

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Handläggning och bedömning av anställda sjukskrivna som passerar 180 dagars sjuk- skrivning

Redovisning av regeringsuppdrag

Åtterrapporering enligt regleringsbrevet för 2011.

Utvärdering av 180-dagarsbedömningarna inom ramen för uppföljning av rehabiliteringskedjan

I regleringsbrevet för 2011 har Försäkringskassan fått i uppdrag att fortsätta att följa upp rehabiliteringskedjan. En plan för uppföljningen under 2011 har utarbetats i samråd med Socialdepartementet.

Planen för uppföljningen består av sex punkter:

1. 180-dagarsbedömningen.
2. Samlad redovisning av statistikuppgifter och analyser i syfte att följa utvecklingen av rehabiliteringskedjan och de nya reglerna för sjukersättning.
3. Berörda försäkrades kännedom om de nya reglerna i sjukförsäkringen.
4. Försäkringskassans samarbetspartners kännedom om de nya reglerna i sjukförsäkringen
5. Arbetsgivarnas insatser i rehabiliteringskedjan .
6. Uppföljning av rutiner och samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för personer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen.

I denna rapport redovisas punkt 1 i uppföljningsplanen. Därigenom ges ytterligare ett bidrag till uppföljningen av rehabiliteringskedjan.

Försäkringskassan överlämnar härmed rapporten.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Dan Eliasson i närvaro av chefsjurist Eva Nordqvist, försäkringsdirektör Laura Hartman, försäkringsdirektör Birgitta Målsäter, försäkringsdirektör Svante Borg, verksamhetsområdeschef Magdalena Brasch och analytiker Peje Bengtsson, den senare som föredragande.

Dan Eliasson

Peje Bengtsson

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning	7
1.1 Bakgrund	7
1.2 Syfte	8
1.3 Rätten till sjukpenning	8
1.3.1 Rehabiliteringskedjan.....	8
1.3.2 Bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden	9
1.3.3 Särskilda skäl.....	9
1.4 Metod	10
1.4.1 Urval.....	10
1.4.2 Granskning.....	11
1.4.3 Sjukfall som passerar 180 dagars sjukskrivning.....	12
2 Resultat	13
2.1 Tidpunkten för 180-dagarsbedömningen	13
2.2 Tillämpningen av särskilda skäl	15
2.3 Medicinska underlag vid 180-dagarsbedömningen	17
Kvaliteten i läkarintygen	17
2.4 Kvaliteten i 180-dagarsbedömningen	19
2.5 Tid till händelser i sjukförsäkringsprocessen	23
2.5.1 Förekomst och tidpunkt.....	23
2.5.2 Analys utifrån 180-dagarsbedömningen, avslutningsanledning och pågående ärenden	26
2.6 Iakttagelser i granskningsarbetet	29
2.7 Deltidssjukskrivning som åtgärd	30
3 Diskussion och slutsatser	31
3.1 Tidpunkten för 180-dagarsbedömningen	31
3.2 Bekräftat goda resultat vid särskilda skäl	31
3.3 Läkarintyg, aktivitetsbegränsningar och alla arbeten	31
3.4 Utredningar och åtgärder	32
3.5 Åtgärder och effekter	33
3.6 Positiv effekt vid deltidssjukskrivning med planerad upptrappning	34
Bilaga 1 Tidpunkten för 180-dagarsbedömningen	36
Bilaga 2 Jämförelse mellan verksamhetsområden för utfallet vid användningen av särskilda skäl	37
Bilaga 3 Tid till avslut och avslutningsanledningar	38
Bilaga 4 Läkarintygen vid 180-dagarsbedömningen	40
Bilaga 5 Användningen av fördjupade medicinska utlåtanden	41
Bilaga 6 Effekt av deltidssjukskrivning	42

Sammanfattning

I denna rapport redovisas en analys kring sjukskrivningsprocessen för anställda sjukskrivna som passerar 180 dagars sjukskrivning. Analysen baseras till största delen på en genomförd granskning av 1 000 sjukfallsakter. Särskilt fokus har riktats på bedömningen av arbetsförmågan i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden.

De centrala resultaten, både de positiva och förbättringsområdena, sammanfattas i följande punktsatser.

Positiva resultat:

- 180-dagarsbedömningen sker till allra största delen i enlighet med tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

Två tredjedelar av 180-dagarsbedömningarna görs senast dag 180, och 90 procent av bedömningarna är gjorda inom 205 dagar. Mot bakgrund av att ca 20 procent av ersättningsanspråken kommer in efter dag 180 och den påverkan på tidpunkten för bedömningen som sker från de ärenden som består av flera sjukfall så bedöms resultatet vara i nivå med det som är möjligt att uppnå i förhållande till tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

- Utfallet av användandet av särskilda skäl ligger i linje med lagstiftningens intentioner.

Resultatet från den förra studien av sjukskrivningsprocessen har kunnat bekräftas i denna studie. Möjligheten att använda särskilda skäl fungerar väl i verksamheten när utgångspunkten är en analys av sjukfallens avslutningstidpunkter. Ärenden 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.

- Indragningsärendena kännetecknas till stor del av att underlagen bedöms som tillräckliga och en aktiv handläggning.

Besluten om indragning av sjukpenning är de som för granskarna är enklast att följa och förstå utifrån det underlag som finns att tillgå i akten. I denna mening uppvisar dessa bedömningar bäst kvalitet. Underlagen för besluten ger genomgående bättre information kring de medicinska förhållandena, den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan och information kring arbete och arbetsuppgifter i jämförelse med de ärenden där arbetsförmågan bedömts nedsatt på den reguljära arbetsmarknaden eller särskilda skäl använts. Utredningar med arbetsgivarna och kontakter med den försäkrade inför 180-dagarsbedömningen genomförs i större utsträckning jämfört med de andra ärendena. Det återstår dock framför allt en del arbete när det gäller de personliga kontakterna med de försäkrade i denna situation innan denna handläggning är optimal.

Förbättringsområden:

- Utredningsmetoderna behöver stärkas

Det kan konstateras att i en stor del av ärendena fungerar handläggningen mycket väl. Men många ärenden kännetecknas av 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.

Svagheter i utredningar 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 utredningarna bygger på kedjan: samla in → värdera → dra slutsatser → besluta och planera.

Särskilt noteras att utredningar genomförs och information samlas in, men den behöver bearbetas och analyseras i högre grad. Tydliga slutsatser måste dokumenteras som motiverar ställningstaganden och den fortsatta handläggningen. Behovet att diskutera hur dessa svagheter, som också uppmärksammades i den förra rapporten till regeringen, kan avhjälpas framstår som en central fråga i sjukskrivningsprocessen.

- Förståelse för den kvalitativa förändringen i bedömningsgrunden när 180 dagars sjukskrivning passerar.

Genom att bedömningsgrunden för rätten till sjukpenning vidgas, från arbeten hos den ordinarie arbetsgivaren, till alla tänkbara arbeten på den reguljära arbetsmarknaden så borde kraven på nödvändigt innehåll i de medicinska underlagen vidgas. Det handlar inte längre om ett underlag för att kunna göra en bedömning mot ett konkret arbete med konkreta arbetsuppgifter, utan mot något som måste beskrivas och behöver uppfattas som en uppsättning av förväntade krav på individens förmågor. Då måste dessa förmågor beskrivas, vilket är läkarens uppgift, så att Försäkringskassans handläggare kan ställa dem i relation till den reguljära arbetsmarknadens krav.

Denna granskning understryker det välmotiverade i Försäkringskassans pågående arbete att utveckla metoderna i samband med bedömningen av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Det understryker samtidigt behovet av att inte begränsa utvecklingsarbetet till bedömningsmetoden och dess verktyg. Det kommer samtidigt att krävas ett utvecklingsarbete av själva handläggningsprocessen och det utrednings- och bedömningsarbete som sker i den så att de nya metoderna inte kommer att användas på ett oreflekterat, fyrkantigt eller tekniskt förenklat sätt.

I rapportens avslutning diskuteras också utredningsinsatser och åtgärder, åtgärder och effekter på sjukskrivningstider, samt behovet av en systematisk kunskapsuppbyggnad kring olika åtgärders möjliga effekter.

1 Inledning

I regleringsbrevet för 2011 har Försäkringskassan fått i uppdrag att fortsätta att följa upp rehabiliteringskedjan. En plan för uppföljningen under 2011 har utarbetats i samråd med Socialdepartementet.

Planen för uppföljningen består av sex punkter:

1. 180-dagarsbedömningen.
2. Samlad redovisning av statistikuppgifter och analyser i syfte att följa utvecklingen av rehabiliteringskedjan och de nya reglerna för sjukersättning.
3. Berörda försäkrades kännedom om de nya reglerna i sjukförsäkringen.
4. Försäkringskassans samarbetspartners kännedom om de nya reglerna i sjukförsäkringen
5. Arbetsgivarnas insatser i rehabiliteringskedjan .
6. Uppföljning av rutiner och samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för personer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen.

I denna rapport redovisas punkt 1 i uppföljningsplanen. Därigenom ges ytterligare ett bidrag till uppföljningen av rehabiliteringskedjan.

1.1 Bakgrund

Försäkringskassan lämnade i början av 2011 en rapport kring sjukskrivningsprocessen till regeringen. Utvärderingen har också publicerats i ”En utvärdering av sjukskrivningsprocessen efter införandet av de nya sjukförsäkringsreglerna 2008-07-01” (Socialförsäkringsrapport 2011:15).

Några centrala resultat kring 180-dagarsbedömningen rörde tillämpningen av särskilda skäl, kvaliteten i underlagen vid bedömningen och den begränsade användningen av fördjupade medicinska utlåtanden.

Analysen av 180-dagarsbedömningen visade att regelverket med möjligheterna att använda 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.

Vid en jämförelse med de andra tre bedömningsgrunderna; första sjukpenningrättsbedömningen, 90-dagarsbedömningen och 365-dagarsbedömningen så kännetecknades 180-dagarsbedömningen av störst brister vad gäller:

- Information avseende de medicinska förhållandena.
- Information avseende den försäkrades egen bedömning av arbetsförmågan.
- Kvalitet i själva sjukpenningrättsbedömningen.

Fördjupade medicinska utlåtanden används i mycket liten grad, kanske i 6-8 % av alla ärenden. De olika formerna av fördjupade medicinska utlåtanden används troligen i större utsträckning vid utredning av sjukersättning än vid bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden för anställda försäkrade.

Den nu aktuella utvärderingen av 180-dagarsbedömningen har genomförts mot bakgrund av resultaten i den förra utvärderingen.

1.2 Syfte

I den utvärdering av sjukskrivningsprocessen som genomfördes 2010 framkom behovet av att fördjupa analysen kring 180-dagarsbedömningarna.

Studien genomförs för att få underlag att beskriva vilken typ av underlag 180-dagarsbedömningarna baseras på och innehållet i dessa underlag. Genom utvärderingen undersöks om de positiva resultaten avseende användningen av särskilda skäl bekräftas då underlaget av ärenden där särskilda skäl tillämpats utökas. Utredningsinsatser och åtgärder som genomförts i sjukfallet fram till 180-dagarsbedömningen studeras för att kunna konstatera eventuella förändringar i dessa jämfört med den föregående studien.

1.3 Rätten till sjukpenning

Innan metodavsnittet ges en kort introduktion kring den lagstiftning som reglerar Försäkringskassans arbete med sjukskrivningar.

Sjukpenning betalas ut vid sjukdom som sätter ned den försäkrades arbetsförmåga med minst en fjärdedel. Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska Försäkringskassan bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden. Försäkringskassan ska inte heller vid bedömning av arbetsförmågans nedsättning beakta den försäkrades ålder, bosättning, utbildning, tidigare verksamhet och andra liknande omständigheter. Dessa grundprinciper måste vara uppfyllda för att någon ska ha rätt till sjukpenning.

Det är sjukdomens inverkan på den försäkrades möjligheter att utföra förvärvsarbete som är avgörande för bedömningen av arbetsförmågan. Arbetsförmåga är alltså inte något statiskt tillstånd. Två personer med samma sjukdom kan ha olika arbetsförmåga beroende på att de har olika arbeten eller att den ene är arbetslös medan den andre har ett arbete.

1.3.1 Rehabiliteringskedjan

Rätten till sjukpenning ska för anställda bedömas enligt den så kallade rehabiliteringskedjan.

Under de första 90 dagarna i rehabiliteringskedjan bedöms enbart om den försäkrade har förmåga att klara sitt vanliga arbete eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder. Från och med den 91:a dagen i rehabiliteringskedjan innebär prövningen av rätten till sjukpenning att Försäkringskassan även ska beakta om den försäkrade kan utföra något annat arbete hos arbetsgivaren. Från och med den 181:a dagen av i rehabiliteringskedjan ska dessutom bedömas om den försäkrade kan försörja sig själv genom förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden i övrigt eller genom annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade. En sådan bedömning ska dock inte göras om det finns särskilda skäl mot det eller om det i annat fall kan anses oskäligt att göra en sådan bedömning.

Det innebär att den försäkrade efter dag 180 inte har rätt till sjukpenning om han eller hon klarar att utföra sitt vanliga arbete med eller utan anpassning av arbets-

uppgifterna, något annat arbete hos arbetsgivaren som tillfälligt eller permanent erbjuds den försäkrade, eller något arbete på den reguljära arbetsmarknaden.

Vid bedömningen mot ett arbete på den reguljära arbetsmarknaden ska bedömningen göras mot ”varje typ av arbete, och det ska räcka att den försäkrade kan utföra något sådant arbete på den reguljära arbetsmarknaden” (prop. 2007/08:136, s. 67). Vidare står i propositionen att det måste röra sig om en betydande funktionsnedsättning för att den försäkrade ska bedömas helt sakna arbetsförmåga.

1.3.2 Bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden

Bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden kommer i denna rapport att ibland benämnas 180-dagarsbedömningen. När detta begrepp används avses den första bedömningen som ska göras mot den reguljära arbetsmarknaden. I Försäkringskassans vägledning för sjukpenning och samordnad rehabilitering beskrivs också i ett metodstöd hur denna bedömning ska göras för anställda.

Bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden ska 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 inte finns särskilda skäl bedöms slutligen om det kan anses oskäligt att göra bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden.¹ 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.

