
Sjukersättning

Rättslig kvalitetsuppföljning

Utgivare: Försäkringskassan
Rättsavdelningen

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

Webbplats: www.forsakringskassan.se

Förord

Försäkringskassan använder en modell för systematisk kvalitetsutveckling i syfte att kunna bedöma, redovisa och utveckla kvaliteten i handläggningen samt skapa lärande för medarbetarna och myndigheten genom samlad och systematisk uppföljning och analys. Modellen bygger på uppföljningar med hjälp av kvalitetsindikatorer, kvalitetsuppföljningsverktyget Væksten och rättsliga kvalitetsuppföljningar.

Rättsavdelningen ansvarar för de rättsliga kvalitetsuppföljningarna, som främst fokuserar på aspekten rättssäkerhet i kvalitetsdefinitionen. Med rättssäkerhet menar vi en korrekt och enhetlig rättstillämpning samt att handläggningen sker skyndsamt utan att rättstillämpningen åsidosätts.

I denna rapport presenteras resultatet av en rättslig kvalitetsuppföljning av sjukersättning. Fokus ligger på utredningen och bedömningen av rätten till sjukersättning. Uppföljningen tar sin utgångspunkt i en tidigare rättslig kvalitetsuppföljning av sjukersättning (Rättslig uppföljning 2015:04) och syftar bland annat till att undersöka hur den rättsliga kvaliteten har utvecklats sedan föregående uppföljning.

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

Rapporten är skriven av Pernilla Keinestam Lindell, rättslig expert vid Rättsavdelningen. Ett tack riktas till övriga personer inom Försäkringskassan som har medverkat i gransknings- och analysarbetet.

Kjell Skoglund
Verksamhetsområdeschef
Verksamhetsområde Process- och socialförsäkringsjuridik,
Rättsavdelningen

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	6
Bakgrund	6
Syfte	6
Metod	6
Rätten till sjukersättning	9
Kortfattad beskrivning av de centrala reglerna för sjukersättning	9
Bedömningsutrymme vid prövningen av rätten till sjukersättning	9
Beskrivning av ärendena	11
Vilken förmånsnivå har beviljats?	11
Vilken typ av sjukdom har den försäkrade?	12
Vilken typ av inkomst hade den försäkrade innan sjukersättningen?	12
Utredningen	15
Konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare	15
Är utredningen tillräcklig för att fatta beslut?	19
Vad saknas det uppgifter om?	20
Bedömningen	25
Bedömningen av arbetsförmåga	25
Samspelet mellan handläggare och beslutsfattare	28
Sammanfattande diskussion och slutsatser	30
Rekommendationer och åtgärder	33
Bilaga 1	36

Sammanfattning

I denna rapport redovisas en rättslig kvalitetsuppföljning som syftar till att ge kunskap om i vilken mån den rättsliga kvaliteten i ärenden där sjukersättning beviljas har förbättras sedan motsvarande uppföljning gjordes år 2014 (Rättslig uppföljning 2015:4). Uppföljningen syftar även till att ge kunskap om den rättsliga kvaliteten i ärenden där Försäkringskassan avslår en ansökan om sjukersättning. Sådana beslut innefattades inte i den tidigare uppföljningen.

Uppföljningen visar att i avslagsärendena är utredningarna som regel tillräckliga och granskarna håller nästan alltid med om besluten. Avslagsärendena utgör majoriteten av alla sjukersättningsärenden; avslagsfrekvensen är för närvarande cirka 70 procent.

Uppföljningen visar dock att de tidigare identifierade bristerna kvarstår när det gäller beslut att bevilja sjukersättning. När det gäller *utredningen* i bifallsärenden ser vi en statistiskt signifikant försämring sedan föregående uppföljning. När det gäller *bedömningen* är andelen av de granskade ärendena där granskarna håller med om denna något högre än vid föregående uppföljning men skillnaden är inte statistiskt signifikant och man kan därför inte dra slutsatsen att det skett en faktisk förbättring i bedömningen.

Det samlade resultatet tyder på att de åtgärder som hittills har genomförts för att förbättra kvaliteten inte har varit tillräckliga.

Det är ytterst chefernas ansvar att verksamheten bedrivs i enlighet med lagar, förordningar och styrande dokument. För att komma till rätta med de brister som uppföljningen visat är det viktigt att cheferna i praktiken styr och följer upp på ett sätt som stödjer en god rättslig kvalitet. Ett ensidigt fokus på till exempel handläggningstider kan riskera att motverka detta.

Uppföljningen indikerar att det finns behov av ytterligare kompetensutveckling för att ge förutsättningar för en mer enhetlig och korrekt rättstillämpning.

Uppföljningen visar dessutom att det finns kvarstående kvalitetsproblem när det gäller *konsultationer med försäkringsmedicinska rådgivare*. Man behöver tydliggöra när och hur handläggaren ska konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare samt säkerställa att det som kommer fram alltid dokumenteras på rätt sätt.

Inledning

Bakgrund

Rättsavdelningen publicerade i juli 2015 en rättslig kvalitetsrapport om sjukersättning (Rättslig uppföljning 2015:4 Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden). Uppföljningen visade på en betydande förbättringspotential när det gäller utredningen och bedömningen av rätten till sjukersättning.

Avdelningen för funktionsnedsättning har sedan rapporten publicerades tagit fram en handlingsplan för hur kvaliteten i sjukersättningsärendena ska förbättras. Rättsavdelningen har dessutom publicerat ett nytt styrdokument som förtydligar hur utredningen och bedömningen ska göras (Domsnytt 2015:040).

Syfte

Denna uppföljning syftar till att ge kunskap om i vilken mån den rättsliga kvaliteten i ärenden där sjukersättning beviljas har förbättras sedan föregående uppföljning.

Uppföljningen syftar även till att ge kunskap om den rättsliga kvaliteten i ärenden där Försäkringskassan avslår en ansökan om sjukersättning. Sådana beslut innefattades inte i den tidigare uppföljningen, utan den var begränsad till att avse ärenden där ansökan beviljas eller där Försäkringskassan på eget initiativ beslutat att byta ut en försäkrads sjukpenning mot sjukersättning.

Uppföljningen ingår dessutom i en större studie om variation som Avdelningen för analys och prognos genomför. Tillsammans med en registerstudie och en intervjustudie¹ ska uppföljningen bidra till kunskap om hur olika faktorer, såsom organisation och ledning, påverkar förutsättningarna för enhetliga och korrekta bedömningar.

Metod

Urval

Två delurval har granskats. Det första omfattar 400 slumpmässigt valda ärenden där sjukersättning har beviljats under perioden juni–september 2016. Såväl ärenden där sjukersättning har beviljats efter att den försäkrade

¹ Försäkringskassan, Intern PM 2016:3 *Mer likformiga beslut inom sjukersättning* samt Försäkringskassan, Intern PM 2016:10 *Utredning och bedömning av sjukersättningsärenden*

ansökt om sjukersättning som ärenden där Försäkringskassan beslutat att byta ut den försäkrades sjukpenning mot sjukersättning omfattas.²

Det andra delurvalet omfattar 300 slumpmässigt valda avslagsbeslut om sjukersättning som är fattade under samma period, dvs. juni–september 2016.³

Avgränsningen när det gäller urvalsperiod har gjorts för att få så aktuella ärenden som möjligt. Urvalsstorleken är beräknad så att det ska vara möjligt att dra tillräckligt säkra slutsatser vad gäller den generella kvaliteten i de aktuella ärendetyperna och för den granskade perioden samt för att, när det gäller beviljandebesluten, kunna jämföra resultaten med resultaten vid föregående granskning. Urvalsstorleken är tillräcklig för att skillnader i andelar om minst 10 procentenheter mellan beslut om beviljanden 2014 respektive 2016 ska bli signifikanta. Det går inte att utifrån resultatet dra några säkra slutsatser om kvaliteten för andra perioder. Det finns emellertid inget som tyder på att ärenden från denna period skulle skilja sig väsentligt från dem som beslutats under andra perioder.

Aktgranskning

Uppföljningen har gjorts genom en aktgranskning och själva granskningsarbetet har utförts av sju personer, varav tre processförare och fyra omprövare. Det har varit samma granskare som vid föregående rättsliga kvalitetsuppföljning av sjukersättning, bortsett från att en av processförarna från föregående uppföljning ersatts av en annan på grund av tjänstledighet.

Var och en av granskarna har granskat en sjundedel av ärendena och fördelningen mellan dem har varit slumpmässig.

Granskningsarbetet har utförts utifrån ett i förväg framtaget frågeformulär. Frågorna har testats och reviderats innan arbetet startade. Kalibrering av granskarnas bedömningar har skett genom en provgranskning där de granskade samma ärenden. Resultatet jämfördes och diskuterades, vilket också resulterade i några förtydliganden i formuläret. Frågeformuläret finns i bilaga 1.

Granskarna har tagit del av de ärenden som omfattas av uppföljningen via ärendehanteringssystemet ÄHS. Det webbaserade verktyget Easy-research har använts för att genomföra granskningsarbetet.

² Efter exkludering av ärenden som inte tillhörde den kategori som skulle granskas kvarstod 290 nybeviljanden efter ansökan och 103 nybeviljanden efter utbyte av sjukpenning. Detta motsvarar 15 % av de beslut om nybeviljande som fattades under den aktuella perioden.

³ Efter exkludering av ärenden som inte tillhörde den kategori som skulle granskas kvarstod 296 beslut om avslag efter ansökan. Detta motsvarar 6 % av de beslut om avslag som fattades under den aktuella perioden.

Frågeformuläret består till viss del av bedömningsfrågor, där det inte nödvändigtvis finns ett rätt eller fel svar. Eftersom det inte finns något facit omgärdas bedömningarna av en viss osäkerhet.

Gemensam analys

Efter att granskningsarbetet avslutats genomfördes ett analysmöte med granskarna. Vid mötet diskuterades resultaten och de iakttagelser som de gjort under granskningsarbetet fångades upp.

Rätten till sjukersättning

Kortfattad beskrivning av de centrala reglerna för sjukersättning

En förutsättning för att man ska kunna få sjukersättning är att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel på grund av sjukdom eller annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan (33 kap. 5 § SFB). Vid bedömningen av i vilken mån arbetsförmågan är nedsatt ska hänsyn tas till den försäkrades förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden (33 kap. 10 § SFB).

För att kunna få sjukersättning krävs också att arbetsförmågan bedöms vara stadigvarande nedsatt och att rehabiliteringsåtgärder inte bedöms kunna leda till att den försäkrade återfår arbetsförmågan (33 kap. 6 § SFB).

Sjukersättning beviljas tills vidare (33 kap. 4 § SFB).

Bedömningsutrymme vid prövningen av rätten till sjukersättning

De centrala rekvisiten för sjukersättning – arbetsförmåga och stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan – har inte definierats närmare i lagtexten. Inte heller i förarbetena går det att utläsa någon väl avgränsad definition av begreppen.

