurser och samtliga folkhögskolekurser utgör knappt hälften av kurserna. De vanligaste ämnen som specificeras är data, språk och matematik. Det framgår dock sällan vilken nivå ämnesstudierna avser.

I övrigt är kursinnehållet mycket varierat, den största gruppen är olika typer av skapande verksamhet. Kurser som förekommer i materialet och som visar på den stora spännvidden är danskurser, friskvård, hundkurser, teckenspråks- eller dyslexikurser samt kurser i självförsvar för kvinnor.

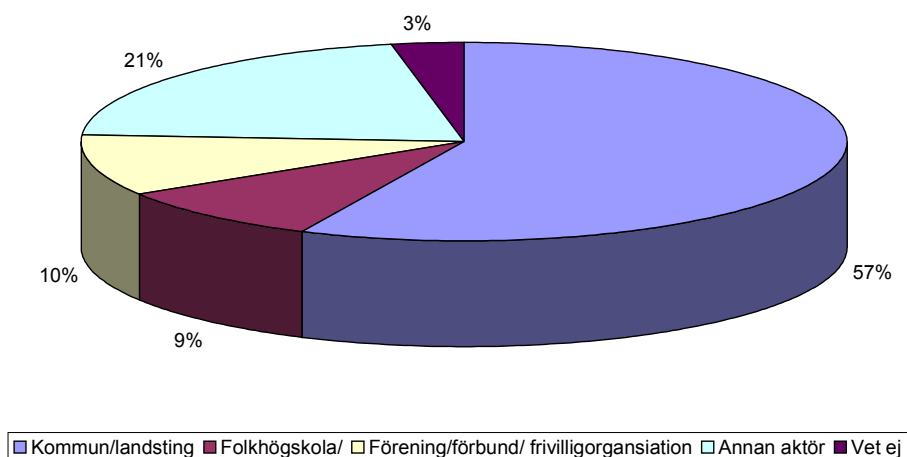
¹⁰ I Socialförsäkringsboken 2002 *Idé och verklighet i handikappolitiken* redovisas liknande resultat vad gäller deltagande i daglig verksamhet.

¹¹ Daglig verksamhet kan organiseras på många olika sätt och ska vara anpassad till den enskildes fysiska och psykiska prestationsförmåga. Vuxna som tillhör personkrets 1 och 2 i LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) har rätt till daglig verksamhet förutsatt att de varken förvärsarbetar eller studerar.

I vems regi utförs aktiviteterna?

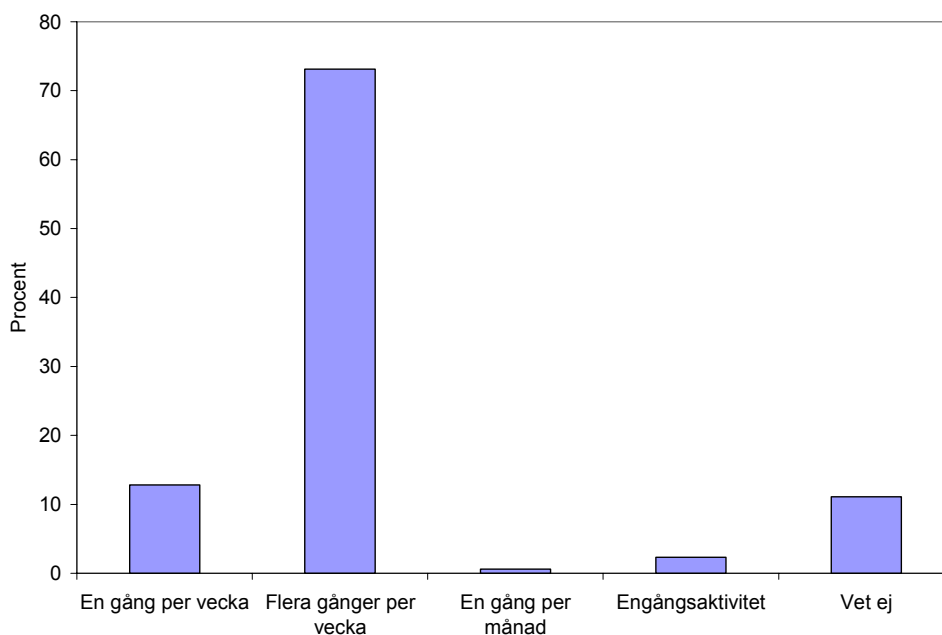
Det mest vanligt förekommande är att aktiviteterna utförs i kommunens eller landstingets regi. I kategorin "annan aktör" återfinns bland annat privata arrangörer och arbetsförmedlingen.