I rapporten studeras endast de sjukfall där rätten till ersättning baserats på nedsatt arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden, med stöd av särskilda skäl eller att bedömningen resulterat i att den försäkrade saknar rätt till ersättning. Det innebär att de ärenden där rätten till ersättning baserats på regeln om oskäligt inte ingår. I rapporten används benämningen ”(Enbart) bedömd mot reguljär arbetsmarknad” för att beskriva de som bedömts ha rätt till ersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden. Den andra gruppen i studien utgörs av de som bedömts ha rätt till sjukpenning med stöd av regeln om särskilda skäl. Dessa definitioner har använts för att kunna dra urvalet utifrån de registreringar kring gjorda bedömningar som finns hos Försäkringskassan. I båda grupperna ingår ärenden där sjukpenningen dragits in vid 180-dagarsbedömningen eller i samband med en senare bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden.

1.3.3 Särskilda skäl

För att bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden ska skjutas upp, med stöd av särskilda skäl, krävs stor sannolikhet att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren. Denna bedömning måste alltså vara välgrundad. Det kan till exempel vara fallet när den försäkrade väntar på en operation eller nyligen

¹ OBS! Särskilda skäl och oskäligt är två olika bedömningar. För en beskrivning, se Vägledning 2004:2, version 18, sid. 176ff. och sid. 184ff.

genomgått en sådan som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med stor sannolikhet leder till att arbetsförmågan återställs. Likaså kan särskilda skäl bli aktuella om det med utgångspunkt från det försäkringsmedicinska beslutsstödet som Socialstyrelsen har utarbetat kan förväntas att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren inom viss tid. Det ska alltså framgå av det medicinska underlaget att det finns en välgrundad anledning att anta att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren och en tidplan för när så förväntas kunna ske.

Särskilda skäl kan också vara tillämpliga i en situation där arbetsgivaren inte kan erbjuda något lämpligt arbete nu, men kan göra det senare. Detta kan inträffa när den försäkrade inte klarar att utföra sina vanliga arbetsuppgifter, men bedöms ha arbetsförmåga i arbete på den reguljära arbetsmarknaden från och med dag 181 i rehabiliteringskedjan. Om Försäkringskassan vid kontakt med arbetsgivaren får uppgifter om att denne kan erbjuda den försäkrade andra arbetsuppgifter senare, dock senast dag 365, ska Försäkringskassan bedöma om det finns stor sannolikhet för att den försäkrade kan utföra dessa arbetsuppgifter. Det kan också vara så att den försäkrade redan nu har förmåga att utföra det arbetet om det skulle finnas tillgängligt. Även i en sådan situation kan det finnas särskilda skäl för att skjuta upp prövningen av den försäkrades arbetsförmåga mot den reguljära arbetsmarknaden.

1.4 Metod

Utvärderingen baseras på en ny studie av sjukfallsakter. Målgruppen för aktstudien är sjukfall startade mellan 2010-03-01 och 2010-05-31, som var anställda vid sjukfallets start och som har nått upp till minst 180 dagars sjukskrivning.

1.4.1 Urval

Urvalet av ärenden har skett i form av ett stratifierat urval: 500 ärenden som ”enbart” bedömts mot den reguljära arbetsmarknaden och 500 ärenden där bedömningen gjorts med stöd av särskilda skäl. Se ovan för förklaring till vad som avses med ”enbart bedömts mot reguljära arbetsmarknaden”.

Studien omfattar en uppföljningsperiod på minst 275 till 365 ytterligare dagar efter det att dag 180 passerats. De sjukfall som fortfarande pågår vid uppföljningstillfället, den 1 september 2011, har passerat minst 455 dagars sjukskrivning.

Urvalsramen har bestått av:

”Enbart” bedömda mot reguljära arbetsmarknaden:	10 036 sjukfall (85 %)
Bedömda med stöd av särskilda skäl:	1 753 sjukfall (15 %)

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, på urvalsstorleken och på relationen mellan urvalsstorleken och urvalsramen. Ju större urvalet är i relation till urvalsramen desto mindre är felmarginalerna. Felmarginalen för 95%-iga konfidensintervall ligger i denna studie maximalt på följande procentenheter vid olika urvalsandelar:

Andel i urvalet:	50 %	20 eller 80 %	10 eller 90 %
Max felmarginal:	$\pm 4,3$ %	$\pm 3,4$ %	$\pm 2,6$ %

Som exempel skattas i rapporten andelen ärenden med en plan för återgång till 59 procent. Konfidensintervallet på 95 % konfidensnivå är således cirka (55 %, 63 %) eller $59 \% \pm 4 \%$. 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. Samtliga resultat som redovisas i rapporten är viktade utifrån urvalsstorlekarna i relation till urvalsramen.

1.4.2 Granskning

En granskning av sjukfallsakter är ett sätt att försöka fånga information om den verksamhet som studeras. I den försöker man samla in informationen på ett enhetligt sätt med fördefinierade frågor. Insamlandet bygger på den dokumentation som finns i akterna.

Om dokumentationen är bristfällig riskerar informationen att bli mindre värd. Tolkningen av det som samlas in försvåras genom att det finns en osäkerhet om det som inte är dokumenterat ändå är övervägt eller faktiskt gjort i handläggningen. Därför används den insamlade informationen främst som underlag för att kunna föra resonemang kring verksamheten. De skattningar som redovisas presenteras som underlag för dessa analyser. I vissa fall, t.ex. vid vilken tidpunkt och i vilken omfattning olika utredningar görs, beslut fattas eller andra händelser inträffar bör dock skattningarna vara tillräckligt säkra för att kunna användas som grund för värderingar av nivåer eller omfattningar.

En studie, eller granskning, av den här typen är ingen överprövning av handläggarens bedömningar och beslut. Det handlar inte om att fastställa om handläggningen varit rätt eller fel. Men de värderingar som ingått i granskarnas arbete används som vägledning i analysen för att ringa in och bättre förstå de problemområden som kan finnas i handläggningen. Det ger underlag för en diskussion kring förbättringsområden, bland annat om var i handläggningen Försäkringskassan måste vara särskilt observant på att utveckla de utredningar, bedömningar, beslut och motiveringar som görs för att öka transparens, legitimitet och rättssäkerhet.

Ovanstående beskrivningar är viktiga att komma ihåg vid läsandet av resultaten. Det handlar om att utnyttja en så enhetlig granskning som möjligt för att få ett relevant underlag att föra diskussioner utifrån.

Antalet granskare har begränsats till 4 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, lokala försäkringscenter (LFC) samt försäkringsmedicinska rådgivare (FMR). Granskningsformuläret har gått igenom och diskuterats tillsammans med granskarna. Då har frågorna och svarsalternativen i granskningsformuläret preciserats. 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, den 1-30 september, 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. Samt för att öka förståelsen för hur det som kommer fram i granskningen kan tolkas.

Till de data som samlats in via granskningen har sedan lagts på olika typer av registerinformation om den försäkrade som t.ex. kön, ålder, födelseland och på vilket kontor handläggningen skett.

1.4.3 Sjukfall som passerar 180 dagars sjukskrivning

En särskild rapport från Försäkringskassan kommer att publiceras under våren 2012 om sjukfall som blir minst 180 dagar. Den kommer att innehålla en beskrivning av de försäkrade med avseende på kön, ålder, utbildning, sysselsättning, diagnos, civilstånd, födelseland, yrke och sjukhistorik. Motsvarande beskrivningar av individkaraktäristika redovisas utifrån anställda respektive arbetslösa. I rapporten redovisas också möjligheterna att med hjälp av individkaraktäristika kunna prognostisera vilka sjukfall som riskerar att passera 180 dagars sjukskrivning.

Mot bakgrund av den kommande rapporten utelämnas den typen av beskrivande statistik ur denna rapport, som koncentreras på att analysera handläggningen ur olika perspektiv.

2 Resultat

Resultaten redovisas i följande avsnitt:

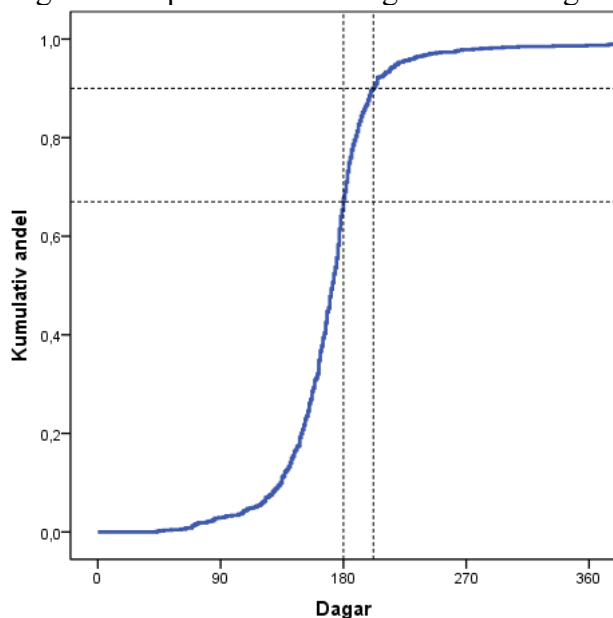
- Tidpunkten för 180-dagarsbedömningen.
- Tillämpningen av särskilda skäl.
- Medicinska underlagen vid 180-dagarsbedömningen.
- Kvaliteten i 180-dagarsbedömningarna.
- Tid till händelser i sjukförsäkringsprocessen.
- Iakttagelser i granskningsarbetet.
- Deltidssjukskrivning som åtgärd.

Samtliga resultat som redovisas i rapporten är viktade utifrån urvalsstorlekarna i relation till urvalsramen.

2.1 Tidpunkten för 180-dagarsbedömningen

Två tredjedelar av 180-dagarsbedömningarna görs senast dag 180, och 90 procent av bedömningarna inom 205 dagar. Jämfört med Försäkringskassans föregående utvärdering av sjukförsäkringsprocessen innebär detta en klar förbättring. Då gjordes bedömningarna senast dag 180 i ca 60 procent av ärendena och 90 procent av bedömningarna var gjorda vid dag 270.

Figur 1 Tidpunkt för 180-dagarsbedömningen



Tidpunkten för bedömningen är bland annat beroende av när ersättningsanspråket på sjukpenning för en ny period kommer in till Försäkringskassan. Ersättningsanspråket utgörs av ett läkarintyg som omfattar minst en sjukskrivningsdag efter dag 180 i rehabiliteringskedjan.

Tabell 1 När kommer ersättningsanspråken in inför 180-dagarsbedömningarna?

	Procent
Före dag 180	80
Dag 180-210	16
Efter dag 210	4
Total	100

Av tabell 1 framgår att ca 80 procent av ersättningsanspråken kommer in till och med dag 180. I de ärenden där anspråken kommer in därefter är det av naturliga skäl omöjligt att göra bedömningen i enlighet med tidsgränsen i rehabiliteringskedjan. Att 90 procent av bedömningarna görs t.o.m. dag 205 framstår därigenom som ett godkänt resultat.

Troligen har också ärenden som består av flera sjukfall betydelse för tidpunkten när bedömningen görs. Denna typ av ärenden utgör 29 procent av de som passerar 180 dagar. I bilaga 1 redovisas i figur B1_1 skillnaden i tidpunkt för bedömningen beroende på om ärendet utgörs av ett sammanhängande eller flera olika sjukfall.

I bilaga 1 redovisas också en regressionsanalys som gjorts för att studera faktorer som påverkar tiden till 180-dagarsbedömningen. Här har ett antal faktorer studerats. Dessa är inom vilket verksamhetsområde bedömningen gjorts, den försäkrades kön, ålder och födelseland, diagnos och antalet diagnoser utöver huvuddiagnosen, samt om ärendet utgörs av ett sammanhängande eller flera sjukfall. Vidare har kontrollerats för tidpunkten för ersättningsanspråkets ankomst inför 180-dagarsbedömningen.

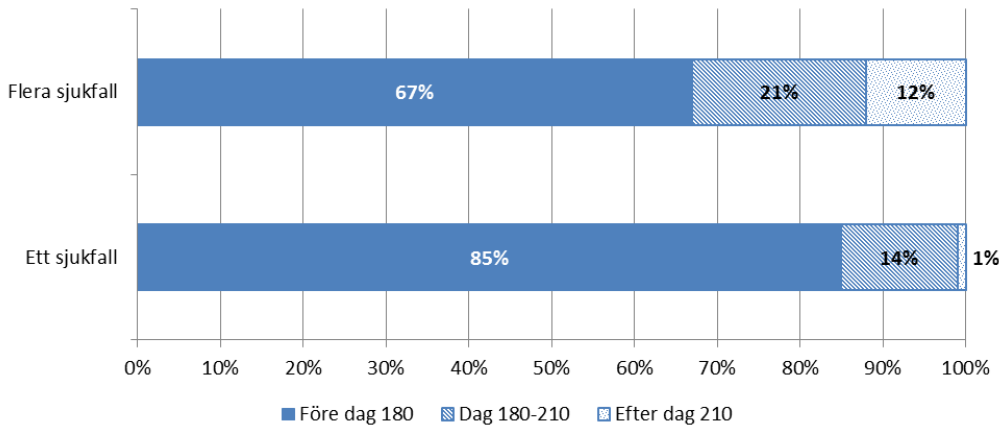
Det är, av de studerade faktorerna, bara två som har en signifikant effekt på tidpunkten för 180-dagarsbedömningen. I ärenden med flera sjukfall är sannolikheten att bedömningen görs tidigt lägre än i de ärenden som består av ett enda sammanhängande sjukfall. Detsamma gäller för sjukdomar i rörelseorganen.² För verksamhetsområde, den försäkrades kön, ålder eller födelseland så är det inga signifikanta skillnader i sannolikheten för tidpunkten för bedömningen.

Som framgår av diagram 1 finns det också en samvariation mellan om ärendet är uppbyggt av ett eller flera sjukfall och tidpunkten för när ersättningsanspråket kommer in till Försäkringskassan. Det är vanligare att anspråket kommer in efter dag 180 i de ärenden som består av flera sjukfall. I den förra utvärderingen konstaterades problem i verksamheten som hade 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. Den utvärderingen pekade 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. I den förra utvärderingen diskuterades tänkbara orsaker

² Flera sjukfall: drygt 20 procent lägre sannolikhet, $p=0,005$, och sjukdomar i rörelseorganen: drygt 20 procent lägre sannolikhet, $p=0,010$.

som svagheter i utredningsmetodik, planering och överblick i handläggningen. Resultaten i den nu genomförda studien pekar på att en del av orsakerna också kan ligga i ärenden som består av flera sjukfall.