Man kan säga att vaga rättsliga begrepp – såsom till exempel arbetsförmåga, särskilda skäl och oskäligt – innehåller ett bedömningsutrymme. Anledningen till att lagstiftaren på vissa områden har lämnat ett bedömningsutrymme istället för att ange mer exakt vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att ersättning ska kunna beviljas är bland annat att bestämmelserna annars skulle bli alltför detaljerade. De omständigheter och kombinationer av omständigheter som ska vägas in kan vara så många att det i praktiken är omöjligt att beskriva det i lagtexten. Det kan ibland också vara svårt att på förhand förutse alla aspekter som bör beaktas.

Rättstillämpning rymmer dock inte bara materiella rättsregler – som kan vara mer eller mindre precisa – utan även processuella regler och principer. Bland annat finns det principer för bevisbördans fördelning, beviskrav och bevisvärdering som har betydelse för prövningen. Sådana regler och principer har också stor betydelse för en enhetlig och förutsebar rättstillämpning och därmed för rättssäkerheten.

Rättsordningen bygger på premissen att det ska finnas *ett* slutligt svar på en juridisk fråga. Men juridisk metod är ingen exakt vetenskap och det förekommer att två jurister med likvärdig juridisk skolning och specialisering kommer till olika slutsatser i samma ärende, på samma sätt som två läkare

kan komma till olika slutsatser när det gäller en patients diagnos och behandling.

Juristutbildningen, och den fortsatta kompetensutvecklingen för jurister genom tingsmeritering eller motsvarande praktisk träning, ger dock en teoretisk och praktisk grund för en enhetlig rättstillämpning. Utrymmet för att komma till olika slutsatser i samma ärende blir påtagligt mindre när man tillämpar en i stora drag gemensam juridisk metod – däribland gemensamma principer för bevisvärdering – än om man enbart utgår ifrån ett vagt rekvisit i lagtexten och oprecisa uttalanden i förarbeten. Och även i de frågor där skickliga jurister kan komma till olika slutsatser finns det i slutändan *ett* svar som anses vara det rätta – nämligen det svar som den högsta rättsinstansen kommer fram till.

Det ovanstående innebär att begreppet bedömningsutrymme inte bör tolkas som att flera olika utfall i samma ärende är likvärdiga ur juridisk synvinkel. Samtidigt finns det fall där det, vid ett givet tillfälle, är möjligt att på goda grunder komma till olika slutsatser i avvaktan på att rättsläget förtydligas i rättspraxis.

Beskrivning av ärendena

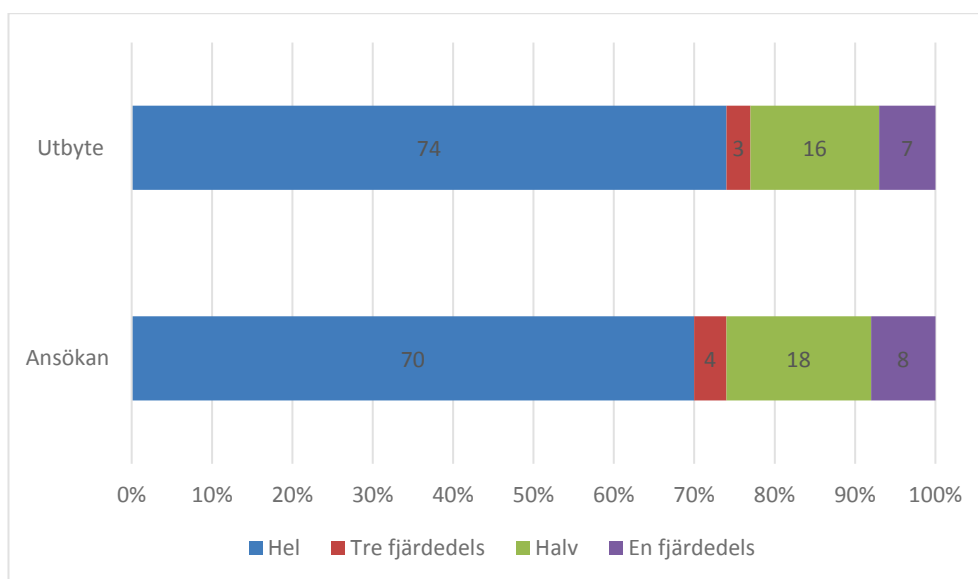
Vilken förmånsnivå har beviljats?

De ärenden som har granskats kan delas in i tre kategorier; avslagsbeslut, beviljande efter ansökan samt beviljande efter utbyte av sjukpenning till sjukersättning. För de båda senare kategorierna har vi undersökt vilken förmånsnivå som har beviljats.

Sjukersättning kan beviljas med fyra olika förmånsnivåer; hel, tre fjärdedels, halv och en fjärdedels.

Diagrammet nedan visar hur beviljandebesluten fördelade sig på de olika förmånsnivåerna, uppdelat per beviljandekategori (utbyten och ansökningsärenden).

Diagram 1 Beviljad förmånsnivå per beviljandekategori. Andel av alla granskade ärenden i respektive kategori



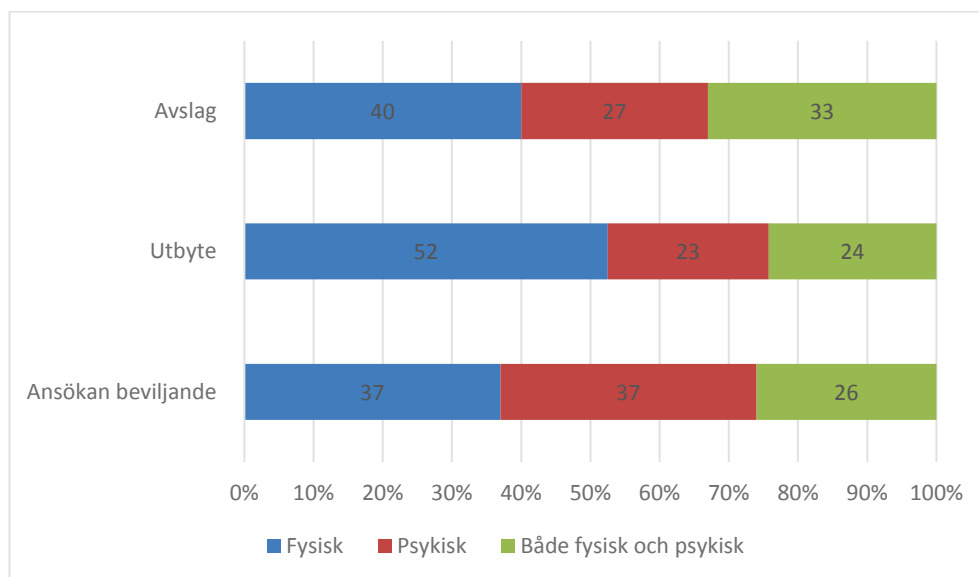
Som framgår av diagrammet avsåg en klar majoritet av beviljandebesluten hel sjukersättning. Den vanligast förekommande nivån i övrigt var halv ersättning. Det fanns inte några betydande skillnader mellan de båda ärendekategorierna.

Enligt granskarna var det mycket ovanligt att den försäkrade beviljades sjukersättning med en lägre ersättningsnivå än vad hen hade ansökt om.

Vilken typ av sjukdom har den försäkrade?

Diagrammet nedan visar vilka typer av sjukdomar som de försäkrade hade.

Diagram 2 Typ av sjukdom eller sjukdomar per ärendekategori. Andel av alla granskade ärenden i respektive kategori



Som framgår var de fysiska diagnoserna de vanligast förekommande totalt sett. I både avslagsärendena och utbytesärendena utgjorde de den största gruppen, medan de i ärendena som avsåg beviljande efter ansökan utgjorde en lika stor andel som gruppen ärenden med endast en psykisk diagnos.

Man kan jämföra med fördelningen i samband med den tidigare rättsliga kvalitetsuppföljningen av sjukersättning (Rättslig rapport 2015:04). I den uppföljningen granskades endast beviljandebeslut, inte avslagsbeslut, och totalt sett utgjorde ärenden med enbart fysisk diagnos 48 procent av alla ärendena medan 26 procent av ärendena avsåg enbart en psykisk diagnos. Gruppen med både fysisk och psykisk diagnos utgjorde 24 procent av ärendena. Några betydande skillnader framkommer alltså inte mellan de båda granskningarna, bortsett från att den nu genomförda granskningen även ger en bild av fördelningen för avslagsbesluten.

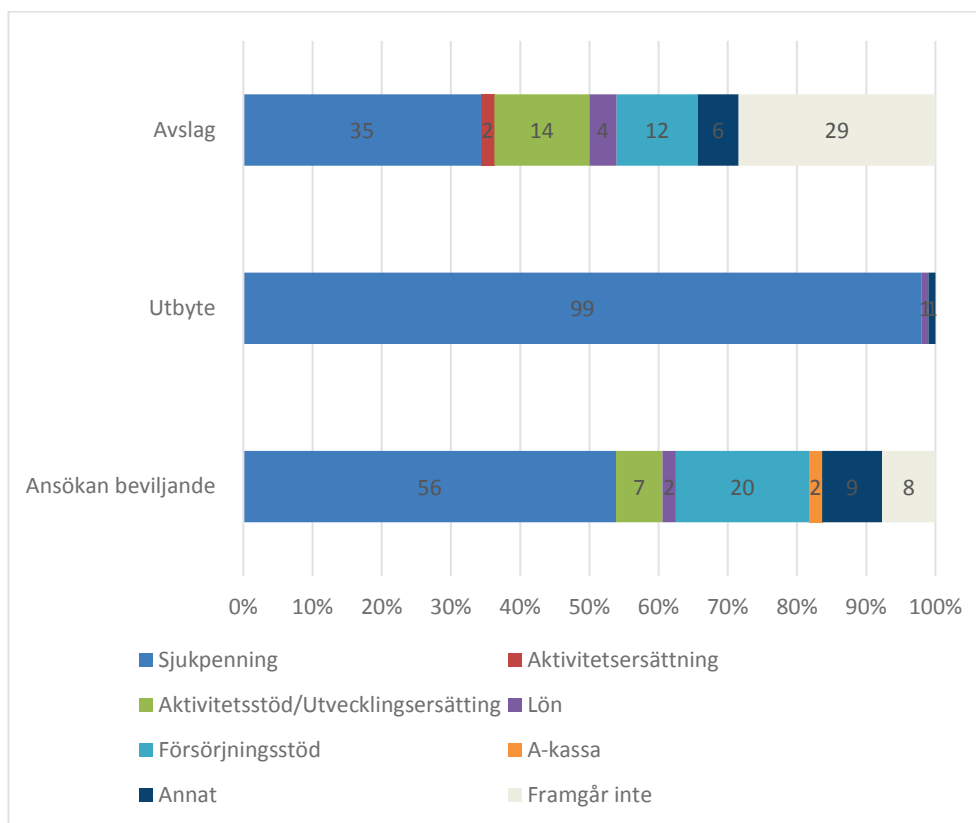
Som framgår skiljer sig avslagsbesluten inte väsentligen från bifallsbesluten när det gäller fördelningen per sjukdomskategori. Däremot kan man notera att de fysiska diagnoserna är vanligare bland de bifallsbeslut som fattas efter utbyte än efter ansökan.