Diagram 3 I vems regi sker aktiviteten? (antal aktiviteter 459)



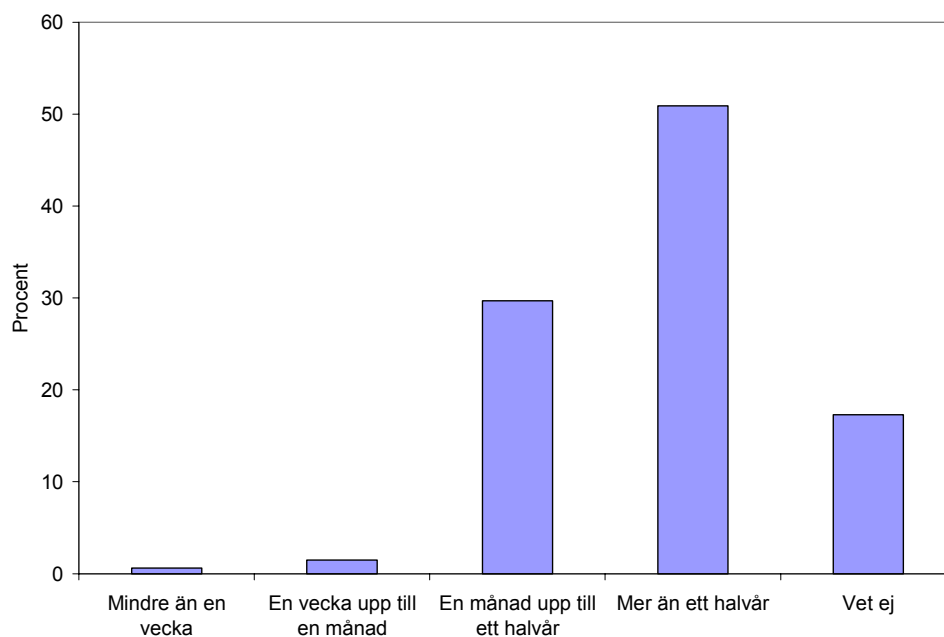
Det vanligaste är att aktiviteterna utförs flera gånger per vecka. För daglig verksamhet, idrottsaktivitet samt pry/praktik gäller att de i 70 till 90 procent av fallen utförs flera gånger per vecka.

Diagram 4 Hur ofta utförs aktiviteten? (antal aktiviteter 476)



Det vanligaste är att aktiviteterna sträcker sig över minst ett halvår. Daglig verksamhet är den aktivitet som i störst utsträckning pågår ett halvår eller längre. Även kurserna sträcker sig dock i drygt hälften av fallen över minst ett halvår. I 21 procent av fallen lämnar försäkringskassorna ingen uppgift om hur länge aktiviteten förväntas pågå.

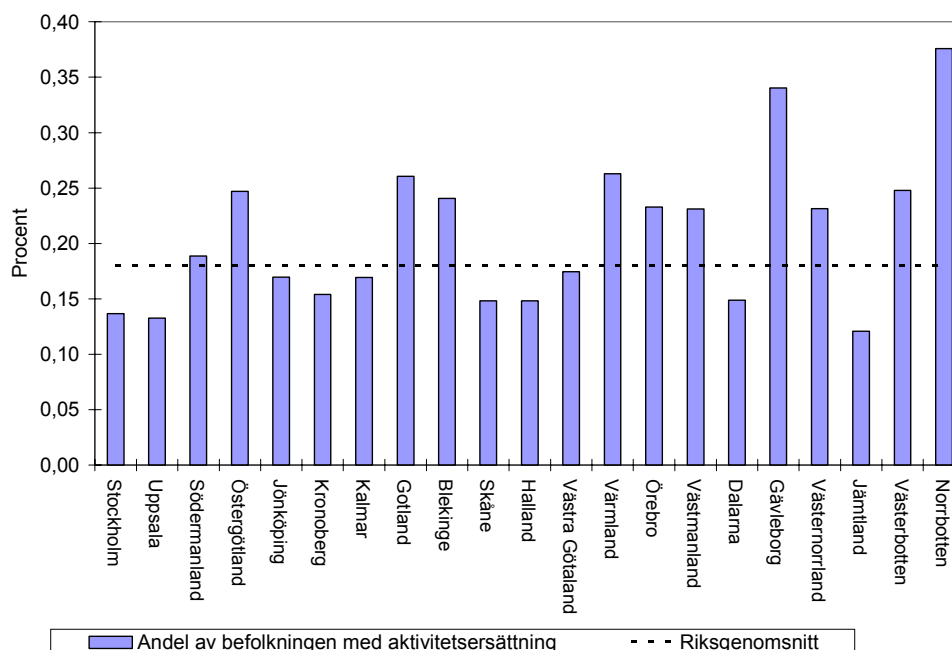
Diagram 5 Över hur lång tid sträcker sig aktiviteten? (antal aktiviteter 468)