Diagram 1 Tidpunkten för ersättningsanspråk baserat på ärenden bestående av ett eller flera sjukfall



2.2 Tillämpningen av särskilda skäl

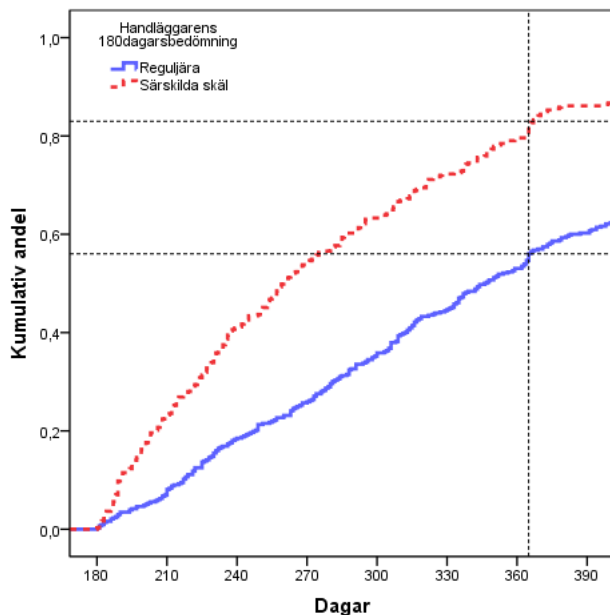
För att den försäkrade ska ha rätt till sjukpenning trots att det vid dag 180 bedömts att han eller hon har arbetsförmåga i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden krävs att det finns särskilda skäl. Då krävs stor sannolikhet att den försäkrade kan återgå i arbete hos arbetsgivaren före dag 366. Detta förutsätter att de medicinska förhållandena är klarlagda. För att utvärdera om användningen av särskilda skäl fungerar väl så studeras avslutningsfrekvensen från dag 180 till 365 för ärenden bedömda med särskilda skäl jämfört med de ärenden som bedömts gentemot den reguljära arbetsmarknaden. Ungefär 15 procent av ärendena bedöms i 180-dagarsbedömningen med stöd av särskilda skäl.

Studien har sträckt sig fram till den 31 augusti 2011. Andelen avslutade sjukfall fram till denna tidpunkt var 91 procent för gruppen som bedömts med särskilda skäl jämfört med 72 procent för den som bedömts mot reguljära arbetsmarknaden, se tabell B3_1 bilaga 3.

I figur 2 beskrivs hur drygt 80 procent av ärendena som bedömts med stöd av särskilda skäl är avslutade dag 365. Motsvarande andel för de som enbart bedömts mot den reguljära arbetsmarknaden är ca 57 procent. Detta mönster gäller för alla fyra geografiska verksamhetsområden inom LFC-organisationen, se bilaga 2.

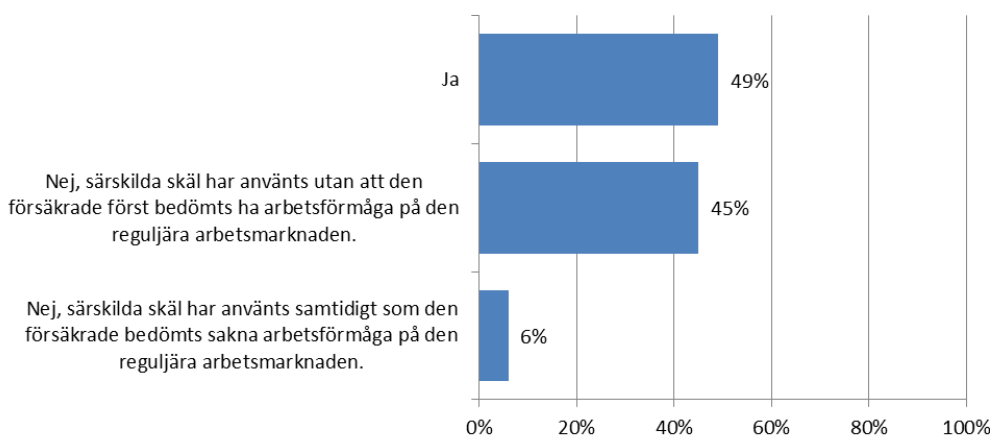
Resultatet från den förra studien av sjukskrivningsprocessen har kunnat bekräftas i denna studie. Möjligheten att använda särskilda skäl fungerar väl i verksamheten. Ärendena där den försäkrade bedömts ha rätt till sjukpenning med stöd av särskilda skäl avslutas tidigare och i större omfattning med återgång i arbete hos arbetsgivaren jämfört med dem som bedömts ha rätt till sjukpenning i relation till den reguljära arbetsmarknaden.

Figur 2 Avslutningstidpunkt för ärenden enbart bedömda mot den reguljära arbetsmarknaden jämfört med ärenden bedömda med stöd av särskilda skäl.



Bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden regleras i lagstiftningen och beskrivs i Försäkringskassans vägledning för sjukpenning och samordnad rehabilitering 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 inte 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.

Diagram 2 Har särskilda skäl använts i enlighet med metodstödet i vägledningen för sjukpenning och samordning?



I ungefär hälften av ärendena där sjukpenningrättsbedömningen gjorts med stöd av särskilda skäl har bedömningen gjorts så som den beskrivs i metodstödet till vägledningen för sjukpenning och samordning, diagram 2. I stort sett motsvarande resultat uppmättes i studien av hela sjukskrivningsprocessen från 2010.

Då var det 42 procent av de aktuella ärendena där utredningen av särskilda skäl följt metodstödet.

Om avslutssannolikheterna för dessa ärenden jämförs med de där användandet av särskilda skäl inte följt metodstödet så kan ingen signifikant skillnad fastställas.³ Det positiva resultatet vid användningen av särskilda skäl gäller oavsett om bedömningen gjorts i enlighet med metodstödet steg eller på något annat sätt. Det finns inte heller några signifikanta skillnader i avslutsanledningar mellan de två grupperna. Drygt 90 procent avslutas som arbetsföra i båda och ca 7 procent med indragningar.⁴

2.3 Medicinska underlag vid 180-dagarsbedömningen

Utöver det vanliga läkarintyget som ingått i de medicinska underlagen i samtliga 180-dagarsbedömningar i studien, så är det bara läkarutlåtande, FK 3200, som också använts. Inga särskilda läkarutlåtanden (SLU), teamutredningsutlåtanden (TMU) eller försäkringsmedicinska utlåtanden (FMU) har funnits i de aktuella ärendena i anslutning till den första bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden. Detta bekräftar bilden från andra undersökningar, att olika former av fördjupade medicinska utlåtanden inte används i någon större omfattning i samband med 180-dagarsbedömningen. De olika former av fördjupade utlåtanden som finns att tillgå används främst senare i ärendena.

I bilaga 5 redovisas resultat från en särskild studie som gjorts kring SLU och TMU.⁵ I den har bland annat studerats i vilken försäkringssituation dessa former av underlag beställts. Fördjupade medicinska utlåtanden används framförallt i samband med utredningar om Sjukersättning. Där de används vid bedömningen mot reguljära arbetsmarknaden så gäller det i större utsträckning för arbetslösa än anställda, och i större omfattning efter ett års sjukskrivning och för försäkrade som återkommit till sjukförsäkringen efter deltagande i arbetslivsintroduktion jämfört med tiden runt 180 dagars sjukskrivning för anställda sjukskrivna.

På ett år passerar ca 50 000 anställda sjukskrivna 180-dagarsgränsen. En beställning av fördjupade medicinska utlåtanden kan skattas ske i mindre än 1 procent av dessa ärenden i samband med 180-dagarsbedömningen. Det handlar om 250-450 sådana intyg under ett år.

Beroende på att det i stort sett endast är vanliga läkarintyg som utgjort underlag i samband med den första 180-dagarsbedömningen så redovisas enbart den värdering av kvaliteten i de medicinska underlagen som gjorts för de vanliga läkarintygen.

Kvaliteten i läkarintygen

Vid bedömningar av kvaliteten i medicinska underlag spelar den s.k. DFA-kedjan en central roll. DFA står för diagnos, funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning, och beskriver att arbetsförmågan ytterst bedöms utifrån aktivitetsbegränsningarna. Dessa begränsningar måste kunna härledas från nedsättningar i

³ Test av differens mellan överlevnadskurvorna (Kaplan-Meierskattning) med Log Rank test (Mantel-Cox), $p=0,179$.

⁴ X^2 -test, $p=0,651$.

⁵ Ännu ej publicerad.

funktioner som har sitt ursprung i sjukdom (diagnos), för att det ska kunna föreligga rätt till ersättning från sjukförsäkringen.

Tabell 4 sammanfattar en värdering av kvaliteten i den samlade medicinska informationen i alla underlag som använts i 180-dagarsbedömningen. I studien har det senaste läkarintyget också granskats särskilt och bedömts. Slutsatserna blir i stort sett identiska oberoende av om det är det senaste intyget som granskas eller det görs en sammanfattande bedömning av den samlade medicinska informationen.

Tabell 2 Ges det en tillfredsställande beskrivning av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete, utifrån DFA-kedjan, i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden vid 180-dagarsbedömningen?

	Procent
Ja	51 %
Nej, brister avseende diagnos	0 %
Nej, brister avseende funktionsnedsättning	15 %
Nej, brister avseende aktivitetsbegränsning	48 %
Nej, brister avseende kopplingen mellan DFA-kedjans olika delar	16 %

I tabell 2 redovisas att ungefär hälften av ärendena (51 procent) uppvisade en samlad medicinsk information i underlagen som kan betecknas som tillfredsställande, dvs. tillräcklig i den aktuella beslutssituationen. Studeras det senaste läkarintyget så är det också ungefär hälften av dessa intyg (48 procent) som är ”godkända”.⁶

Bristerna är mest omfattande när det gäller aktivitetsbegränsningarna. Det handlar främst om brister i beskrivningen av omfattningen eller graderingen av aktivitetsbegränsningarna (ca 46 procent av intygen), men även i själva beskrivningen av aktivitetsbegränsningarna fanns brister (ca 24 procent av intygen). Handläggarna bör mer aktivt begära beskrivningar av aktivitetsbegränsningar och dess omfattning så att bedömningen kan göras mot andra arbeten.

Som jämförelse till dessa resultat kan den kvalitetsgranskning av läkarintyg som gjordes för att följa upp en del av den s.k. sjukskrivningsmiljarden, och som redovisats i Socialförsäkringsrapport 2011:12, användas. I den studien var andelen godkända intyg på riksnivå cirka 45 procent. Det var framför allt uppgifterna om aktivitetsbegränsning och motivering till varför den i det försäkringsmedicinska beslutsstödet rekommenderade sjukskrivningstiden överskrids, som inte uppfyllde kraven på god kvalitet i uppföljningen för sjukskrivningsmiljarden.

Försäkringskassan har begärt komplettering av intyget i 17 procent av ärendena, vilket i stort sett är en dubbelt så stor andel jämfört med intygen som ingick i granskningen för sjukskrivningsmiljarden (9 procent). Miljardengranskningen omfattade intyg i sjukfall startade 2010 från vilken tidpunkt som helst i sjukfallet, dvs. vid olika fallängder, vilket innebär att intyg tidigare i ett sjukfall måste ha varit betydligt vanligare i den granskningen. Här ligger fokus på intygen runt dag 180.

⁶ I båda skattningarna ligger de 95-procentiga konfidensintervallen på ungefär ± 4 %-enheter.

Det borde ske en upptrappning av kvaliteten i intygen över sjukfallets gång då det mer och mer blir en försäkrings- eller försäkringsmedicinsk fråga jämfört med en medicinsk. Genom att bedömningsgrunden vidgas, från arbeten hos den ordinarie arbetsgivaren, till alla tänkbara arbeten på den reguljära arbetsmarknaden så borde kraven på nödvändigt innehåll i de medicinska underlagen vidgas. Det handlar inte längre om ett underlag för att kunna göra en bedömning mot ett konkret arbete med konkreta arbetsuppgifter, utan mot något som måste beskrivas och behöver uppfattas som en uppsättning av förväntade krav på individens förmågor. Då måste dessa förmågor beskrivas, vilket är läkarens uppgift, så att Försäkringskassans handläggare kan ställa dem i relation till den reguljära arbetsmarknadens krav.

I samband med bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden borde aktivitetsbegränsningarna belysas i ett bredare perspektiv i många av de medicinska underlagen. Ur denna aspekt borde Försäkringskassans krav på de medicinska underlagen vara större vid dessa senare tidpunkter i sjukfallet jämfört med i inledningen. Det avspeglas till viss del i den större omfattningen av kompletteringar. Men samtidigt får det inte genomslag i värderingen av kvaliteten i de medicinska underlagen. Intygen kompletteras inte i den omfattning de borde i samband med 180-dagarsbedömningen. I den aktuella bedömningssituationen bör det vara viktigt för handläggarna att stanna upp och värdera innehållet i de medicinska underlagen så att det som behövs verkligen finns med i intyget när bedömningsgrunden ändras.

I de kompletteringar som görs frågas det sällan om aktivitetsbegränsningar. Det kan vara ett uttryck för problem att förhålla sig till den s.k. DFA-kedjan och betydelsen av dessa olika delar.

Det som iakttas här i denna granskning understryker ytterligare det välmotiverade i Försäkringskassans pågående arbete att utveckla bedömningsmetoderna i samband med bedömningen av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete i relation till den reguljära arbetsmarknaden.

I 99 procent av intygen baseras uppgifterna i läkarintyget enbart på läkarens undersökning och bedömning. I de övriga ingår också andra professioners undersökning och bedömning.⁷ Ungefär 7 procent av ärendena har diskuterats i gruppkonsultation i samband med att intyget inkom, medan yttranden från försäkringsmedicinska rådgivare skrivits i mindre än en procent av ärendena efter det att intyget kommit in till Försäkringskassan. Behovet att ta ärenden till gruppkonsultation och FMR bedöms i granskningen som större än den andel där detta görs.