Vilken typ av inkomst hade den försäkrade innan sjukersättningen?

Diagrammet nedan visar vilken typ av ersättning eller annan inkomst som den försäkrade hade direkt före det att sjukersättningen började betalas ut. Vissa försäkrade hade flera typer av inkomster samtidigt, till exempel både lön och partiell sjukpenning.

Om den försäkrade beviljades partiell sjukersättning gäller uppgiften den delen av hans eller hennes arbetsutbud som sjukersättningen svarar mot.

Diagram 3 Typ av inkomst innan sjukersättningen per ärendekategori. Andel av alla granskade ärenden i respektive kategori



Som framgår hade nästan alla som beviljades sjukersättning efter utbyte haft sjukpenning dessförinnan. I något fall hade den försäkrade istället haft livränta. Livränta tillhör de förmåner, utöver sjukpenning, som Försäkringskassan på eget initiativ kan byta ut mot sjukersättning om förutsättningarna för sjukersättning är uppfyllda.

Även i den grupp av ärenden som avsåg beviljande efter ansökan var sjukpenning den klart vanligaste inkomsten. Det visar att många försäkrade som får sjukpenning väljer att själva ansöka om sjukersättning istället för att vänta på att Försäkringskassan tar initiativ till ett utbyte. Enligt granskarna framgår det i dessa ärenden ofta i akten att handläggaren informerat den försäkrade om möjligheten att ansöka om sjukersättning. Det kan vara lämpligt att informera den försäkrade om vilka möjligheter som finns, men att det inte görs ett utbyte när förutsättningarna för detta är uppfyllda kan vara en indikation på att processen för utbyten inte fungerar optimalt.

Det kan noteras att en relativt stor grupp – en femtedel – av dem som beviljades sjukersättning efter ansökan fick försörjningsstöd. Granskarna uppmärksammade att det i dessa ärenden ofta framgår att den försäkrade ansökt om sjukersättning efter uppmaning från sin socialsekreterare och att man från socialtjänstens sida inte sällan köper en medicinsk utredning som

kan ligga till grund för prövningen av rätten till sjukersättning. Dessa utredningar har dock varierande kvalitet och värde som underlag för prövningen.

Man kan även notera att det i nästan vart tionde ärende (åtta procent) där sjukersättning beviljats efter ansökan inte framgår hur den försäkrade försörjde sig innan dess. Om man överväger att bevilja sjukersättning behöver man alltid utreda och dokumentera hur den försäkrade försörjer sig eftersom det kan påverka bedömningen. I avslagsärendena var det nästan en tredjedel av ärendena (29 procent) där det inte framgick hur den försäkrade försörjde sig, men det bör inte tolkas som en kvalitetsbrist eftersom det saknas anledning att utreda detta om den medicinska utredningen inte talar för att arbetsförmågan är nedsatt på det sätt som krävs för sjukersättning.

Kategorin ”annat” innefattar till exempel ersättningar såsom rehabiliteringspenning, utländsk pension och utländsk arbetslöshetsersättning eller försörjning via någon närstående.

Utredningen

Försäkringskassan ska utreda sina ärenden utifrån deras beskaffenhet. Bedömningen av rätten till sjukersättning är komplex och eftersom ett beslut om sjukersättning inte är tidsbegränsat har det mycket stor betydelse, för både den försäkrade och för samhället. Det ställer stora krav på utredningen.

Konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare

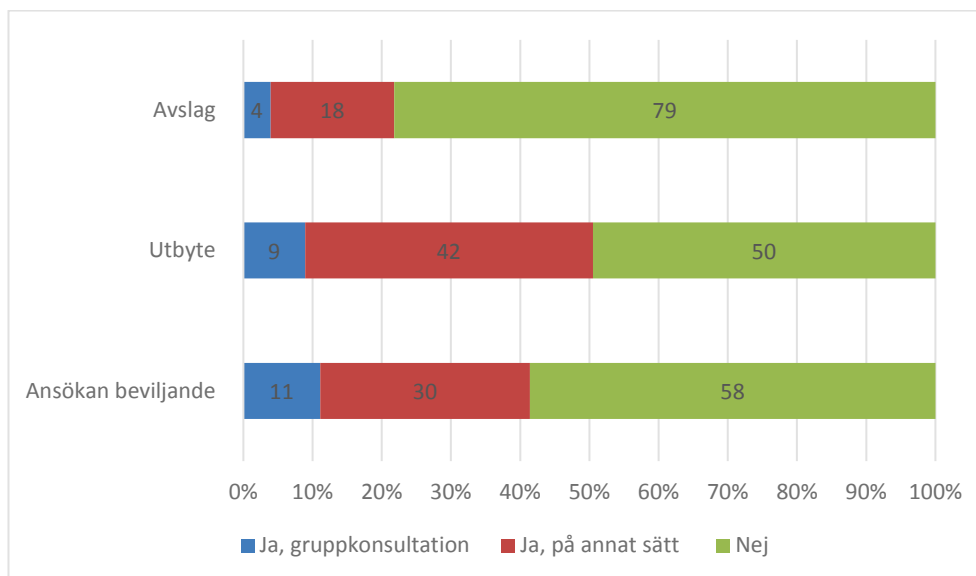
Som ett led i utredningen kan handläggaren vid behov konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare. Konsultationen kan ske i form av en gruppkonsultation, där flera handläggare deltar och flera ärenden diskuteras. Den kan också ske individuellt, antingen skriftligt eller muntligt.

Eftersom den försäkringsmedicinska rådgivaren är sakkunnig inom ett specifikt område, som skiljer sig från myndighetens allmänna kompetensområde, har bedömningar av försäkringsmedicinska rådgivare sedan lång tid tillbaka jämförts med andra sakkunnigutlåtanden. En domstol kan till exempel förordna en extern läkare som bistår domstolen med ett sakkunnigt utlåtande. Justitieombudsmannen (JO) har återkommande framhållit att en bedömning av en försäkringsmedicinsk rådgivare ska dokumenteras och kommuniceras med den försäkrade på samma sätt som annat utredningsmaterial, trots att den försäkringsmedicinska rådgivaren arbetar på Försäkringskassan (se t.ex. JO 1983/84 s. 209, JO 1994/95 s. 387, JO 2013/14 s. 471, JO 2016/17 s. 479 och JO:s inspektionsprotokoll med dnr 5955-2016).

I Försäkringskassans vägledning för sjukersättning framgår att uttalanden från en försäkringsmedicinsk rådgivare som i någon mening kan antas ha betydelse för bedömningen i ärendet ska dokumenteras och kommuniceras med den försäkrade (Vägledning 2013:1 *Sjukersättning*, avsnitt 7.4.8). Motsvarande formuleringar finns i vägledningar för andra ärendeslag där konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare förekommer (jämför till exempel Vägledning 2003:6 *Assistansersättning* avsnitt 7.5.5 och Vägledning 2015:1 *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning* avsnitt M 20.8).

Diagrammet nedan visar hur vanligt förekommande det var med konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare och på vilket sätt konsultationen i så fall skett. Om det framgick att en försäkringsmedicinsk rådgivare konsulterats, men inte att det varit en gruppkonsultation, har granskarna angett alternativet ”ja, på annat sätt”.

Diagram 4 Konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare per ärendekategori. Andel av alla granskade ärenden i respektive kategori



Som framgår förekommer konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare oftare i beviljandeärenden än avslagsärenden. Det kan eventuellt indikera att handläggarna upplever beviljandeärendena som mer svårbedömda än avslagsärendena.

Att andelen ärenden med gruppkonsultation är så liten kan bero på att det inte framgår på vilket sätt konsultationen har skett. Vid granskningen har vi noterat att detta ofta framstår som oklart och att handläggarna bara skriver ”jag har diskuterat ärendet med FMR”.

Vi har vid granskningen sett att många ärenden har diskuterats i någon form av bedömningsgrupp, som i journalanteckningen inte har betecknats som en gruppkonsultation. Ibland framgår det att en försäkringsmedicinsk rådgivare har ingått i bedömningsgruppen. Dokumentationen från dessa diskussioner är generellt bristfällig. Förutom att det framgår att ärendet diskuterats i en bedömningsgrupp så står det ofta bara ”fördjupad utredning ej nödvändig”. I den utsträckning den försäkringsmedicinska rådgivaren tillför några uppgifter i sak måste dock dessa dokumenteras. Begreppet uppgifter i sak innefattar inte bara sådana uppgifter som direkt avser en viss försäkrad, utan även en generell uppgift om till exempel prognosen vid en viss diagnos. Det senare gäller om uppgiften har betydelse för bedömningen i det enskilda ärendet och uppgiften inte är allmänt känd.

Frågan om dokumentation i samband med bedömningsgrupper uppmärksammades nyligen av JO i samband med en inspektion (JO:s inspektionsprotokoll, dnr 5955-2016). JO framhåller i inspektionsprotokollet att det kan vara svårt att dra gränsen mellan generella diskussioner och resonemang i enskilda fall. Om en fråga i ett pågående ärende tas upp som exempel vid en lagsittning kan det som kommer upp vid diskussionen få betydelse för handläggarens fortsatta ställningstaganden. JO menade att diskussionerna vid lagsittningarna därmed blir en form av konsultationer och att det i sådana

fall krävs att det som har kommit fram dokumenteras och kommuniceras med den försäkrade innan ärendet avgörs.

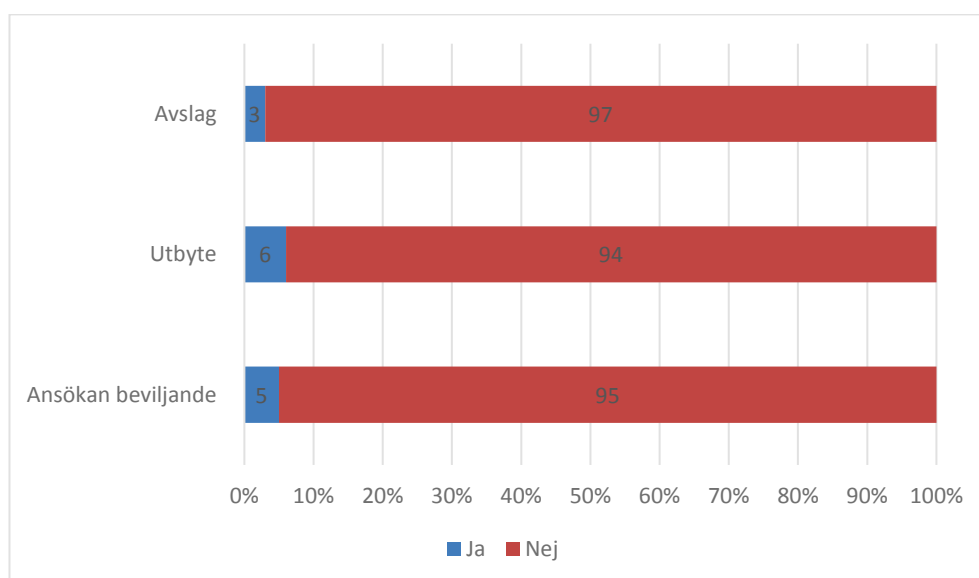
Eftersom syftet med lagsittningar/planeringsmöten är att handläggaren ska få hjälp att avgöra hur ett ärende ska drivas framåt är det svårt att betrakta sittningarna som samtal utan koppling till något enskilt ärende. Det är ur dokumentationssynvinkel svårt att se några avgörande skillnader mellan en lagsittning eller ett planeringsmöte där en försäkringsmedicinsk rådgivare medverkar och en gruppkonsultation.