Redovisning per Försäkringskassa

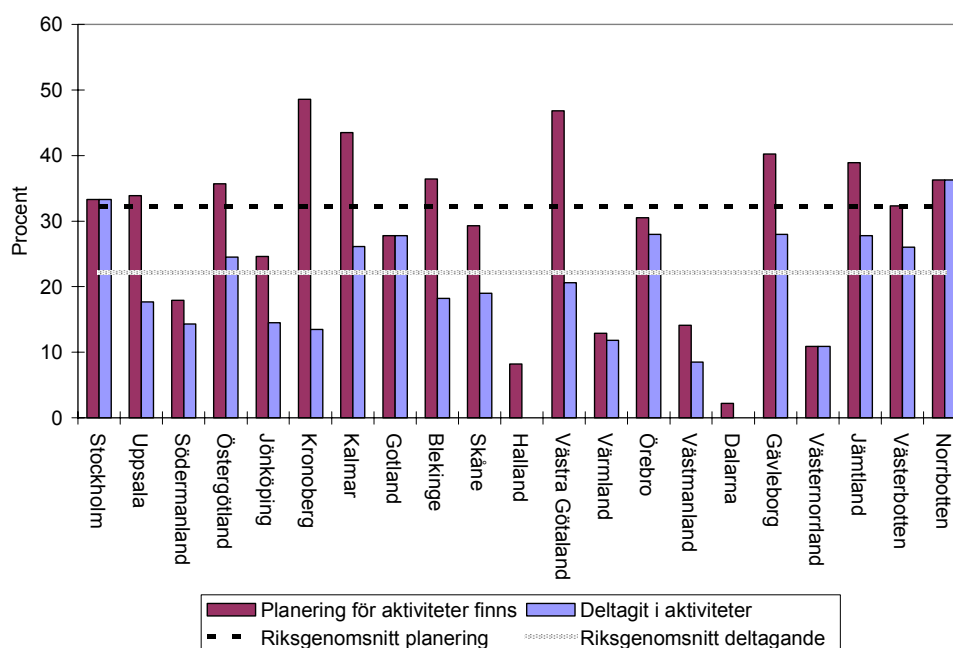
Antalet individer med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga varierar mycket mellan de olika försäkringskassorna. I diagram 6 visas andelen av befolkningen i åldrarna 19–29 år som har aktivitetsersättning.

Diagram 6 Andel av befolkningen i åldrarna 19–29 år med aktivitetsersättning



Det förekommer regionala skillnader också om man ser till planering av samt deltagande i aktiviteter och uppföljning av aktiviteter under de första åtta månaderna 2003. I diagram 7 redovisas andelen av de med aktivitetsersättning vid respektive Försäkringskassa som har en planering för deltagande i aktiviteter samt den andel av de försäkrade som deltagit i aktiviteter.