2.4 Kvaliteten i 180-dagarsbedömningen

Urvalet till undersökningen har dragits ur två grupper. Ärenden där bedömningen efter dag 180 gjorts mot den reguljära arbetsmarknaden och ärenden där bedömningen någon gång gjorts med stöd av särskilda skäl.⁸ Den första bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden, 180-dagarsbedömningen, behöver nödvändigtvis inte tillhöra dessa grupper. Detta framgår i diagram 3. Där syns

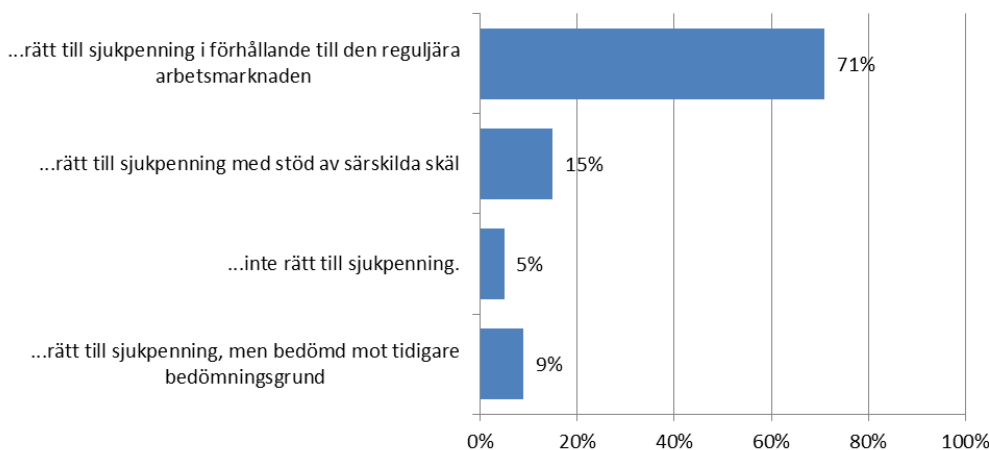
⁷ Andra professioner: sjukgymnast, Arbetsterapeut, psykolog och kurator.

⁸ Se Inledningen för en beskrivning hur dessa två grupper definierats.

att ca 9 procent av 180-dagarsbedömningarna gjordes mot en tidigare, felaktig bedömningsgrund. Bedömningen gjordes mot den bedömningsgrund som gäller för anställda sjukskrivna från dag 91 till 180 i rehabiliteringskedjan. Någon gång därefter har dock bedömningen gjorts mot den reguljära arbetsmarknaden och ärendet kommit att tillhöra en av de två urvalsgrupperna.

Utfallet av 180-dagarsbedömningen är att 71 procent bedöms sakna arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden, 15 procent bedöms ha rätt till sjukpenning med stöd av särskilda skäl, 5 procent bedöms ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden och inte omfattas av särskilda skäl eller oskäligt, och 9 procent bedöms ha rätt till sjukpenning men baserat på en tidigare bedömningsgrund.

Diagram 3 Utfallet av handläggarnas sjukpenningrättsbedömning vid 180-dagarsbedömningen, inklusive ärenden efter kommunikering om indragning av sjukpenningen. Den försäkrade fick...



I de ärenden där handläggaren kommunicerar ett indragningsbeslut leder det i nio av tio ärenden till ett slutgiltigt indragningsbeslut. I de övriga ärendena blir resultatet efter kommunikering och kompletteringar att hälften bedöms sakna arbetsförmåga i relation till den reguljära arbetsmarknaden och därigenom har rätt till sjukpenning, och hälften bedöms ha rätt till sjukpenning med stöd av särskilda skäl.

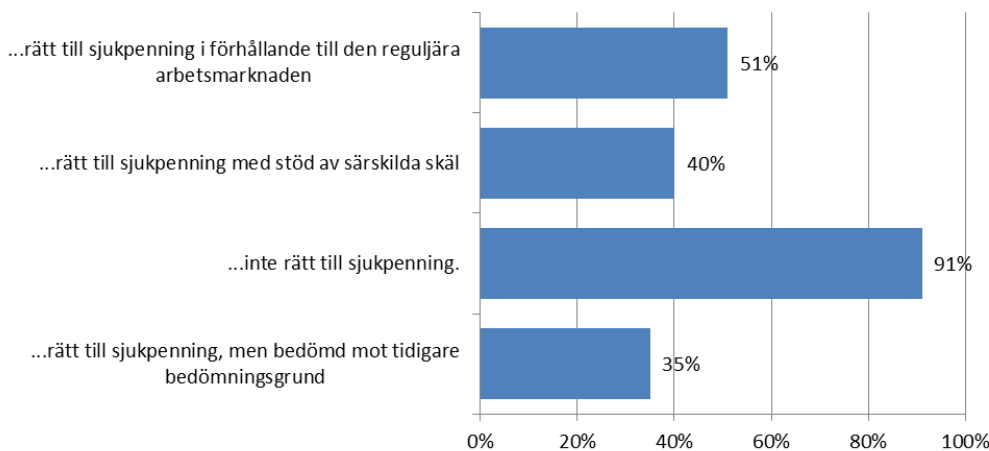
Orsaken till de bedömningar som görs mot en felaktig bedömningsgrund har analyserats utifrån hypotesen att de kan påverkas, på motsvarande sätt som tidpunkten för bedömningen, av om ärendet byggts upp av ett eller flera sjukfall samt om det första sjukfallet som byggt upp ärendet varit kortare än 181 dagar. Dessa skäl kan dock inte förklara problemet. Ca 68 procent av ärendena i denna grupp har enbart ett sjukfall och i knappt 82 procent av ärendena är det första fallet längre än 180 dagar.

Däremot har granskarna uppmärksammat problemet och noterat att det ofta handlar om ärenden där läkarintyget sträcker sig över två bedömningsgrunder. Ett sådant intyg kan t.ex. sträcka sig från dag 157 till dag 183 i rehabiliteringskedjan. Då ska de sista tre dagarna också bedömas mot den reguljära arbetsmarknaden, vilket riskerar att missas.

Diagram 4 visar att besluten om indragning av sjukpenning är de som för granskarna är enklast att följa och förstå utifrån det underlag som finns att tillgå i ak-

ten. I denna mening uppvisar dessa bedömningar bäst kvalitet. I de bedömningar som gjorts mot en tidigare bedömningsgrund så är informationen i drygt en tredjedel av ärendena ändå sådan att det trots allt kan konstateras att även en bedömning mot den reguljära arbetsmarknaden resulterat i fortsatt rätt till sjukpenning. I de ärenden där arbetsförmågan bedömts nedsatt i förhållande till den reguljära arbetsmarknaden är andelen ärenden med god kvalitet drygt 50 procent. Denna form av kvalitetsbedömning ger dock ett sämre resultat, 40 procent ”godkända”, för de ärenden som bedömts med stöd av särskilda skäl.

Diagram 4 Andel ärenden med god kvalitet i handläggarnas 180-dagarsbedömning, utifrån gjord bedömning, där den försäkrade fick...



Vari ligger bristerna? Diagram 5 ger vägledning i denna fråga. För de ärenden som bedömts enbart mot den reguljära arbetsmarknaden och där arbetsförmågan bedömts nedsatt så är det framförallt informationen kring de medicinska förhållandena och kontakten med den försäkrade inför bedömningen som brister.

För de ärenden som bedömts med stöd av särskilda skäl är det också informationen om de medicinska förhållandena, samt dokumentationen av bedömningen, som brister. Det handlar till största delen om att det i dokumentationen inte framgår att det finns en stor sannolikhet för återgång till den tidigare arbetsgivaren före ett års sjukskrivning. I underlagen vid särskilda skäl ska det framgå att den medicinska prognosen ger stöd för återgång, och det ska också framgå att förutsättningarna på arbetsplatsen för återgången är tydliga och möjliga. Dessa motiveringar finns i en majoritet av ärendena, men i 27 procent av dem återfinns ingen av de två förutsättningarna för att tillämpa särskilda skäl i sjukpenningrättsbedömningen.

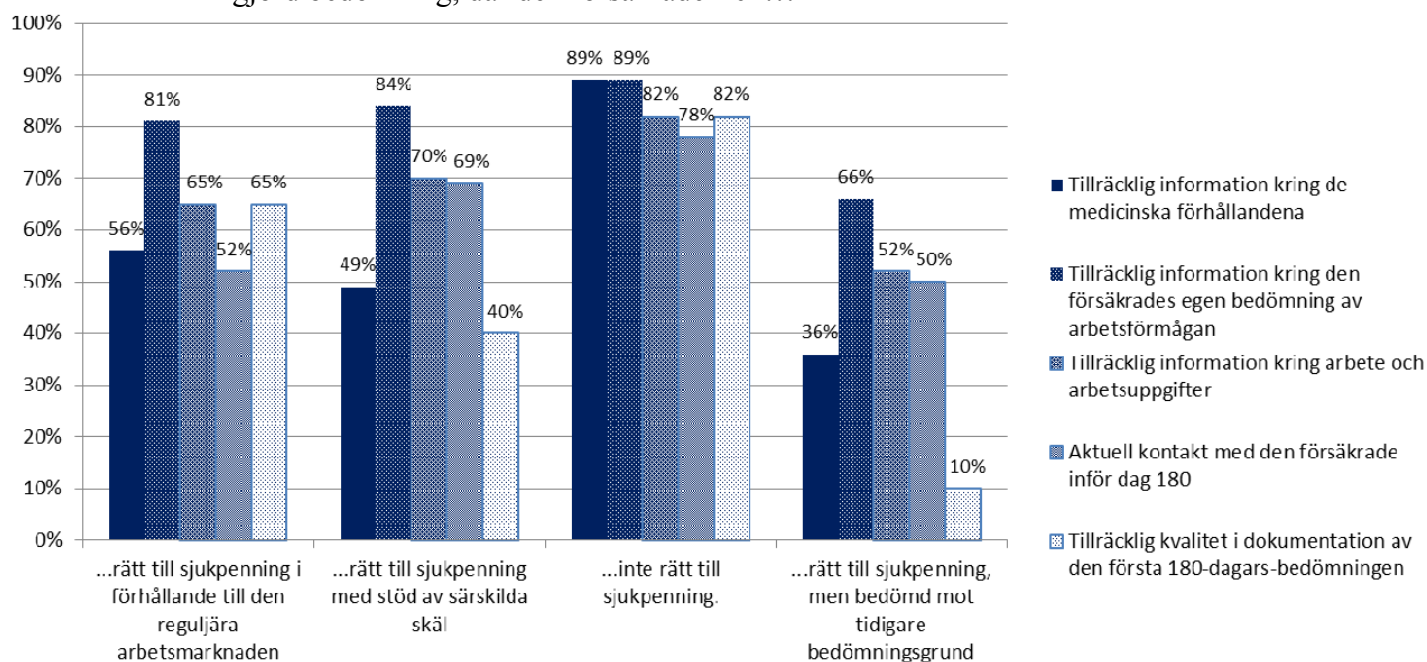
I de ärenden där Försäkringskassan bedömt att arbetsförmågan inte varit nedsatt i den omfattning som krävs för ersättning från sjukförsäkringen så är bristerna i underlagen betydligt mindre uttalade. Det motsvarar den bild som framkommit i andra granskningar av denna typ av beslut inom sjukförsäkringsområdet.⁹ Det är

⁹ Se t.ex. svar på regeringsuppdrag: Fortsatt sjukpenning – de bakomliggande skälen till ställningstagande, dnr 82865-2009, och Sjukersättning – de bakomliggande skälen till ställningstagande, dnr 057501-2009.

bland annat i dessa ärenden som handläggarna haft kontakt med den försäkrade i störst andel ärenden inför 180-dagarsbedömningen.

De ärenden som bedömts mot en tidigare, felaktig, bedömningsgrund är av naturliga skäl de som i en sådan här jämförelse uppvisar de största bristerna.

Diagram 5 Andel ärenden med god kvalitet i underlag och information ur ett antal aspekter vid handläggarnas 180-dagarsbedömning, utifrån gjord bedömning, där den försäkrade fick...



De mest centrala iakttagelserna i granskningen i detta sammanhang innebär att handläggarna i större utsträckning borde ta in information om de medicinska förhållandena i relation till bedömningen mot andra arbeten. I diskussion med behandlande läkare kan det vara viktigt att tydligt peka på att bedömningen ska ske mot både det vanliga arbetet och annat arbete. Det framgår inte tillräckligt tydligt i ärendena att det är en ny bedömningsgrund och att den kan kräva ny information. Information som stött tidigare bedömningar kan vara otillräcklig under nya förutsättningar, t.ex. i form av en ny bedömningsgrund. Allt för många ärenden kännetecknas av brister i detta avseende, och det har en direkt koppling till utredningsmetodiken.

När det gäller särskilda skäl finns stora kvalitetsbrister. Dokumentationen visar ofta inte att villkoren för att använda särskilda skäl är uppfyllda. Det framkommer att användandet av särskilda skäl kan utgå från den försäkrades önskemål utan att förutsättningarna stämts av med sjukskrivande läkare eller arbetsgivare. Det är intressant att många kommer tillbaka till sin arbetsplats fast förutsättningarna att använda särskilda skäl inte är tillräckligt dokumenterade.

Det borde vara fler kontakter med arbetsgivarna, även inför 180-dagarsbedömningen. Den försäkrades arbetsuppgifter måste utredas och även stämmas av med sjukskrivande läkare. Det noteras att det är för lite diskussion med den försäkrade om andra arbeten. Handläggaren kan ha haft kontakt med den försäkrade, men det framgår inte i akten om frågan om den försäkrades be-

dömning av möjligheterna att klara ett annat arbete ställts. Om den ställts borde det framgå liksom värderingen av svaret och dess betydelse för bedömningen.

2.5 Tid till händelser i sjukförsäkringsprocessen

I tabell 3 sammanfattas väsentlig information kring olika händelser som är kopplade till handläggningen av ärenden som passerar 180 dagars sjukskrivning. Det handlar om sådana händelser, utredningsinsatser eller olika former av åtgärder, som inträffar när den försäkrades sjukskrivning överstiger en till två månader.

Tabell 3 Tid från sjukfallets startdatum till olika händelser, och andelen sjukfall som omfattas av den aktuella händelsen.

Rehabkedjedagar till...	Denna studie		Föregående studie	
	Median (dagar)	Andel	Median (dagar)	Andel
...överlämning från Tidig Bedömning	55	100%	52	100%
...första utredning på Fördjudad Bedömning (telefonutredning)	63	78%	75	59%
...första SASSAM-utredning	119	25%	96	26%
...första avstämningsmöte	176	36%	150	34%
...plan för återgång	114	59%	82	65%
...första personligt möte (utöver SASSAM)	188	1%	-	-
...första ytterligare telefonkontakt	127	84%	-	-
...första utredning med arbetsgivaren	106	51%	120	50%
...första åtgärd på arbetsplatsen	144	24%	140	26%
...erbjudet kontaktmöte	129	4%	161	3%
...genomfört kontaktmöte	168	2%	172	3%
...första åtgärd via Arbetsförmedlingen	289	3%	303	2%

Anm. Föregående studie är den som redovisats i Socialförsäkringsrapport 2011:15. Mediantider och andelar i den studien har räknats om för de ärenden som passerade 180 dagars sjukskrivning.