Metoden med lagsittningar och planeringsmöten bör därför förtydligas så att det inte råder någon oklarhet om att de förvaltningsrättsliga krav på dokumentation som gäller vid andra typer av konsultationer med försäkringsmedicinska rådgivare även gäller när en försäkringsmedicinsk rådgivare deltar i en lagsittning eller ett planeringsmöte.

I detta sammanhang bör man också notera att myndighetens beslutsfattande inte är kollektivt utan individuellt. Det är alltid den enskilda beslutsfattaren som ytterst avgör om utredningen är tillräcklig och vilket beslut som ska fattas och som bär det juridiska ansvaret för sitt beslut.

I en del av de granskade ärendena förekom det ett skriftligt försäkringsmedicinskt yttrande. Diagrammet nedan visar förekomsten av sådana yttranden.

Diagram 5 Försäkringsmedicinskt yttrande per ärendekategori. Andel av alla granskade ärenden i respektive kategori



Som diagrammet visar förekom skriftliga försäkringsmedicinska yttranden i mycket begränsad omfattning. Av de skriftliga yttranden som förekom bedömde granskarna att drygt hälften var av god kvalitet. Den vanligaste bristen i yttrandena var att det inte framgick tillräckligt tydligt på vilka grunder den försäkringsmedicinska rådgivaren gjorde sin bedömning. Den bristen var gemensam för samtliga yttranden som bedömdes vara bristfälliga

på något sätt. I en fjärdedel av de bristfälliga yttrandena framgick det dessutom inte tydligt vilken fråga som handläggaren ställt och som rådgivaren yttrade sig över. Eftersom antalet yttranden var så litet kan man inte dra några långtgående slutsatser av dessa resultat.

Det är dock viktigt att den bedömning som den försäkringsmedicinska rådgivaren gör motiveras tydligt så att yttrandet kan värderas på rätt sätt vid prövningen av rätten till ersättning. Om den försäkringsmedicinska rådgivarens bedömning grundar sig på medicinsk kunskap som inte är allmänt känd bör yttrandet också innehålla källhänvisningar. Därutöver behöver yttrandet innehålla tydliga uppgifter om vem som yttrar sig, vilka handlingar som ligger till grund för yttrandet samt vilken fråga som yttrandet avser att besvara.

I de fall där konsultationen inte resulterat i något skriftligt yttrande fanns det brister i dokumentationen i nästan tre fjärdedelar (74 procent) av ärendena. Det vanligaste var att det inte framgick någon motivering till den bedömning som den försäkringsmedicinska rådgivaren gjort. Det var också ganska vanligt att den fråga som handläggaren ställt inte tydligt framgick. Det förekom också att den angivna frågan inte besvarades eller att den försäkringsmedicinska rådgivarens uttalande saknade samband med någon angiven fråga. Det är svårt att veta om detta är dokumentationsbrister eller brister i själva konsultationen. När det till exempel saknas en motivering till den försäkringsmedicinska rådgivarens prognosbedömning kan det antingen bero på att hen inte har angett någon motivering eller att handläggaren inte har antecknat den.

Eftersom motiveringen till den medicinska bedömningen många gånger är komplex kan det vara svårt för en handläggare utan medicinsk sakkunskap att dokumentera den. Dokumentation av handläggare som alternativ till ett skriftligt yttrande av den försäkringsmedicinska rådgivaren bör därför bara förekomma i frågor av enklare natur. I de ärenden i granskningen där handläggarens dokumentation har bedömts hålla god kvalitet har det handlat om förhållandevis enkla frågor, till exempel om vad begreppet palliativ vård innebär eller vilka frågor som är lämpliga att ställa till den behandlande läkaren i samband med komplettering av ett läkarutlåtande.

Vi har vid granskningen noterat att en del frågor och svar är av juridisk snarare än medicinsk karaktär. Det gäller till exempel när den försäkringsmedicinska rådgivaren uttalar sig om, eller tillfrågas om, nedsättningen är stadigvarande. Stadigvarande är ett juridiskt begrepp som definieras i lag, förarbeten och rättspraxis och frågan om nedsättningen är stadigvarande kan därför inte besvaras med medicinska utgångspunkter (jämför Domsnytt 2015:040). Detsamma gäller begreppet arbetsförmåga. Vi har dessutom noterat att det förekommer omskrivningar, såsom ”helt nedsatt funktionsförmåga” och ”helt nedsatt aktivitetsförmåga”, som i praktiken utgör arbetsförmågebedömningar. Den försäkringsmedicinska rådgivaren ska inte uttala sig om arbetsförmågan, varken uttryckligen eller implicit. Däremot kan den försäkringsmedicinska rådgivaren bedöma om funktionsnedsättningarna och aktivitetsbegränsningarna hänger samman på ett rimligt vis

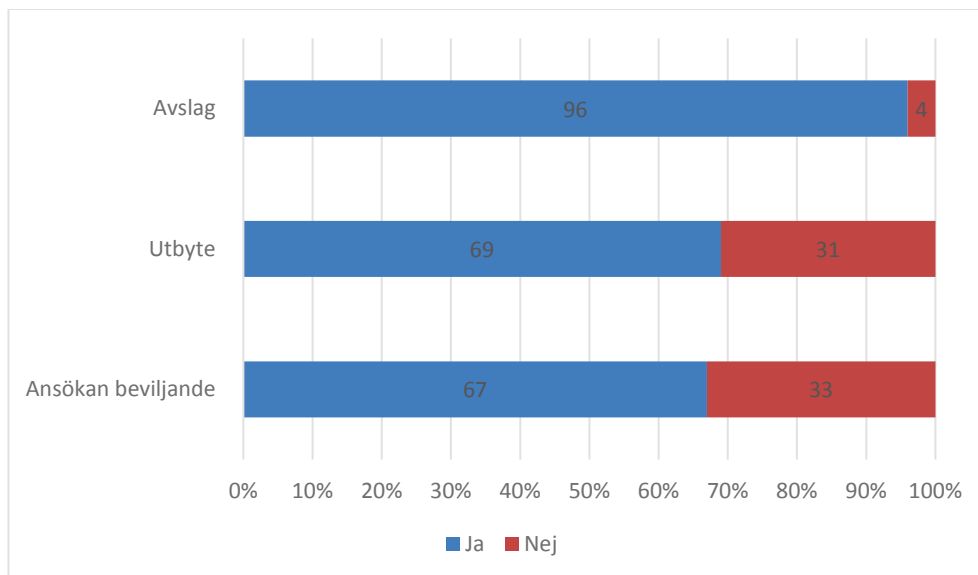
med den försäkrades sjukdom eller bedöma den medicinska prognosen och behandlingsmöjligheterna med utgångspunkt i medicinsk kunskap.

Vi har även noterat att det som framgår av yttrandet eller handläggarens dokumentation av konsultationen ibland enbart är en upprepning av informationen i läkarutlåtandet. Det är svårt att se vad en sådan konsultation fyller för funktion. Det är när den försäkringsmedicinska rådgivaren kan tillföra något utöver det som redan framgår av underlagen som en konsultation är motiverad. Det kan till exempel handla om att handläggaren behöver få hjälp att tolka en medicinsk term som används i läkarutlåtandet eller få en förklaring till hur ett angivet testresultat bör tolkas, utifrån hur testet är utformat och de eventuella referensvärden som finns. Det kan också handla om att den försäkringsmedicinska rådgivaren kan bistå med en motiverad prognosbedömning, utifrån dels uppgifterna i läkarutlåtandet, dels sin medicinska kunskap om sjukdomens naturalförlopp och vilka effekter som kan uppnås av olika behandlingar.

Är utredningen tillräcklig för att fatta beslut?

Diagrammet nedan visar i vilken utsträckning granskarna bedömt att utredningen var tillräcklig för att fatta beslut.

Diagram 6 Tillräcklig utredning per ärendekategori. Andel av alla granskade ärenden i respektive kategori



Som framgår bedömdes utredningen vara tillräcklig i absoluta majoriteten av avslagsbesluten. I fyra procent av dessa ärenden bedömde granskarna att något borde ha utretts mer innan beslutet. Det fanns ingen speciell del i utredningen som stack ut här, utan de utredningsbrister som förekom varierade.

När det gäller beviljandeärendena var bilden en annan. Där fanns utredningsbrister i 33 procent av ansökningsärendena och i 31 procent av utbytesärendena. Sett till samtliga beviljandeärenden, såväl utbyten som

ansökningsärenden, var andelen 32 procent. Det kan jämföras med motsvarande andel vid föregående rättsliga kvalitetsuppföljning som var 23 procent. Det innebär att det skett en statistiskt signifikant försämring i utredningskvaliteten sedan föregående uppföljning ($p < 0,001$).