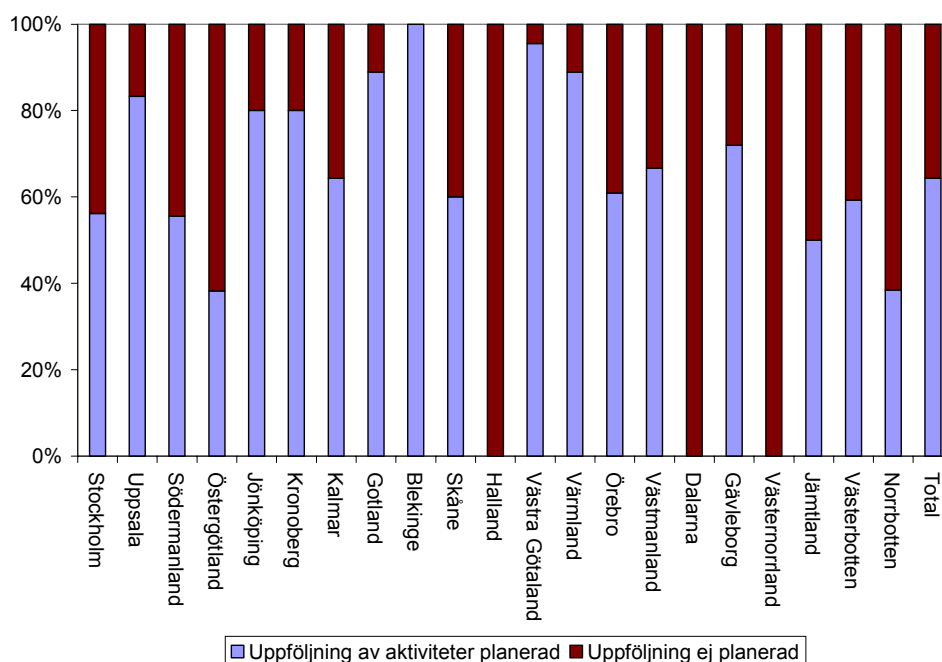
Diagram 7 Planering och deltagande i aktiviteter per Försäkringskassa



De försäkringskassor där störst andel av de försäkrade med aktivitetsersättning har en planering för deltagande i aktiviteter är Kronoberg, Västra Götaland, Kalmar samt Gävleborg där över 40 procent av de försäkrade har en planering för deltagande i aktiviteter. I Kronoberg och Västra Götaland är dock andelen som deltagit i aktiviteter lägre än riksgenomsnittet.

Stockholm och Norrbotten är de försäkringskassor där störst andel av de försäkrade med aktivitetsersättning deltagit i aktiviteter, här har över en tredjedel av de försäkrade med aktivitetsersättning deltagit i aktiviteter. I dessa försäkringskassor har även en stor andel en planering för aktiviteter. I Halland och Dalarna deltog ingen av de försäkrade med aktivitetsersättning i aktiviteter under den studerade perioden. Här återfinns även den lägsta andelen av försäkrade som har en planering för aktiviteter.

Diagram 8 Uppföljning av aktiviteter per Försäkringskassa



Diagrammet ovan visar andelen av de aktiviteter som påbörjats/genomförts där det finns/inte finns en överenskommelse om uppföljning av aktiviteten. Störst andel av aktiviteter där en uppföljning planerats finns i Blekinge där Försäkringskassan uppgivit att det i samtliga fall där aktiviteter påbörjats/genomförts finns en överenskommelse om tid för uppföljning. I Halland och Dalarna där inga aktiviteter genomförts finns inte heller någon uppföljning planerad. I Västernorrland där 11 procent av de försäkrade med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga fått en planering för och deltagit i aktiviteter finns inga fall där uppföljning planerats.

Försäkringskassans andra insatser för arbetet med aktiviteter

Detta avsnitt bygger på de svar som inkom från försäkringskassorna med anledning av ett frågeformulär med huvudfrågorna *”Hur har samarbetet med olika aktörer byggts upp”* samt *”Vilka insatser i övrigt har Försäkringskassan vidtagit”*.

Sammantaget kan sägas att de inkomna svaren indikerar stora skillnader vad gäller hur Försäkringskassans samarbete med olika aktörer har byggts upp samt vilka insatser i övrigt som vidtagits under det första halvåret efter lagändringen. Skillnaderna består dels i andelen personer i aktivitet dels i den varierande ambitionsnivån vad gäller initiativ till samverkan, att föra ut information externt samt initiativ till ytterligare stöd till de handläggare som arbetar med aktiviteter. Spridningen mellan försäkringskassorna visar tydligt att några försäkringskassor inte har kommit igång med arbetet vad gäller aktiviteter medan andra har varit mycket aktiva.