Resultaten i tabell 3 kommenteras och analyseras i två steg:

1. Förekomst och tidpunkt för olika händelser jämförs med utvärderingen av sjukförsäkringsprocessen i förra regeringsrapporten för de ärenden som i den passerade 180 dagars sjukskrivning.
2. Jämförelser baserade på: a) utfallet av 180-dagarsbedömningen, b) avslutsanledningarna och pågående ärenden vid uppföljningstidpunkten.

2.5.1 Förekomst och tidpunkt

Tidpunkten då *ärendena överlämnas från tidig bedömning* till de personliga handläggarna på fördjudad bedömning skattas i denna utvärdering till 55 dagar. Det är ingen signifikant förändring jämfört med den förra utvärderingen av sjukskrivningsprocessen.

Den första s.k. telefonutredningen genomförs i dessa ärenden i genomsnitt (mediantid i dagar) efter 63 dagar, och omfattar 78 procent av ärendena. Det är en signifikant förbättring jämfört med den tidigare studien då det i genomsnitt handlade om dag 75 och omfattade 59 procent av ärendena. Detta inslag i handlägningsprocessen har fått ett ordentligt genomslag i handläggningen. I ytterligare åtta procent av ärendena har dokumenterade försök också gjorts att nå den försäkrade på telefon. Telefonutredningen ger den försäkrade en tidig kontakt med sin per-

sonliga handläggare, ofta bara någon dag efter det att handläggaren fått ärendet till sig. Iakttagelserna i granskningen pekar på att handläggarna ofta ger bra information kring rehabiliteringskedjan och villkoren kring utlandsvistelse i samband med detta första samtal med den försäkrade. Kvaliteten som går att läsa ut ur akterna varierar dock. Ofta framstår det som handläggaren samlar information, men hur den analyseras och hur den påverkar handläggarens ställningstagande till planeringen av handläggningen uttrycks inte i dokumentationen.

Mediantiden till *den första SASSAM-kartläggningen* är 119 dagar och omfattar 25 procent av de nu aktuella ärendena. Jämfört med den tidigare studien innebär det att denna form av utredning sker något senare. Däremot är det ingen signifikant skillnad i andelen ärenden som omfattas av åtgärden. Bedömningen i granskningen är, att i den aktuella studiens ärenden borde det gjorts SASSAM-kartläggningar i fler. Bland annat mot bakgrund av att den telefonutredning som görs inledningsvis inte fyller samma funktion utan mer bör ses som en inledande kontakt för information och sortering utifrån en värdering av utredningsbehoven i olika ärenden. Det är ofta bra kartläggningar som görs, men få uppgifter anges om vad som ska ske i ärendet. Ett genomgående problem som noterats i granskningen är att i för få fall analyseras den information som samlas in på ett sådant sätt att överväganden och slutsatser framgår i dokumentationen.

Avstämningsmöten hålls i genomsnitt efter 176 dagar och i 36 procent av de ärenden som passerar 180 dagars sjukskrivning. Även här är det en senareläggning jämfört med den tidigare studien, men ingen signifikant förändring av andelen som berörs. I granskningen noteras, utan att redovisas i en särskild tabell, att sammansättningen av deltagarna på mötena oftast omfattar de kompetenser som behöver närvara. I 72 procent av avstämningsmötena har sjukskrivande läkare varit närvarande och i ytterligare 3 procent någon annan profession från vården. Brister som noterats är att syftet med mötet ofta är oklart formulerat, att frågor om vårdplanering, prognos och möjligheter att arbeta i större omfattning diskuteras för sällan. Nästan två tredjedelar av mötena har inte föregåtts av någon SASSAM-kartläggning. Granskningen noterar att förberedelser med den försäkrade, t.ex. vid SASSAM-kartläggning, ofta ger tydligare avstämningsmöten. Förberedelserna av mötena kan genomgående förbättras, bland annat när det gäller att ge olika aktörer uppdrag före mötet avseende t.ex. kartläggning av alternativa arbetsuppgifter, planerad behandling m.m.

Plan för återgång i arbete upprättas i 59 procent av ärendena vid i genomsnitt 114 dagars sjukskrivning. Här rör det sig om en signifikant förändring jämfört med den tidigare studien både vad gäller tidpunkten och andelen ärenden som berörs, som då var i genomsnitt 82 dagar och 65 procent av ärendena. Iakttagelserna i denna granskning överensstämmer med det som konstaterades i den förra utvärderingen. Allt för många planer uppfyller inte de krav som kan ställas. Fokus bör inte riktas på andelen planer utan på att de görs i ärenden där de behövs och med en verklig planering av åtgärder som behövs för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete.

Personliga möten utöver de som är kopplade till SASSAM-kartläggningen förekommer mycket sällan i handläggningen. I denna studie har förekomsten skattats till ca 1 procent av ärendena och i genomsnitt efter 188 sjukskrivningsdagar. Motsvarande händelse i handläggningen undersöktes inte i den förra studien.

I ca 16 procent av de ärenden som passerat 180 dagars sjukskrivning så tas inga *nya kontakter via telefon* av utredande eller planerande karaktär utöver den inle-

dande telefonutredningen. Det är bara i 5 % av ärendena där varken telefonutredning eller ytterligare telefonkontakt av utredande/planerande karaktär genomförts. Det är inte ovanligt med upp till 4-5 samtal med den försäkrade av utredande eller planerande karaktär, dvs. kontakter som inte enbart handlar om praktiska frågor som när eventuella utbetalningar görs. Medelvärdet ligger på 2,6 samtal per ärende som passerat 180 dagar. Om den första telefonutredningen räknas in så bli genomsnittliga antalet telefonkontakter per ärende som passerar dag 180: 3,7. Detta är ny information som inte fångades i den föregående aktstudien för att utvärdera sjukskrivningsprocessen.

Den första *utredningen med arbetsgivaren* görs i genomsnitt efter 106 dagar i 51 procent av ärendena. Det är en signifikant tidigareläggning jämfört med den tidigare studien. Däremot är andelen ärenden som berörs oförändrad.¹⁰ I granskningen noteras att kontakterna med arbetsgivarna borde vara mer omfattande. Ett större fokus bör riktas på hur dessa kontakter och utredningar kan utvecklas. Arbetsuppgifter och möjliga alternativ borde också diskuteras mer med den försäkrade och stämmas av med den sjukskrivande läkaren. I allt för många ärenden handlar informationen om den försäkrades yrke och inte konkret om de faktiska arbetsuppgifterna.

Åtgärder på arbetsplatsen omfattar 24 procent av ärendena, och den första vidtas i genomsnitt runt dag 144. Varken tidpunkten eller förekomsten skiljer sig från den förra studien. Det är värt att återigen notera att åtgärder vidtas i större omfattning än vad som kan vara den allmänna bilden. För att få ytterligare kunskap kring detta viktiga område så genomför Försäkringskassan en studie, omfattande bland annat enkäter till arbetsgivare, fackliga företrädare och försäkrade, som kommer att presenteras under 2012.

Erbjudande om kontaktmöte lämnas till 4 procent av de försäkrade vars sjukfall senare passerar 180 dagars sjukskrivning och erbjudandet lämnas i genomsnitt efter 129 dagars sjukskrivning. Jämfört med den förra uppföljningen av hela sjukskrivningsprocessen är det ingen signifikant skillnad i andelen försäkrade som erbjuds kontaktmöte, däremot ligger erbjudandet nu betydligt tidigare i handläggningsprocessen.¹¹ *Kontaktmöten genomförs* i ungefär hälften av de ärendena där det erbjudits, och genomförandet sker i genomsnitt efter 168 dagar. Detta är inte i något avseende någon signifikant skillnad mot den förra studien.

Arbetsmarknadsåtgärd anordnad av Arbetsförmedlingen omfattar 3 procent av sjukfallen och startar i genomsnitt efter 289 dagar i dessa ärenden som passerat 180 dagars sjukskrivning. Omfattningen skiljer sig inte vid en jämförelse med utvärderingen av hela sjukskrivningsprocessen, däremot låg den genomsnittliga starttidpunkten då på 303 dagar. I stort sett alla dessa åtgärder genomförs inom ramen för handlingsplansamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Under 2012 kommer formerna för samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen att utvecklas och fördjupas. I samband med detta kommer också denna utvecklade form av samarbete att utvärderas, och dess effekter ska enligt uppdrag i 2012 års regleringsbrev redovisas senast den 30 april 2014.

¹⁰ Mediantiden i den förra studien för de ärenden som passerade 180 dagars sjukskrivning var 120 dagar.

¹¹ Mediantiden i den förra studien för de ärenden som passerade 180 dagars sjukskrivning var 161 dagar.

I nästa avsnitt analyseras de olika händelserna i handläggningen utifrån de sjukpenningrättsbedömningar som gjordes i ärendena i samband med 180-dagarsbedömningen, utifrån avslutningsanledningarna i ärendena och utifrån de ärenden som var pågående vid utvärderingens uppföljningstidpunkt, den 1 september 2011.

2.5.2 Analys utifrån 180-dagarsbedömningen, avslutningsanledning och pågående ärenden

Analysen utifrån sjukpenningrättsbedömningen i samband med 180-dagarsbedömningen koncentreras på en jämförelse mellan tre grupper: 1) De som bedömts sakna arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden och därigenom har rätt till sjukpenning, 2) de som bedömts ha rätt till sjukpenning med stöd av särskilda skäl och 3) de som bedömts ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden och inte omfattas av särskilda skäl eller regeln om oskäligt (s.k. indragningsärenden). Se diagram 3 där fördelningen på dessa bedömningar redovisas.

För analysen baserad på avslutningsanledningar och pågående ärenden är det viktigt att notera att andelen pågående ärenden vid uppföljningstidpunkten utgör 25 procent. I tabell 9 redovisas fördelningen på olika avslutningsanledningar för de avslutade ärendena, vilka alltså utgör 75 procent av ärendena i studien. I bilaga 3, tabell B3_2, ges en mer detaljerad redovisning inklusive de pågående ärendena vid uppföljningstillfället.

Observera skillnaden mellan indragningsärendena i de två analyserna. I den första handlar det om indragningar i samband med 180-dagarsbedömningen. I den andra handlar det om alla indragningar, även de som sker senare än i samband med den första 180-dagarsbedömningen.

Tabell 4 Avslutningsanledningar i olika falllängder

		Falllängd (dagar)				Total
		- 270 dagar	271 - 365 dagar	366 - 450 dagar	451 dagar -	
Avslutningsanledning	Arbetsför	35%	27%	10%	3%	76%
	Indragen sjukpenning	6%	3%	1%	1%	11%
	Tillerkänts Sjukersättning	1%	1%	2%	0%	4%
	Annat	5%	2%	2%	1%	9%
	Total	47%	33%	15%	6%	100%

Anm. Observera att andelarna är beräknade på avslutade ärenden, dvs. tabellen visar hur avslutade ärenden fördelar sig på olika avslutningsanledningar i olika falllängder.

I tabell 4 redovisas andelen ärenden i relation till det totala antalet avslutade ärenden, dvs. totalprocenten. Här syns att 35 procent av samtliga avslutade ärenden avslutas som arbetsföra fram till dag 270, 27 procent avslutas som arbetsföra mellan dag 271 och 365 och totalt är det 76 procent som avslutas som arbetsföra under uppföljningsperioden. På motsvarande sätt kan indragningarna följas, där 6 procent av de avslutade ärendena gör det genom att sjukpenningen dras in fram till dag 270. Därefter är det ytterligare tre procent indragningar fram till dag 365, vilket innebär att andelen indragningar av avslutade ärenden mellan dag 180 och 365 blir ca 9 procent, och totalt för avslutningarna i studien 11 procent. När det

gäller övergången till Sjukersättning så omfattar det 4 procent av avslutningarna så långt som ärendena kunnat följas i denna studie.

2.5.2.1 Jämförelse utifrån 180-dagarsbedömningen

Intressanta, och statistiskt signifikanta, skillnader redovisas.¹² För övriga händelser har ingen signifikant skillnad mellan grupperna kunnat konstateras i denna studie. För gruppen som bedömts med stöd av särskilda skäl är det i jämförelse med gruppen som enbart bedömts mot reguljära arbetsmarknaden vanligare med *planer för återgång* (82 respektive 56 procent). Detsamma gäller vid en jämförelse mellan särskilda skäl och indragningar (82 respektive 29 procent).

När det gäller *utredningar med arbetsgivarna* så är dessa lika vanliga i indragningsärendena som vid särskilda skäl. Däremot sker dessa i större omfattning i ärenden med särskilda skäl jämfört med de som enbart bedömts mot reguljära arbetsmarknaden (62 jämfört med 47 procent).

Vid *åtgärder på arbetsplatserna* är det dock en signifikant skillnad för särskilda skäl gentemot båda de andra grupperna. Vid särskilda skäl ligger andelen på 33 procent jämfört med 22 procent för reguljära arbetsmarknaden och 8 procent för indragningsärendena. Det mest intressanta här är att det inte finns någon signifikant skillnad mellan särskilda skäl och indragningarna när det gäller i hur stor andel av ärendena utredningarna med arbetsgivarna görs, däremot sker åtgärder på arbetsplatserna i en betydligt lägre omfattning för de ärenden där det sker ett indragningsbeslut i samband med 180-dagarsbedömningen.

Skillnader mellan indragningarna å ena sidan och de två andra grupperna finns också när det gäller andelen ärenden med *erbjudande om kontaktmöte*. I indragningsärendena vid 180-dagarsbedömningen rör det sig om 20 procent medan för de andra två grupperna handlar det om 3 procent. När det gäller erbjudande om kontaktmöte så synes de ärenden som kan komma att ställas inför att bedömas ha arbetsförmåga på den reguljära arbetsmarknaden i samband med 180-dagarsbedömningen i viss utsträckning identifieras i handläggningen.

2.5.2.2 Jämförelse mellan avslutsanledningar

Här koncentreras intresset på två avslutningsanledningar, arbetsför respektive indragning. Det är även här för samma fyra händelser som signifikanta skillnader kan fastställas för de två grupperna.¹³

Planer för återgång är vanligare i de ärenden som sedan avslutats som arbetsföra jämfört med indragningarna, 67 mot 43 procent av ärendena i respektive grupp har en sådan plan. Det är inget överraskande mot bakgrund av det som kunde ses i föregående avsnitt och mot bakgrund av att drygt hälften av indragningsbesluten kommer i samband med 180-dagarsbedömningen.