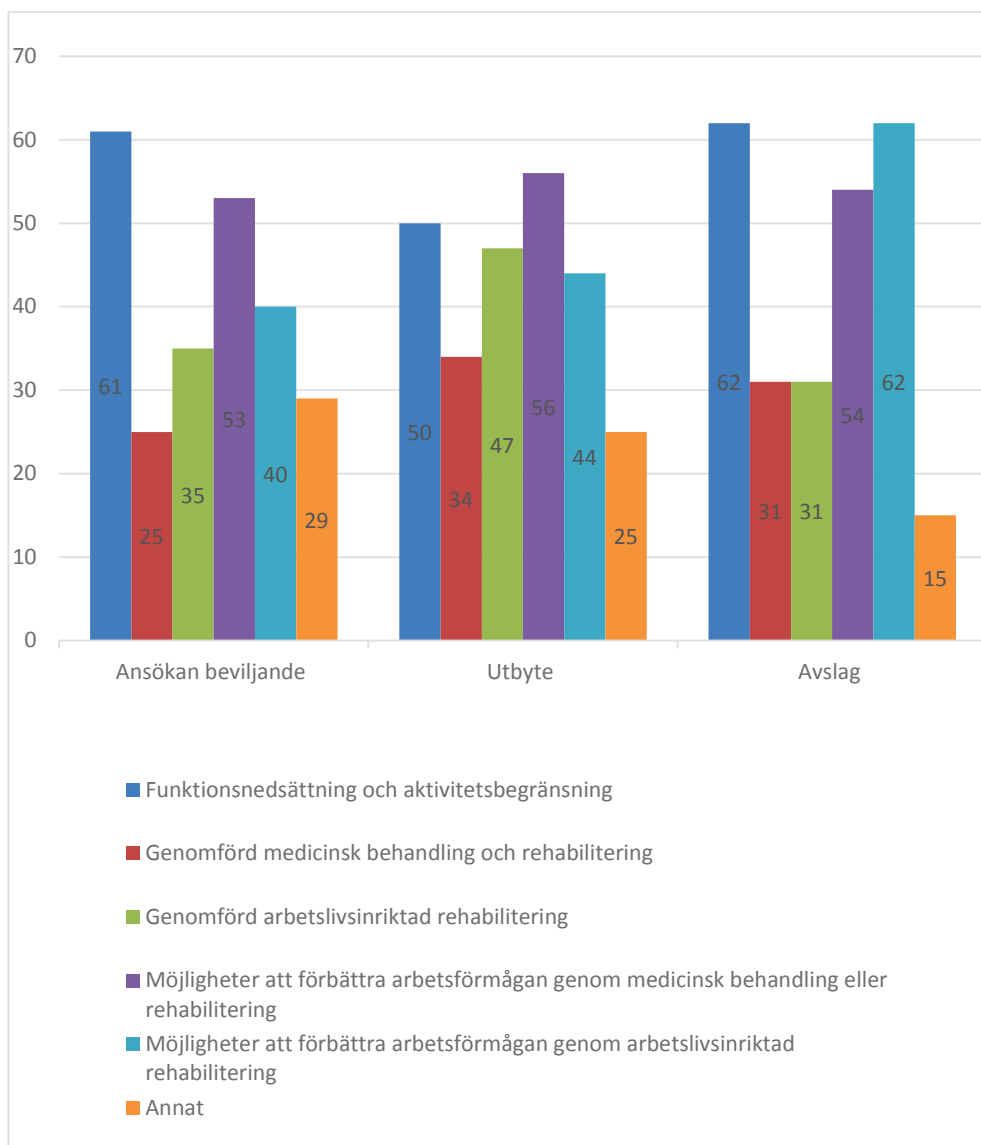
Vad saknas det uppgifter om?

Det som var gemensamt för de flesta bristerna i utredningen var att de befintliga uppgifterna ofta saknade konkretion och att det inte framgick vad de baserades på.

I Domsnytt 2015:040 framhålls att bedömningen av rätten till sjukersättning ska grunda sig på medicinska underlag där de funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar som sjukdomen medför *klart framgår*. Det betonas att bedömningen *så långt möjligt och rimligt* ska utgå från de objektiva fynd, tester och observationer som framkommer. Dessutom framhålls att underlaget måste ge en *tydlig bild* av den medicinska prognosen, de behandlings- och rehabiliteringsåtgärder som har genomförts och deras resultat samt de behandlings- och rehabiliteringsåtgärder som eventuellt återstår och vilket resultat de kan ge.

Nedanstående diagram ger en mer detaljerad bild av de otillräckligt utredda ärendena. Det visar vilka områden som bedömdes vara bristfälligt utredda. Det var inte ovanligt att det bedömdes finnas brister på flera områden i ett och samma ärende.

Diagram 7 Otilräckliga uppgifter per ärendekategori. Andel av alla ärenden med otilräcklig utredning i respektive kategori



Funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar

Det område som oftast bedömdes vara bristfälligt utrett handlade om sjukdomens konsekvenser för den försäkrades funktion och förmåga till aktivitet, och det stämmer överens med hur det såg ut vid den föregående rättsliga kvalitetsuppföljningen av sjukersättning. Vi fann inga ärenden där uppgifter om funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar saknades helt. Men det var inte ovanligt att uppgifterna antingen var kortfattade eller vaga, eller så var det oklart vad de baserades på.

Som framhölls ovan ska bedömningen av arbetsförmåga så långt möjligt och rimligt baseras på undersökningsfynd, tester och observationer. Om det inte framgår vad en uppgift om en viss aktivitetsbegränsning grundar sig på är det svårt att värdera uppgiften och göra en tillräckligt säker bedömning av arbetsförmågan. Dessutom framgår det av Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2005:29) att

ett intyg ska innehålla noggranna uppgifter om de iakttagelser, undersökningar etc. som ligger till grund för läkarens bedömning, och att läkaren också ska ange *på vilket sätt dessa fynd ligger till grund för bedömningen* (10 kap. 8 § SOSFS).

Förutom att det behöver framgå vad läkaren baserar uppgifterna om den försäkrades aktivitetsbegränsningar på behöver begränsningarna också beskrivas på ett så konkret sätt att det går att bedöma hur de påverkar arbetsförmågan. Svepande uppgifter om exempelvis ”koncentrationsstörningar och minnesstörningar” eller ”svårigheter att lyfta” är inte tillräckliga utan begränsningarna behöver graderas och konkretiseras.

Granskarna har noterat att handläggarna sällan begär komplettering av den medicinska utredningen utan nöjer sig med det som finns i ärendet. Som framgått har utredningen trots det bedömts som tillräcklig i den absoluta majoriteten av avslagsbesluten. Även om uppgifterna om funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar är vaga kan utredningen vara tillräcklig för ett avslagsbeslut, om det utifrån den befintliga utredningen framstår som osannolikt att begränsningarna är så grava och stadigvarande att villkoren för sjukersättning är uppfyllda. Den försäkrade har att visa att hen uppfyller villkoren för sjukersättning och om det framstår som osannolikt att ytterligare utredning skulle leda till ett beviljande får Försäkringskassans utredningsskyldighet generellt sett anses vara uppfylld. Men om den befintliga utredningen talar för att den försäkrade kan ha rätt till sjukersättning, utan att detta är tillräckligt styrkt, måste den medicinska utredningen kompletteras om läkarutlåtandet inte ger en tillräcklig bild av de begränsningar som den försäkrades sjukdom ger. Kompletteringen kan till exempel ske genom att man ställer specifika frågor till den intygsutfärdande läkaren eller att man hämtar in journaler från hälso- och sjukvården.

Vi har noterat att man i princip aldrig begär in journalhandlingar. Sådana kan i vissa fall tillföra viktig information om vad som har kommit fram vid undersökningen, främst när det råder oklarhet om grunderna för läkarens bedömning. I sådana fall kan journalhandlingarna ge en tydligare, och ibland en helt annan, bild av den försäkrades sjukdomstillstånd än den som ges i intyget.

Det ingår i Försäkringskassans utredningsbefogenheter att begära journalhandlingar i de fall det behövs för att utreda rätten till ersättning eller i övrigt för tillämpningen av Socialförsäkringsbalken (SFB). I förarbetena framgår att lagstiftaren ansett att denna möjlighet innebär en rimlig avvägning mellan den enskildes krav på integritet och Försäkringskassans behov av utredningsbefogenheter och dessutom skyddas den försäkrades integritet av den sekretess som gäller för journalerna hos Försäkringskassan. (110 kap. 14 § SFB, prop. 2008/09:200 s. 558 f. och JO-beslut den 11 november 2014 dnr 5162-2013)

Journaler ska dock inte begäras slentrianmässigt, utan endast i de fall de bedöms tillföra information som behövs för att bedöma rätten till ersättning.

Genomförda insatser

Det var inte ovanligt att utredningen om genomförda medicinska och arbetslivsinriktade åtgärder var bristfällig.

Bilden är densamma som vid föregående uppföljning. Som regel fanns det vissa uppgifter om genomförd behandling, till exempel om att den försäkrade hade fått smärtrehabilitering, men uppgifterna var så summariska att det inte gick att dra några slutsatser av informationen. Det gick inte att utläsa konkret vad det var för behandling eller rehabilitering som den försäkrade fått, när och hur länge den genomförts, hur den fungerat eller varför den inte fungerat.

Detsamma gäller uppgifter om arbetslivsinriktad rehabilitering. I de fall den försäkrade hade deltagit i rehabilitering via Arbetsförmedlingen fanns det ibland en sammanfattande bedömning från Arbetsförmedlingen men uppgifterna om den genomförda rehabiliteringen var ofta summariska. Det som saknades var konkret information om vilka arbetsuppgifter som den försäkrade har arbetstränat i, vilka arbetstider som varit aktuella, hur de olika momenten i arbetet faktiskt har fungerat eller inte fungerat. Sådana uppgifter är nödvändiga för att Försäkringskassan ska kunna värdera vad den genomförda rehabiliteringen säger om arbetsförmågan och möjligheterna till ytterligare rehabiliteringsförsök.

Rehabiliteringsmöjligheter

Andra uppgifter som ibland saknades eller var otillräckliga var information om återstående medicinska behandlings- eller rehabiliteringsmöjligheter och om ytterligare arbetslivsinriktad rehabilitering kunde förbättra arbetsförmågan. Det var mindre vanligt att det helt saknades sådana uppgifter, utan i första hand handlade det om att uppgifterna inte var tillräckligt utförliga för att man skulle kunna ta ställning utifrån dem. Kortfattade uppgifter från läkaren eller den försäkrade själv om att ”allt är uttömt” eller ”behandlingsförsök har inte fungerat” har många gånger godtagits utan att handläggaren efterfrågat mer information. Detsamma gäller bedömningar från Arbetsförmedlingen om att möjligheterna till arbetslivsinriktad rehabilitering är uttömda och att arbetsförmågan är nedsatt, trots att bedömningen inte har motiverats på ett tillräckligt sätt. Det finns en klar förbättringspotential när det gäller att efterfråga vad läkarens bedömning av prognosen och rehabiliteringsmöjligheterna grundar sig på. Detsamma gäller Arbetsförmedlingens bedömningar.

Granskarna har noterat att det ibland framgår att den försäkrade tackat nej till en erbjuden behandling eller rehabilitering men att det inte har utretts tillräckligt vad denna skulle kunnat leda till och om den försäkrade haft godtagbara skäl för att inte medverka. I några fall har det dock framgått av utredningen att den försäkrade inte varit motiverad att medverka eller att hen upplevt att det varit alltför lång resväg. I dessa fall har beslutsfattaren bedömt att rehabiliteringsmöjligheterna varit uttömda, en bedömning som granskarna inte har delat.

Granskarna har också noterat att det är sällan som man i utredningen och bedömningen refererar till den systematiserade kunskap om prognos och behandlingsmetoder vid olika sjukdomar som framgår av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Beslutsstödet är en viktig kunskapskälla i sjukförsäkringshandläggningen, även för sjukersättning och aktivitetsersättning, och det bör alltid framgå av dokumentationen i ärendet hur man har beaktat den kunskap om sjukdomen som eventuellt framgår där. Det förekommer att sjukersättning beviljas för sjukdomar som har en god generell prognos enligt beslutsstödet, utan att man har utrett och värderat varför prognosen skulle vara annorlunda i den försäkrades fall.

Onödig utredning?

Otillräcklig utredning är en kvalitetsbrist men det är också problematiskt att utreda mer än vad ärendets beskaffenhet kräver. Överutredning förlänger handläggningstiden och innebär att resurser läggs på fel saker. Enligt förvaltningslagen ska handläggningen vara så enkel, snabb och billig som möjligt utan att säkerheten eftersätts. Vi har därför undersökt i vilken mån man i ärendena har vidtagit onödiga utredningsåtgärder.