Säkerställande av kompetens

Samtliga försäkringskassor har identifierat vilken kompetens och vilka krav som är nödvändiga i arbetet med aktiviteter. Vid ett antal försäkringskassor har rekryteringen skett via interna intresseanmälningar medan andra försäkringskassor valt att rekrytera personalen externt. De flesta försäkringskassor har försökt ta till vara den kompetens som finns hos handläggare inom samordnad rehabilitering och handläggare inom handikappförmånerna. I flera fall framgår av försäkringskassornas svar att de handläggare som skulle arbeta med aktiviteter inte tillträtt sina tjänster förrän i april.

För att hitta rätt i den nya rollen som aktivitetssamordnare har handläggare på många håll i landet, utöver den interna försäkringsutbildningen på Försäkringskassan samt RFV:s konferenser om aktiviteter, getts möjligheten till ytterligare stöd i form av handledning och/eller utbildning. Det stöd som försäkringskassorna tagit initiativ till har varierat både vad gäller utformning, omfattning och ambitionsnivå. Många försäkringskassor har skapat interna nätverk i syfte att få en diskussion kring en ny försäkring och att utbyta erfarenheter. Andra har skapat bollplanksgrupper eller satt upp regelbundna möten för att diskutera frågeställningar. Några har även anordnat tema- eller uppföljningsdagar.

Eftersom många av de som har aktivitetsersättning har någon form av psykisk sjukdom förekommer på vissa försäkringskassor regelbundna möten med försäkringsläkaren inom psykiatri och de handläggare som arbetar med aktiviteter.

Många försäkringskassor samarbetar över länsgränserna. Södra Blocket¹² har bland annat haft gemensamma utbildningar, workshops och har även regelbundna träffar, här har man dessutom gemensamt tagit fram en kompetensprofil för aktivitetssamordnarna. Bland aktivitetssamordnare tillhörande de mellansvenska kassorna (Oktaven¹³) anordnas nätverks-träffar.

Förutom ovan nämnda utbildningar och träffar har även aktivitetssamordnarna på vissa försäkringskassor fått utbildning i bemötande, samtalsmetodik samt förhållningssätt (några har deltagit i SFA-utbildningen om metoder och förhållningssätt, andra har anordnat workshops med till exempel tema "bemötande" anpassad till aktivitetssamordnarens roll). Möjligheten för handläggare att delta i externa kurser har också erbjudits inom vissa kassor.

¹² I Södra Blocket ingår följande försäkringskassor: Jönköping, Skåne, Västra Götaland, Blekinge, Kronoberg, Halland samt Kalmar.

¹³ I Oktaven ingår följande försäkringskassor: Uppsala, Dalarna, Södermanland, Västmanland, Östergötland, Värmland, Örebro samt Gävleborg.

Exempel på externa kurser som nämns i materialet:

- Studiecirkel i bemötande och brukarinflytande
- Högskolekurs "professionell kommunikation" 5 p
- Beteendevetenskaplig utbildning 10 p.

Information till andra aktörer

Under 2003 har information om den nya lagstiftningen varit en angelägen och viktig del i Försäkringskassans arbete. Många försäkringskassor har både tagit initiativ till och blivit tillfrågade om att externt informera om den nya reformen. Information har lämnats i olika stor omfattning både muntligt och skriftligt. Intresset har varit stort framför allt från Försäkringskassans samarbetspartners det vill säga kommunen, landstinget och arbetsförmedlingen men även andra myndigheter, förbund, föreningar och intresseorganisationer har fått eller efterfrågat information. Informationsinsatserna har bedrivits på lokal och regional nivå, och kommer även fortsättningsvis att riktas till speciellt utvalda målgrupper.

Exempel på aktörer som försäkringskassorna har informerat:

- kommunen (socialtjänsten, handikappomsorgen, LSS¹⁴-enheter, skolförvaltningen, särskolan, arbetsmarknadsenheten och handikappidrotten)
- landstinget (handikappcentrum, psykiatrin, vuxenhabiliteringen och kuratorer)
- intresseorganisationer (handikappförbund)
- arbetsförmedlingen/länsarbetsnämnden
- förbund/föreningar (studieförbund, folkhögskolor samt idrottsförbund)
- olika samverkansprojekt.