Däremot är det intressant att jämföra förekomsten av utredningar med arbetsgivarna och åtgärder på arbetsplatserna i de två grupperna av avslutsanledningar.

¹² Signifikanstest av skillnaden mellan proportioner vid parvisa jämförelser. Signifikansnivån är 5 procent som nedjusteras enligt Sidak-Bonferronis metod till p -värdet = 0,0037 för undvikande av s.k. masssignifikans.

¹³ Signifikanstest av skillnaden mellan proportioner vid parvisa jämförelser. Signifikansnivån är 5 procent som nedjusteras enligt Sidak-Bonferronis metod till p -värdet = 0,0073 för undvikande av s.k. masssignifikans.

Utredningar med arbetsgivarna förekommer i högre utsträckning i indragningsärendena, 72 procent, jämfört med ärenden som avslutas som arbetsföra, 49 procent. Det omvända förhållandet gäller dock för *åtgärder på arbetsplatserna*. Dessa är betydligt mindre vanliga i indragningsärendena, 13 procent, jämfört med de som avslutas som arbetsföra, 30 procent.

Erbjudande om kontaktmöte sker i 16 procent av alla indragningsärenden efter dag 180 jämfört med 2 procent i de som avslutas som arbetsföra.

2.5.2.3 Jämförelse mellan avslutade och pågående ärenden

I detta avsnitt jämförs de ärenden som avslutats som arbetsföra med de som fortfarande är pågående vid uppföljningsperiodens slut. De pågående ärendena är vid uppföljningstillfället mellan 455 till 545 dagar långa och medianlängden för dem är 502 dagar.

Tre statistiskt signifikanta händelser uppvisar skillnader mellan arbetsföra och pågående ärenden.¹⁴ Det gäller andelen *SASSAM-utredningar*, *avstämningmöten* och *erbjudna kontaktmöten*. Andelarna är högre i de pågående ärendena, 32, 53 och 6 procent jämfört med 21, 33 och 2 procent. Vad gäller de första två händelserna så kan det vara naturligt eftersom det i de pågående ärendena har funnits mer tid att vid något tillfälle genomföra dessa former av utredningar. Detta gäller inte för kontaktmötena eftersom alla ärenden i studien passerat 180 dagars sjukskrivning. Detta tyder på att det i handläggningen till viss del lyckats att identifiera ärenden som kommer att uppvisa svårigheter att gå tillbaka till den gamla arbetsplatsen. I kombination med skillnader i förekomsten av åtgärder på arbetsplatsen så är detta intressant.¹⁵ *Åtgärderna på arbetsplatsen* ligger för de arbetsföra på 30 procent och för de pågående på 20 procent.

2.5.2.4 Kommentar utifrån jämförelserna

I de gjorda jämförelserna kan ett antal samband konstateras som är väl värda att diskutera tolkningen av. De kan också generera frågeställningar som kan belysas i nya undersökningar. Här följer några bidrag till en sådan diskussion.

Det är vanligare att kontaktmöten erbjuds i sådana ärenden där sjukpenningen senare, efter dag 180, dras in. Det tyder på att handläggarna i ett antal ärenden kan identifiera ett eventuellt omställningsbehov relativt tidigt i sjukfallet. Det är viktigt att bygga vidare på dessa erfarenheter och göra dem till gemensamma kunskaper.

Samtidigt innehåller indragningsärendena färre planer för återgång i arbete. Tidigare studier har visat att de planer som upprättas till stor del har ett svagt innehåll. Då kan antas att endast ett fåtal planer innehåller en planering för omställning, vilket förklarar den lägre andelen planer i indragningsärenden. Det finns troligen behov att diskutera syftet med planer, så att de ges ett meningsfullt innehåll och arbetas fram tillsammans med den försäkrade i de ärenden där de kan ha betydelse för sjukskrivningstiden.

¹⁴ Signifikanstest av skillnaden mellan proportioner vid parvisa jämförelser. Signifikansnivån är 5 procent som nedjusteras enligt Sidak-Bonferronis metod till p -värdet = 0,0073 för undvikande av s.k. masssignifikans.

¹⁵ Inte signifikant på 5-procentnivå när justering för undvikande av masssignifikans görs men vid ett enskilt test ($p=0,013$).

Det finns tendenser i jämförelserna som pekar på att olika former av utredningar och åtgärder som t.ex. erbjudande om kontaktmöte riktas mot ärenden med risk för längre sjukskrivningar. Dessa olika former av insatser är vanligare i de pågående ärendena jämfört med de som avslutats som arbetsföra, i indragningsärendena jämfört med de som avslutats som arbetsföra, i ärenden där 180-dagarsbedömningarna resulterar i indrag jämfört med både de som enbart bedöms mot reguljära arbetsmarknaden och särskilda skäl. Dessa mönster kan tolkas som ansatser till att differentiera handläggningen. Det kan gå att bygga vidare på dessa ansatser genom att skapa större tydlighet i vikten att selektera ärenden och differentiera handläggningen. Då krävs samtidigt en systematisk kunskapsuppbyggnad kring vilket innehåll olika åtgärder bör ha för att också kunna påverka sjukskrivningarna i de ärenden det är relevant. Inte minst mot bakgrund av andra studier (Engström m.fl. 2010) som inte har kunnat fastställa att SASSAM-kartläggningar och avstämningsmöten har statistiskt säkerställda effekter på sjukskrivningslängden.

Till detta kan läggas att åtgärder på arbetsplatserna är vanligare i ärenden där särskilda skäl använts, i ärenden som avslutats som arbetsföra jämfört med de pågående liksom i förhållande till indragningsärendena. Det kan innebära att möjligheterna att få till stånd åtgärder på arbetsplatserna är en viktig faktor för att Försäkringskassans utredningsarbete ska påverka sjukskrivningarna.

Det mönster som de ärenden som enbart bedömts mot den reguljära arbetsmarknaden uppvisar kan indikera att här finns det ärenden där svagheter i utredningsmetodik särskilt slår igenom. Det är också den största gruppen i 180-dagarsbedömningen, vilket pekar på att en förbättrad utredningsmetodik skulle kunna ha störst påverkan på denna grupp.

2.6 lakttagelser i granskningsarbetet

Ett antal iakttagelser som gjorts i samband med granskningsarbetet har presenterats i anslutning till de resultat som redovisats. Dessa bidrar till att ge ett underlag för tolkning och diskussion av resultaten.

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 avspeglas också de jämförelser som gjorts i föregående avsnitt som pekar på många positiva ansatser och inslag i handläggningen.

Samtidigt kännetecknas många ärenden 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. Orsaker kan vara svagheter i utredningsmetodik, planering och överblick i handläggningen. Samtidigt bör betydelsen av mängden ärenden per handläggare vägas in, liksom det faktum att många ärenden består av flera sjukfall.

Svagheter i utredningarna 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 utredningarna bygger på kedjan: samla in → värdera → dra slutsatser → besluta

och planera. Då skulle troligen granskningens värdering av tillräcklig information i förhållande till kvaliteten i bedömningarna kunna förbättras avsevärt. Det borde också underlätta formulerandet av bra motiveringar till olika ställningstaganden.

Särskilt noteras att utredningar genomförs och information samlas in, men den behöver bearbetas och analyseras i högre grad. Tydliga slutsatser behöver dokumenteras som motiverar ställningstaganden och den fortsatta handläggningen. Behovet att diskutera hur dessa svagheter, som också uppmärksammades i den förra rapporten, kan motverkas framstår som en central fråga i sjukskrivningsprocessen.

2.7 Deltidssjukskrivning som åtgärd

I den förra utvärderingen av sjukskrivningsprocessen konstaterades att deltidssjukskrivning var den vanligast förekommande åtgärden för att åstadkomma en arbetsåtergång. Förekomsten av deltidssjukskrivning som en åtgärd delades in i två grupper. De ärenden där den var kopplad till en upptrappingsplan och de där det inte fanns någon sådan. Slutsatsen i studien var att deltidssjukskrivning med en upptrappingsplan verkar ha en positiv effekt på sannolikheten för att sjukfallet avslutas.

Bland annat Andrén (2011) och Palmer m.fl. (2008) har studerat effekterna av deltidssjukskrivning. I den förstnämnda konstateras att deltidssjukskrivning hade en positiv effekt på sannolikheten för helt återställande av arbetsförmågan ett år efter sjukskrivningens start. Effekten är störst för den grupp av försäkrade som går från hel till partiell sjukskrivning. En likartad slutsats finns i den sistnämnda studien. Sannolikheten att ett sjukfall avslutas med en ny sjukskrivning eller sjukersättning inom 90 dagar efter en periods avslut är som lägst för de individer som gått från hel till partiell sjukskrivning.

Dessa studier ger stöd för tolkningen i den förra utvärderingen till regeringen, att det finns en positiv effekt av en medveten upptrappning av arbetstiden i form av deltidssjukskrivning. Baserat på data från den förra aktstudien har effekten på sjukskrivningstiden av deltidssjukskrivning med en upptrappingsplan skattats. Sannolikheten för avslut är ca 36 procent högre för gruppen med deltidssjukskrivning och upptrappingsplan jämfört med sjukfall utan deltidssjukskrivning som åtgärd. Däremot finns det ingen signifikant effekt för gruppen med deltidssjukskrivning som åtgärd men utan upptrappingsplan. Regressionsmodellens resultat redovisas i bilaga 6.

3 Diskussion och slutsatser

3.1 Tidpunkten för 180-dagarsbedömningen

Två tredjedelar av 180-dagarsbedömningarna görs senast dag 180, och 90 procent av bedömningarna är gjorda inom 205 dagar. Jämfört med Försäkringskassans föregående utvärdering av sjukförsäkringsprocessen innebär detta en klar förbättring. Då gjordes bedömningarna senast dag 180 i ca 60 procent av ärendena och 90 procent av bedömningarna var gjorda vid dag 270.

Mot bakgrund av att ca 20 procent av ersättningsanspråken kommer in efter dag 180 och den påverkan på tidpunkten för bedömningen som sker från de ärenden som består av flera sjukfall så bedöms resultatet vara i nivå med det som är möjligt att uppnå i förhållande till tidsgränserna i rehabiliteringskedjan.

3.2 Bekräftat goda resultat vid särskilda skäl

Resultatet avseende särskilda skäl från den förra studien av sjukskrivningsprocessen har kunnat bekräftas i denna studie. Möjligheten att använda särskilda skäl fungerar väl i verksamheten när utgångspunkten är en analys av sjukfallens avslutningstidpunkter. Ärenden 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. Samtidigt syns i studien att dokumentationen ofta inte visar att villkoren för att använda särskilda skäl är uppfyllda. Det framkommer att användandet av särskilda skäl kan utgå från den försäkrades önskemål utan att förutsättningarna stämts av med sjukskrivande läkare eller arbetsgivare.

Många försäkrade kommer tillbaka i sitt tidigare arbete fast förutsättningarna att använda särskilda skäl inte dokumenteras tillräckligt tydligt. Det väcker en intressant och viktig frågeställning i Försäkringskassans fortsatta metodutvecklingsarbete. I hur stor grad ska procedurerna regleras i styrningen jämfört med att tydligt beskriva det eftersträvade utfallet samtidigt som vägen till det kan vara olika, bara den information och de överväganden den baserats på dokumenteras och ger motiven till ställningstagandena och vägvalen.

3.3 Läkarintyg, aktivitetsbegränsningar och alla arbeten

Resultat från en särskild studie som gjorts kring SLU och TMU har refererats i denna rapport. I den har bland annat studerats i vilken försäkringssituation dessa former av underlag beställts. De används framförallt i samband med utredningar om Sjukersättning. Där de används vid bedömningen mot den reguljära arbetsmarknaden så gäller det i större utsträckning för arbetslösa än anställda, och i större omfattning efter ett års sjukskrivning och för försäkrade som återkommit till sjukförsäkringen efter deltagande i arbetslivsintroduktion jämfört med tiden vid 180-dagarsbedömningen.

Det stämmer väl överrens med resultatet i denna studie. Inte i något av de studerade sjukfallen utgjorde fördjupade medicinska utlåtanden underlag i samband med 180-dagarsbedömningen. Det innebär att det inom ramen för denna undersökning inte varit möjligt att jämföra kvaliteten i olika medicinska underlag i samband med 180-dagarsbedömningen.

I läkarintygen är bristerna mest omfattande när det gäller aktivitetsbegränsningarna. Det handlar främst om brister i beskrivningen av omfattningen eller graderingen av aktivitetsbegränsningarna men även i själva beskrivningen av aktivitetsbegränsningarna. Handläggarna bör mer aktivt begära beskrivningar av aktivitetsbegränsningar och dess omfattning så att bedömningen mot andra arbeten kan göras på ett fullgott sätt i alla ärenden.

När bedömningsgrunden efter dag 180 vidgas, från arbeten hos den ordinarie arbetsgivaren, till alla tänkbara arbeten på den reguljära arbetsmarknaden så borde kraven på nödvändigt innehåll i de medicinska underlagen vidgas. Det handlar inte längre om ett underlag för att kunna göra en bedömning mot ett konkret arbete med konkreta arbetsuppgifter, utan mot något som måste beskrivas och behöver uppfattas som en uppsättning av förväntade krav på individens förmågor. Då måste dessa förmågor beskrivas, vilket är läkarens uppgift, så att Försäkringskassans handläggare kan ställa dem i relation till den reguljära arbetsmarknadens krav.

Kraven på de medicinska underlagen borde, generellt sett och mot bakgrund av att bedömningsgrunden vidgas, vara större vid dessa senare tidpunkter i sjukfallet jämfört med i inledningen. Det avspeglas till viss del i den större omfattningen av kompletteringar. Men samtidigt får det inte genomslag i värderingen av kvaliteten i de medicinska underlagen.

En av de mest centrala iakttagelserna i granskningen innebär att handläggarna i större utsträckning borde ta in information om de medicinska förhållandena i relation till bedömningen mot andra arbeten. I kontakterna med behandlande läkare kan det vara viktigt att tydligt peka på att bedömningen ska ske mot både det vanliga arbetet och annat arbete. Det framgår inte tillräckligt tydligt att det är en ny bedömningsgrund och att den kan kräva ny information. Information som stött tidigare bedömningar kan vara otillräcklig under nya förutsättningar, t.ex. i form av en ny bedömningsgrund. Allt för många ärenden kännetecknas av brister i detta avseende, och det har en direkt koppling till utredningsmetodik.