Onödig utredning förekom enligt granskarna i totalt mindre än en tiondel av ärendena och det fanns ingen betydande skillnad mellan de olika ärendekategorierna (10 procent av utbytesärendena, 9 procent av ansökningsärenden med beviljandebeslut och 7 procent av avslagsärendena). De onödiga utredningsåtgärder som förekom var i princip uteslutande att man konsulterade en försäkringsmedicinsk rådgivare om frågor som det redan fanns tillräckliga uppgifter om i de medicinska underlagen och där rådgivarens svar inte tillförde något för bedömningen av rätten till sjukersättning.

Det fanns ärenden där man enligt granskarnas bedömning borde ha konsulterat en försäkringsmedicinsk rådgivare men där detta inte gjorts, så man kan inte dra slutsatsen att man totalt sett konsulterar i för många ärenden. Däremot finns det anledning att tydliggöra när en försäkringsmedicinsk konsultation kan tillföra något för bedömningen av rätten till sjukersättning. Bortsett från när en medicinsk term som används i läkarutlåtandet behöver förklaras och liknande så finns det ingen anledning att konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare om vad som framgår i underlagen. Fokus bör istället ligga på sådant som *inte* framgår i underlagen men som den försäkringsmedicinska rådgivaren kan bidra med utifrån sin medicinska kunskap, till exempel om naturalförlopp och behandlingsmöjligheter för en viss sjukdom.

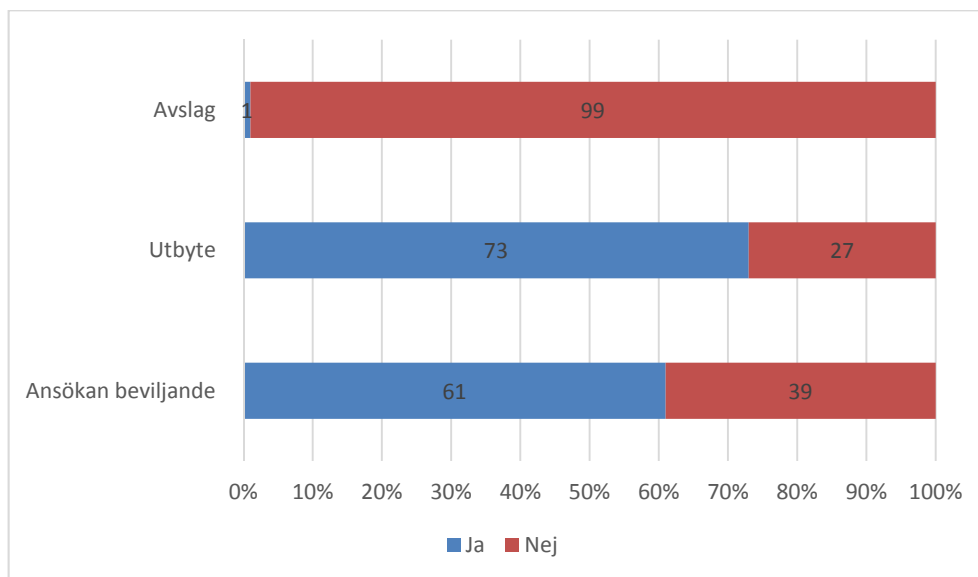
Bedömningen

Bedömningen av arbetsförmåga

För att få sjukersättning måste arbetsförmågan vara stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel i förhållande till hela arbetsmarknaden.

Diagrammet nedan visar i vilken utsträckning granskarna ansåg att detta villkor var uppfyllt i de ärenden där utredningen bedömdes vara tillräcklig för att fatta beslut utifrån.

Diagram 8 Nedsatt arbetsförmåga på det sätt som krävs för sjukersättning. Andel av alla ärenden med tillräcklig utredning i respektive kategori



Avslagsbesluten

Som framgår i diagrammet förekom det nästan inga ärenden där Försäkringskassan avslagit den försäkrades ansökan om sjukersättning men där granskarna ansåg att arbetsförmågan var stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel.

Granskarna noterade dock att det finns en förbättringspotential när det gäller motiveringen till avslagsbesluten. En vanligt förekommande beslutsmotivering var att arbetsförmågan inte var stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel. Man bör dock motivera tydligare om avslaget grundas på att arbetsförmågan inte är nedsatt i alla arbeten på arbetsmarknaden eller om nedsättningen inte är stadigvarande. I det senare fallet bör det också framgå hur prognosen och möjligheterna till rehabilitering har bedömts, till exempel genom att man pekar på vilken typ av rehabilitering som skulle kunna förbättra sjukdomstillståndet. Granskarna noterade även att man ibland motiverar beslutet med att rehabiliteringsmöjligheterna inte är uttömda även

om den försäkrade inte kan anses ha nedsatt arbetsförmåga i alla arbeten på arbetsmarknaden. I Domsnytt 2015:040 framgår att man först ska ta ställning till om arbetsförmågan är nedsatt i alla arbeten och att det annars inte är aktuellt att ta ställning till om rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda eller inte. Det bör dock framhållas att det förekom en hel del avslagsbeslut med motivering av god kvalitet.

Bifallsbesluten

Det var inte ovanligt att granskarna bedömde att villkoret om stadigvarande nedsatt arbetsförmåga inte var uppfyllt i bifallsärendena. Ser man till alla bifallsbeslut – oavsett om det var ett ansökningsärende eller utbytesärende – var det i 36 procent av ärendena med tillräcklig utredning som granskarna bedömde att arbetsförmågan inte var stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel. Jämfört med motsvarande andel i föregående rättsliga kvalitetsuppföljning av sjukersättning (42 procent) så är andelen av de granskade ärendena något lägre men skillnaden är inte statistiskt signifikant ($p=0,09$). Det går alltså inte att dra slutsatsen att kvaliteten i bedömningen har förbättrats sedan föregående uppföljning.

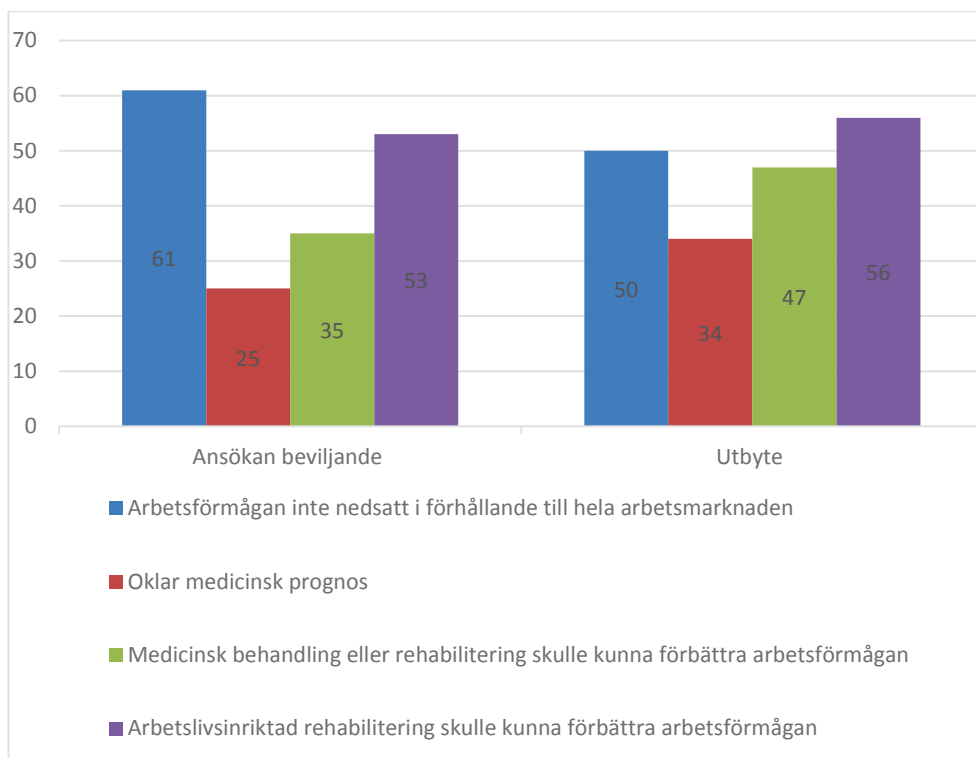
Som framgår av diagrammet ovan fanns det en viss skillnad mellan ansökningsärendena och utbytesärendena. Bland ansökningsärendena med tillräcklig utredning ansåg granskarna att arbetsförmågan inte var stadigvarande nedsatt i 39 procent av ärendena och motsvarande andel för utbytesärendena var 27 procent. Inte heller denna skillnad är dock statistiskt signifikant ($p=0,09$).

I de ärenden där granskarna bedömde att den försäkrades arbetsförmåga var stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel instämde de som regel i den nivåbedömning som beslutsfattaren gjort. Men i en mindre del av dessa ärenden ansåg granskarna att arbetsförmågan var nedsatt i lägre grad än vad som motsvarade den beviljade ersättningsnivån (sex procent av utbytesärendena och åtta procent av ansökningsärendena med tillräcklig utredning). Enligt granskarna var några av dessa ärenden sådana där beslutet var uppenbart felaktigt, till exempel ett ärende där den försäkrade arbetat mer än halvtid fram till beslutet om sjukersättning men ändå beviljats halv sjukersättning eller ett ärende där den försäkrade arbetat tio timmar i veckan men drabbats av en ny och övergående sjukdom och till följd av den beviljats hel sjukersättning.

Det förekom inga beviljandeärenden där granskarna bedömde att arbetsförmågan var nedsatt i högre grad än vad som motsvarade den beviljade ersättningsnivån.

I de ärenden där granskarna bedömde att arbetsförmågan inte var stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel har de fått motivera sin bedömning. Hur de olika skälen fördelade sig framgår av diagrammet nedan. I vissa ärenden har granskarna angett flera skäl till att den försäkrade inte bedömdes uppfylla villkoret om stadigvarande nedsatt arbetsförmåga.

Diagram 9 Motivering till att arbetsförmågan inte bedömdes nedsatt på det sätt som krävs för sjukersättning. Andel av alla ärenden där granskarna bedömt att arbetsförmågan inte var stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel



Som framgår var det inte ovanligt att granskarna bedömde att utredningen inte styrkte att den försäkrade inte kunde klara något arbete på arbetsmarknaden. Men det fanns också många ärenden där granskarna bedömde att stadigvarandevillkoret inte var uppfyllt. Det kunde då handla om att den medicinska prognosen var oklar eller att det bedömdes finnas medicinska eller arbetslivsinriktade åtgärder som kunde förbättra arbetsförmågan.

Samspelet mellan handläggare och beslutsfattare

Beslut om sjukersättning ska fattas av en särskilt utsedd beslutsfattare efter föredragning. Handläggaren i ärendet ska alltså ta fram ett förslag till beslut som hen ska föredra för beslutsfattaren. Det är beslutsfattaren som slutligt avgör om utredningen är tillräcklig och vilket beslut som ska fattas. Om handläggaren inte instämmer i beslutsfattarens beslut kan hen anmäla avvikande mening, som ska antecknas i ärendet.