Samarbete med andra aktörer

Försäkringskassan ska samordna insatser för att möjliggöra deltagande i de planerade aktiviteterna. Försäkringskassans ansvar innebär till exempel att samordning sker av olika aktörers insatser före och under aktiviteterna och att nödvändiga kontakter tas med myndigheter och andra organ.

En angelägen och viktig del i Försäkringskassans arbete med aktiviteter är att se till att nödvändiga kontakter knyts och samarbeten byggs upp. I och med att aktiviteter är något nytt så finns behov av att Försäkringskassan utvecklar och utökar samarbetet med intresseorganisationer, förbund, föreningar samt kommun och landsting. Detta för att möjliggöra deltagande i aktiviteter utifrån samtliga individers förutsättningar, behov och önskemål. Undersökningen visar att försäkringskassorna under den studerade perioden kommit olika långt i detta arbete. Resultaten indikerar tydliga skillnader vad gäller ambitionsnivå och insatser inom detta område.

¹⁴ Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Många försäkringskassor utnyttjar redan sedan tidigare upparbetade samarbetsformer. Några har i första hand arbetat med samarbetet inom Försäkringskassan. Individens behov och förutsättningar uppges styra valet av aktörer för samverkan. Formerna för samverkan uppges variera från nätverk till mer strukturerade samarbetsformer.

Samarbete med olika aktörer förekommer både på övergripande nivå och på individnivå. Vanliga frågor som behandlas tillsammans med andra aktörer på övergripande nivå är bland annat framtida nätverksutseende eller samarbetsformer, övergripande frågor samt informationsutbyte i stort. På individnivå behandlas frågor som rör planering och genomförande av aktiviteter samt utbudet av aktiviteter.

De aktörer som försäkringskassorna har byggt upp ett samarbete med är i stort samma aktörer man vänt sig till med information (se stycke ovan):

- kommun (socialtjänsten, handikappomsorgen, LSS-enheter, skolförvaltningen, särskolan, arbetsmarknadsenheten och handikappidrotten)
- landsting (handikappcentrum, psykiatrin, vuxenhabiliteringen och kuratorer)
- myndigheter/organisationer (Överförmyndarnämnden och Specialpedagogiska institutet)
- intresseorganisationer (handikappförbund och HSO¹⁵)
- arbetsförmedlingen/länsarbetsnämnden
- förbund/föreningar (studieförbund, folkhögskolor samt idrottsförbund).

Vid de stora försäkringskassorna (Skåne, Västra Götaland och Stockholm) förekommer samverkansprojekt och i vissa fall även projekt finansierade av EU-medel. Samarbete förekommer på flera nivåer och samarbetet i nätverken ser olika ut. På individnivå samordnar Försäkringskassan möten kring enskilda individer. Individens behov och förutsättningar styr valet av aktörer för samverkan. Det som tas upp vid dessa träffar gäller till stor del planering och genomförande av aktiviteter samt utbudet av aktiviteter.

Huvuddelen av försäkringskassorna uppger att de har generella möten för att skapa grund för individuella möten. Kontaktpersoner finns och utnyttjas hos respektive myndighet och organisation. De frågor som tas upp vid dessa möten är utbyte av information, klargörande av ansvarsområden, övergripande frågor, gemensamma problem samt framtida nätverksutseende.

I och med att aktiviteterna är något nytt så finns behov av att Försäkringskassan utvecklar och utökar samarbetet med intresseorganisationer, förbund, föreningar samt aktörer i landstingets regi. Detta för att möjliggöra

¹⁵ Handikappförbundens samarbetsorgan.

deltagande i aktiviteter utifrån samtliga individers förutsättningar, behov och önskemål.

Avslutande diskussion

När resultaten i denna rapport tolkas är det viktigt att komma ihåg att den period som studerats är de första åtta månaderna efter reformens genomförande. Många försäkringskassor var då fortfarande i en fas då man byggde upp den egna kompetensen, började ta nödvändiga kontakter med relevanta samarbetspartners och informerade omvärlden om existensen av och innebörden i den nya förmånen. Siffror från RFV om ökade kostnader för särskild ersättning i samband med aktiviteter tyder på att arbetet med aktiviteter ökat väsentligt under årets sista månader jämfört med den period som studeras här.

Den avslutande diskussionen tar sin utgångspunkt i de frågor som ställts i uppdraget.