Denna granskning understryker det välmotiverade i Försäkringskassans pågående arbete att utveckla metoderna i samband med bedömningen av den försäkrades medicinska förutsättningar för arbete i relation till den reguljära arbetsmarknaden. Samtidigt visar studien på behovet av att inte begränsa utvecklingsarbetet till bedömningsmetoden och dess verktyg. Det kommer samtidigt att krävas ett utvecklingsarbete av själva handläggningsprocessen och det utrednings- och bedömningsarbete som sker i den så att de nya metoderna inte kommer att användas på ett oflekterat, fyrkantigt eller tekniskt förenklat sätt.

3.4 Utredningar och åtgärder

Utredningar genomförs och information samlas in, men den behöver bearbetas och analyseras i högre grad. Tydliga slutsatser behöver dokumenteras som motiverar ställningstaganden och den fortsatta handläggningen. Behovet att diskutera hur dessa svagheter, som också uppmärksammades i den förra rapporten till regeringen, kan motverkas framstår som en central fråga i sjukskrivningsprocessen. Samtidigt är det viktigt att bygga vidare på och utveckla de goda exempel som finns.

Den första s.k. telefonutredningen genomförs i nära anslutning till att ärendena kommit över från den första sjukpenningrättsbedömningen till de personliga

handläggarna inom den fördjupade bedömningen. Detta inslag i handläggningsprocessen har fått ett ordentligt genomslag i handläggningen.

Det är viktigt att denna första kontakt med den försäkrade utnyttjas optimalt i handläggningen. Aktiviteten är viktig för informationen kring villkoren i försäkringen för individen, men minst lika viktig för sortering och selektering av sjukfall. Här bör de sjukfall som riskerar att bli längre identifieras och de fortsatta utredningsinsatserna i handläggningen koncentreras till dem.

I det fortsatta utredningsarbetet är det ofta bra kartläggningar som görs, främst i form av SASSAM-utredningar. Men få uppgifter anges om vad som ska ske i ärendet. Ett genomgående problem som noterats i granskningen är att i för få fall analyseras den information som samlas in på ett sådant sätt att handlingsalternativen och slutsatserna framgår. Det gäller genomgående i handläggningen att den information som samlas in måste sättas in i ett sammanhang och användas till att dra slutsatser om vad som bör göras i den fortsatta handläggningen.

Likartade slutsatser kan dras kring avstämningsmötena. I studien har noterats att syftet med mötet ofta är oklart formulerat, att frågor om vårdplanering, prognos och möjligheter att arbeta i större omfattning diskuteras för sällan. Nästan två tredjedelar av mötena har inte föregåtts av någon SASSAM-kartläggning. I granskningen noteras att förberedelser med den försäkrade, t.ex. vid SASSAM-kartläggning, ofta ger tydligare avstämningsmöten. Förberedelserna av mötena kan genomgående förbättras, t.ex. kan olika aktörer ges uppdrag före mötet avseende kartläggning av alternativa arbetsuppgifter, planerad behandling m.m.

I granskningen noteras att kontakterna med arbetsgivarna borde vara mer omfattande. Ett större fokus bör riktas på hur dessa kontakter och utredningar kan utvecklas. Arbetsuppgifter och möjliga alternativ borde också diskuteras mer med den försäkrade och stämmas av med den sjukskrivande läkaren. I allt för många ärenden handlar informationen om den försäkrades yrke och inte konkret om de faktiska arbetsuppgifterna.

Även inför 180-dagarsbedömningen borde det vara fler kontakter med arbetsgivarna. Genom hela sjukskrivningsprocessen bör det läggas mer energi på att hjälpa individer tillbaka i ordinarie arbete, samt att den försäkrades möjligheter och förutsättningar för sådan återgång tydligare genomsyrar alla berörda aktörers agerande. En sådan inriktning borde samtidigt skapa bättre förutsättningar för att tydligare identifiera omställningsbehov. Detta kan öka tydligheten både för handläggare och försäkrade vilket borde förbättra förutsättningarna för omställningsprocessen.

3.5 Åtgärder och effekter

Det finns indikationer på ansatser till att differentiera handläggningen, dvs. styra insatserna från Försäkringskassans sida till arbete med de sjukfall där dessa insatser kan påverka sjukskrivningsförloppet. Dessa ansatser bör Försäkringskassan bygga vidare på. Större tydlighet bör skapas om vikten att selektera ärenden och differentiera handläggningen. Då krävs en systematisk kunskapsuppbyggnad kring vilket innehåll olika åtgärder bör ha för att också kunna påverka sjukskrivningarna.

Ett sådant område handlar om betydelsen av åtgärder på arbetsplatserna. Det är t.ex. intressant att det inte finns någon statistiskt signifikant skillnad mellan de

ärenden som bedömts med stöd av särskilda skäl och indragningsärendena när det gäller andelen ärenden där utredningarna med arbetsgivarna görs. Däremot sker åtgärder på arbetsplatserna i en betydligt lägre omfattning för de ärenden där det sker ett indragningsbeslut i samband med 180-dagarsbedömningen. Mer kunskap behöver byggas upp kring hur de eventuella sambanden ser ut.

Slutsatserna av experimentstudien (Engström m.fl. 2010) kring SASSAM-kartläggningars och avstämningens effekter på sjukskrivningstiderna måste också tas till vara och diskuteras. Dessa insatser behövs i utredningsarbetet. Större fokus bör riktas på hur informationen i dem värderas och används. Det kan vara så att det är steget från utredning till åtgärd som är det centrala. Det talar också för en systematisk kunskapsuppbyggnad kring olika åtgärders möjliga effekter.

För en åtgärd tycks det finnas belägg för positiva effekter på sjukskrivningstid och arbetsåtergång. Det gäller deltidssjukskrivning som en aktiv åtgärd med en planerad upptrappning av arbetstiden.

3.6 Positiv effekt vid deltidssjukskrivning med planerad upptrappning

Bland annat Andrén (2011) och Palmer m.fl. (2008) har studerat effekterna av deltidssjukskrivning. Dessa studier ger stöd för tolkningen i den förra utvärderingen av sjukskrivningsprocessen, att det finns en positiv effekt av en medveten upptrappning av arbetstiden i form av deltidssjukskrivning.

Baserat på data från den förra aktstudien har effekten på sjukskrivningstiden av deltidssjukskrivning med en upptrappingsplan skattats. Sannolikheten för avslut är ca 36 procent högre för gruppen med deltidssjukskrivning och upptrappingsplan jämfört med sjukfall utan deltidssjukskrivning som åtgärd.

Referenser

Andrén, D (2011): *"Half empty or half full": The importance of the definition of part-time sick leave when estimating its effects*. Working Papers 2011/4, Örebro University, Swedish Business School.

Bengtsson, P (2011): *En utvärdering av sjukskrivningsprocessen efter införandet av de nya sjukförsäkringsreglerna 2008-07-01*, Socialförsäkringsrapport 2011:15, Försäkringskassan, Stockholm.

Engström, P, H Goine, P Johansson, E Palmer & P Tollin (2010): *Underlättar tidiga insatser i sjukskrivningsprocessen återgången i arbete?* Socialförsäkringsrapport 2010:9, Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2004): *Sjukpenning och samordnad rehabilitering*, Vägledning 2004:2, version 18, Försäkringskassan, Stockholm.

Försäkringskassan (2009): *Fortsatt sjukpenning – de bakomliggande skälen till ställningstagande*, svar på regeringsuppdrag: dnr 82865-2009.

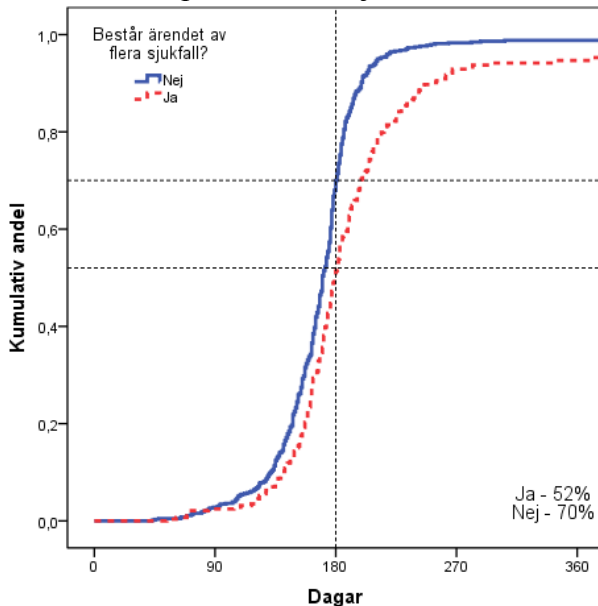
Försäkringskassan (2009): *Sjukersättning – de bakomliggande skälen till ställningstagande*, svar på regeringsuppdrag: dnr 057501-2009.

Nilsson Engman, A (2011): *Kvalitetsgranskning av läkarintyg. En del av sjukskrivningsmiljarden*, Socialförsäkringsrapport 2011:12, Försäkringskassan, Stockholm.

Palmer E, I. Svensson, P. Tirmén & N. Österlund (2008). "Sjukförmåner på deltid" i L. Hartman (ed.), *Välfärd på deltid*. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS).

Bilaga 1 Tidpunkten för 180-dagarsbedömningen

Figur B1_1 Tid till 180-dagarsbedömningen för ärenden som består av ett respektive flera sjukfall



Figuren visar skillnader i tidpunkten för 180-dagarsbedömningen beroende på om ärendet består av ett sammanhängande, eller flera, sjukfall. I tabellen redovisas skattningarna av skillnaden när hänsyn tas till andra faktorer. Effekten, Exp(B), skattas till 0,793, dvs. sannolikheten för bedömning är 21 procent lägre för ärenden med flera sjukfall jämfört med ärenden som består av ett sjukfall.

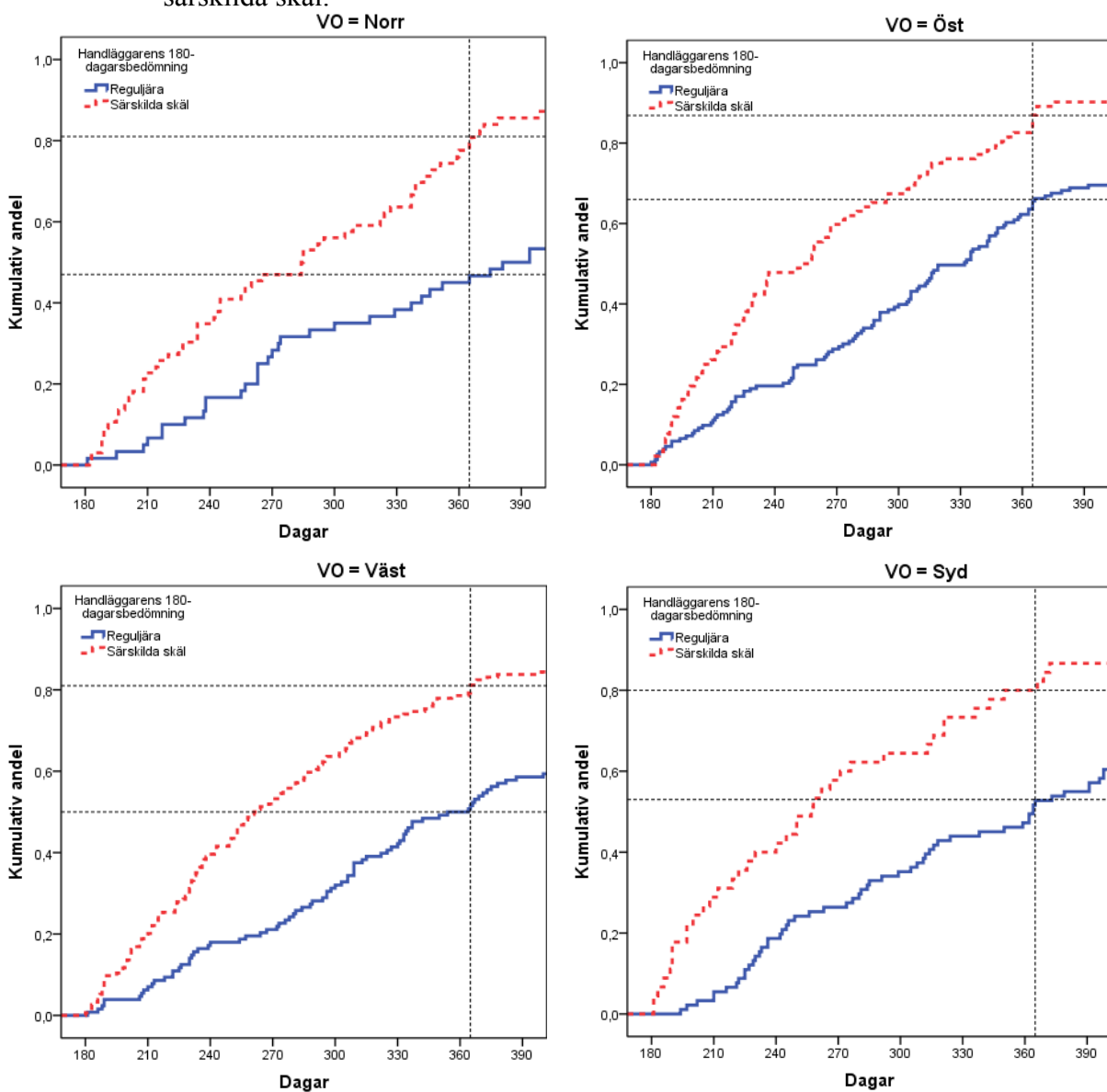
Tabell B1_1 Cox-regression – Tid till 180-dagarsbedömningen

	B	SE	p-värde	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
					Lower	Upper
VO Öst (ref.)			,350			
VO Norr	-,074	,111	,503	,928	,747	1,154
VO Syd	,043	,107	,689	1,044	,846	1,287
VO Väst	-,123	,090	,173	,884	,741	1,055
Kvinna (Man = ref.)	,019	,078	,802	1,020	,876	1,187
ÅLDER – 29 år (ref.)			,090			
30 – 39 år	,018	,161	,910	1,018	,742	1,397
40 – 49 år	-,256	,154	,096	,774	,572	1,046
50 – 59 år	-,056	,154	,716	,946	,700	1,278
60 år –	-,091	,168	,586	,913	,657	1,268
Ersättningsanspråk före dag 180 (ref.)			,000			
Ersättningsanspråk dag 180-210	-,963	,100	,000	,382	,314	,464
Ersättningsanspråk efter dag 210	-1,587	,199	,000	,205	,138	,302
Flera fall i ärendet (Bara ett fall = ref.)	-,232	,083	,005	,793	,674	,932
ANTAL DIAGNOSER UTÖVER HUVUDDIAGNOS (0 = ref.)			,044			
1 ytterligare diagnos	-,129	,128	,315	,879	,683	1,130
2 ytterligare diagnoser	-,572	,237	,016	,564	,355	,897
3 eller fler ytterligare diagnoser	,433	,508	,394	1,542	,570	4,175
DIAGNOS Psykiska sjukdomar (ref.)			,001			
Cirkulationsorganens sjukdomar	,452	,243	,063	1,572	,976	2,532
Sjukdomar i rörelseorganen	-,245	,095	,010	,783	,650	,943
Graviditet, förlossning och barnsängstid	,136	,395	,730	1,146	,528	2,485
Skador och Förgiftningar	-,222	,139	,110	,801	,610	1,051
Övriga Diagnoser	,103	,105	,328	1,108	,902	1,361
Utrikesfödd (Svenskfödd = ref.)	-,107	,108	,321	,898	,727	1,110

Bilaga 2 Jämförelse mellan verksamhetsområden för utfallet vid användningen av särskilda skäl

Jämförelse av avslutningsfrekvensen efter dag 180 för försäkrade där särskilda skäl använts vid sjukpenningrättsbedömningen jämfört med enbart bedömning mot reguljära arbetsmarknaden. De streckade kurvorna, som utgör särskilda skäl, uppvisar för samtliga verksamhetsområden snabbare och mer omfattande avslut av sjukfall.