För att få en bild av samspelet mellan handläggaren och beslutsfattaren har vi undersökt dels i vilken utsträckning beslutsfattaren har skickat tillbaka ärendet till handläggaren för komplettering innan beslut, dels i vilken utsträckning handläggarens förslag till beslut överensstämmer med beslutsfattarens beslut.

Det visade sig dock vara svårt att få en bild av om beslutsfattaren skickat tillbaka ärendet för komplettering. I en del ärenden hade beslutsfattaren gjort en journalanteckning, till exempel ”har mejlat handläggaren”, men det framgick inte vad kontakten handlat om. I vissa fall kunde man utifrån det faktum att handläggaren sedan vidtog en viss handlägningsåtgärd gissa att beslutsfattaren begärt att utredningen skulle kompletteras på ett visst sätt men det framgick inte på ett tydligt sätt.

Det förekom inga föredragningsmissiv i de granskade ärendena och handläggarens förslag till beslut hade inte heller dokumenteras på något annat sätt i ärendet. Det fanns inga ärenden där det framgick att handläggaren anmält avvikande mening.

Dokumentationsskyldigheten enligt förvaltningslagen gäller primärt uppgifter i sak, men JO har vid upprepade tillfällen betonat att det därutöver krävs att man dokumenterar sådana uppgifter om handläggningen som krävs för att man ska kunna följa ärendets gång (se till exempel JO:s beslut, dnr 5164-2007, dnr 6603-2010 och dnr 6966-2010 samt vägledning 2004:7 *Förvaltningsrätt i praktiken* kapitel 6). I specialmotiveringen i propositionen om ny förvaltningslag anges att JO:s granskningsuttalanden är vägledande när det gäller krav på dokumentation av uppgifter som avser gången i ett ärende (prop. 2016/17:180 s. 315).

I Försäkringskassans vägledning 2004:7 *Förvaltningsrätt i praktiken* framgår dels att handläggaren utreder ärendet och sammanfattar utredningen i ett föredragningsmissiv, dels att beslutsunderlaget består av utredningen, *eventuellt* föredragningsmissiv och förslaget till beslut. I historikbilagan till vägledningen anges att föredragningsmissiv tagits bort eftersom nya rutiner gäller vid sammanställning av beslutsunderlag inför beslut som omfattas av den särskilda beslutsordningen.

Eftersom gången i ärendet, från det att handläggaren lämnat ärendet till beslutsfattaren för kvalitetssäkring, ofta var svår att följa i de granskade ärendena och då det finns viss oklarhet i vägledningen när det gäller frågan om föredragningsmissiv kan det behöva förtydligas vilka krav på dokumentation som ställs i anslutning till den särskilda beslutsordningen.

Sammanfattande diskussion och slutsatser

Denna uppföljning har fokuserat på den rättsliga kvaliteten i sjukersättningsärenden, särskilt vad gäller utredningen och bedömningen.

Den rättsliga kvalitetsuppföljning av sjukersättning som genomfördes under hösten 2014 (Rättslig uppföljning 2015:4) visade att det fanns en betydande förbättringspotential när det gäller utredningen och bedömningen av rätten till sjukersättning. Granskningen omfattade endast beslut om att bevilja sjukersättning, inte avslagsbeslut. Det var knappt hälften (45 procent) av ärendena där utredningen bedömdes visa att den försäkrade hade rätt till sjukersättning. I resterande ärenden var antingen utredningen otillräcklig för att fatta beslut utifrån eller så bedömdes villkoren för sjukersättning inte vara uppfyllda.

Den nu genomförda uppföljningen inkluderar även avslagsbeslut. Den visar att i avslagsärendena är utredningarna som regel tillräckliga och granskarna håller nästan alltid med om besluten. Avslagsärendena utgör majoriteten av alla sjukersättningsärenden; avslagsfrekvensen är för närvarande cirka 70 procent.

Att avslagsfrekvensen är förhållandevis hög och granskarna samtidigt i så hög grad anser att dessa beslut är korrekta kan delvis hänga samman med regelverkets strikta utformning, i kombination med bristfällig kunskap om regelverket hos försäkrade och till exempel läkare. Det verkar vara vanligt att man ansöker om sjukersättning även om man är ganska långt ifrån att uppfylla villkoren för sjukersättning. Detta förväntansgap kan medföra merarbete för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och leda till besvikelse och missnöje hos den enskilde. Tydlig och bra information om regelverket för sjukersättning är viktig för att minska detta problem.

Uppföljningen visar att de tidigare identifierade bristerna kvarstår när det gäller beslut att bevilja sjukersättning. När det gäller *utredningen* ser vi en statistiskt signifikant försämring sedan föregående uppföljning. När det gäller *bedömningen* är resultaten något bättre än vid föregående uppföljning men skillnaden är inte statistiskt signifikant och man kan därför inte dra slutsatsen att det skett en faktisk förbättring i bedömningen. Det går inte att finna någon specifik typ av beviljandeärenden där kvaliteten, till skillnad från andra ärenden, är bristfällig.

Det samlade resultatet visar på att de åtgärder som har genomförts för att förbättra kvaliteten inte har varit tillräckliga. Det kan tyda på att de inte haft tillräcklig precision, det vill säga att de inte riktigt har angripit de väsentliga orsakerna till kvalitetsproblemen.

Den analys som gjordes i samband med föregående kvalitetsuppföljning fokuserade dels på behov av kompetensutveckling, dels på ledning och styrning. När det gällde kompetensutveckling betonades både regelverk och utrednings- och analysmetodik. När det gällde ledning och styrning framhölls det att beslutsfattarnas roll behövde stärkas, så att deras mandat och ansvar var tydligt, samt att det i styrningen inom Avdelningen för funktionsnedsättning behövdes ett tydligare fokus på kvalitet och på kärnvärdena i statstjänstemannarollen.

Det är ytterst chefernas ansvar att verksamheten bedrivs i enlighet med lagar, förordningar och styrande dokument. För att komma till rätta med de brister som uppföljningen visat är det viktigt att cheferna i praktiken styr och följer upp på ett sätt som stödjer en god rättslig kvalitet. Ett ensidigt fokus på till exempel handläggningstider kan riskera att motverka detta.

Försäkringskassan ska tillämpa reglerna om sjukersättning i enlighet med lag, förarbeten och rättspraxis. Det kräver en mycket god kompetens, inte bara när det gäller att på rätt sätt kunna tolka de rekvisit som gäller för sjukersättning utan också när det gäller att analysera och värdera olika uppgifter i ärendet. Det faktum att det finns ett bedömningsutrymme innebär inte att bedömningen är helt fri, utan den begränsas av olika principer för lagtolkning och bevisvärdering. Uppföljningen indikerar att det inte minst är det senare ledet som brister i sjukersättningshandläggningen. Granskarna – som till stor del utgörs av erfarna processjurister med mycket god kompetens när det gäller att analysera och värdera bevisning på ett sätt som ligger i linje med rättspraxis – har ofta kommit till en annan slutsats både när det gäller frågan om utredningsskyldighet och när det gäller bedömningen just på grund av att de värderat uppgifterna i ärendet på ett annat sätt än beslutsfattaren.

Det behövs insatser från Rättsavdelningen för att komma tillrätta med dessa problem. Avdelningen för funktionsnedsättning och Rättsavdelningen bör gemensamt säkerställa att berörda medarbetare – handläggare, beslutsfattare, specialister och chefer – får ta del av och diskutera resultatet av uppföljningen. För att ytterligare stödja en korrekt och enhetlig bedömning av rätten till sjukersättning bör Rättsavdelningen också ta fram typfall som utgår från de förbättringsområden som identifierats i uppföljningen och som kan ligga till grund för likabedömningsseminarier, och dessutom ge stöd i genomförandet av dessa seminarier. Därutöver bidrar Rättsavdelningen redan nu i utvecklingsarbetet med en utbildning i utredningsmetodik för sjukersättning, som är tänkt att erbjudas samtliga berörda medarbetare inom Avdelningen för funktionsnedsättning.

Uppföljningen visar även att det finns kvarstående kvalitetsproblem när det gäller konsultation med försäkringsmedicinsk rådgivare. Det förekommer konsultationer som framstår som onödiga eftersom de inte tillför något utöver det som redan framgår av läkarutlåtandet och man låter ibland bli att konsultera i ärenden där rådgivarens medicinska kunskap vore värdefull, till exempel när det gäller det vanliga förloppet för en viss sjukdom och vilka behandlingsmöjligheter som finns. Skriftliga yttranden förekommer sällan

och handläggarens dokumentation är vanligtvis bristfällig. Eftersom den bedömning av till exempel prognos som den försäkringsmedicinska rådgivaren gör måste motiveras, och då det kan vara svårt för en handläggare att dokumentera en komplex medicinsk motivering, bör rådgivaren som utgångspunkt själv dokumentera sitt yttrande. Men vid frågor av enklare natur kan handläggaren svara för dokumentationen.

Uppföljningen visar också att kraven på dokumentationen av ärendets gång i anslutning till den särskilda beslutsordningen behöver förtydligas.

Rekommendationer och åtgärder

1. **Rekommendation: Återför resultaten till verksamheten**

Rättsavdelningen bör tillsammans med Avdelningen för funktionsnedsättning genomföra webbseminarier för handläggare, beslutsfattare och specialister och chefer inom Avdelningen för funktionsnedsättning för att återföra resultaten och bidra till kvalitetsutveckling.

Åtgärder:	Webbseminarier genomförs för handläggare, beslutsfattare, specialister och chefer som arbetar med sjukersättningsärenden. Omprövare som arbetar med sjukersättningsärenden erbjuds också att delta. På seminarierna presenteras och diskuteras resultaten.
Tidsplan:	Q2 2017
Ansvarig:	Eva Nordqvist, avdelningschef Rättsavdelningen, (innehåll och genomförande av seminarierna) Marie Axelsson, avdelningschef Avdelningen för funktionsnedsättning (medverkan i planering av genomförande, säkerställa att berörda medarbetarna får möjlighet att delta på seminarierna)

2. **Rekommendation: Kompetensutveckling genom likabedömningsseminarier**

För att förbättra kvaliteten och enhetligheten i bedömningarna i sjukersättningsärenden bör likabedömningsseminarier genomföras.