Drygt en femtedel av individerna med aktivitetsersättning eller 477 individer har under perioden deltagit i en eller flera aktiviteter.¹⁶ Vilka som deltagit i aktiviteter under årets första månader har varit avgörande för vilken karaktär aktiviteterna haft. De frågor som rör de försäkrades deltagande i aktiviteter och aktiviteternas karaktär hänger därmed mycket nära samman.

Det finns inga uttalade mål för hur stor del av de försäkrade som efter en viss tid ska delta i aktiviteter. En målsättning bör dock vara att så många som möjligt som uppbär aktivitetsersättning, som vill och har förutsättningar att delta i aktiviteter även kommer att vara aktiva. Utifrån resultaten i denna undersökning blir slutsatsen dock att reformen inte fått något större genomslag *under den studerade perioden* och att det återstår en hel del arbete för att nå den önskade nivån.

Planering av och deltagande i aktiviteter har under perioden i störst utsträckning förekommit i den grupp som har någon form av psykisk sjukdom. I stor utsträckning har denna grupp deltagit i daglig verksamhet i kommunens eller landstingets regi. Då det är kommunen/landstinget som har ansvaret för planeringen och genomförandet av den dagliga verksamheten för denna grupp, innebär detta att aktiviteterna för denna grupp troligen inte samordnats eller initierats via Försäkringskassan utan att det är aktiviteter som pågått även innan de försäkrade beviljades aktivitetsersättning.

De frågor som ställts i uppdraget angående Försäkringskassans övriga insatser för arbetet med aktiviteter är svåra att besvara. Detta har till stor del sin förklaring i det faktum att man på olika försäkringskassor jobbat på mycket olika sätt och med en varierande ambitionsnivå. Klart är dock att man på många försäkringskassor utgått ifrån att gruppen med aktivitets-

¹⁶ I redovisningen av deltagande i aktiviteter och aktiviteternas karaktär har endast de individer som beviljats aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga studerats.

ersättning till stor del består av individer med någon form av psykisk sjukdom och att man därmed till stor del arbetat utifrån nätverk och kontakter som etablerats kring denna grupp redan tidigare. För en stor andel av de aktiviteter som denna grupp deltagit i har kommunen/landstinget huvudansvaret och därmed har heller inga nya nätverk/samarbeten krävts.

För att reformen ska få önskat genomslag och för att motivera individer att delta i aktiviteter utifrån sina egna behov, önskemål och förutsättningar oavsett sjukdom eller funktionshinder krävs att nya kanaler etableras. Att etablera nya kontakter och bygga upp nya former av samarbeten är tidskrävande. Det är även inom detta område som en stor del av försäkringskassornas arbete bedrivits under perioden.

Försäkringskassornas insatser i övrigt har i stor utsträckning rört sig om information till andra aktörer och insatser som vidtagits för att säkerställa rätt kompetens samt insatser för att stödja handläggare i arbetet med aktiviteter. Hur detta arbete påverkat deltagandet i aktiviteter samt vilken karaktär aktiviteterna har är svårt att dra några slutsatser om. Klart är dock att de insatser som gjorts har varierat i stor utsträckning vid de olika försäkringskassorna.

Denna rapport har gett svar på en del av de frågor om vilka som har aktivitetsersättning och om deltagandet i aktiviteter. Klart är dock att många intressanta frågor kvarstår. Frågan som ställdes i uppdraget om huruvida syftet med reformen uppnåtts är ännu för tidig att besvara. Slutrapporten, som ska lämnas i augusti 2005, kommer att kunna ge en mer heltäckande bild av försäkringskassornas arbete och deltagandet i aktiviteter – då en längre period kan studeras.

Följande RFV Redovisar har publicerats under år 2003 och 2004

- 2003:1 Nybeviljade förtidspensioner och psykisk ohälsa – ålder, kön och diagnos
- 2003:2 Sjukfrånvarande enligt SCB och sjukskrivna enligt RFV
- 2003:3 Beslut av socialförsäkringsnämnderna 1998–2002 – förmån, län och kön
- 2003:4 Långtidssjukskrivna – egenskaper vid 2003 års RFV-LS-undersökning
- 2003:5 Vad kostar sjukskrivningarna inom olika yrken?
– sjukpenningkostnaderna fördelade efter yrke

- 2004:1 Slutligt bostadsbidrag och eftergift
- 2004:2 Aktiviteter inom aktivitetsersättningen