Figur B2_1 Avslutningstidpunkt för ärenden enbart bedömda mot den reguljära arbetsmarknaden jämfört med ärenden bedömda med stöd av särskilda skäl.



Samtliga verksamhetsområden uppvisar samma mönster. Ärenden med särskilda skäl avslutas tidigare och i större omfattning fram till dag 365 jämfört med de ärenden som enbart bedömts mot den reguljära arbetsmarknaden.

Bilaga 3 Tid till avslut och avslutningsanledningar

Tabell B3_1 Andel avslutade ärenden i olika tidsintervall

Avslutade ärenden	Enbart reguljära	Särskilda skäl	Total
- 270 dagar	33%	47%	35%
271 - 365 dagar	23%	33%	25%
366 - 450 dagar	11%	8%	11%
451 dagar -	5%	2%	4%
Total	72%	91%	75%

I tabell B3_1 redovisas andel avslutade ärenden under olika tidsintervall för ärenden enbart bedömda mot reguljära arbetsmarknaden respektive bedömda med stöd av särskilda skäl.

Tabell B3_2 Andel avslutade och pågående ärenden i olika tidsintervall uppdelad efter avslutsanledning

		Falllängd (dagar)				Total
		- 270 dagar	271 - 365 dagar	366 - 450 dagar	451 dagar -	
Enbart reguljära	Pågående				27,8%	27,8%
	Arbetsför	23,3%	18,5%	7,9%	2,7%	52,4%
	Indragning	4,5%	2,5%	0,2%	1,1%	8,4%
	S/A	1,1%	0,7%	2,0%		3,8%
	Annan avslutsanledning	3,8%	1,8%	1,4%	0,7%	7,7%
	Total	32,7%	23,9%	11,7%	31,6%	100,0%
Särskilda skäl	Pågående				9,2%	9,2%
	Arbetsför	43,1%	30,8%	5,4%	1,7%	81,0%
	Indragning	2,5%	1,9%	2,1%	0,6%	7,1%
	S/A			0,2%		0,2%
	Annan avslutsanledning	1,5%	0,6%	0,4%		2,5%
	Total	47,1%	33,3%	8,6%	11,1%	100,0%
Total	Pågående				24,8%	24,8%
	Arbetsför	26,4%	20,5%	7,5%	2,5%	56,9%
	Indragning	4,2%	2,4%	0,5%	1,1%	8,2%
	S/A	0,9%	0,6%	1,7%		3,3%
	Annan avslutsanledning	3,5%	1,6%	1,2%	0,6%	6,9%
	Total	35,0%	25,4%	11,2%	28,4%	100,0%

I tabell B3_2 ges en mer detaljerad information. Här beräknas för respektive grupp, enbart bedömda mot reguljära arbetsmarknaden respektive med stöd av särskilda skäl, och totalt andelen ärenden som avslutats av olika anledningar vid olika tidpunkter inklusive de ärenden som är pågående vid uppföljningstillfället.

I tabell B3_3 så ges motsvarande redovisning som i tabell B3_2, men denna gång utifrån den information som kunnat utläsas i ärendena om vad den försäkrade verkligen gör efter avslut. Denna information framgår inte i alla ärenden, vilket förklarar den ganska stora andelen ”Uppgift saknas”.

Tabell B3_3 Status efter avslut för a) reguljära och b) särskilda skäl

	Falllängd (dagar)				Total	
	- 270 dagar	271 - 365 dagar	366 - 450 dagar	451 dagar -		
Enbart reguljära	Pågående				27,8%	27,8%
	Åter vanliga arbetet	17,4%	12,6%	5,6%	1,8%	37,5%
	Annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren	0,4%	0,2%	0,2%		0,9%
	Annat stadigvarande arbete hos arbetsgivaren	1,3%	1,3%	0,4%	0,4%	3,6%
	Annat arbete på reguljära arbetsmarknaden	0,4%	0,7%	0,2%		1,3%
	Annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade		0,2%	0,2%		0,4%
	Arbetssökande/arbetsmarknadsåtgärd	1,8%	1,1%	0,4%		3,4%
	Utbildning/studier	0,4%			0,2%	0,7%
	Annat	5,2%	3,6%	2,9%	0,7%	12,4%
	Uppgift saknas	5,6%	3,6%	1,3%	1,3%	12,0%
Total	32,7%	23,9%	11,7%	31,6%	100,0%	
Särskilda skäl	Pågående				9,2%	9,2%
	Åter vanliga arbetet	36,3%	22,7%	3,7%	1,1%	63,8%
	Annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren	0,7%	0,8%			1,5%
	Annat stadigvarande arbete hos arbetsgivaren	1,2%	1,5%	0,2%	0,2%	3,2%
	Annat arbete på reguljära arbetsmarknaden	0,8%	0,4%	0,2%		1,5%
	Annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade		0,2%			0,2%
	Arbetssökande/arbetsmarknadsåtgärd	0,7%	1,1%	0,4%		2,1%
	Utbildning/studier		0,2%			0,2%
	Annat	1,9%	0,7%	0,8%		3,4%
	Uppgift saknas	5,4%	5,6%	2,7%	1,1%	14,9%
Total	47,1%	33,3%	8,6%	11,1%	100,0%	
Total	Pågående				24,8%	24,8%
	Åter vanliga arbetet	20,4%	14,2%	5,3%	1,7%	41,7%
	Annat tillfälligt arbete hos arbetsgivaren	0,5%	0,3%	0,2%		1,0%
	Annat stadigvarande arbete hos arbetsgivaren	1,3%	1,4%	0,4%	0,4%	3,5%
	Annat arbete på reguljära arbetsmarknaden	0,5%	0,6%	0,2%		1,4%
	Annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade		0,2%	0,2%		0,4%
	Arbetssökande/arbetsmarknadsåtgärd	1,6%	1,1%	0,4%		3,2%
	Utbildning/studier	0,4%	0,0%		0,2%	0,6%
	Annat	4,7%	3,1%	2,6%	0,6%	11,0%
	Uppgift saknas	5,6%	3,9%	1,6%	1,3%	12,4%
Total	35,0%	25,4%	11,2%	28,4%	100,0%	

Bilaga 4 Läkartygen vid 180-dagarsbedömningen

I bilagan redovisas resultaten avseende frågorna kring hur väl funktionsnedsättning respektive aktivitetsbegränsning i relation till diagnosen är beskriven i de läkartyg som varit aktuella vid 180-dagarsbedömningen i de aktuella ärendena i studien.

Tabell B4_1 Är funktionsnedsättningen i relation till diagnosen tillräckligt beskriven i läkartyget?

	Procent
Ja	83 %
Nej, brister avseende undersökningsfynd	15 %
Nej, brister avseende undersökningsresultat	5 %
Nej, brister avseende uppgifter om observationer	14 %

Brister avseende undersökningsfynd är brister i beskrivningen av fynden i läkarens undersökning. Brister avseende undersökningsresultat är brister i redovisningen av resultat från röntgen, ultraljud, EKG eller laboratorievärden. Brister avseende uppgifter om observationer är brister i beskrivningar av hur patienten beter sig.

Tabell B4_2 Är aktivitetsbegränsningarna i relation till diagnosen tillräckligt beskriven i läkartyget?

	Procent
Ja	48 %
Nej, brister avseende beskrivningen av aktivitetsbegränsningar	24 %
Nej, brister avseende omfattningen/graderingen av aktivitetsbegränsningar	46 %

Brister avseende beskrivningen av aktivitetsbegränsningar belyser huruvida läkaren definierar aktivitetsbegränsningar som beskrivs, och brister avseende omfattningen eller graderingen beskriver om läkaren anger huruvida svårigheterna är lätta, måttliga, kraftiga, totala eller på något annat sätt anger nivån, t.ex. genom angivande av tid, gångsträcka, lyftförmåga i kilo eller liknande.

Bilaga 5 Användningen av fördjupade medicinska utlåtanden

Under 2011 har en särskild granskning av särskilda läkarutlåtanden (SLU) och teamutredningsutlåtanden (TMU) gjorts. Studien omfattade 400 fördjupade medicinska utlåtanden. Ett inslag var att studera i vilken försäkringssituation de fördjupade utlåtandena använts som beslutsunderlag.

Tabell B5_1 I vilken försäkringssituation har det fördjupade medicinska utlåtandet beställts?

Försäkringssituation	Procent
Vid sjukpenningrättsbedömningar mot arbetsuppgifter hos den ordinarie arbetsgivaren	9 %
Vid sjukpenningrättsbedömningar mot den reguljära arbetsmarknaden för anställda	19 %
Vid sjukpenningrättsbedömningar mot den reguljära arbetsmarknaden för arbetslösa	23 %
Vid ansökan om Sjuk- eller Aktivitetsersättning eller utredning om utbyte av sjukpenning till sjukersättning	49 %

Tabell B5_2 Vid vilken tidpunkt i sjukfallet skedde beställningen av det fördjupade medicinska utlåtandet?

Försäkringssituation	Procent inom bedömnings-situationen	Procent av alla SLU och TMU
Sjukpenningrättsbedömning mot arbetsuppgifter hos den ordinarie arbetsgivaren		
Före dag 180	27 %	2 %
181-365 dagar	10 %	1 %
Efter dag 365	30 %	3 %
Efter deltagande i arbetslivsintroduktion	33 %	3 %
Total	100 %	9 %
Sjukpenningrättsbedömning mot den reguljära arbetsmarknaden för anställda		
Före dag 180	7 %	1 %
181-365 dagar	25 %	5 %
Efter dag 365	41 %	8 %
Efter deltagande i arbetslivsintroduktion	28 %	5 %
Total	100 %	19 %
Sjukpenningrättsbedömning mot den reguljära arbetsmarknaden för arbetslösa		
Före dag 180	7 %	2 %
181-365 dagar	20 %	5 %
Efter dag 365	21 %	5 %
Efter deltagande i arbetslivsintroduktion	52 %	12 %
Total	100 %	23 %

På årsbasis beställs ca 5 000 Särskilda läkarutlåtanden eller utlåtanden från teamutredningar. Baserat på ovanstående tabell så kan 7 procent (± 2 %-enheter) av intygen ha använts i samband med 180-dagarsbedömningen för anställda sjukskrivna., vilket motsvarar 250-450 fördjupade medicinska utlåtanden. På ett år passerar ca 50 000 anställda sjukskrivna 180-dagarsgränsen. En beställning av fördjupade medicinska utlåtanden sker i mindre än 1 procent av dessa ärenden. Skattningen på 250-450 sådana intyg motsvarar 0,5-0,9 procent.

Bilaga 6 Effekt av deltidssjukskrivning

Nedan redovisas skattningarna baserade på den modell som använts för att skatta effekten på avslutning av sjukfall från ett aktivt användande av deltidssjukskrivning med en plan för att trappa upp arbetstiden till heltid. Effekten, Exp(B), skattas till 1,36, dvs. sannolikheten för avslut är 36 procent större jämfört med ärenden utan deltidssjukskrivning som en aktiv åtgärd i en plan för återgång.

Tabell B6_1 Cox-regression – Tid till avslut

	B	SE	p-värde	Exp(B)	95,0% CI for Exp(B)	
					Lower	Upper
Man (kvinna = ref.)	,160	,090	,075	1,173	,984	1,398
VO Öst (ref.)			,127			
VO Syd	-,249	,113	,028	,779	,625	,973
VO Väst	-,049	,103	,634	,952	,777	1,166
VO Nord	-,184	,148	,213	,832	,623	1,111
DIAGNOS Psykiska sjukdomar (ref.)			,000			
Cirkulationsorganens sjukdomar	-,200	,230	,385	,819	,522	1,285
Sjukdomar i rörelseorganen	,251	,118	,033	1,285	1,020	1,619
Graviditet, förlossning och barnsängstid	1,383	,212	,000	3,987	2,634	6,036
Skador och Förgiftningar	,875	,138	,000	2,398	1,830	3,141
Övriga Diagnoser	,010	,128	,938	1,010	,786	1,298
ÅLDER 20 - 39 år (ref.)			,172			
40 - 49 år	-,029	,115	,797	,971	,776	1,216
50 - 59 år	-,238	,120	,048	,788	,623	,997
60 år -	-,171	,133	,198	,843	,650	1,093
Utrikesfödd (svenskfödd = ref.)	-,195	,125	,118	,823	,644	1,051
DELTIDSSJUJSKRIVNING (Nej = ref.)			,016			
Ja, och det finns en upptrappingsplan	,305	,108	,005	1,356	1,098	1,676
Ja, men det finns ingen upptrappingsplan	,150	,115	,191	1,162	,928	1,454