Åtgärder:	Rättsavdelningen tar fram typfall som tar sikte på de förbättringsområden som uppföljningen visat. Rättsavdelningen genomför tillsammans med Avdelningen för funktionsnedsättning likabedömningsseminarier (webbaserade) för beslutsfattare, specialister och chefer. Handläggare deltar i likabedömningsseminarier i en senare omgång, som hålls av specialister eller beslutsfattare.
Tidsplan:	Q3 2017 (ta fram typfall och genomföra likabedömningsseminarier för beslutsfattare och specialister) Q2 2018 (likabedömningsseminarier för handläggare)
Ansvarig:	Eva Nordqvist, avdelningschef Rättsavdelningen, (typfall och genomförande av seminarierna för beslutsfattare och specialister) Marie Axelsson, avdelningschef Avdelningen för funktionsnedsättning (medverkan i genomförande av seminarier för beslutsfattare och specialister, genomförande av seminarier för handläggare)

3. Rekommendation: Kompetensutveckling i utredningsmetodik och bevisvärdering

Uppföljningen indikerar att det behövs kompetensutveckling när det gäller utredningsmetodik och hur uppgifter i ett sjukersättnings-ärende ska värderas vid bedömningen av rätten till ersättning.

Åtgärder:	Det ska säkerställas att en ny påbyggnadsutbildning i utredningsmetodik/lagrekvisit sjukersättning anpassas och utvecklas utifrån resultaten i den genomförda rättsliga kvalitetsuppföljningen.
Tidsplan:	Q2 2017 (kvalitetssäkring och eventuell anpassning och utveckling av utbildningsinnehåll) Q3 2018 (merparten av relevanta yrkesgrupper som hanterar sjukersättning på FV har gått utbildningsinsatsen)
Ansvarig:	Marie Axelsson, avdelningschef Avdelningen för funktionsnedsättning (beställare av utbildning, säkerställa att medarbetarna får möjlighet att gå utbildningen) Eva Nordqvist, avdelningschef Rättsavdelningen (kvalitetssäkring av utbildningsinnehåll, medverka för att anpassa och utveckla utbildningsinnehållet om behov av det finns)

4. Rekommendation: Förbättra kvaliteten i försäkringsmedicinska konsultationer och dokumentation av sådana konsultationer

Avdelningen för funktionsnedsättning behöver i samråd med Rättsavdelningen säkerställa att samtliga konsultationer med försäkringsmedicinsk rådgivare dokumenteras på rätt sätt. Man bör också förtydliga i vilka situationer som det kan vara aktuellt att konsultera en försäkringsmedicinsk rådgivare för att säkerställa att rådgivarnas medicinska kompetens tas tillvara optimalt.

Åtgärder:	A. Förbättra stödet för FMR-konsultationer. FV deltar i det pågåendet arbetet med att förbättra stödet för dokumentation i samband med konsultation med FMR B. Säkerställa att relevanta yrkesroller genomför webb-utbildningen om grundläggande försäkringsmedicin C. Avdelningen för funktionsnedsättning tar i samråd med Rättsavdelningen fram utbildningsmaterial (diskussionsunderlag) som ska användas av teamen för kompetensutveckling i värdering av medicinska underlag och behov av FMR-konsultationer D. Rättsavdelningen medverkar på ett möte för försäkringsmedicinska rådgivare vid Avdelningen för funktionsnedsättning för att berätta om vad som framkommit i den rättsliga kvalitetsuppföljningen av sjukersättning avseende FMR så att det finns en medvetenhet/gemensam bild hos FMR om bristerna och vad som bör göras för att komma till rätta med.
-----------	---

Tidsplan:	A. Q3 2017 B. Q2 2018 C. Q2 2018 D. Q3 2017
Ansvarig:	Marie Axelsson, avdelningschef Avdelningen för funktionsnedsättning När det gäller åtgärd D även Eva Nordqvist, Avdelningschef för Rättsavdelningen

5. Rekommendation: Förbättra kvaliteten i läkarutlåtandena för sjukersättning

Det framkommer i uppföljningen att den medicinska utredningen inte sällan är bristfällig. Om utredningen behöver kompletteras i efterhand medför det merarbete både för Försäkringskassan och för hälso- och sjukvården. Det riskerar också att leda till att den försäkrade får vänta länge än nödvändigt på beslutet om sjukersättning. Det behövs därför insatser för att höja kvaliteten i läkarutlåtandena.

Åtgärder:	Löpande dialog med vårderna med anledning av 1. Implementeringen av ny funktionalitet för elektronisk informationsutbyte med vårderna 2. Lansering av nytt läkarutlåtande för sjukersättning med nya frågeuppsättningar och hjälptexter som tydligare specificerar vilken information Försäkringskassan behöver när rätten till sjukersättning prövas.
Tidsplan:	Q4 2017 – Q4 2018
Ansvarig:	Marie Axelsson, avdelningschef Avdelningen för funktionsnedsättning

6. Rekommendation: Förtydliga kraven på dokumentation i anslutning till beslut enligt den särskilda beslutsordningen

Rättsavdelningen bör se över om Vägledning 2004:7 *Förvaltningsrätt i praktiken* behöver utvecklas för att tydliggöra kraven på dokumentation i anslutning till beslutsfattande enligt den särskilda beslutsordningen.

Åtgärder:	Rättsavdelningen ser över om och hur vägledningen behöver utvecklas i detta avseende.
Tidsplan:	Q4 2017
Ansvarig:	Eva Nordqvist, avdelningschef Rättsavdelningen

Bilaga 1

Beslut som ska granskas:	Beslut om sjukersättning som har fattats under perioden juni–september 2016.
---------------------------------	--

Nr	Fråga	Svarsalternativ
1.	Löpnummer	
2.	Tillhör ärendet den ärende-kategori som ska granskas?	1. Ja 2. Nej
3.	Vilken förmånsnivå har beviljats?	1. Hel 2. Tre fjärdedels 3. Halv 4. En fjärdedels 5. Avslag
4.	Vilken kategori tillhör ärendet?	1. Ansökan beviljande 2. Ansökan avslag 3. Utbyte
5.	Vilken typ av sjukdom eller sjukdomar har den försäkrade?	1. Fysisk 2. Psykisk 3. Både fysisk och psykisk
6.	Vilken diagnoskod har läkaren angett som huvuddiagnos?	Fritext
7.	Vilken typ av ersättning/ inkomst hade den försäkrade innan sjukersättningen?	1. Sjukpenning 2. Aktivitetsersättning 3. Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning 4. Lön 5. Försörjningsstöd 6. A-kassa 7. Annat 8. Framgår inte
8.	Framgår det att FMR konsulterats?	1. Ja, gruppkonsultation 2. Ja, på annat sätt 3. Nej
9.	Finns det ett FMR-yttrande i ärendet?	1. Ja, skriftligt 2. Ja, muntligt men antecknat av handläggare 3. Nej
10.	Bedömer du att FMR-yttrandet håller god kvalitet?	1. Ja 2. Nej
11.	På vilket sätt är FMR-yttrandet bristfälligt?	1. Frågan är oklar 2. Svarar inte på frågan 3. Går utöver frågan 4. Bedömningen har inte motiverats i tillräcklig omfattning 5. Annat
12.	Vilka andra brister finns det?	Fritext
13.	Bedömer du att ett FMR-yttrande hade varit önskvärt?	1. Ja 2. Nej
14.	Är utredningen tillräcklig för att fatta beslut?	1. Ja 2. Nej

15.	Vad saknas det tillräckliga uppgifter om?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning 2. Genomförd medicinsk behandling och rehabilitering 3. Genomförd arbetslivsinriktad rehabilitering 4. Möjligheter att förbättra arbetsförmågan genom medicinsk behandling eller rehabilitering 5. Möjligheter att förbättra arbetsförmågan genom arbetslivsinriktad rehabilitering 6. Annat
16.	Vilka andra uppgifter saknas?	Fritext
17.	Bedömer du att det har vidtagits onödiga utredningsåtgärder i ärendet?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja, utredning med den försäkrade 2. Ja, komplettering av medicinska underlag 3. Ja, FMR-konsultation 4. Ja, annat 5. Nej
18.	Skulle du ha bedömt att den försäkrades arbetsförmåga är stadigvarande nedsatt i förhållande till hela arbetsmarknaden med minst en fjärdedel?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nej
19.	Skulle du ha bedömt omfattningen på nedsättningen på samma sätt som beslutsfattaren?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nej, jag bedömer att den är nedsatt i högre grad 3. Nej, jag bedömer att den är nedsatt i lägre grad
20.	Varför skulle du bedömt att arbetsförmågan inte är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbetsförmågan inte nedsatt i förhållande till hela arbetsmarknaden 2. Oklar medicinsk prognos 3. Medicinsk behandling eller rehabilitering skulle kunna förbättra arbetsförmågan 4. Arbetslivsinriktad rehabilitering skulle kunna förbättra arbetsförmågan 5. Annat
21.	På vilken annan grund bedömer du att arbetsförmågan inte är stadigvarande nedsatt med minst en fjärdedel?	Fritext
22.	Vilket eller vilka villkor var enligt beslutet inte uppfyllda?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbetsförmågan inte nedsatt i förhållande till hela arbetsmarknaden 2. Oklar medicinsk prognos 3. Medicinsk behandling eller rehabilitering skulle kunna förbättra arbetsförmågan 4. Arbetslivsinriktad rehabilitering skulle kunna förbättra arbetsförmågan 5. Annat
23.	Vilket annat villkor var enligt beslutet inte uppfyllt?	Fritext
24.	Överensstämde handläggarens förslag till beslut med beslutsfattarens beslut?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Ja, men först efter korrigerig eller komplettering 3. Nej, men handläggaren har inte anmält avvikande mening 4. Nej, avvikande mening har anmälts av handläggaren 5. Framgår inte
25.	Framgår det att beslutsfattaren har begärt komplettering av utredningen innan beslutet?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nej

I serien Rättslig uppföljning har följande skrifter publicerats:

- 2014:1 Rättsfallsöversikt – aktivitetsersättning
- 2014:2 Beslutsunderlag och beslut i sjukpenningärenden. En jämförelse mellan år 2010 och år 2013. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:1 Rättsfallsöversikt – personlig assistans (föräldraansvar)
- 2015:2 Personkrets och grundläggande behov. Bedömningen av grundläggande rekvisit för assistansersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:3 Sjukpenningärenden som avslutas för att dagarna tar slut. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:4 Beslutsunderlag och beslut i sjukersättningsärenden. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:5 EU-rättslig bosättningsbedömning. Rättslig kvalitetsrapport
- 2015:6 Sjukpenning i förebyggande syfte. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:7 Assistansersättning. Fritids- och samhällsaktiviteter. Dubbel assistans. Assistans under tid i barnomsorg, skola och daglig verksamhet. Tillsyn, både som grundläggande och andra personliga behov. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2015:8 Tillfällig föräldrapenning för allvarligt sjuka barn. Den första bedömningen. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:1 Aktivitetsstöd vid sjukfrånvaro från ett arbetsmarknadspolitiskt program. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:2 Rehabiliteringsersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:3 Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:4 Etableringstillägg och bostadsersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:5 Omprövning av sjukpenningbeslut. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2016:6 Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:1 Förvaltningsrättslig kvalitet inom fyra förmåner. Sjukpenning, bilstöd, bostadsbidrag samt bostadsersättning inom etableringsersättningen. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:2 Gravitetsspenning på grund av fysiskt ansträngande arbete. Rättslig kvalitetsuppföljning
- 2017:3 Sjukersättning. Rättslig kvalitetsuppföljning